

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2013

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 4 Avril 2013 à Poitiers
par Mlle Gaëlle PENIN

Dépistage et prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires : une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur associé Bernard GAVID
Madame le Docteur Virgine MIGEOT
Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2013

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 4 Avril 2013 à Poitiers
par Mlle Gaëlle PENIN

Dépistage et prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires : une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur associé Bernard GAVID
Madame le Docteur Virgine MIGEOT
Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**détachement**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIoT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Mes très vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué, directement ou indirectement, à la réalisation de ce travail :

A Monsieur le Docteur Bernard Freche,

Merci pour la constance de votre investissement, vos encouragements et la disponibilité que vous m'avez offert malgré les kilomètres qui nous ont séparés lors de la dernière année de préparation de cette thèse. Vos conseils et vos critiques pertinentes ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des internes avec qui j'ai pu travailler dans le groupe recherche du département de médecine générale, pour leurs conseils et leur soutien.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon :

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur associé Bernard Gavid :

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux.

A Madame le Docteur Virginie Migeot :

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, nous sommes honorés de votre présence dans ce jury.

A Monsieur le Docteur Michel Sapanet :

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à notre travail et pour votre présence dans ce jury.

A Monsieur le Docteur Dominique Couchouron pour avoir eu la gentillesse de participer à cette thèse, à tous les médecins Morbihannais et Finistériens qui ont accepté de me donner de leur temps et de leur énergie en participant aux entretiens essentiels à l'élaboration de ce travail.

A toutes des équipes médicales et paramédicales avec lesquelles j'ai travaillé lors de mes études, tout particulièrement dans les services de médecine interne, de maladies infectieuses, de rhumatologie, de gériatrie aile C du CHU, de gynécologie-obstétrique et des urgences de l'hôpital de Châtellerauld.

A tous mes amis de médecine de Poitiers : mes premiers co-internes Reshad, Alexandre, Jérémy, Xavier, mes confrères internistes Hélène, Rémy, Odile, Mathieu, mes amis les plus proches Kahina, Delphine, Yann.

Aux trois médecins généralistes qui ont participé à ma formation en tant que maîtres de stage, Dr Jean Marc Lardeur, Dr Thierry Cantin, Dr Anne-Marie Keuk, avec une reconnaissance toute particulière à cette dernière qui m'a définitivement converti à la médecine générale.

A tous les médecins que j'ai remplacés et qui m'ont accordé leur confiance.

A Séverine, ma future associée.

Je remercie également ma belle-famille pour son soutien et sa présence y compris dans les moments les plus difficiles et un grand merci à mon beau-père qui a réalisé la mise en page de cette thèse.

Merci également à mes parents d'avoir eu la gentillesse de financer mes études et à mon frère pour les moments de complicité partagés.

Et un merci tout particulier à Erwan, l'homme de ma vie, et à mes deux enfants Loane et Ewen, puisque rien n'aurait été possible sans leur amour et leur soutien.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	11
A. Généralités	11
a) Définition	11
b) Epidémiologie	12
B. Recours au médecin généraliste	13
a) Pour un problème d'ordre psychiatrique.....	13
b) Avant un acte suicidaire	14
C. Eléments du diagnostic de la crise suicidaire par le médecin généraliste	16
a) Identification de la crise suicidaire	16
b) Comment évaluer le degré d'urgence	19
D. Obstacles au diagnostic et à la prise en charge.....	21
E. Bénéfices de l'amélioration du dépistage et de la prise en charge	23
F. Notre étude.....	24
a) Question de recherche	24
b) Objectifs	24
1. Primaire	24
2. Secondaires	24
c) Perspectives.....	25
II. MATERIEL ET METHODES	26
A. Recherche documentaire	26
B. Type d'étude	26
C. Echantillonnage	27
a) Critères d'inclusion	27
b) Critères d'exclusion	28
D. Modalités de recrutement.....	28
E. Outil de recueil des données	29
F. Recueil des données.....	30
G. Analyse des données.....	30

III. RESULTATS	34
A. Analyse de l'échantillon de médecins	34
B. Le diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale.....	35
a) Subjectivité du médecin, importance du ressenti.....	36
b) Eléments diagnostiques.....	37
1. Recherche de facteurs de risque de suicide	37
2. Idées de suicide.....	43
3. Changement d'attitude, de comportement.....	45
c) Définition de la crise suicidaire	47
1. Définition difficile	47
2. Premiers signes exprimés	47
3. Elaboration d'un scénario précis	47
4. Plus aucune raison de vivre	48
5. Imminence du passage à l'acte	48
6. Définition à postériori.....	48
7. Décompensation d'un syndrome dépressif, accumulation de problèmes.....	48
8. Le suicide comme ultime solution.....	49
9. Apaisement du patient en crise suicidaire	49
d) Durée de la crise suicidaire	49
1. Difficulté à déterminer une durée	49
2. Bref	50
3. Long.....	50
4. Très variable	50
5. Après la tentative	51
e) Evaluation du degré d'urgence	51
1. C'est là toute la difficulté	51
2. S'il y a des idées de suicide, c'est déjà urgent.....	52
3. Existence d'un scénario	52
4. Mauvais étayage familial ou amical	53
5. Existence ou non de raisons de vivre.....	53
6. Gravité du syndrome dépressif	54
C. Les facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale	54
a) Les freins au diagnostic et/ou à la prise en charge du patient en crise suicidaire	55
1. Les facteurs liés au patient.....	55
2. Les facteurs liés au médecin.....	60
3. Les facteurs liés à la relation médecin-malade.....	68
4. Les facteurs liés à l'environnement du patient	72
5. Les facteurs liés aux autres professionnels de santé.....	74
b) Les facteurs facilitateurs du diagnostic et/ou de la prise en charge du patient en crise suicidaire	75
1. Les facteurs liés au patient.....	75
2. Les facteurs liés au médecin.....	76

3.	Les facteurs liés à la relation médecin-malade	81
4.	Les facteurs liés à l'environnement du patient	86
5.	Les facteurs liés aux autres professionnels de santé.....	87
D.	La prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale	88
a)	Subjectivité du médecin dans la prise en charge.....	88
b)	Types de gestions du patient	89
1.	Gestion du patient en cabinet de médecine générale	89
2.	Faire appel au psychiatre	90
3.	Adresser aux urgences	91
4.	Hospitalisation	91
c)	Limites	92
1.	Limites de l'hospitalisation	92
2.	Limites des médicaments.....	93
3.	Limites à la prise en charge en ambulatoire	93
E.	Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale	95
a)	Les facteurs liés au médecin	95
1.	Importance du travail en réseau.....	96
2.	Se détacher des éléments extérieurs à la consultation	96
3.	Meilleure connaissance du patient.....	96
4.	Meilleure gestion du temps.....	96
5.	Améliorer l'écoute	97
6.	Formations	97
b)	Les facteurs liés à la société	99
c)	Les facteurs liés aux autres professionnels de santé	99
1.	Les psychiatres	100
2.	Les médecins du travail	101
3.	Les laboratoires pharmaceutiques	101
4.	La psychanalyse.....	101
d)	Pas de solutions.....	101
F.	Contextes particuliers	102
a)	Age du patient	102
1.	Adolescent	103
2.	Sujet âgé	103
b)	Genre du patient	104
c)	Patients atteints d'une pathologie psychiatrique déjà connue.....	104
d)	Patient sans antécédents psychiatriques.....	105
e)	Situations de fin de vie, soins palliatifs, handicap	105
IV.	DISCUSSION	107
A.	Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature	107
a)	Caractéristiques de l'échantillon.....	107

b)	Les principaux facteurs déterminant le diagnostic et/ou la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale	108
1.	Les principaux freins au diagnostic et/ou à la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.....	108
2.	Les principaux facteurs facilitateurs du diagnostic et/ou de la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale	116
c)	Le diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale.....	116
1.	Signes évocateurs	116
2.	Importance de la subjectivité dans le diagnostic de crise suicidaire	119
3.	Degré d'urgence	120
d)	Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge ?	120
1.	Accès plus facile au psychiatre et meilleure communication.....	120
e)	Contextes particuliers.....	121
B.	Forces et faiblesses de notre étude	122
a)	Les points forts.....	122
b)	Les biais et faiblesses.....	122
1.	Biais de sélection de l'échantillon	122
2.	Biais internes	123
3.	Biais externes.....	123
4.	Biais d'investigation	123
5.	Biais d'interprétation	124
C.	Perspectives.....	125
V.	CONCLUSION.....	127
VI.	ANNEXES	130
A.	Annexe n° 1 : Courrier de présentation de mon travail de recherche, envoyé aux médecins	130
B.	Annexe n° 2 : Guide d'entretien.....	133
1.	Représentation de l'interviewé de lui-même :.....	134
2.	Ethnologie : recueil données sur médecin et ses pratiques :.....	134
3.	Expérience et ressenti du médecin :	134
4.	Diagnostic et prise en charge :.....	135
5.	Perspectives de prise en charge :	136
C.	Annexe n° 3 : Retranscription des entretiens	137
VII.	BIBLIOGRAPHIE	264

I. INTRODUCTION

A. Généralités

a) Définition

Dans la conférence de consensus de 2000 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) sur « La Crise suicidaire »¹, une définition de la crise suicidaire est proposée : il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture.

Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

b) Epidémiologie

Selon le rapport 2011 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur l'état de santé de la population en France, en 2008, 10353 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%, on compterait après correction 11388 décès.

Le nombre de décès est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2008, il s'élevait à 6,7 décès pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et 33,6 après 74 ans (taux bruts, hommes et femmes). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16% du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation ; à partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1% du total des décès.

Globalement, les taux de décès par suicide –taux standardisés – ont tendance à diminuer dans le temps: -11% entre 2000 et 2008 chez les hommes comme chez les femmes. La diminution est plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes.

Toutefois, les taux de décès par suicide augmentent de façon modérée chez les hommes de 45-54 ans (+5% entre 2000 et 2008). Pour l'ensemble des pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élevait à 9,8 pour 100000 habitants en 2007. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux de suicide élevé, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est².

En France, en 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9% des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide (TS). À titre de comparaison,

selon une étude européenne la prévalence des pensées suicidaires dans une vie est de 7.8% et des tentatives de suicide 1.3%³, et l'enquête World Mental Health Survey de l'OMS, menée dans 21 pays entre 2001 et 2007, donnait des résultats globaux de 2,0% pour la prévalence de pensées suicidaires, et 0,3% pour les TS au cours de l'année au sein des pays développés, ce qui situait la France un peu au-dessus des autres pays au début des années 2000⁴.

En France, si le taux de TS déclarées au cours de la vie semble stable depuis 2000 (environ 6%), le taux de TS au cours des 12 derniers mois est supérieur à celui observé en 2005. Globalement, la fréquence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois diminue avec l'âge, tandis que la survenue d'idées suicidaires est maximale entre 45 et 54 ans. Le genre est une variable importante : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et à avoir effectué une TS au cours de l'année. Le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des TS est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles). Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires et/ou aux TS sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un faible niveau de revenu, et la consommation de tabac. Quelques facteurs de risque sont spécifiques au sexe ; c'est le cas d'une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes⁴.

B. Recours au médecin généraliste

a) Pour un problème d'ordre psychiatrique

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (troubles anxieux, dépression, troubles bipolaires, schizophrénie...), loin devant les psychiatres et les psychologues^{5,6}.

Selon l'Observatoire de la Médecine Générale de la Société Française de Médecine Générale⁷, les consultations ayant un motif psychiatrique représentent près de 12 % des consultations de soins primaires. En effet, dans le classement des résultats de consultation les plus fréquents par actes, pour tous les patients, pour l'année 2009, on retrouve en 11^{ème} position « réaction à une situation éprouvante », en 16^{ème} position « insomnie », en 17^{ème} position « anxiété, angoisse », en 20^{ème} position « dépression », en 24^{ème} position « humeur dépressive ». A noter, que pour les patients de la tranche d'âge « 40-49 ans » les résultats de consultation « réaction à une situation éprouvante » et « dépression », arrivent respectivement en 6^{ème} et 8^{ème} position.

Une étude de la DREES sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville montre que la majorité des médecins de soins primaires sont confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %). La tendance suicidaire est également une problématique importante en médecine générale de ville : au cours des cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide.

Ces constats confirment que les problèmes de santé mentale occupent une place importante dans la patientèle des médecins généralistes de ville et soulignent leur rôle essentiel dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles⁸.

b) Avant un acte suicidaire

La crise suicidaire est difficile à identifier, d'autant plus qu'il n'existe pas de critères diagnostiques. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. Ainsi, des études montrent que 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS^{9,10}, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte¹¹. Ces chiffres doivent être bien-

sûr corrélés avec l'extrêmement faible incidence de cette pathologie : 1 cas par an en moyenne soit 1 sur 5000 actes.

Une étude française de l'Observatoire Régional de la Santé réalisée en Bourgogne en 2001 montre que quand le médecin connaissait le patient, dans près de la moitié des cas, la dernière consultation avant l'acte suicidaire a eu lieu moins de 3 semaines avant l'acte, une fois sur quatre dans la semaine précédant l'acte. Parmi les 51 personnes ayant consulté moins de 15 jours avant le geste suicidaire, dans un peu plus de la moitié des cas, le motif de la consultation était un problème somatique. Pour les autres, il s'agissait une fois sur deux de symptômes évocateurs de dépression ou bien d'un suivi de pathologie mentale avec un renouvellement d'ordonnance d'antidépresseurs, ou d'un problème somatique associé à des symptômes de mauvaise santé mentale (angoisse, anxiété...). À l'issue de cette consultation, le médecin généraliste a prescrit des médicaments à visée psychotrope pour 24 personnes sur les 51 (près d'une fois sur deux). Une personne sur cinq a été orientée suite à cette consultation vers une prise en charge psychiatrique, ambulatoire ou hospitalière¹².

Une thèse de médecine générale de C. Turbelin et al soutenue en 2007 université Pierre-et-Marie-Curie Paris-6¹³ montrait que 82% des sujets avaient consulté dans le trimestre, 51% dans le mois et 17% dans les sept jours précédant l'acte suicidaire. Le risque de consulter dans une période précédant l'acte suicidaire était significativement augmenté pour les durées de période à risque variant de 45 jours à 120 jours. Ces résultats montrent une augmentation du nombre de consultations auprès du médecin généraliste avant un acte suicidaire.

Dans la grande majorité des cas ces consultations ont eu pour motif une plainte somatique plus ou moins précise. Ceci rend difficile la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente, et donc le repérage de la crise suicidaire¹.

En effet dans la thèse de médecine générale de Claire Barré, soutenue à Nantes en 2011 concernant le contenu de la dernière consultation du patient auprès de son médecin généraliste avant un acte suicidaire, sur 23 patients 12 ont consulté pour un motif somatique¹⁴.

C.Eléments du diagnostic de la crise suicidaire par le médecin généraliste

Le médecin généraliste confronté à la diversité des situations aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence.

a) Identification de la crise suicidaire

Il n'existe pas de critères diagnostiques de la crise suicidaire mais la reconnaissance de la crise pourrait reposer sur plusieurs indices¹ :

- Chez un patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.), il peut s'agir d'une modification ou d'une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.
- Chez un patient sans troubles psychiatriques préalables il peut s'agir de la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant, d'une symptomatologie physique inexplicée, pouvant masquer un état dépressif ,d'un événement vécu comme stressant , d'une conduite inhabituelle, d'un changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage.
- Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par un changement récent de praticien, un motif d'appel ou de consultation pas

clair, un état d'agitation ou de stress, des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

Le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera, au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, sur le contexte suicidaire, la présence d'idées et leur fréquence, l'intention que le sujet peut livrer ou qu'il a pu communiquer à des tiers soit directement soit indirectement, des conduites de préparation de l'acte, des signes de vulnérabilité psychique, des troubles de l'image de soi, des changements de comportement récents, particulièrement significatifs chez les adolescents et les jeunes adultes, ou une modification de la vie relationnelle chez tout sujet, l'anxiété physique et psychique, notamment les attaques de panique, le sentiment de désespoir qui apparaît significativement plus fort chez les sujets ayant des idées de suicide et qui passent à l'acte, des signes d'impulsivité, l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte, l'instabilité comportementale, des conduites à risque, l'éventualité d'un syndrome pré suicidaire de Ringel où un calme apparent et une attitude de retrait avec diminution de la réactivité émotionnelle et affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels, cachent un développement des fantasmes suicidaires¹.

Dans d'autres circonstances on peut se trouver confronté à des comportements passifs (refus alimentaire, refus de soin, syndrome de glissement) qui peuvent être qualifiés d'équivalents suicidaires.

On peut s'aider, pour passer en revue ces facteurs, de listes comme celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000) qui rassemble les plus significatifs :

Les facteurs individuels :

- Antécédents suicidaires de l'individu

- Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.)
- Pauvre estime de soi
- Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)

Les facteurs familiaux :

- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu
- Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu
- Pertes et abandons précoces
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents
- Présence de conflits conjugaux majeurs
- Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents
- Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents

Les facteurs psychosociaux :

- Présence de difficultés économiques persistantes
- Isolement social et affectif de l'individu

- Séparation et perte récente de liens importants, deuil
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire
- Difficultés scolaires ou professionnelles
- Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)
- Difficulté avec la loi
- Présence de problèmes d'intégration sociale

b) Comment évaluer le degré d'urgence

Lors de la conférence de consensus sur le suicide de 2000¹, le jury recommande de considérer comme une **urgence faible** une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication,
- cherche des solutions à ses problèmes,
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis,
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise,
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante,
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

On considère comme une **urgence moyenne** une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile,
- envisage le suicide et son intention est claire,
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée,
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir,
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

On considère comme une **urgence élevée** une personne qui :

- est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent,
- est coupée de ses émotions: elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée,
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation,
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues,
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc.,
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé,
- est très isolée.

Malgré le recours fréquent au médecin de soins primaires avant un acte suicidaire et des éléments de diagnostic et d'évaluation des critères d'urgence assez bien

établis, notamment par la conférence de consensus de 2000 sus-citée sur la prévention du suicide ¹, moins d'une personne sur quatre souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste est diagnostiquée et traitée de façon appropriée¹⁵ et bien souvent les patients en crise suicidaire ne sont pas diagnostiqués comme tels par leur généraliste^{16,17}.

Cela laisse penser qu'il existe des obstacles au diagnostic et à la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires.

D.Obstacles au diagnostic et à la prise en charge

Ces obstacles étaient déjà évoqués dans la conférence de consensus de 2000¹ dont voici un extrait :

Ce travail de dépistage et de prise en charge se confronte à plusieurs obstacles convergents :

- les médecins généralistes sont peu formés à reconnaître la crise suicidaire dans le cadre de leur exercice ; ils ne disposent pas de guide de décision validé,
- l'ambivalence des patients à révéler leur souffrance notamment dans sa dimension psychique,
- le contexte de la consultation limitée dans le temps et à priori centrée sur les signes somatiques.

Le médecin généraliste est isolé, d'autant que les liens de collaboration avec des collègues psychiatres ou les réseaux environnant le patient ne sont pas toujours établis. L'adressage au spécialiste est rendu difficile par la saturation des

consultations psychiatriques privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence.

Une étude a montré que pour 35 % des patients qu'ils hospitalisent pour TS, les médecins généralistes disent n'avoir pas reçu de compte-rendu de l'hôpital.

On évoque également la crainte de la psychiatisation, crainte que peuvent partager le patient et son médecin face à la représentation qu'ils se font de la psychiatrie ou face à ce qu'ils perçoivent comme l'hermétisme de la discipline.

À partir de ces différents indices, le médecin doit se permettre d'adopter une démarche active et aborder la question du ressenti de la situation et des idées de suicide.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles, si l'entretien est fait dans un climat de confiance, avec tact et sans émettre de jugement de valeur, en sorte que le patient se sente reconnu dans sa souffrance.

A noter que la littérature sur le sujet du suicide est très fournie notamment sur la recherche de facteurs de risque de suicide mais nous n'avons trouvé que peu d'études portant sur la recherche d'obstacles au diagnostic et à la prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires. Mieux connaître ces obstacles permettrait d'envisager des mesures pour tenter de les limiter, d'autant plus que les bénéfices de l'amélioration du dépistage et de la prise en charge ont souvent été démontrés.

E. Bénéfices de l'amélioration du dépistage et de la prise en charge

L'étude de Gotland a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en termes de morbidité et de mortalité¹⁸.

Dans le cadre d'un programme spécifique de formation des médecins généralistes de l'île de Gotland, on a retrouvé 2 ans après la mise en place de ce programme :

- diminution des suicides de 60 %,
- consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période),
- diminution de la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques de 25% comparée à la moyenne suédoise,
- diminution de 50 % des consultations en psychiatrie,
- diminution de 85 % des consultations pour état mélancolique,
- diminution de 50 % des congés maladie dus à la dépression.

Une analyse coût/bénéfice de ce programme a également révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme.

D'autres travaux internationaux ont confirmé l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale.

Il apparaît donc clairement que le généraliste, médecin de premier recours, se trouve totalement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires en association avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social. Cette prise en charge est efficace à condition de garder une vigilance constante dans le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires.

Les possibilités de dépistage et l'évaluation des obstacles à la prise en charge des patients avant le passage à l'acte ont été peu étudiées.

F. Notre étude

a) Question de recherche

Notre question de recherche serait : « Comment les médecins de soins primaires en Bretagne, lors d'une consultation, diagnostiquent-ils les patients en crise suicidaire ? Quels sont les facteurs déterminant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaire ? »

b) Objectifs

1. Primaire

Notre objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, déterminer les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic et à la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.

2. Secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont de déterminer les points à améliorer pour optimiser les pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge de la crise

suicidaire en soins primaires et de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire, qui pourraient servir d'ébauche à un éventuel outil diagnostique de la crise suicidaire en médecine générale.

c) Perspectives

Ce travail qualitatif sur la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent la crise suicidaire permettrait de mettre en évidence pourquoi le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire sont difficiles en médecine générale en identifiant des freins et des facteurs facilitateurs et d'orienter ensuite les mesures de prévention dans l'objectif de diminuer ces freins. De plus, il pourrait faire ressortir des critères diagnostiques de la crise suicidaire et peut-être permettre de construire un outil diagnostique de la crise suicidaire utilisable en médecine générale.

Un diagnostic précoce de la crise suicidaire, permettrait certainement de prévenir les actes suicidaires par une prise en charge psychologique et ainsi de diminuer l'incidence des actes suicidaires en France.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Recherche documentaire

Ma recherche documentaire s'est appuyée sur l'interrogation de la base de données Pubmed (2000-2012) et la base de données Science direct à partir des termes associés « suicide », « primary care », en ne retenant que les articles francophones et anglophones pour des raisons de traduction et de compréhension des articles. J'ai également consulté les sites Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Haute Autorité de Santé (HAS), de la DREES. J'ai consulté des thèses de médecine en rapport avec la prévention du suicide en médecine générale.

B. Type d'étude

Nous avons choisi une méthode qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés de médecins de soins primaires en Bretagne.

Des entretiens individuels ont été préférés à des entretiens collectifs en raison de la charge émotionnelle que peut faire naître la question du suicide, qui est un sujet difficile. Nous espérons ainsi créer une atmosphère intimiste, propice à la confiance, pour que le médecin se sente en confiance et non jugé.

Les médecins participants sont concernés par le sujet et de ce fait considérés comme experts.

C.Echantillonnage

a) Critères d'inclusion

Par commodités logistiques j'ai choisi d'interroger des médecins généralistes que j'ai remplacés de juillet à octobre 2012 en Bretagne (Ploemeur, Arzano, Clohars-Carnoët, Scaër, Lorient, Plouay, Gestel) et leurs associés, ce qui représente 19 médecins.

Pour que l'échantillon soit caractéristique de la population de médecins généralistes, je me suis entretenu au moins avec :

- Un médecin de la tranche d'âge 25-40 ans, un de celle de 40-50 ans, un de plus de 50 ans,
- Un médecin faisant moins de 15 actes par jour (en moyenne un patient toutes les 30 min), un médecin faisant entre 15 et 25 actes par jour (en moyenne un patient toutes les 20 min), un médecin faisant plus de 25 actes par jour,
- Un médecin travaillant à mi-temps, un médecin travaillant à temps plein,
- Un médecin urbain, un médecin semi-urbain, un médecin rural,
- Un médecin en activité, un médecin en arrêt-maladie, un médecin allant prendre sa retraite prochainement,
- Un médecin exerçant seul, un médecin exerçant en cabinet de groupe (de 2 à 4),

b) Critères d'exclusion

Etaient exclus de cette étude :

- Les médecins généralistes remplaçants.
- Les médecins refusant l'entrevue.
- Les médecins refusant d'être enregistrés.

D.Modalités de recrutement

Les médecins ont d'abord été contactés par courrier en août 2012 puis par appel téléphonique pendant lequel nous avons convenu d'un rendez-vous en fonction de leurs disponibilités.

Sur les 19 médecins appelés, j'ai réussi à obtenir 13 rendez-vous dans le cadre fixé c'est-à-dire entre septembre et novembre 2012. Les six autres médecins ne pouvaient s'entretenir avec moi pour cause de congés pour deux d'entre eux, de surcharge de travail pour deux d'entre-eux, de déménagement pour l'un d'entre-eux, et de non rappel de ma part pour l'un d'entre eux. Cinq de ces six médecins se sont proposés de participer à l'étude en se tenant disponibles pour prendre un rendez-vous en novembre ou décembre 2012 afin d'être interrogés si la saturation des données n'était pas atteinte.

Le recrutement des médecins a été arrêté une fois la saturation des données atteinte, c'est à dire lorsqu'aucune nouvelle information, relative à notre thématique n'a émergé. Celle-ci a été atteinte au bout de 12 entretiens, 13 ont été réalisés. Je n'ai donc pas eu besoin de recontacter les médecins qui s'étaient proposés pour d'autres entretiens.

E. Outil de recueil des données

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès des médecins a nécessité l'élaboration d'un guide d'entretien¹⁹. Ce guide a servi de trame et de point de repère lors des entretiens. Il comprenait à la fois des questions générales à aborder, ainsi que des éléments plus détaillés à identifier dans les propos des personnes recrutées.

J'ai choisi de le diviser en quatre parties selon les thèmes à aborder lors des entretiens :

- la première partie permettait au médecin de se présenter lui-même et de me présenter sa pratique, de m'exposer les raisons de son choix de la médecine et de la médecine générale en particulier,
- la deuxième traitait du ressenti personnel et des expériences du praticien par rapport au suicide (expériences personnelles ou familiales et expérience professionnelle auprès de patients),
- la troisième partie s'attardait sur le diagnostic et la prise en charge des patients en crise suicidaire
- la dernière partie abordait les perspectives d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge.

Concernant le guide d'entretien, plusieurs lectures, ajustements, reformulations ont été nécessaires avant de commencer les entretiens. Suite au premier entretien, le guide a été un peu modifié avec le retrait d'une question qui me semblait superflue, celle portant sur les passions ou hobbies des médecins interrogés. En effet, la technique d'entretien semi-dirigé dans les études qualitatives permet de modifier le guide d'entretien au cours de l'étude en fonction du but de celle-ci et des premiers résultats obtenus.

Le guide d'entretien définitif a été arrêté le 08/09/2012 (Annexe n°2).

F. Recueil des données

J'ai mené seule ces entretiens qui se sont faits de façon échelonnée selon les possibilités des médecins interrogés et de moi-même entre le 20 septembre et le 10 novembre 2012, et en suivant un guide d'entretien que nous avons élaboré et qui se trouve en annexe. Ce rendez-vous a eu lieu de préférence en dehors de leurs horaires de travail et s'est déroulé dans un lieu où ils se sentaient à l'aise (leur cabinet pour la plupart d'entre-eux, leur domicile pour deux d'entre-eux).

La collecte des données a été effectuée au cours d'entretiens semi-dirigés, d'une durée s'échelonnant de 22 minutes à 52 minutes, soit une moyenne de 36 min 56, auprès de 13 médecins.

L'anonymat leur était assuré, ainsi que la possibilité de mettre fin à leur participation à tout moment.

Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et par mon ordinateur portable à l'aide du logiciel « Audacity », complétés de la prise de quelques notes écrites, et ont ensuite été transcrits intégralement sous format texte, à l'aide du logiciel d'aide à la transcription et à l'analyse « Sonal »^{1.6.11}.

G. Analyse des données

L'analyse des données a été qualitative et fondée sur le principe de la théorisation ancrée, caractérisée par une simultanéité entre la collecte et l'analyse, et par une approche analytique de type inductive, c'est à dire, sans liste de codes pré-établie²⁰.

Initialement, les différents verbatims ont été intégrés dans un logiciel de traitement des données qualitatives : NVIVO 9, où leur analyse s'est faite en trois temps :

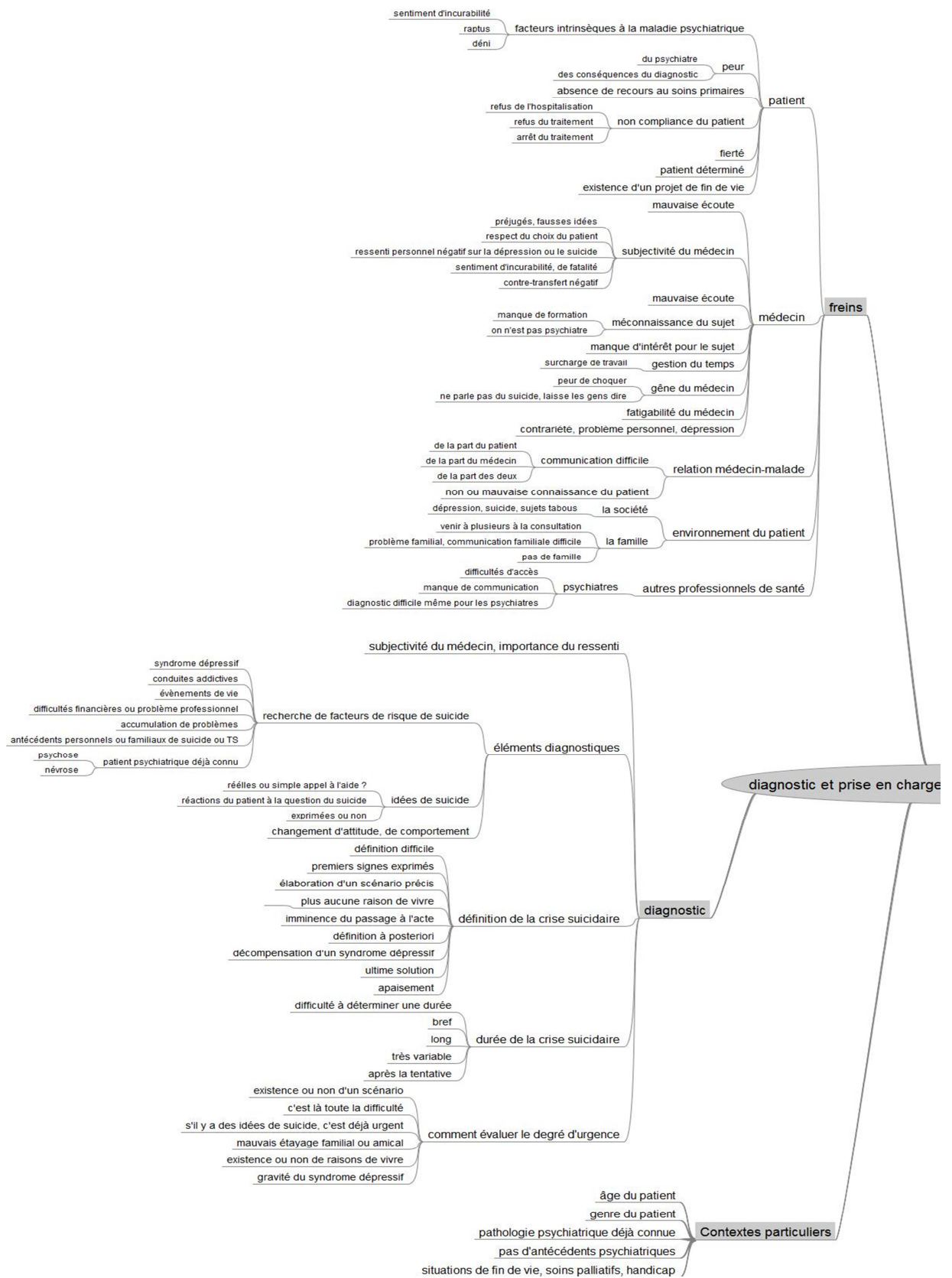
- le premier a été consacré à la réalisation d'un codage descriptif (ou « ouvert »), permettant de résumer et de rassembler les différentes données,
- le deuxième au réagencement des données et à l'identification de grands thèmes, appelé codage thématique (ou « axial »).

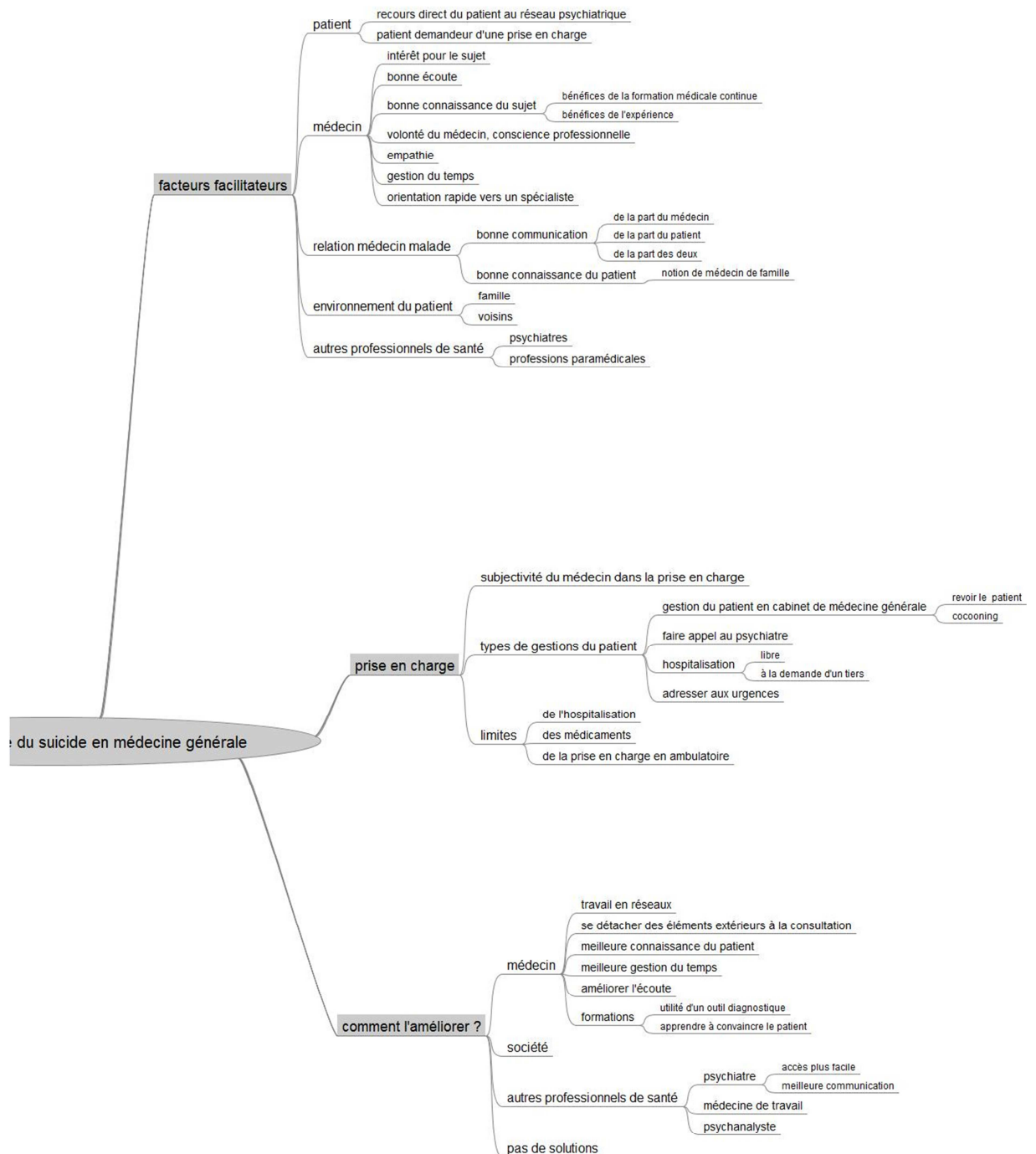
A ce stade, une triangulation a été réalisée avec un médecin généraliste que j'ai remplacé à partir de Novembre 2012 et qui était volontaire pour participer à ma thèse et une consœur, médecin généraliste remplaçante, réalisant actuellement une étude qualitative sur la prise en charge de l'anxiété chez les patients dépressifs. Le triple codage des entretiens a permis d'atteindre un degré d'accord entre les trois intervenants, en ce qui concerne les codes ouverts et les codes axiaux. En cas de désaccord entre les codeurs, les codes étaient rediscutés jusqu'à obtention d'un consensus.

Plusieurs axes ont été mis en évidence :

- Diagnostic de la crise suicidaire,
- Facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire,
- Prise en charge,
- Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge,
- Contextes particuliers.

Une fois l'analyse des données réalisée, les résultats ont été intégrés dans un logiciel de création de carte conceptuelle, appelé Freemind, permettant une visualisation globale des résultats.





III. RESULTATS

A. Analyse de l'échantillon de médecins

13 médecins composaient l'échantillon de notre étude

Médecin	Genre	Ancienneté	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Département
A	Femme	20 ans	Seule	Petite ville côtière	Morbihan
B	Homme	2 ans	Groupe (4)	Rural	Morbihan
C	Femme	1 an	Groupe (4)	Rural	Morbihan
D	Femme	4 ans	Groupe (2)	Rural côtier	Finistère
E	Femme	6 ans	Groupe (4)	Grande ville côtière	Morbihan
F	Femme	5 ans	Groupe (4)	Rural	Morbihan
G	Homme	20 ans	Groupe (4)	Rural	Morbihan
H	Homme	31 ans	Seul	Rural	Finistère
I	Homme	34 ans	Groupe (2)	Rural	Finistère
J	Homme	26 ans	Seul	Grande ville côtière	Morbihan
K	Femme	28 ans	Groupe (2)	Rural côtier	Finistère
L	Homme	13 ans	Groupe (4)	Grande ville côtière	Morbihan
M	Femme	11 ans	Groupe (3)	Rural	Morbihan

Tableau n°1. Caractéristiques de l'échantillon des médecins interrogés.

Les médecins de notre échantillon étaient majoritairement de sexe féminin, avec 54 % de femmes (n = 7) contre 46 % d'hommes (n = 6).

L'ancienneté d'exercice des médecins était située entre 1 an et 34 ans. L'ancienneté d'exercice moyenne de l'échantillon était de 15 ans et la moyenne d'âge environ 45 ans.

Les médecins de plus de 25 ans d'exercice, ceux ayant entre 6 et 25 ans d'exercice et ceux ayant 5 ans ou moins de 5 ans d'exercice représentaient chacun 1/3 de l'échantillon (n = 4).

23 % exerçaient seul (n = 3), et 77 % en groupe allant de 2 à 4 (n = 10). Dans les exercices en groupe, 23 % exerçaient à 2 (n = 3), 8 % exerçaient à 3 (n = 1) et 46 % à 4 (n = 6). J'ai interrogé les deux médecins d'un même groupe, les quatre médecins d'un autre groupe, deux médecins d'un groupe de quatre, un médecin d'un groupe de deux, et un médecin d'un groupe de trois.

Le lieu d'exercice était rural dans 69 % des cas (n = 9) et urbain dans 31 % des cas (n = 4). Parmi les médecins d'exercice urbain, 75 % (n = 3) exerçaient dans une ville de 58 000 habitants, et 25 % (n = 1) dans une ville plus petite (18 000 habitants). Parmi les médecins d'exercice rural, 78 % (n = 7) exerçaient dans un village d'environ 5000 habitants, et 22 % (n = 2) dans des villages plus petits d'environ 1400 et 2500 habitants.²¹

Toujours concernant le lieu d'exercice, 46 % (n = 6) exerçaient en zone côtière, 69 % (n = 9) dans le Morbihan et 31 % (n = 4) dans le Finistère.

B. Le diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale

Cinq types d'éléments ont été mis en évidence dans cette partie :

- des éléments en rapport avec la subjectivité du médecin, mettant en évidence l'importance du ressenti dans le diagnostic
- des éléments diagnostiques de la crise suicidaire

- des éléments de définition de la crise suicidaire
- des éléments sur la durée de la crise suicidaire
- des éléments liés à l'évaluation du degré d'urgence

a) Subjectivité du médecin, importance du ressenti

Huit médecins font ressortir leur subjectivité dans le diagnostic, par exemple :

- *Le médecin J « J'ai du mal à faire rentrer des choses dans des tiroirs quoi hein. »
« Parce qu'il n'y a pas de...dans la dépression chaque patient est différent donc,... »
« Donc c'est vrai que c'est difficile de généraliser hein, chaque cas est un peu différent hein. »*
- *Le médecin B « Mais je pense qu'il n'y a pas de recette miracle non plus comme dans l'angine où on fait le test pour savoir si c'est bactérien. »*
- *Le médecin F « On est dans la psychiatrie, on n'est pas dans la cardiologie où y'a des chiffres qui se mesurent. »*
- *Le médecin A « J'suis pas persuadée que dans la dépression y'a des signes euu cliniques vrais hein euuu. »*

Et surtout tiennent à noter l'importance du ressenti en psychiatrie, par exemple :

- *Le médecin D « Aujourd'hui j'vous sens pas trop, [...] j'vous sens différent de d'habitude », « il n'est pas en forme, y'a un truc qui va pas. »*
- *Le médecin B « Et puis aussi sur la première impression quand ils passent la porte du cabinet », « quand on le sent pas quoi, donc ce serait ça le critère », « mais plus que sur des critères ..., c'est vraiment sur l'impression quoi, quelqu'un qu'on sent pas euuu », « Oh, c'est vraiment, un peu au pifomètre quoi hein... »*
- *Le médecin A « La psy c'est quand même beaucoup de ressenti. On voit un patient dans la salle d'attente et des fois on se dit oulala, qu'est ce qui lui arrive quoi », « et que je sens qu'il y a quelque chose qui me ..., je suis vraiment sur l'émotion et sur le sentiment et le ... » « Pour pas se laisser envahir par notre ressenti aussi parce que c'est pas rien. »*
- *Le médecin G « Quand je sens quelqu'un pas bien et que je ne sens pas trop les choses », « c'est dans le dialogue quoi, on essaie de sentir les choses », « mais c'est très subjectif (rires). »*
- *Le médecin I « On sent, on a le feeling, on sent des fois que quelqu'un est venu et*

*on se dit mais il n'est pas venu pour ça», « je sentais bien qu'il y avait quelque chose »
« Je sentais qu'il y avait autre chose mais je ne savais pas quoi.»*

- Le médecin F « On sentait son mal de vivre », « je l'avais pas senti suicidaire quoi. »

b) Eléments diagnostiques

Ces éléments ont été organisés en trois grands thèmes :

- Recherche de facteurs de risque de suicide
- Idées de suicide
- Changement d'attitude, de comportement

1. Recherche de facteurs de risque de suicide

Dans cette rubrique, plusieurs facteurs de risque de suicide ont été mis en évidence :

- L'existence d'un syndrome dépressif
- Les conduites addictives
- Les événements de vie et conflits familiaux
- Les difficultés financières ou les problèmes professionnels
- L'accumulation de problèmes
- Les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicides ou suicides

- **L'existence d'un syndrome dépressif**

Huit médecins ont noté l'importance de la recherche d'un syndrome dépressif dans les facteurs de risque de suicide, avec notamment la recherche de certains signes comme l'insomnie, l'anxiété, la tristesse, l'anhédonie et l'aboulie, par exemple :

- Médecin K « Bah, un état dépressif quoi, vraiment important euuu, un petit peu désorienté. »
- Médecin J « Bon alors quand il y a des signes dépressifs francs, c'est clair, quand les signes dépressifs sont là », « Je pense qu'on peut considérer que suicide et dépression, c'est quand même très très lié. »
- Médecin B « Et puis bien sûr quand ils sont anxieux ou quand ils sont déprimés quoi, là quand ils verbalisent vraiment des idées dépressives », « et puis après tous les éléments dépressifs. »
- Médecin E « Bah je cherche des idées de suicide quand je vois des signes de dépression. »
- Médecin C « Une fatigue morale euu voilà. »
- Médecin A « J'ai recherché l'épuisement, j'ai recherché les signes de dépression tristesse, manque d'envie, manque de plaisir », « Je recherche l'insomnie, la fatigabilité, s'ils arrivent à faire des choses dans la journée, euuu, s'ils ne restent pas prostrés, s'ils ont des petits projets en cours hein, même le projet de nettoyer un placard hein, ça c'est un projet. J'me base à ça. Si je vois qu'ils ne font plus rien dans la journée, là je commence à poser des questions plus intimes. »
- Médecin H « Alors, quelqu'un qui consulte pour la première fois pour un syndrome dépressif, bon la première difficulté c'est de faire le diagnostic de dépression », « De toute façon le risque il est toujours là, en cas de dépression il est là. »
- Médecin F « Un mal-être, des troubles du sommeil, une anxiété », « euu il avait perdu du poids, il dormait plus, il mangeait plus, il était dans une angoisse très importante », « Les personnes pour qui c'est venu sur le sujet voilà c'étaient des personnes qui étaient très mal, en dépression connue et ça n'allait pas du tout, et l'autre personne m'a fait part de ses difficultés et je la sentais vraiment au bout du rouleau quoi voilà. Plus aucun..., rien de positif dans la consultation, voir tout en noir, très dépressive, très mélancolique, voilà. »

Sept médecins ont mentionné que l'attitude du patient, son comportement lors de la consultation ou même son aspect physique dès le premier coup d'œil pouvaient refléter son mal-être, par exemple :

- Médecin K « A ne plus tellement penser à sa vie de famille, à son travail, un peu déconnecté de la vie en général quoi. »
- Médecin B « Et puis aussi sur la première impression quand ils passent la porte du cabinet, des fois on voit, y'en a ils ont les traits tirés, ça va pas. »
- Médecin E « Quelqu'un qui est très enjoué ou qui n'est pas très enjoué, c'est pas pareil quoi. »
- Médecin A « J'ai bien vu, il avait une tête, enfin je le connais quoi donc j'ai bien vu qu'ça n'allait pas, au regard, à sa façon de se tenir, j'me suis dit il va pas bien quoi », « On voit un patient dans la salle d'attente et des fois on se dit oulala, qu'est ce qui lui arrive quoi », « un repli sur soi ? », « qu'on le voit triste, y'a des gens on les voit il sont pas épanouis quoi, ils sont pas souriants, ils sont pas ... », « Quelqu'un qu'est renfermé, où j'arrive pas à avoir un sourire, j'vais être beaucoup plus vigilante. »
- Médecin M « Un patient qui va être plutôt apathique », « un patient qui se renferme. »
- Médecin G « Euuu, c'est souvent la difficulté de relation, du contact déjà, quand la personne est un peu détachée, un peu dans son monde, enfermée dans son monde. »
- Médecin L « Et puis dans son attitude, on va dire son attitude mélancolique »

Cinq médecins ont cités que des éléments ayant rapport avec la façon de parler et le langage du patient pouvaient également refléter un syndrome dépressif. Par exemple :

- Médecin D « J'ai des patients qui sont complètement déconnectés, avec lesquels je n'arrive plus des fois à rentrer en connexion et à parler », « c'est plutôt quelqu'un de sombre qui parle peu, et puis qui discute pas. »
- Médecin C « Euuuuuu, quand toute petite phrase de la conversation, enfin de la consultation est prétexte à se plaindre », « quand ils s'auto-déprécient par exemple j'peux dire ah bah le coeur est un peu rapide et puis qu'ils finiraient par dire oh bah de toute façon, ça changera rien. »
- Médecin I « Et c'est aussi la façon dont la personne réagit, la façon dont la personne parle, dont la personne acquiesce "hummm hummm", enfin y'en a qui répondent "hummm hummm", quand on demande "ça va ?" " est-ce-que vous mangez bien ?" "hummm hummm". »
- Médecin F « Euuu des propos incohérents, j'pense que je ferais aussi attention à des petites phrases quoi, des petits mots peut-être euuu "j'en ai ras le bol" euuu, j'pense que parfois on entend des petits mots dits comme ça, "pourquoi continuer ?", y'a des p'tits mots comme ça qui font réagir. »
- Médecin A « Avec ces mots : ils peuvent se débrouiller sans moi, je sers plus à rien,

plus personne n'a besoin de moi...que je disparaisse, que je sois là ou pas, personne s'en apercevra. »

Trois médecins ont cité la labilité émotionnelle comme élément du syndrome dépressif, par exemple :

- Médecin J « *Quand y'a des pleurs [...] qu'il y a une fragilité émotionnelle très intense. »*
- Médecin D « *Euuu, bah quelqu'un qui pleure facilement [...] quand quelqu'un a la larme à l'œil facilement. »*
- Médecin K « *Mais il était vraiment malheureux, malheureux, malheureux, il pleurait. »*

Deux médecins ont émis l'hypothèse de l'existence d'un terrain particulier sous-jacent au syndrome dépressif. Par exemple :

- Médecin E « *C'est une personne fragile, que chaque évènement de vie pourra fragiliser encore plus. »*
- Médecin I « *Il y a certainement un terrain particulier je pense. », « Là elle a déprimé et là je lui ai dit mais vous réagissez plus et je pense que vous avez un terrain particulier. »*

- **Les conduites addictives**

Deux médecins ont cité l'alcoolodépendance comme facteur de risque de suicide, par exemple :

- Médecin F « *J'ai un frère dépressif suite à un divorce, voilà,... et alcoolique. Dans les périodes alcoolisation, il a eu des propos suicidaires, sans pour autant jamais passer à l'acte en étant à jeun, mais une pratique très à risque sous l'emprise de l'alcool avec des propos clairement exprimés mais toujours quand il était à plus de deux grammes à mon avis. Enfin, voilà, très alcoolisé. Alors je sais pas si ça désinhibait, si c'était vraiment sa pensée, il a été vu par des psychiatres qui l'ont mis sous antidépresseurs à bonne dose, enfin voilà, je pense qu'il y a un fond dépressif et que l'alcoolisation le poussait dans des conduites à risque en tous ca. Mais je pense que derrière ses conduites à risque il y avait l'envie d'en finir, voilà, je pense. »*
- Médecin L « *Je pense qu'il y a l'isolement , l'alcoolisme, je pense que ce sont des éléments qui favorisent le passage à l'acte, de toute façon l'alcoolisme c'est un suicide à petit feu hein c'est pour ça qu'à la question de tout à l'heure sur la durée de la crise suicidaire, bah dans l'alcoolisme hein, ça dure des années, ça peut être considéré par certaines personnes comme un suicide à petit feu hein, donc c'est difficile »*

- **Les évènements de vie**

Sept médecins ont cité les évènements de vie notamment les conflits familiaux, séparations, décès de proches, incestes, comme des facteurs de risque de suicide

- Médecin D « Dans des changements de vie importants, [...] quand on nous rapporte des changements de vie, donc ça peut être le décès d'un proche, ça peut être la rupture sentimentale, ça peut être des conflits familiaux avec les enfants ou avec les parents. »
- Médecin B « Et alors, toute sa famille s'entendait pas avec sa belle-fille,pour lui c'était pas la fête... »
- Médecin E « J'sais pas, un deuil dans la famille, un évènement particulier », « c'est parce qu'elle venait de se séparer de son compagnon. »
- Médecin A « On sait s'il y a eu des disputes familiales », « si on sait qu'il y'a eu un divorce. »
- Médecin M « On voit s'il a des difficultés environnementales, au niveau familial [...], relationnel », « Quand je trouve les patients en difficultés dans leur environnement, donc difficultés familiales, décès, séparations. »
- Médecin F « Y'avait un conflit familial enfin conjugal important, voilà la vie avec son conjoint était devenue assez insupportable. »
- Médecin H « C'est parce qu'il était dans une position familiale intenable. Il y avait eu un problème d'inceste. »

- **Les difficultés financières ou les problèmes professionnels**

Les difficultés financières des patients ont été mises en évidence par deux médecins, par exemple :

- Médecin C « Euuu quand les gens disent qu'ils savent pas trop s'ils vont avoir de quoi régler...euuuu...que ça annonce des difficultés financières. »
- Médecin F « Des difficultés financières »

Quatre médecins ont fait ressortir d'autres problèmes au niveau professionnel également, par exemple :

- Médecin A « Je regarde si au niveau professionnel il a un travail, comment ça se passe. Si ça se passe pas bien, c'est des facteurs qui se rajoutent hein. »

- Médecin M « Et au niveau professionnel, licenciements, problèmes de harcèlement au travail. »
- Médecin I « Enfin lui c'était des problèmes au travail et puis il savait qu'il fallait qu'il vende toute son affaire. »
- Médecin L « Et qui a très mal supporté des pressions apparemment, on va dire professionnelles. »

- **L'accumulation de problèmes**

Deux médecins ont évoqué le cumul de divers problèmes comme facteur de risque de suicide, par exemple :

- Médecin B « Et puis lui il avait la maladie psychiatrique, il avait les problèmes financiers, il avait une polyarthrite rhumatoïde et puis il avait un entourage vraiment pas facile, il était divorcé et alors, toute sa famille s'entendait pas avec sa belle-fille,pour lui c'était pas la fête... »
- Médecin A « J'savais que lui il était passé par plein d'épreuves, il a eu un cancer, il a eu machin, enfin bon, il a toutes les merdes du monde le pauvre homme et ça c'est la goutte d'eau », « quand y'a eu beaucoup de merdes familiales (divorces, décès), là j'ai toutes mes alarmes qui se mettent en route. »

- **Les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicides ou suicides**

Quatre médecins ont insisté sur l'importance des antécédents personnels et familiaux de gestes suicidaires dans l'évaluation du risque de suicide de leur patient, par exemple :

- Médecin J « Quand il y a des antécédents bien évidemment même familiaux »
- Médecin D « Et puis après je demande quand même aussi s'il y a eu déjà des tentatives de suicide dans le passé ou des épisodes dépressifs dans le passé et surtout dans l'entourage et dans la famille.s'il y a eu des proches ou si dans la famille y'a déjà eu des suicides ou si y'a eu des copains, copines, des amis proches qui ont déjà fait des tentatives de suicide, si je reçois des réponses positives sur ces questions-là, je considère que le risque est quand même plus élevé », « est-ce qu'il y a eu des suicides dans l'entourage, qui font que le passage à l'acte est peut-être plus facile. »
- Médecin H « S'il y a déjà eu des cas dans la famille », « quelqu'un qui a des antécédents familiaux, quelqu'un dont le père, le frère s'est suicidé, c'est quand-même des personnes qui sont plus à risque, ça fait penser que le risque peut avoir été banalisé sur le plan familial ou culturel quoi. »

- Médecin I « On a un jeune là qui a cherché à se pendre deux fois déjà, là il est en psychiatrie. Et donc on se méfie parce qu'il a l'antécédent de son grand-père et de son père. Enfin, pour les gens qui ont dans leur famille des antécédents de suicide ou de pendaison euuu, j'ai l'impression qu'ils s'orientent plus dans leur tête vers cette solution-là quoi, c'est une solution de facilité puisque les générations d'avant ont fait pareil. », « c'est elle qui avait retrouvé sa mère pendu quand elle était plus gamine, [...] mais je sais que ça l'a perturbé et à des moments elle a eu des idées suicidaires. »

2. Idées de suicide

Concernant les idées de suicide, les médecins interrogés ont insisté sur plusieurs points :

- La distinction entre réelles idées de suicide et simple appel à l'aide, entre suicide et tentative de suicide,
- Les réactions du patient à la question du suicide,
- La notion que le fait d'exprimer ces idées ne signifie pas que le patient est plus à risque de suicide.

Onze médecins ont insisté sur l'importance de différencier des idées furtives de suicide assimilables à des appels à l'aide mais sans vrai risque suicidaire, et de réelles idées de suicide pouvant conduire à un acte suicidaire.

Deux de ces médecins amenaient même une nuance supplémentaire en différenciant le degré d'intentionnalité entre tentative de suicide et suicide.

- **La distinction entre réelles idées de suicide et simple appel à l'aide**

- Médecin K « Parce que parfois bon on dit euu, on dit suicide mais enfin ça dure pas, c'est une phrase quoi, une phrase, ... »
- Médecin J « Est-ce que c'est un simple appel au secours ou est-ce que c'est véritablement...La question est de savoir si c'est un mot dans la bouche du patient qui correspond à une réelle pulsion, une vraie volonté ou si c'est simplement un mot lancé en l'air comme ça. »
- Médecin D « Et puis la difficulté c'est toujours de faire la part des choses entre

réel... entre risque de passage à l'acte et puis uniquement quelqu'un qui essaie d'attirer l'attention, en disant je ne suis pas bien mais sans qu'il y ait réellement risque de passage à l'acte. On a beaucoup de gens dépressifs, sans qu'il y ait le risque suicidaire derrière et la difficulté c'est de faire la part des choses entre réel risque suicidaire et uniquement euuu ... avec risque de passage à l'acte et sans risque de passage à l'acte. »

- Médecin B « Y'a beaucoup de gens qui viennent et qui disent euuu ou qui vont dire oui bon des fois j'y pense mais ça passe. »

- Médecin C « Jusqu'où il avait envisagé le suicide, c'est-à-dire euuuu est-ce-que c'est juste ohhh j'en ai marre, j'ferais mieux de partir, un peu la pensée que chacun peut avoir euuuu un moment où on en a assez ou autre, ou est-ce que ça a été euuu avoir un tout petit peu planifié les choses en disant bon bah j'pense que je ferais ça par pendaison... »

- Médecin M « C'est-à-dire, c'est vrai que souvent quand je pose la question aux patients s'ils ont des idées suicidaires, certains vont dire oui ... ça m'a traversé l'esprit et quand on leur pose la question comment, avec quoi ? Voilà, certains n'ont pas d'idées, ils ont pensé à la mort mais voilà, ça s'arrête là, ils n'ont pas d'idées. Certains vont exprimer...voilà ils ont des médicaments,...qu'ils ont pensé prendre plus de médicaments que ce qui était prescrit, ils l'ont fait parfois en doublant ou triplant les doses mais sans aller plus loin d'autres expriment voilà ...un suicide, une pendaison, le train, la voiture... »

- Médecin G « Il faut faire la part des choses entre crise suicidaire réelle et puis qui n'a pas un jour pensé tiens si je me suicidais ça serait plus simple, alors qu'on est très loin d'un geste suicidaire. »

- Médecin F « Et éventuellement si l'idée suicidaire a été évoquée ou pas euu essayer de voir si c'est déjà quelque chose qui a été réfléchi ou quelque chose qui est juste dit au cours de la consultation parce que le patient à l'idée en tête de se faire hospitaliser. »

- Médecin L « Bah souvent quand-même on essaie d'évaluer la réalité, enfin...si les gens disent qu'ils en ont marre réellement euu... », « parce qu'on peut avoir à un moment ou un autre ce sentiment là et on va dire que tous comptes faits, c'est très passager et quand on y réfléchit, y'a beaucoup plus de chances de trouver quelque chose qui les motive à vivre plutôt que quelque chose qui les motive à passer à l'acte donc il faut essayer vraiment de trouver si cette envie de mourir est réelle ou si ce n'est qu'un signe d'appel qui veut dire j'ai besoin d'aide, bon j'vais pas y passer mais prenez pas ma plainte à la rigolade quoi, alors que la personne, on le sait très bien, ne va pas le faire. »

- **La distinction entre suicide et tentative de suicide**

- Médecin E « Mais des TS médicamenteuses qui n'auraient rien fait de mal quoi », « voilà quand je pose la question, ils disent que c'était pas pour se tuer. », « Ceci dit la méthode utilisée n'était pas dangereuse. C'était clairement un appel à l'aide, voilà j'ai des patients qui ont fait des appels à l'aide mais pas de réelles

tentatives de suicides dangereuses. »

- Médecin « Et la tentative de suicide, c'est plus un appel à l'aide quoi. Moi j'ai tendance à ne pas mettre les tentatives de suicide au même niveau que les suicides. Dans les suicides réussis, je pense que les gens ont un terrain différent ou des raisons importantes, du moins des raisons qu'ils pensaient eux importantes quoi. »

- **Les réactions du patient à la question du suicide**

Trois médecins portent de l'importance à la réaction du patient à la question du suicide et trouvent que cela peut être un indicateur de l'intentionnalité suicidaire du patient.

- Médecin D « Et euh, la question directe je pense est la plus simple et la plus facile pour moi avec la réaction en face pour voir si vraiment il y a un risque suicidaire ou pas. »

- Médecin H « Alors dans ce cas-là, je lui pose la question, est-ce que vous êtes suicidaire ? Est-ce que vous avez des idées de suicide ? Et puis je la pose exprès de façon un peu abrupte, de façon à avoir une réaction. Déjà rien que la réaction de la personne ça peut donner des indications, parce que c'est pas toujours facile à démasquer ce genre de choses. Alors y'a des gens qui ont des réactions... souvent les femmes par exemple, ouais j'y pense mais j'ai des enfants. »

- Médecin I « Donc bah là on voit un peu la tête des gens. »

- **La notion que le fait d'exprimer ces idées ne signifie pas que le patient est plus à risque de suicide**

Deux médecins expriment le fait que l'expression d'idées suicidaires par le patient ne signifie pas obligatoirement une intentionnalité suicidaire plus forte qu'un patient qui n'en parle pas. Par exemple :

- Médecin B « Mais globalement ça va être celui qui est vraiment très proche de passer à l'acte et c'est pas forcément celui qui va le dire en plus. »

- Médecin H « Encore une fois, c'est pas parce que les gens en parlent que le risque forcément est plus important. Il est plus exprimé mais ça veut pas dire qu'il est plus réel. »

3. Changement d'attitude, de comportement

Sept médecins considèrent que la crise suicidaire peut s'exprimer par un changement dans l'attitude ou le comportement du patient. Par exemple :

- Médecin D « Je cherche aussi les idées suicidaires quand quelqu'un parle peu, quand je constate un changement de comportement sans forcément qu'il me rapporte qu'il a des problèmes mais quand par rapport à d'habitude, je vois quelqu'un qui d'habitude est jovial, me raconte des détails, et puis tout d'un coup ben, je le revois sur une consultation et puis il vient juste demander une ordonnance, cette fois-ci sans qu'il y ait de contact, sans qu'il y ait d'échange particulier, donc il a un comportement inhabituel », « j'vous sens différent de d'habitude », « quelqu'un aussi qui me consulte jamais et que je vois pour la première fois, deuxième ou troisième fois et qui d'habitude ne consulte pas et puis là qui viendrait consulter pour un motif X ou Y mais qui ne justifie pas vraiment une consultation, quelqu'un qui n'a pas l'habitude de venir chez le médecin et puis que je vois tout d'un coup. Si c'est pour un motif qui, en dehors des certificats médicaux de sport, si c'est voilà, j'ai un rhume et que d'habitude il consulte jamais, bon bah, un rhume j pense qu'il en a eu d'autres, c'est pas pour le rhume qu'il vient me voir, j'essaie de voir s'il y a pas quelque chose qui peut se cacher derrière. »

- Médecin E « Un changement de ... enfin si je connais le patient un changement de personnalité par rapport à ce que je connais d'habitude », « mais parfois les gens ne viennent pas parce qu'ils sont déprimés, si je trouve que le motif de consultation ne vaut pas le coup entre guillemets, est bénin, enfin voilà, si je trouve que ça colle pas avec la personnalité du patient quoi. S'il se plaint juste d'une douleur au pied par exemple, voilà, ça va pas avec la personnalité du patient. »

- Médecin C « Après euuu je suis aussi rassurée quand la personne est d'allure triste mais que c'est tout le temps et que c'est régulier, bah je me dis bah voilà, on l'a pas complètement améliorée mais elle est pas non plus pire, avec un renfermement sur soi ou autre », « quand y'a un changement d'attitude, quelqu'un qu'était plutôt enjoué ou qui discutait puis qui change d'attitude ou qui ... enfin voilà, le changement d'attitude ou de comportement », « enfin comme s'il se sentait en décalage par rapport à habituellement quoi », « voilà, quand ils ont un discours un petit peu plus pessimiste qu'habituellement. »

- Médecin M « Un patient...pour lequel on sent un changement dans son discours. »

- Médecin H « Et cette personne, la dernière fois que je l'ai vu, elle m'avait semblé beaucoup mieux que d'habitude. J pense qu'elle a eu un accès de lucidité et qu'elle s'est suicidé pendant un accès de lucidité, que c'est l'accès de lucidité qui a provoqué son suicide. Parce que tant qu'elle était en dehors de la réalité, elle était retenue de passer à l'acte, et quand elle s'est rendue compte... J me suis dit elle est tellement bien, elle est vraiment bien là. Je l'avais pas vu bien comme ça depuis longtemps, mais vraiment censée quoi, alors que c'était une personne qui n'était pas du tout comme ça d'habitude. »

- Médecin I « Quand on connaît bien ses patients on perçoit que la personne n'est pas pareille, que la personne...je sais pas, y'aura un faciès différent. »

- Médecin L « Et surtout son changement de comportement par rapport à d'habitude, j pense que c'est ça. »

c) Définition de la crise suicidaire

A la question « Quelle est, pour vous, la définition de la crise suicidaire ? », les réponses sont diverses et variées.

1. Définition difficile

Tout d'abord, plusieurs éléments sont retrouvés en faveur d'une difficulté à trouver une telle définition chez cinq médecins. Par exemple :

- Médecin J « Crise suicidaire et non pas suicide ? Bah je sais pas, faut que je réfléchisse. »
- Médecin D « La définition d'une crise suicidaire ? Euuu (long silence). »
- Médecin B « Pour la définition c'est ça, après pour euuu, c'est quand même assez délicat, après ça peut tellement prendre des tableaux différents quoi que », « la définition n'est pas évidente quoi. »
- Médecin E « J'sais pas... »
- Médecin F « Hummm, bah je n'sais pas,... »

Les définitions vont des premiers signes exprimés, à l'élaboration d'un scénario précis :

2. Premiers signes exprimés

- Médecin K « La crise suicidaire ? Bah je pense que c'est le moment où le patient comment à en parler. »

3. Elaboration d'un scénario précis

- Médecin E « Moi je dirais que le patient a vraiment élaboré un projet clair dans sa tête, après il suffit juste du déclic pour le mettre en place quoi, un projet de suicide clair dans sa tête en fait. »
- Médecin M « Alors, oui, ... une crise suicidaire c'est un état dépressif euuu ...rapidement aggravatif avec expression euuu... d'idées de mort, mais d'idées de mort avec un scénario construit. »
- Médecin G « Je dirais que c'est une période de malaise donc très intense, très profond où la personne n'envisage de solution à son problème que dans la mort. Et la

crise suicidaire, c'est quand elle est en train d'élaborer de façon très concrète le moyen de se suicider. »

- Médecin F « Euuu la crise suicidaire, c'est quand une personne est dans l'élaboration de son projet suicidaire et que la seule issue possible c'est d'en finir. Pour moi c'est ça la crise suicidaire, donc il pense et il élabore, pour en finir, moi c'est comme ça que je vois les choses. »

Et en passant par différentes notions toutes assez proches :

4. Plus aucune raison de vivre

- Médecin D « Quelqu'un qui pense à se supprimer et puis surtout qui n'a rien qui le motive à rester sur Terre, qui est détaché émotionnellement de tout et qui ne voit pas l'intérêt à poursuivre sa vie. »

- Médecin A « Pour moi, c'est un mal-être tel qu'il n'y a plus rien qui les rattache à la vie, ils sont prêt à passer à l'acte, y'a toutes les accroches qui ... j'imagine comme un bateau quoi, y'a toutes les amarres qui lâchent les unes après les autres puis pour moi la crise suicidaire c'est quand y'en a plus qu'une et on est pas loin quoi, y'a des idées de mort, des idées morbides, avec ou sans scénario, il peut ne pas y avoir de scénario mais avoir des idées de mort hein, le manque d'allant, ou...non la crise suicidaire c'est plus ça, les idées de mort imminente,...plus rien qui rattache à la vie euuu... »

5. Imminence du passage à l'acte

- Médecin C « Bah j pense que c'est le patient qui ...pense qu'il va bientôt passer à l'acte, et dans les quelques jours quoi, voilà. »

Médecin B « Alors pour moi la définition de la crise suicidaire, et bien c'est celui qui a un très fort risque de passer à l'acte, voilà, donc après c'est difficile de les repérer, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, mais ouais,... mais globalement ça va être celui qui est vraiment très proche de passer à l'acte. »

6. Définition à postériori

- Médecin B « Bah ouais ouais, bah je pense que la crise suicidaire sa définition c'est surtout quand il s'est suicidé ou qu'il est passé à l'acte quoi. »

7. Décompensation d'un syndrome dépressif, accumulation de problèmes

- Médecin J « Moi je pense que la crise suicidaire c'est tout l'environnement psychologique qui pourrait amener à un geste ou à une tentative de geste d'autolyse, euuu complète, incomplète, bon après à voir euuu en incluant là-dedans euuu tous les éléments qui permettraient de penser que ça puisse se produire, sans avoir d'éléments

concrets quoi. »

- Médecin H « Une crise suicidaire ? Bah c'est la décompensation d'une dépression quoi. C'est la décompensation d'une maladie dépressive, c'est le risque principal, ça fait partie du tableau, des symptômes quoi. »

8. Le suicide comme ultime solution

- Médecin I « Bah c'est la personne qui est arrivé à un point tel que..., un point de non-retour, c'est-à-dire que bon, on sait ce qu'on vit et on veut que ça s'arrête, on veut que tout s'arrête. C'est un ras-le-bol général qui va jusqu'à pousser à faire stopper tout ce qui existe quoi. Moi c'est comme ça que je le vois. »

- Médecin L « C'est un mal-être qui euuu, c'est une sensation de mal-être de la personne qui euuu qui conduit à...à réévaluer son intérêt de vivre et son...son...ouais, son intérêt de vivre, donc voilà. Et euuu enfin, quand une personne ne voit plus de...de solution à sa douleur, ben des fois, hop on passe à l'acte quoi. »

9. Apaisement du patient en crise suicidaire

- Médecin B « Parce que j pense que t'avais lu mais y'avait une monographie dans la revue du prat là où ils disaient que souvent les gens en fait, ils étaient déprimés, déprimés, déprimés, donc ils avaient plus aucun espoir, plus aucune euuu, plus d'élan vital, plus rien et ils décidaient de se suicider et finalement c'était un grand soulagement et une fois qu'ils avaient pris cette décision-là finalement ils étaient soulagés puis quelque part ils allaient faire finalement leur tour pour dire au revoir, ils disaient pas je vais me suicider mais ils passaient voir leurs proches et euuu, ça peut être ça aussi, la crise suicidaire. »

d) Durée de la crise suicidaire

1. Difficulté à déterminer une durée

Tout d'abord, plusieurs éléments sont retrouvés en faveur d'une difficulté à déterminer une durée à la crise suicidaire chez deux médecins. Par exemple :

- Médecin M « Alors là, je n'sais pas (rires). Je n'sais pas s'il y a des critères vraiment... euuu...établis, sur un délai. »

- Médecin G « J'ai pas trop d'idées sur la question. »

A la question « Quelle est, pour vous, la durée de la crise suicidaire ? », les réponses sont diverses et variées, allant de quelque chose de subit de quelques minutes à plusieurs années, un médecin a même situé la crise suicidaire après l'acte.

2. Bref

- Médecin H « Euuu parfois c'est très bref, ceux qui se suicident, ça leur passe par la tête comme ça d'un coup. J'sais pas moi, ils vont chercher une corde comme ils vont se faire un café quoi. Ca les prend d'un coup je pense », « C'est une décision subite qu'ils prennent qui échappe à un certain autocontrôle qu'on doit avoir, à un instinct de survie quoi. C'est une décision qui échappe à leur instinct de survie, je pense que c'est ça. C'est subitement. »
- Médecin K « Enfin, crise suicidaire..., enfin ça montre quand même que c'est quelque chose de, quand même, de...fort quoi, de violent finalement, donc c'est quelque chose qui ne doit pas durer longtemps ... La crise suicidaire, moi je verrais ça juste euu, juste justement avant de se suicider quoi. »
- Médecin D « J pense que c'est relativement court, j'aurais dit quelques jours maximum, je pense. »
- Médecin E « Alors là !? Bah, le déclic il peut être très rapide, de juste l'idée, le scénario à la mise en place, ça peut être très rapide, à mon avis même c'est extrêmement court. Après souvent quand même, je pense que les gens ont déjà réfléchi au scénario, parce qu'on s'isole pas sur un coup de tête avec une tonne de médicaments comme ça, j pense qu'on a déjà un peu réfléchi, l'idée a traversé un peu l'esprit, donc à mon avis ça dure un peu quand même, ça peut durer plusieurs jours ou plusieurs semaines peut-être mais après le déclin doit être très court, c'est pour ça que des fois les gens se suicident et on n'a pas eu de signes avant-coureurs. »
- Médecin C « Trois jours, deux-trois jours je pense... »
- Médecin M « Je dirais sur vraiment la crise suicidaire, quand on sent qu'il y a éventuellement un passage à l'acte possible, je dirais quelques jours, voilà...oui quelques jours. »
- Médecin F « De une journée à une semaine ? Je vois ça assez bref. Je sais pas,... de une journée à une semaine. »
- Médecin G « Je dirais deux semaines. J pense que c'est assez court, peut-être même plus court. »

3. Long

- Médecin A « Pour moi un mois à peu près.»
- Médecin I « L'idée de se suicider, ça peut durer un petit moment hein je pense, je pense que les gens ne se décident pas tous sur un coup de tête. Je pense qu'il y a préméditation, je pense qu'ils préparent. »

4. Très variable

- Médecin J « Bah je sais pas. Euuu, ça peut être une fraction de seconde, à mon

sens, le raptus suicidaire, ou soit ça peut être quelque chose de mûri, sur des mois voire des années hein. Donc je pense qu'entre ça on a tout hein. C'est une réponse un peu vague mais je pense que c'est ça hein. »

- Médecin L « Oh, à mon avis, j pense que ça peut durer longtemps hein, ça dépend des personnes, ça peut être aussi très court, c'est très variable. J pense qu'il n'y a pas de temps définissable, ça peut être plus ou moins long selon les gens quoi. »

5. Après la tentative

- Médecin C « Ah non la crise ? Alors la crise suicidaire, je pense que ça dure au moins quinze jours-trois semaines après la tentative de suicide. On va dire un mois, allez on va dire un mois après la tentative de suicide, j pense que pendant toute cette période-là il peut encore être pas bien quoi. »

e) Evaluation du degré d'urgence

Ces éléments ont été organisés en six thèmes :

- C'est là toute la difficulté
- S'il y a des idées de suicide, c'est déjà urgent
- Existence ou non d'un scénario
- Etayage familial
- Existence ou non de raisons de vivre
- Gravité du syndrome dépressif

1. C'est là toute la difficulté

Deux médecins estiment que toute la difficulté du problème réside dans l'estimation du degré d'urgence afin d'organiser la prise en charge optimale.

- Médecin D « La difficulté elle est là. C'est plus ça qui pose des difficultés, juger le degré de gravité. »

- Médecin C « Ce qui est difficile c'est de savoir quand est-ce que le patient risque de

passer à l'acte. »

2. S'il y a des idées de suicide, c'est déjà urgent

Trois médecins pensent que toute idée de suicide est une urgence. Par exemple :

- Médecin D « *S'il est vraiment en crise pour moi ça veut dire que c'est urgent, parce qu'il peut passer à l'acte. »*
- Médecin H « *Et à partir du moment où on a posé ce diagnostic-là, c'est sûr que la première urgence, c'est d'évaluer le risque suicidaire. »*
- Médecin F « *Je ne rentre pas dans les détails pour estimer à quel point ils ont élaboré leur projet quoi. La réponse oui pour moi me suffit et me fait euu vouloir prendre une décision pour les mettre à l'abri. »*

3. Existence d'un scénario

Sept médecins ont cité ou décrit l'existence d'un scénario comme un élément de gravité et d'urgence de la prise en charge

- Médecin A « *Euu, bah l'urgence c'est déjà s'il y a un scénario. »*
- Médecin D « *Voir comment il le ferait, est-ce qu'il a déjà réfléchi à comment il se suiciderait. Euuu, si la réponse est immédiate et, claire et nette, pour moi c'est un indice qu'il y a un risque de passage à l'acte, s'il me dit oui oui j'vais prendre la corde et puis c'est bon, y'a quand même déjà une idée plus concrète. »*
- Médecin E « *Après voilà déjà ça dépend de s'il me dit "j'ai des envies de sauter par la fenêtre", c'est franco voilà, là je vais insister pour qu'il aille à l'hôpital. »*
- Médecin C « *Ou est-ce que ça a été euuu avoir un tout petit peu planifié les choses en disant bon bah j'pense que je ferais ça par pendaison...euuu, j'me vois avec la corde dans le grenier euuu ou est-ce que j'ai commencé à mettre des boîtes de médicaments de côté comme ça le jour où ça va pas j'pourrai les prendre, enfin, savoir où ils sont rendus dans leur cheminement de suicide, est-ce-qu'ils sont pourquoi pas déjà passé à l'acte?, est-ce-qu'ils ont regardé les horaires de train. », « donc j'me dis que s'ils ont déjà acheté une corde ou regardé les horaires de train, sont peut-être déjà allé sur le lieu, sans passer à l'acte, bah c'est un peu plus je pense un danger. »*
- Médecin M « *Certains vont exprimer...voilà ils ont des médicaments,...qu'ils ont pensé prendre plus de médicaments que ce qui était prescrit, ils l'ont fait parfois en doublant ou triplant les doses mais sans aller plus loin d'autres expriment voilà ...un suicide, une pendaison, le train, la voiture... », « quand y'a des scénarios c'est rapidement à prendre en charge. »*

- Médecin G « Quand les gens ont une idée très très précise, je pense qu'il y a un risque important. », « alors, je pense que pour moi l'urgence c'est quand le scénario est totalement élaboré. »
- Médecin L « Et puis la façon dont la personne voit les choses, c'est-à-dire, si elle est beaucoup plus formelle sur un vrai passage à l'acte. »

Trois médecins ont précisé que l'existence de moyens létaux à disposition du patient en faisait un patient encore plus à risque :

- Médecin M « Savoir est-ce qu'il en a les moyens ? S'il y a un risque suicidaire médicamenteux, est-ce qu'il a suffisamment de ... réserves à la maison ? »
- Médecin G « Ils ont les moyens. »
- Médecin B « Il avait des armes chez lui, il avait des sabres et tout. »

4. Mauvais étayage familial ou amical

L'absence d'étayage ou un mauvais étayage familial ou amical a été identifié par quatre médecins comme étant un facteur de gravité.

- Médecin B « Et toute sa famille ce sont des gens qui ont des problèmes soit d'alcoolisme soit psychiatriques », « il avait un entourage vraiment pas facile. »
- Médecin A « Qu'il est tout seul, qu'il n'a pas de famille », « les critères de gravité, c'est quand même les gens seuls. »
- Médecin M « Et savoir est-ce que c'est un patient qui est entouré ? Qui peut avoir quelqu'un en surveillance 24 heures sur 24 ? Ou est-ce que c'est un patient qui n'a pas un entourage euu...favorable ? Qui n'a pas de contacts avec des amis, qui vit seul ... »
- Médecin L « La présence ou non d'un entourage, le niveau d'isolement de la personne. »

5. Existence ou non de raisons de vivre

Quatre médecins estiment que l'existence de raisons de vivre pour le patient est un élément protecteur concernant le risque suicidaire.

- Médecin L « Faut savoir s'il y a quelque chose qui les retient. »
- Médecin D « Voir aussi s'il y a des enfants qui sont là, donc de toute manière, je ne laisserais jamais les enfants, j'leur ai promis de rester euuu, c'est pour moi très

rassurant et je sais que le risque de passage à l'acte n'est pas là. », « est-ce qu'il a des enfants, qui font qu'il a envie de rester, est-ce qu'il a un conjoint qui l'aime », « est-ce que c'est quelqu'un de religieux, qui a quelque chose à quoi s'accrocher. »

- Médecin H « S'il y a quelqu'un qui est pratiquant d'une religion par exemple, ou quelqu'un qui est sportif ou qui a quelque chose à quoi se rattacher est moins à risque que quelqu'un qui n'a pas ce genre d'attache quoi ou de dérivatif. »

- Médecin G « En fait, donc il était sur son tabouret, il avait la corde à la main et puis au dernier moment il a pensé à sa fille. Et donc il a laissé tomber et est allé se coucher »

6. Gravité du syndrome dépressif

La gravité du syndrome dépressif a été citée par quatre médecins comme étant un élément d'urgence.

- Médecin B « C'est sur 1) l'intensité du syndrome dépressif. »

- Médecin G « Quand les gens ne sont pas bien et quand je sens quand-même quelque chose d'une grande intensité, enfin une détresse ou, voilà. », « quand je sens une grande souffrance en fait. », « c'est quand lors du dialogue la personne n'envisage aucune autre solution à son problème. Quand il dit "je sais pas comment faire, il me reste plus qu'à mourir, et que dans le dialogue on n'arrive pas à identifier d'autres solutions. »

- Médecin H « Alors c'est ... l'absence de vision de l'avenir, quelqu'un qui n'envisage pas l'avenir. Quand les gens arrêtent de se projeter dans l'avenir, là je pense qu'il y a un risque très important s'ils n'envisagent plus l'avenir, s'ils ne se projettent plus. Les pathologies qui ont l'air d'être mélancoliques. »

- Médecin F « Quand je sens la personne très dépressive, mélancolique », « Les personnes pour qui c'est venu sur le sujet voilà c'étaient des personnes qui étaient très mal, en dépression connue et ça n'allait pas du tout, et l'autre personne m'a fait part de ses difficultés et je la sentais vraiment au bout du rouleau quoi voilà. Plus aucun..., rien de positif dans la consultation, voir tout en noir. »

C. Les facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

Nous avons organisé ces facteurs en deux groupes :

- les freins ou obstacles au diagnostic ou/et à la prise charge du patient en crise suicidaire en médecine générale,
- les facteurs facilitateurs au diagnostic ou/et à la prise charge du patient en crise suicidaire en médecine générale.

Dans chacun de ces deux groupes, cinq types de facteurs ont été mis en évidence :

- des facteurs liés au patient
- des facteurs liés au médecin
- des facteurs liés à la relation médecin-malade
- des facteurs liés à l'environnement du patient
- des facteurs liés aux autres professionnels de santé

a) Les freins au diagnostic et/ou à la prise en charge du patient en crise suicidaire

1. Les facteurs liés au patient

Ces facteurs ont été organisés en sept thèmes :

- Facteurs intrinsèques à la maladie psychiatrique
- La peur du patient
- L'absence de recours aux soins primaires
- La non compliance du patient

- La fierté du patient
- Le patient déterminé
- L'existence d'un projet de fin de vie

- **Facteurs intrinsèques à la maladie psychiatrique**

Trois éléments intrinsèques aux pathologies psychiatriques des patients ont été relevés comme étant des freins au diagnostic et/ou à la prise en charge du patient en crise suicidaire : le sentiment d'incurabilité et le raptus qui ont été évoqués chacun par trois médecins et le déni évoqué par quatre médecins.

- o **Sentiment d'incurabilité**

- Médecin D « *Parce que je pense que les gens qui sont dans la dépression caractérisée et puis qui ont des idées suicidaires ils pensent vraiment que ça peut pas, que ça ne changera jamais. »*
- Médecin C « *Ou quand les gens sont complètement défaitistes, quand on leur dit et dans votre travail ? Ca va pas. Et dans votre famille ? Ca va pas. Et dans vos amis ? Ca va pas. Enfin, et dans votre santé ? Ca va pas. Enfin, quand rien ne va bah du coup, c'est difficile d'avoir un petit point d'accroche pour essayer de les faire parler ou de repositiver au niveau des choses. »*
- Médecin G « *C'est quand lors du dialogue la personne n'envisage aucune autre solution à son problème. Quand il dit "je sais pas comment faire, il me reste plus qu'à mourir", et que dans le dialogue on n'arrive pas à identifier d'autres solutions, des choses qui vont apaiser. »*

- o **Raptus**

- Médecin B « *Et puis y'a les cas, y'a un autre cas de suicide c'est les raptus, c'est à dire c'est des gens qui vont avoir une crise aiguë sur des problèmes, je sais pas X ou Y et puis d'un coup comme ça ils vont vouloir se ... ou bien ils vont passer à l'acte, eux on les voit pas forcément en consultation. »*
- Médecin H « *Euuu parfois c'est très bref, ceux qui se suicident, ça leur passe par la tête comme ça d'un coup. J'sais pas moi, ils vont chercher une corde comme ils vont se faire un café quoi. Ca les prend d'un coup je pense. Pourquoi juste à ce moment-là euuu, pourquoi pas quoi. J'pense que ça les prend d'un coup. C'est une décision subite qu'ils prennent qui échappent à un certain autocontrôle qu'on doit avoir, à un instinct de survie quoi. »*
- Médecin I « *Celui-là, je l'avais pas vu venir celui-là, il n'était pas déprimé mais y'a eu*

une engueulade, un clash, et... et ben il l'a fait. »

o Déni

- Médecin B « Mais là c'est extrêmement difficile parce que est-ce qu'il pense ça parce qu'il est déprimé mais ça va ou est-ce que vraiment il est objectif. »
- Médecin A « Bon, après il peut être souriant et dépressif mais euuuu, après y'a pas de solutions non plus quoi. »
- Médecin H « Il niait plus ou moins sa dépression, il ne l'acceptait pas bien et acceptait très mal les médicaments [...] Et puis je voyais bien que ça marchait pas et qu'il n'avait pas envie que ça marche », « Ah, ben, des fois y'a des dépressions masquées hein, y'a des gens qui sont dépressifs avec le sourire, y'a des gens qui ne se reconnaissent pas comme dépressifs aussi, qui n'acceptent pas le diagnostic. »

- **La peur du patient**

Les peurs du patient, notamment la peur du psychiatre ou de la psychiatrie et la peur des conséquences du diagnostic de crise suicidaire ont été mises en évidence par trois médecins.

o Du psychiatre

- Médecin E « Les gens viennent voir le médecin généraliste, ils ne vont pas voir le psychiatre en premier abord, surtout qu'ils en ont peur. »
- Médecin M « C'est pas toujours évident non plus d'orienter les patients sur une hospitalisation. Ils ont souvent peur hein de l'hospitalisation, surtout en psychiatrie, ça fait très peur. »

o Des conséquences du diagnostic

- Médecin F « Les conséquences, euu la personne dit oui mais si j'le dis, on va m'enfermer et donc mon travail, mon machin, ninnin. Euuu oui, les conséquences doivent leur faire peur aussi quoi euu, parce que je pense que certains y ont pensé et ils se disent mais non mais non, j'avais pas lui en parler sinon j'avais être enfermé. »

- **L'absence de recours aux soins primaires**

Cinq médecins ont estimé que l'absence de recours aux soins primaires par le patient constituait un obstacle important au diagnostic et à la prise en charge. Par exemple :

- Médecin K « Y'a des gens qui, hein on a tous été appelé pour des pendaions, des pendaions, bah c'était des gens qui n'avaient jamais consultés auparavant hein. »
- Médecin C « Ouais, et puis l'impression qu'il y a aussi des gens qui ont beaucoup

de difficultés, qui ne viennent pas tellement d'elles même. »

- Médecin A « Dans la prévention oui, mais quand ils veulent bien venir nous voir, s'ils viennent pas [...] c'est plus compliqué. », « euuu, on a un jeune qui a fait une tentative de suicide mais euuu, j pense que c'était euuu, on le voyait pas souvent hein », « moi je ne l'avais pas vu depuis six mois, donc, quand ils ne viennent pas régulièrement, on peut pas dire. »

- Médecin M « C'était un de mes patients, qui n'avait pas consulté depuis euuu plusieurs mois au cabinet. »

- Médecin I « Ca fait longtemps qu'elle n'est pas venu me voir d'ailleurs. Enfin bon... mais je n'ai pas appris qu'elle était morte. », « enfin ils viennent pas pour ça, donc il faudra profiter d'un renouvellement pour ceux qui ont des médicaments, parce qu'ils n'en ont pas tous quoi. »

- **La non compliance du patient**

Dans le même thème, la non compliance du patient (refus ou arrêt du traitement, refus d'hospitalisation) a été évoqués par sept médecins comme étant un frein à la prise en charge.

- o **Refus de l'hospitalisation**

- Médecin K « Donc, euuu et elle refusait l'hospitalisation là encore. »

- Médecin J « J'hospitalise, encore faut-il que le patient le souhaite, le veuille euuu voilà », « quand c'est possible, ce qui n'est pas toujours le cas, c'est pas toujours facile de convaincre les gens. »

- Médecin E « Mais oui, c'est ça qu'est difficile en fait, c'est ça qu'est difficile parce quand ils veulent pas, ils veulent pas hein, mais je pense que l'hospitalisation est nécessaire quand il y a une crise suicidaire, mais après ... »

- Médecin M « Parce que la patiente ne souhaitait pas être hospitalisée d'emblée. »

- o **Refus du traitement**

- Médecin B « Chez un patient qui disait qu'il voulait se suicider mais qui voulait qu'on le laisse tranquille. »

- o **Arrêt du traitement**

- Médecin E « Elle est tombée enceinte en sortant, ils ont arrêté le traitement antidépresseur, parce que quand même sur une grossesse euuu faut pas déconner. »

- Médecin F « Ma collègue le met sous antidépresseurs puis il vient pas renouveler le traitement. »

- Médecin L « Et puis après bah tous comptes faits, c'est comme je disais, il ne revenait pas suffisamment régulièrement même en lui disant revenez ou autre, parce qu'on va pas obliger les gens à revenir, et tous comptes faits ils ont du mal à revenir, donc il prenait ou prenait pas les traitements ou quoi que ce soit », « les gens ont du mal à revenir quand on leur demande de revenir et ils s'échappent d'eux-mêmes », « les patients ont du mal à revenir nous voir régulièrement. »

- **La fierté du patient**

Un médecin a mis en exergue la fierté du patient comme obstacle au diagnostic de la crise suicidaire.

- Médecin F « Parce que la fierté sûrement de ce personnage ne poussait pas à étaler ses difficultés financières lors d'une consultation », « la fierté, les gens qui ne veulent pas dire les choses par fierté, en tous cas dans nos campagnes. »

- **Le patient déterminé**

Six médecins ont insisté sur le fait que la forte détermination d'un patient à passer à l'acte était un obstacle quasiment insurmontable au diagnostic et surtout à la prise en charge de la crise suicidaire.

- Médecin I « Quand ils font une tentative et qu'ils se sont ratés, bien souvent ils essaient à nouveau et là ils ratent pas quoi. »

- Médecin B « Le deuxième c'est le patient qui est vraiment décidé quoi, parce que je pense que celui qui est décidé, et ben lui il va falloir vraiment fouiller pour le trouver parce que comme ils avaient l'air de dire (dans l'article de la revue du praticien) clairement ils sont apaisés, donc j pense qu'ils n'ont pas envie qu'on remette en cause leur décision donc eux ils ne vont pas vraiment le dire. »

- Médecin E « Moi j pense que quelqu'un qui veut vraiment se suicider, il y arrive par tous les moyens, il ne demande même pas d'ailleurs. »

- Médecin C « Et puis y'a aussi je pense des gens déterminés qui de toute façon quand bien même on aura tenté de les aider ou on aura essayé d'être le plus possible à l'écoute, bah de toute façon leur décision est plus ou moins prise et ça changera rien quoi, qu'on leur ait posé la question ou pas », « J pense qu'une fois sur deux on sait pas et on saura pas parce que la personne est déterminée. »

- Médecin A « Moi je pense que de toute façon, quelqu'un qu'à vraiment décidé de passer à l'acte, et qui est dans sa décision, j suis pas persuadée que ... Quand vraiment la décision est prise, s'il est intimement persuadé que sa décision est prise, s'il n'y a aucune attache, je n suis pas persuadée qu'il va venir nous voir. »

- Médecin F « Mais chez ce patient là on sentait une décision ferme d'en finir un jour.

Il nous faisait bien comprendre que pour lui c'était un soulagement. », « enfin, pour moi il a masqué et il était ferme dans sa décision, et il voulait en finir quoi, je pense. »

- Médecin H « Et donc cet homme-là, au moment où il m'a dit ça, il avait déjà programmé son suicide. Et effectivement dans ce contexte-là, son ongle incarné ça n'avait plus aucune importance pour lui. »

- **L'existence d'un projet de fin de vie**

Un médecin a longuement insisté sur le fait que certains de ses patients font des projets de fin de vie longtemps à l'avance, en prévision d'un futur handicap ou si une grave maladie leur arrivait, et que l'existence de tels projets dans l'esprit de ces patients constituait un frein à leur prise en charge. Ce médecin estimait que l'existence de tels projets s'expliquait par l'interdiction de l'euthanasie dans notre pays.

- Médecin I « J'avais un patient qui avait à côté de chez lui un trou de carrière, donc les trous de carrière remplis d'eau là, qui sont très profonds et il m'avait dit le jour où j'ai un pépin, c'est pas dur hein, si on me trouve pas tu pourras dire, tu viendras me chercher là.[...] Donc je pense qu'il y a des gens qui prévoient longtemps à l'avance que le jour où il y aura un problème, je peux toujours le faire, je peux toujours partir.», « moi j'ai des patients qui sont encore en vie et qui m'ont signalé que sans doute qu'un jour ils se.... (geste du pouce qui "coupe la gorge") s'ils ne se sont pas améliorés, si ça va pas, s'il y a quelque chose, si ... ils m'ont dit de toute façon tu me trouveras suicidé quoi comme ils disent (rires). Tu me trouveras dans la rivière, tu me trouveras pendu. », « juste pour dire qu'il y a des gens qui prévoient des trucs longtemps à l'avance, mais j pense que là c'est peut-être plus des gens qui prévoient une euthanasie, enfin une fin de vie un peu accélérée. »

2. Les facteurs liés au médecin

Ces facteurs ont été organisés en huit thèmes :

- Subjectivité du médecin
- Mauvaise écoute
- Méconnaissance du sujet
- Manque d'intérêt pour le sujet

- Gestion du temps
- Gêne du médecin
- Fatigabilité du médecin
- Contrariété, problème personnel, dépression

- **Subjectivité du médecin**

- o Préjugés, fausses idées

Neuf médecins ont évoqués des préjugés ou fausses idées sur le suicide ou la dépression. Par exemple, six d'entre-eux pensent (ou pensaient avant une formation) que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire et trois d'entre-eux pensent que parfois il faut savoir respecter le choix du patient même quand il s'agit du choix de mourir. Par exemple :

- Médecin A « Les mamies, c'est marrant j'y pense moins chez les mamies aux dépressions. »
- Médecin G « Oui, parce que tel qu'on a été formé à la fac par rapport à ça, c'est-à-dire pas formés du tout mais avec quand-même des fausses idées qui ont été véhiculées, euuu... »
- Médecin L « Parce que tout ce qui est psychiatrique euuu, la dépression, c'est toujours euuu, même si les choses évoluent, ça a toujours une très mauvaise connotation quoi. »

- o Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire

- Médecin J « On peut peut-être accélérer par des paroles malheureuses ou ... »
- Médecin E « Bah, oui, bah disons que j'ai peur que ça donne des idées », « mais au moment de poser la question j'ai toujours cette petite crainte, quand-même, parce que ça reste une solution à son problème, enfin, ça peut être considéré par lui comme une solution à son problème. »
- Médecin C « Avant j'étais gênée parce que je pensais que rien que de leur poser la question s'ils avaient envie de se suicider, ça les ferait passer à l'acte. »

- Médecin A « Bah j'le pensais avant. »
- Médecin H « Evidemment là posé comme ça, ça peut pas être écarté tout à fait c'est sûr. »
- Médecin I « Ca peut, je pense que ça peut, donc il faut bien connaître les patients. »

o Respect du choix du patient

- Médecin B « Puis après il y a aussi, ce qu'on disait tout à l'heure, c'est que dans certains cas... est-ce-qu'il faut prévenir tous les suicides quoi ? On est quand même maître de sa vie puis si on trouve que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, ça peut aussi se respecter. »
- Médecin C « Euuu on peut pas les forcer à vivre quoi... [...] ils sont quand même un peu libres. J'me dis où s'arrête le jugement de soi-même quoi, parce que quand on les hospitalise sous la contrainte, c'est parce qu'on leur dit qu'ils ne sont pas aptes à juger de leur ...euuu, enfin qu'ils n'ont pas leurs compétences pour juger de s'il faut prendre un traitement ou pas etc mais après ... ils sont quand même un peu libres. »
- Médecin I « Alors que les patients qui ont un cancer généralisé, qui réussissent, parce qu'ils le savent qui se suicident, je me dis bon c'est un peu dommage mais bon chacun choisi. Il a choisi, il a réussi, il est parti. »

o Ressenti personnel négatif du médecin sur la dépression

Trois médecins ont fait ressortir dans leur discours un ressenti personnel négatif sur la dépression ou les patients suicidaires.

- Médecin C « Euuuu, j'aime bien quand ça rentre dans l'ordre...(rires) Parce que du coup les gens déprimés ça me déprime, comme moi je suis toujours optimiste dans la vie alors du coup j pense que c'est peut-être ça aussi qui fait que j'ai peut-être des fois plus de mal à comprendre », « j pense que mon idée c'est quelqu'un qui se dit suicidaire, qui fait angoisser toute sa famille parce qu'à chaque fois y'a un peu des menaces, un genre de chantage en disant si c'est comme ça j'vais me suicider, et j pense que c'est possible hein que la personne finisse par se suicider et que ça pourrait la vie de tout le monde et ben il a qu'à se suicider. »
- Médecin A « Bah, j'ai de la chance, on n'est pas une famille de dépressifs (rires) », « non, j'ai pas un cas précis. Attention, on fait sa clientèle en fonction de son caractère aussi hein. Comme j'ai tendance à être un peu euu ..., bah ils ne vont pas obligatoirement venir me voir. », « j'ai quelques dépressifs mais euuu j'en ai pas tant que ça, d'emblée là j'en vois quoi, trois ?! C'est pas beaucoup hein. »
- Médecin M « Parce que quand j'ai dû choisir mes stages lors de l'externat, j'ai enlevé tous les stages de psychiatrie parce que voilà, ça m'avait marqué le fait d'aller la voir euuu, on faisait encore les électrochocs à ce moment là et de me retrouver à la visiter en milieu psychiatrique et de voir les malades psychiatriques ça m'avait vraiment beaucoup marqué. Donc voilà, au début de mes choix de stages, j'ai tout viré... (rires). »

o Sentiment d'incurabilité, de fatalité

Six médecins ont pour certains patients un sentiment d'incurabilité, de fatalité face à leur maladie et à son issue. Par exemple :

- Médecin E « De l'impuissance quoi parce qu'on n'a pas forcément les moyens de traiter la source de la dépression en fait », « moi j pense que quelqu'un qui veut vraiment se suicider, il y arrive par tous les moyens, il ne demande même pas d'ailleurs. »
- Médecin A « Il y a des gens qu'il faut pas trop trop secouer non plus, les dépressifs chroniques euh, c'est pas la peine de les secouer quoi, on n'y arrivera pas plus. »
- Médecin M « Elle avait réussi à ...à guérir, voilà, ou à être en rémission, parce que sur les états dépressifs c'est difficile hein, donc à être en rémission. »
- Médecin G « Ca me paraissait inéluctable. »
- Médecin F « Et puis pour une partie des personnes, après je suis assez fataliste parce que dans les patients, y'avait tellement des patients qui allaient mal qu'il aurait fallu quelque chose un petit peu dans leur vie quoi, ou qu'ils aient la force de reprendre leur vie en main. »

o Contre-transfert négatif

Six médecins avouent faire parfois un contre-transfert négatif vis-à-vis de certains patients ou de problèmes comme l'alcool. Ce contre-transfert peut constituer un obstacle à leur prise en charge.

- Médecin E « Y'a des personnes qui sont déprimées, que je connais, et qui sont agaçantes donc là ouuu, encore ! », « ça peut être aussi un patient pénible, y'en a, des gens qui ont toujours des motifs de ... des sources d'angoisse ou des choses comme ça, qu'on suit depuis longtemps, qu'on connaît, qui sont toujours très angoissés. »
- Médecin C « Ou quand les gens sont complètement défaitistes, quand on leur dit et dans votre travail ? Ca va pas. Et dans votre famille ? Ca va pas. Et dans vos amis ? Ca va pas. Enfin, et dans votre santé ? Ca va pas. Enfin, quand rien ne va bah du coup, c'est difficile d'avoir un petit point d'accroche pour essayer de les faire parler ou de repositiver au niveau des choses. »
- Médecin A « Ouais y'avait celui-là, tiens, j'avais oublié celui-là. Lui c'est un ancien toxico qui picole, et qui est dépressif en plus. »

Médecin F « C'était une personne assez désagréable pour son entourage, pour ses enfants, pour son mari », « je ne supporte pas l'alcool en fait et les alcooliques je les mets un peu dans ... Alors que c'est bête puisque que voilà ils ne boivent pas par plaisir, que c'est toujours des gens en souffrance mais l'alcool dans ma famille a fait

tellement de dégâts que je bloque un peu », « euh parce que j'ai beaucoup plus de mal d'être dans quelque chose d'objectif et de distant dès qu'il y a un problème d'alcool qui m'évoque mon frère », « je faisais clairement un transfert. »

- Médecin I « Celles que j'arrive pas à suivre c'est les femmes alcooliques, alors là j'ai un mal fou, mais quelqu'un ... enfin si elles sont alcooliques elles sont peut-être un peu suicidaires aussi, enfin j'ai du mal, le courant ne passe pas. »

- **Mauvaise écoute**

Cinq médecins voient la mauvaise écoute du médecin comme un frein au diagnostic et à la prise en charge de tels patients. Par exemple :

- Médecin K « Ben, il prend peut-être pas le temps, d'écouter », « alors si on n'est pas assez à l'écoute du patient, du coup j pense qu'il va se dire "il va pas avoir le temps de m'écouter". »

- Médecin G « Et je pense que si je l'avais abordé différemment en lui donnant l'occasion d'exprimer autre chose, ça aurait peut-être amorcé autre chose et peut-être qu'il se serait pas suicidé. Là j'ai pas compris et j'ai pas su l'écouter au niveau où j'aurais dû l'écouter. Mais c'est après coup que j'ai compris ça. »

- Médecin L « Bah c'est clair hein, de notre part on l'a pas bien écouté. »

- **Méconnaissance du sujet**

Neuf médecins reconnaissent une méconnaissance du sujet à cause du manque de formation essentiellement.

- o **Manque de formation**

- Médecin M « Donc après ben on apprend un petit peu sur le tas quoi. »

- Médecin G « Alors, on est pas du tout formé à ça », « donc la formation est très primaire, très basique sur ce sujet. On n'est pas du tout formé à gérer la crise suicidaire, bon c'est pour ça qu'on passe autant à côté des gens. On les voit une semaine avant et quelques jours après ils vont se suicider, et on n'a rien vu, voilà. Donc y'a un problème de formation. »

- Médecin L « Et puis la psychiatrie c'est un peu particulier quoi, c'est pas là où on est le mieux formé. »

- o **On n'est pas psychiatre**

- Médecin J « Après je suis pas un cador en psychiatrie. »

- Médecin E « Mais moi je peux pas gérer une crise suicidaire, j'suis pas compétente,

c'est pas notre métier. »

- Médecin A *« On n'est pas psychologue, on n'est pas psychiatre, en soutien oui mais si vraiment ça va pas, il faut passer à une autre échelle quoi. Il faut savoir passer la main. »*

- Médecin H *« Alors, c'est vrai que c'est pas un diagnostic de spécialiste non plus, on n'est pas des spécialistes nous, on n'a pas la même fiabilité de diagnostic en psychiatrie qu'un spécialiste et on peut pas l'avoir, pour plein de raisons », « donc on n'a pas forcément les capacités d'évaluer directement les degrés de passages à l'acte dans certains cas c'est sûrement que les psychiatres en ont plus les moyens. »*

- Médecin L *« On est là que pour détecter, on n'est pas là pour trai... enfin pour prendre en charge tout seul quoi. J pense qu'on n'a pas les capacités. »*

- **Manque d'intérêt pour le sujet**

Quatre médecins reconnaissent leur manque d'intérêt pour le sujet. Par exemple :

- Médecin B *« Mais c'est pas quelque chose que moi j'aime particulièrement, c'est pas mon attrait, euuuuuu enfin c'est pas la partie de la médecine générale que je préfère la dépression, mais bon on est obligé d'en voir quoi. »*

- Médecin F *« La psychiatrie n'est pas ce que je préfère on va dire. »*

- **Gestion du temps**

Tous les médecins estiment que le facteur temps est un facteur limitant dans le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire et des patients dépressifs en général. Par exemple :

- Médecin J *« Maintenant euuu, maintenant ça bouffe du temps hein (rires)... », « mais c'est vrai, je crois que ce qui nous pénalise le plus, c'est le facteur temps. »*

- Médecin D *« Eventuellement le manque de temps, c'est-à-dire si on a une salle d'attente bondée ou on a déjà une heure et demie de retard et puis euu, on voit quelqu'un euu, quelque part on sent qu'il y a quelque chose mais par manque de temps on va pas au bout de ce sentiment, je pense que ça peut être aussi un frein au diagnostic de la crise suicidaire, le manque de temps ouais. »*

- Médecin B *« Donc ça peut arriver que des fois on ait du retard, des choses comme ça et c'est là où à mon avis y'a le risque. Il faut faire attention car dans les périodes où on va vite bah du coup on peut faire un peu moins attention, on peut se contenter de ce que disent les gens et puis se dire bon j'avais être euuu, j'avais pas chercher la petite bête derrière, parce que si on cherche pas ça va plus vite et je pense que c'est là qu'il y a un gros risque. »*

- Médecin C « Alors le défaut c'est que je suis pressée, j'pense, je suis tout le temps speed. »
- Médecin A « Cadrante, je cadre beaucoup. J'essaie de ne pas me laisser déborder », « et puis de toute façon, c'est pas de rester une heure avec quelqu'un qui va l'aider à trouver une solution plus rapide. »
- Médecin G « Elles ne sont pas non plus, sauf cas très exceptionnels, extensibles à volonté. C'est-à-dire qu'au bout d'une demi-heure, avec certains patients c'est aussi utile de cadrer, on peut dire stop voilà. »
- Médecin H « J'peux pas consacrer beaucoup plus d'un quart d'heure par personne. Si ça arrive, à ce moment-là j'essaie de le rattraper sur les personnes suivantes, mais c'est rare que j'y arrive », « mais c'est vrai que s'il faut passer plus de temps avec une personne c'est un peu stressant parce que y'a des gens qui s'accumulent dans la salle d'attente, des voitures qui s'accumulent sur le parking, et le temps devient un problème. »
- Médecin I « Si on va trop vite lors de la consultation, le patient hésitera à répondre aux perches qu'on lui tend quoi. »
- Médecin L « Dans les consultations j'essaie de tenir un certain rythme parce que globalement dans la journée, faut pas non plus passer un temps infini », « j'pense que principalement ça peut être ça, le temps d'écoute. Je pense que le problème majeur c'est celui-là, le temps. »

o Surcharge de travail

Six médecins évoquent une surcharge de travail expliquant leur manque de temps.

- Médecin D « C'est-à-dire si on a une salle d'attente bondée ou on a déjà une heure et demie de retard et puis euu, on voit quelqu'un euu, quelque part on sent qu'il y a quelque chose mais par manque de temps on va pas au bout de ce sentiment. »
- Médecin A « Euuuu, c'est qui peut empêcher des fois c'est s'il a le malheur de venir un jour où on est surbooké, où on a plein de boulot et on n'a pas pris un temps d'écoute suffisant. »
- Médecin M « Et puis dans la gestion je dirais de l'emploi du temps, euu voilà euu, quand on est débordé, très en retard euu je pense qu'on peut passer à côté de quelque chose si le patient vient pour une plainte organique et si on n'a pas le temps de creuser... »
- Médecin G « Le plus grand défaut c'est de ne pas toujours pouvoir répondre à cette exigence de facilité d'accès. Bah, le point négatif de ma pratique, c'est que des fois on devrait être plus disponible qu'on ne peut l'être », « et le dialogue vraiment intéressant peut s'établir si on a l'esprit disponible. Parce que si on sait qu'on a cinq-six choses à côté qui va falloir résoudre rapidement parce qu'on est harcelé, j'crois pas qu'on ait un

dialogue adéquat avec ces personnes-là. »

- Médecin H « *Il y a aussi des choses que j'avais le temps de faire avant et que je n'ai plus le temps de faire maintenant », « il faut voir que le temps commence à être compté quoi, de plus en plus. »*

- Médecin L « *Comme on a un rôle dans la prévention de tout et le souci il est là », « surtout qu'on nous demande tout le temps d'être les premiers. Etre les premiers à détecter si, les premiers à détecter ça et on en fait jamais assez. »*

- **Gêne du médecin**

Quatre médecins ont évoqué leur gêne de parler d'un tel sujet au patient, surtout justifiée par la peur de choquer le patient.

Parmi ces quatre médecins, l'un d'eux a avoué n'avoir jamais posé la question du suicide à ses patients (même après plus de vingt ans d'exercice).

- o **Peur de choquer**

- Médecin J « *Maintenant si c'est quelqu'un qu'on ne veut pas brusquer, brutaliser, renfermer, parce que le risque c'est ça, c'est que compte-tenu du côté culpabilisant de dire ça euu, si on va trop fort je pense que les gens peuvent se fermer et puis répondre non parce qu'ils ne veulent pas dire. Donc faut à mon avis utiliser euuu, c'est pour ça que j'utilise le terme d'idées noires quand je sens ce type de situation quoi », « j pense qu'il y a des freins personnels sur le plan du thérapeute, du médecin, sûrement, euuu la peur de...ouais, la peur de choquer, la peur de ...je pense que oui, ça peut être ça. »*

- Médecin A « *Bah je lui demande déjà comme j'ai fait l'autre fois s'il a des idées noires ? Oh, oui. Et vous avez déjà imaginé comment ça pourrait se passer ? Oh oui. J'ai pas demandé comment hein (rires), ils disaient qu'il fallait demander comment, mais j'ai pas demandé, c'est pas bien, mais là j'ai pas osé, c'est marrant hein.», « je crois que c'était ma peur personnelle hein. Ma peur personnelle du suicide plus que ...j'avais pas d'idées préconçues là-dessus mais je ne savais pas comment l'aborder surtout. Je ne savais pas comment poser les questions. J'avais peur de les choquer peut-être, puis en fin de compte, on ne les choque pas. »*

- o **Ne parle pas du suicide, laisse les gens dire**

- Médecin K « *Ben..., je ne crois pas que je vais tellement lui poser la question hein », « oh ben, on est à l'affût quand même de ça oui. Oui mais enfin sans poser vraiment la question. Sans poser vraiment la question. », « enfin, c'est surtout, on le cherche...oui enfin on ne pose pas de question...on laisse les gens dire, on laisse les gens dire quoi. »*

- Médecin B « *Bah je pense que les freins ça peut être 1) le médecin, parce que celui qui va pas chercher bah il risque pas de le trouver. »*

- **Fatigabilité du médecin**

Quatre médecins ont mentionné leur fatigabilité comme un frein au diagnostic et à la prise en charge des patients dépressifs ou en crise suicidaire.

- Médecin A « S'il a le malheur d'arriver à un moment où soi-même on est peut-être un peu plus fatigué à notre consultation. Y'a des heures, on est plus à l'écoute, y'a des heures on est plus fatigables, puis y'a des jours où on est moins en forme que d'autres, comme tout le monde quoi. On n'est pas des machines quoi. »
- Médecin G « La non disponibilité du médecin, ça c'est un gros frein. C'est un vrai problème qu'il ne faut pas négliger, parce qu'en général ces gens là on les voit plutôt en fin de journée. La personne qui déboule à sept heures ou sept heures et demie le soir alors qu'on est à bout, qu'on est crevé et qu'on a plus beaucoup d'énergie. »
- Médecin H « Bon y'a les limites aussi de la personne, on a nos propres limites hein, limites physiques du praticien. »
- Médecin L « C'est vraisemblablement un facteur humain, ...notre fatigue. »

- **Contrariété, problème personnel, dépression**

Trois médecins ont cité une contrariété ou une souffrance personnelle du thérapeute comme un frein.

- Médecin E « Et puis j'sais pas moi, une contrariété personnelle, y'a des jours où l'on n'a pas forcément envie de s'immiscer dans les soucis des autres y'a des facteurs propres au médecin. »
- Médecin G « Euh, le médecin qui n'est pas bien et qui lui aussi a peur du suicide pour lui-même quelque part, il va pas aller trop chatouiller ou fouiller chez le patient, parce que ça le renvoie à sa souffrance personnelle quoi. »
- Médecin I « Je me souviens d'une réunion, on était entre médecins et y'en a un qui dit "de toute façon moi les psys je les vois plus parce que dès qu'il y a un patient qui me dit je vais pas bien docteur, moi non plus qu'il répondait, moi non plus je vais vraiment pas bien, ras-le-bol. »

3. Les facteurs liés à la relation médecin-malade

Ces facteurs ont été organisés en deux thèmes :

- Communication difficile

- Non ou mauvaise connaissance du patient

- **Communication difficile**

- o De la part du patient

- **Difficultés d'expressivité**

Tous les médecins pensent que le frein principal au diagnostic de la crise suicidaire vient des difficultés d'expressivité du patient.

- Médecin E « Après voilà, y'a toute une partie des patients qui ne sont pas bien, qui demandent de l'aide mais qu'on n'arrive pas à entendre parce qu'ils ne l'expriment pas bien non plus cette demande. »
- Médecin K « Et là euh, elle est même incapable de dire vraiment pourquoi ce jour-là elle l'a fait quoi », « y'a certains dépressifs qui parlent pas beaucoup beaucoup hein. »
- Médecin J « C'est tout à fait crédible de penser qu'on puisse passer à côté de points... de signaux d'alertes hein, parce que c'est rarement exprimé de façon très claire hein », « s'ils verbalisaient tous, y'en aurait pas autant hein. »
- Médecin D « Et donc, le médecin, il faut qu'il arrive à capter ces signes de détresse et de demande de venue en aide sans que ce soit...ce soit clairement exprimé. »
- Médecin B « Parce qu'il y a beaucoup de patients qui vont pas en parler », « quand un patient veut pas nous dire, il veut pas nous dire quoi. »
- Médecin C « J'ai plus de difficultés je trouve avec les gens qui verbalisent pas beaucoup. »
- Médecin A « Après y'en a ils ne parlent pas du tout de leur vie privée hein. Y'a des gens, je sais rien d'eux. »
- Médecin M « Parce que c'est vrai que souvent on dit que le passage à l'acte c'est un patient qui n'en a pas parlé. »
- Médecin G « Euh, c'est souvent la difficulté de relation, du contact déjà, quand la personne est un peu détachée, un peu dans son monde, enfermée dans son monde. »
- Médecin H « Y'a des choses qu'on connaît pas parce que les gens ne nous ont pas tout dit. »
- Médecin I « Je sentais bien qu'il y avait quelque chose mais on peut pas non plus,... On a beau tendre des perches, des fois ça n'accroche pas. »
- Médecin F « J'en sais pas plus parce que lui il ne m'a jamais exprimé un mal-être, mais alors jamais quoi », « si le dialogue ne s'instaure pas, s'ils ne savent pas exprimer

ce qu'ils ressentent, et y'a des gens qui en sont incapables, on va pas être suffisamment averti de la souffrance de ces gens-là », « donc les personnes peu communicantes, c'est un frein. »

▪ **Plainte somatique**

Cinq médecins mentionnent le fait qu'une plainte somatique peut en fait cacher un syndrome dépressif que le patient ne peut verbaliser, ce qui participe à la difficulté du diagnostic

- Médecin B « Et puis alors à contrario celui qui va rien dire, qui va venir parce qu'il a mal à l'épaule, mal au ventre euuuu, je sais pas quoi puis qui en fait est complètement déprimé, qui n'en peut plus », « quand les gens viennent pour des états de fatigue, qu'on comprend rien, qu'on a déjà fait un bilan et que c'est rien du coup bah là y'a forcément peut-être une part psychique et on démarre là-dessus, quand ils ont des plaintes multiples. »

- Médecin E « Y'a des petits signes, y'a un amaigrissement. »

- Médecin A « Oui, il y avait le malaise, et y'avait pas de prise de médicaments puis 39 ans, il était en bonne santé, pas d'obésité, pas de signe clinique, bon j'ai quand même le bilan clinique, j'ai pas que sur la psy hein, et je l'envoie voir le cardiologue par sécurité », « le problème, c'est de faire le diagnostic quand ils viennent pour un autre problème, comme mon jeune monsieur là avec son malaise. Il vient pour son malaise et puis on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Alors je fais quand même les examens biologiques à côté et autres choses hein, j'ai pas rester que sur ..., mais on a gratté et y'a des choses qui apparaissent. »

- Médecin M « Elle était venue consulter donc là pour des problèmes somatiques hein des douleurs abdominales, une altération de l'état général et au bout du bilan complet digestif, j'avais déjà commencé à aborder l'état dépressif », « après ça peut être un patient qu'on revoit sur une plainte, euuu je dirais, somatique récidivante euuu avec un examen clinique normal, des examens complémentaires normaux, on va essayer de rechercher autre chose mais voilà, un patient chez lequel on n'évalue pas, à priori, d'état dépressif euuu... évaluer une crise suicidaire euuu, j'y viendrais pas d'emblée. »

- Médecin J « Le problème c'est tous ceux qui ont des symptomatologies masquées euuu, des demandes qu'on sait pas interpréter comme étant témoins d'une souffrance derrière, existentielle », « c'est le gars qui vient parce qu'il a mal au ventre et qui dit pas qu'au boulot ça va pas et puis un jour on apprend qu'il a fait un geste parce qu'il n'avait pas d'autre solution pour s'en sortir que ça. »

o De la part du médecin

Trois médecins ont parlé de difficultés personnelles de communication dans certaines circonstances ou de traits de caractère pouvant freiner leur communication avec certains patients.

- Médecin J « C'est là où c'est compliqué, parce qu'aborder le problème n'est pas chose simple parce que les gens ne viennent pas pour ça au départ, c'est là où arriver à leur donner un signal en disant bah j'ai peut-être écouté quelque chose euuu, n'hésitez pas à revenir sivoilà. Tout est un petit peu dans la subtilité quoi hein. »
- Médecin A « Et parfois d'être un peu trop directe, je pense que je suis trop directe, c'est un gros défaut que j'ai, quand j'ai quelque chose à dire j'y vais pas par quatre chemins mais parfois toute vérité n'est pas bonne à dire ... »
- Médecin H « Bah j'ai tendance à être direct, alors ça peut être les deux (rires). Ça peut être une qualité à certains moments et un gros défaut à d'autres. C'est sûr qu'il y a le risque de choquer les gens ça c'est certain. »

o De la part des deux

Quatre médecins pensent que les difficultés de communication dans la relation médecin-patient viennent à la fois du médecin et du patient.

- Médecin G « Il était vraiment très étrange quoi [...]. Mais je n'arrivais pas à comprendre son comportement. [...] Là j'ai rien compris du tout quoi. Je le sentais étrange, je ne comprenais pas son comportement mais j'ai pas pensé qu'il y avait ça derrière », « j'ai pensé que pour pas mal de personnes qui se sont suicidées euuu j'avais eu ce sentiment d'étrangeté, de ne pas comprendre comment ils fonctionnaient mais pour plusieurs d'entre eux, j'avais jamais imaginé qu'ils étaient sur le point de se suicider quoi. Parce que moi j'étais sur un registre totalement différent d'eux... »
- Médecin B « On peut se contenter de ce que disent les gens et puis se dire bon j'vais être euuu, j'vais pas chercher la petite bête derrière. »
- Médecin E « Quelqu'un qu'est vraiment hermétique aussi hein, il va consulter parce qu'il y a quelque chose qui va pas, sauf qu'il va rien dire quoi, et qu'on va pas trouver le mot qui va faire déclencher le problème, la parole du patient quoi. »
- Médecin C « J pense que la plupart des gens ils n'en parlent pas tellement ou bien ils n'en parlent pas comme je m'attendrais à l'entendre. »

- **Non ou mauvaise connaissance du patient**

Sept médecins estiment que le fait de ne pas bien connaître le patient est un obstacle au diagnostic de crise suicidaire. Par exemple :

- Médecin D « Euuu le fait de ne pas connaître son patient, j pense que ce qui est le plus difficile c'est quand on connaît pas la personne qui est en face, ça veut dire un patient voilà qu'on ne voit jamais, qu'on ne connaît pas, dont on ne connaît pas le contexte familial, dont on ne connaît pas l'histoire familiale. »
- Médecin C « Et puis, si on ne connaît pas..., j pense que si on ne connaît pas très bien le patient et bien du coup on ne remarque pas le petit changement de comportement quoi ou le p'tit mot qui était là pour tendre la perche quoi. »
- Médecin A « C'est peut-être plus compliqué quand on connaît moins bien les gens. »
- Médecin M « Chez un patient que je ne connais pas, alors là ça serait plus difficile. »
- Médecin H « Il y a des cas qui sont vraiment imprévisibles parce qu'on ne connaît pas le contexte. »

4. Les facteurs liés à l'environnement du patient

Ces facteurs ont été organisés en deux thèmes :

- La société
- La famille

- **La société**

Deux médecins incriminent la société dans les difficultés de diagnostic de la crise suicidaire, notamment de par la connotation péjorative que la société attribue à ce problème.

- Médecin J « Si, ce qu'il faut rajouter c'est quand même ce que fait la société par rapport à ça. Parce que c'est vrai que le médecin de premier recours il n'est pas tout seul, quelque part, il n'est pas tout seul. [...]C'est les mesures de prévention, moi là dessus, je pense que c'est..., alors ils en parlent beaucoup mais je suis pas sûr qu'il y ait grand chose de fait. »

o Dépression, suicide, sujets tabous dans notre société

- Médecin L « Je pense que le problème de la dépression, c'est que c'est toujours mal vu d'être dépressif donc il y a toujours une image très négative quoi de cette douleur, contrairement à d'autres », « parce que tout ce qui est psychiatrique euuu, la dépression, c'est toujours euuu, même si les choses évoluent, ça a toujours une très mauvaise connotation quoi. Tout ce qui touche à la psychiatrie euuu, les gens ne veulent pas avoir cette étiquette dans le dos quoi. Personne ne veut l'avoir, dépressifs, anxieux, "être hospitalisé à l'hôpital des fous, à l'asile,..." voilà. »

• La famille

Quatre médecins pensent que l'environnement familial peut être un frein au diagnostic ou à la prise en charge de la crise suicidaire, notamment quand il empêche le colloque singulier avec le médecin, quand il est à l'origine de certains problèmes, ou quand il est absent.

o Venir à plusieurs à la consultation

- Médecin A « Des fois, j'suis obligée, quand ils viennent des fois à deux ou trois, on sent qu'il y en a un qui veut parler mais... donc il faut avoir le courage de mettre les autres à la porte et puis on en discute quoi, ça ça peut être un frein. Faut avoir le courage de dire : "Bon écoutez, je vous vois tout seul et madame sort ou les enfants sortent". Parce que des fois, des femmes viennent avec leurs gamins justement pour éviter qu'on parle de ce problème-là », « Parler du suicide devant les enfants, bah pour moi c'est un frein j'suis désolée, j'veais pas... ils écoutent hein, ils sont pas ... »

o Problème familial, communication familiale difficile

- Médecin D « Euuuu parce que souvent c'est quand même une problématique où la famille est impliquée. »

- Médecin F « Si la famille avait mieux géré, parce que vus les témoignages que j'ai eu c'est évident qu'il était en dépression sévère. »

o Pas de famille

- Médecin K « Mais quand ils sont tout seuls, on sait même pas où ils habitent. »

- Médecin A « Alors que là c'est plus compliqué, y'a l'entourage, ils sont pas seuls, ils ont le chat à garder ... », « Et aucune famille autour, seul, esseulé, justement c'est ce qui m'arrangeais encore moins mais y'avait son chat, donc il voulait pas partir parce qu'il y avait le chat (rires). »

5. Les facteurs liés aux autres professionnels de santé

Un seul thème a été mis en évidence dans cette catégorie : le psychiatre, avec trois items :

- Les difficultés d'accès au psychiatre
- Le manque de communication
- Diagnostic difficile même pour les psychiatres

Six médecins estiment que le psychiatre, soit par des difficultés d'accès soit par un manque de communication, peut constituer un frein à la prise en charge de ce type de patient.

- **Les difficultés d'accès au psychiatre**

- Médecin J « Après, l'accès au psychiatre ou au psychologue est quand même un peu compliqué "en urgence" entre guillemets pour les patients qui ne sont pas suivis régulièrement », « l'accès également au parcours de psychiatrie, qui n'est quand même pas simple en France. C'est pas simple. On peut avoir un avis cardio en urgence, facile, mais un avis psy pour évaluer une situation... »
- Médecin D « Actuellement c'est pas toujours facile d'avoir l'avis d'un psy dans les 24 à 48 heures, souvent on est quand même dans des délais plus longs et le seul moyen d'avoir un avis d'un expert c'est via les urgences, via l'hôpital. »
- Médecin E « Mais ils sont pas toujours joignables quoi, mais bon voilà, c'est une option en tout cas. »

- **Le manque de communication**

- Médecin G « J'ai fait ce que j'ai pu mais là j'ai rien pu parce qu'il était rentré la veille à la maison et j'le savais pas, alors là. »
- Médecin L « C'est difficile parce que la prévention du suicide c'est, un déjà, premier truc c'est déjà qu'on soit au courant de ... Si on veut que les médecins généralistes soient plus impliqués dans la prévention du suicide, il faut que les psychiatres peut-être nous informent un peu plus, sur le devenir de nos patients, quand ils passent entre leurs mains je pense que déjà le problème c'est que beaucoup de psychiatres ne communiquent pas avec nous », « après nous notre rôle c'est d'évaluer régulièrement, suivre l'évolution régulière, mais dans le cadre d'un suivi conjoint avec le psychiatre pour voir l'évolution, voilà, je pense que sans ça on ne peut pas faire. »

- **Diagnostic difficile même pour les psychiatres**

Trois médecins mentionnent que le diagnostic de la crise suicidaire et l'appréciation du risque suicidaire est difficile, même pour les psychiatres. Par exemple :

- Médecin J « C'est ça qui est très très dur à apprécier hein, même pour les psychiatres je pense », « c'est pas simple parce que même les psychiatres se font piéger. »
- Médecin F « Le psychiatre dans son courrier met pas de risque de passage à l'acte non plus quoi, donc euuu... »

b) Les facteurs facilitateurs du diagnostic et/ou de la prise en charge du patient en crise suicidaire

1. Les facteurs liés au patient

Deux thèmes ont été mis en évidence dans cette catégorie :

- Le recours direct du patient au réseau psychiatrique
- Le patient demandeur d'une prise en charge

- **Le recours direct du patient au réseau psychiatrique**

Deux médecins ont évoqué le fait que maintenant de plus en plus de patients consultent directement en psychiatrie sans passer par le généraliste.

- Médecin K « J pense que là maintenant quand ils sont en difficultés, ils vont dans les centres, au CMP, en psychiatrie donc, comme à Quimperlé euuu, ils vont directement là-bas. »
- Médecin D « Sinon, j'ai d'autres personnes qui sont considérées comme suicidaires mais qui gèrent tout seuls, ce sont des dépressifs chroniques qui sont suivis en hôpital de jour psychiatrique et qui quand ça va pas le signalent par eux-mêmes et demandent une hospitalisation, par eux-mêmes hein donc sans même passer par le médecin généraliste, ça se gère vraiment dans le réseau psychiatrique proprement dit. »

- **Patient demandeur d'une prise en charge**

Quatre médecins considèrent qu'un patient volontaire pour une prise en charge est un facteur facilitateur.

- Médecin J « C'est vrai que dans l'immense majorité des cas, j'ai l'impression quand même que quand c'est verbalisé y'a une demande, un appel et en général on arrive quand même à faire accepter l'hospitalisation. »
- Médecin F « Il allait à Charcot quand il en pouvait plus, ben il demandait à être hospitalisé, on l'hospitalisait. », « et puis quand je lui ai posé la question elle a dit oui et est-ce que vous voulez être hospitalisée, oui et puis en fait c'était le soulagement elle voulait être hospitalisée. »
- Médecin A « Comme il voulait bien être hospitalisé, ça a été plus simple. »
- Médecin M « Et voilà, après ça a été facile parce que là la patiente a adhéré à l'hospitalisation d'emblée. »

2. Les facteurs liés au médecin

Ces facteurs ont été organisés en sept thèmes :

- Intérêt pour le sujet
- Bonne écoute
- Bonne connaissance du sujet
- Volonté du médecin, conscience professionnelle
- Empathie
- Gestion du temps
- Orientation rapide vers un spécialiste

- **Intérêt pour le sujet**

Deux médecins ont spontanément manifesté de l'intérêt pour les sujets comme la dépression et le suicide, et cela constitue certainement un facteur facilitateur.

- Médecin J « *Moi ça m'intéresse. Ça m'a toujours intéressé, la dépression ça m'a toujours intéressé.* »
- Médecin H « *Mais j'aime assez ça d'ailleurs, c'est intéressant.* »

- **Bonne écoute**

Six médecins estiment avoir une bonne écoute du patient et pensent que c'est un facteur important pour que le patient puisse se sentir en confiance pour parler d'un sujet si difficile.

- Médecin K « *Oh moi je pense que j'aime bien écouter les gens quoi, j'aime bien les écouter.* »
- Médecin D « *Je pense que quelqu'un qui n'est pas écouté peut éventuellement se sentir rejeté et peut-être passer plus facilement à l'acte que quelqu'un qui a au moins déjà reçu une écoute attentive.* »
- Médecin M « *Euuu ma plus grande qualité, je dirais peut-être l'écoute. Euuu les patients me parlent facilement en consultation, je pense que ça c'est ce qui ressort le plus.* »
- Médecin I « *Les gens qui ont des syndromes dépressifs, si, j'essaie d'écouter, je prends le temps, j'essaie d'accompagner* », « *si on écoute, les gens finissent toujours par dire quelque chose, moi je suis persuadé que quelqu'un qui n'est pas bien il réussira à le placer quoi.* »
- Médecin F « *Mais je pense que d'après ce que me disent les gens, ils sont plutôt demandeurs de revenir parler avec moi, donc je pense que je suis suffisamment à l'écoute pour être appréciée, voilà* », « *être suffisamment à l'écoute pour que la personne se sente suffisamment en confiance pour livrer ses problèmes même si ce sont des choses lourdes, pour être suffisamment à l'aise pour oser parler au médecin.* »
- Médecin L « *J pense que j'ai un relationnel très, assez satisfaisant avec les patients, oui j'ai un bon relationnel. Voilà, une bonne écoute.* »

- **Bonne connaissance du sujet**

Cinq médecins pensent avoir une bonne connaissance du sujet grâce à la formation professionnelle continue pour quatre d'entre-eux et à l'expérience pour deux d'entre-eux. Par exemple :

- o **Bénéfices de la formation professionnelle continue**

- Médecin A « J'avais fait la formation sur le suicide justement », « j'ai plaisir à faire les formations, et depuis que je refais les formations, vraiment ça me dynamise je trouve », « bah je pense que j'ai déjà modifié un petit peu ma prise en charge avec la formation sur le suicide car je pose des questions un peu plus précises qu'avant quand même. »
- Médecin C « D'avoir rencontré une fois un spécialiste qui était venu faire une petite intervention sur Plouay justement et puis qui avait donné quelques éléments de prise en charge. »
- Médecin G « Euu que le sujet du suicide nous ici commence à nous intéresser un petit peu puisqu'on a un psychothérapeute qui s'est installé ici et qui s'intéresse au sujet, donc on a eu l'occasion déjà de faire une soirée avec le Dr X, d'information auprès des soignants ici. »

- o **Bénéfices de l'expérience**

- Médecin B « Après c'est aussi l'expérience quoi, plus on en voit, plus on est aguéri. »
- Médecin A « Attention il y a le jeune médecin et l'expérience hein. »

- **Volonté du médecin, conscience professionnelle**

Sept médecins estiment faire leur métier avec beaucoup de volonté et de conscience professionnelle.

- Médecin C « Je refuse jamais, voilà, j'essaie tout le temps, on verra, je me dis on verra ce que ça donne mais au moins j'essaie, voilà », « je finis toujours par trouver une solution, que ce soit voir un spécialiste, en discuter avec un autre médecin du cabinet », « j'ai pas tout faire mais je peux tout essayer. »
- Médecin G « Celui qui s'est suicidé récemment là au mois de juillet, euh bon je pense que j'ai été assez actif pour le maintenir en vie. »
- Médecin F « Après ce que moi je ressens euuu, de l'embarras en général (rires) parce que c'est que les gens sont dans une souffrance importante et on a envie de les aider du mieux qu'on peut, voilà. »

- Médecin K « Peut-être peur de mal faire quoi, donc je m'entoure toujours de beaucoup de choses, enfin, faut que ça soit (rires)... faut que j'aie bien cerné le problème. »
- Médecin J « J'essaie toujours d'aller chercher les causes des choses. »
- Médecin D « Aller toujours au bout des réflexions et ... (silence) ...très exigeante, plus envers moi-même qu'envers mes patients. »
- Médecin I « Non je suis trop... trop consciencieux. »

- **Empathie**

Huit médecins évoquent leur empathie et leur fonction de soutien vis-à-vis des patients.

- Médecin K « Et donc après, je pense que c'est la médecine générale qui me plaisait, surtout le contact avec les gens, oui le côté social quoi, le côté social j'y pense. »
- Médecin D « De pouvoir les aider, les soutenir et surtout les soigner mais pas que le côté purement médical mais il y a aussi le côté social et le relationnel qui est important, c'est pas pour faire de la technique, c'est plus pour le côté humain que j'ai choisi la médecine générale et non une spécialité. »
- Médecin B « Alors euuu, la plus grande qualité, bah c'est difficile, bah j'y pense que.... on va dire peut-être de l'empathie », « et puis faut leur donner un peu, du coup euu, comment dire, un peu d'espoir quelque part, leur dire que ce n'est pas une fin en soit, qu'il y a des moyens de les aider. »
- Médecin E « Donc là je suis plutôt empathique, compatissante. »
- Médecin A « Et euuuu aussi d'avoir créé des liens très forts avec certaines familles », « le travail du médecin généraliste, c'est le relationnel, les petits bobos, et puis les merdes qui tombent sur les familles quoi hein, c'est les aider à passer chaque étape, les étapes des cancers,... En fait, moi je me vois plus en tant que généraliste, comme un soutien de famille en même temps. »
- Médecin G « Parce qu'il était assez réceptif aux marques d'attention à son égard donc dès qu'il sentait qu'on était attentif et qu'on comprenait sa souffrance, il était sensible à ça. C'est pour ça que je passais très souvent, que je lui téléphonais très souvent, j'y pense pour le maintenir en vie, c'était un petit peu ça quoi. »
- Médecin I « Les gens qui ont des syndromes dépressifs, si, j'essaie d'écouter, je prends le temps, j'essaie d'accompagner. »
- Médecin F « Alors j'essaie d'être dans l'empathie un petit peu et de comprendre euuu... de lui poser des questions pour essayer de comprendre ce qui le met dans sa dépression, ce qui fait qu'il n'est pas bien. »

- **Gestion du temps**

Onze médecins pensent passer suffisamment de temps avec les patients lorsque le besoin s'en fait sentir. Par exemple :

- Médecin K « Euu je pense que je ne travaille pas très très vite donc c'est plus, enfin bon, c'est plus de la visite de personnes âgées, avec plein plein de choses, parler, tout ça », « mais moi je ne regarde pas, enfin je ne regarde jamais ma montre, et si je vois qu'il faut plus d'un quart d'heure, et bien il faudra plus d'un quart d'heure. »
- Médecin J « Si ça doit me prendre une demi-heure, ça me prendra une demi-heure, alors c'est pas toujours (rires) facile à gérer mais je ne vois pas comment on peut faire différemment. »
- Médecin D « Prendre le temps quand il le faut », « euuu, la durée moyenne c'est quinze minutes, en sachant que je prends des créneaux au minimum doubles pour les entretiens psychologiques et dans les contextes plus psychiatriques ou psychologiques. »
- Médecin A « On est resté pendant une bonne demi-heure quand même hein, puis je l'ai revu hier pendant trois quarts d'heure. »
- Médecin M « Les patients suivis pour dépression aussi, on leur accorde d'emblée trente minutes. »
- Médecin G « Mais bon, c'est un rythme assez lent de travail, toutes les vingt minutes, c'est assez long. Ça me laisse le temps de faire mon travail de médecin et ça me laisse le temps de parler d'autre chose avec le patient (rires). »
- Médecin I « Je fais une médecine lente, voilà, je prends plus de temps, j'écoute les gens. Je prends le temps quoi. Je ne regarde pas le nombre d'actes, je ne regarde pas le nombre de patients en salle d'attente, s'il y en a qui partent ils partent (rires). »
- Médecin L « Je pense que je passe pas mal de temps à parler avec eux. »

- **Orientation rapide vers un spécialiste**

Trois médecins ont l'habitude d'orienter facilement leur patient vers un psychiatre.

- Médecin A « On n'est pas psychologue, on n'est pas psychiatre, en soutien oui mais si vraiment ça va pas, il faut passer à une autre échelle quoi. Il faut savoir passer la main. »
- Médecin H « Je soigne tout en essayant de m'en tenir à mes possibilités et à mes compétences quoi. C'est-à-dire qu'à partir du moment où j'ai l'impression qu'une pathologie va m'échapper, il est logique que je passe la main ou que je fasse appel à quelqu'un d'autre hein mais ça peut être pour plusieurs raisons. Ça peut être pour une raison d'urgence, ça peut être pour une raison de compétences, ça peut être aussi

pour une question de temps. »

- Médecin L « Avec d'autres personnes pour qu'ils apportent d'autres réponses mais je pense que rapidement il faut demander une aide, une aide à une tierce personne. »

3. Les facteurs liés à la relation médecin-malade

Ces facteurs ont été organisés en deux thèmes :

- Bonne communication
- Bonne connaissance du patient
- **Bonne communication**
 - o De la part du médecin

Dix médecins estiment aborder facilement la question du suicide avec leurs patients. Par exemple :

- Médecin D « Euuu, je pense que chacun peut à un moment donné dans sa vie passer un épisode dépressif avec des idées suicidaires. Après, c'est pas quelque chose qui me fait peur, c'est quelque chose que j'aborde très facilement, très ouvertement avec les patients et finalement avec des réponses très claires et nettes après derrière. »

- Médecin B « Alors, quand ? Bah, très facilement, ne serait-ce que pour un renouvellement de médicaments, je demande comment ça va, si le moral est bon. »

- Médecin E « Si, systématiquement quand quelqu'un ne va pas bien, au diagnostic d'un syndrome dépressif ou pseudo-dépressif, je pose la question. »

- Médecin A « Je lui ai dit, vous n'allez vraiment pas bien, y'a un gros risque euuu. »

- Médecin G « Alors euu, d'abord le rechercher c'est poser la question. Je sais pas le chercher autrement donc je pose la question », « donc je pose la question assez facilement, plus facilement maintenant. »

- Médecin H « Non, je ne suis pas gêné du tout pour en parler, je ne pense pas. Parce que je pense que c'est le risque majeur de la dépression, il faut en parler, il faut poser la question. »

- Médecin F « Non je ne pense pas. Je réfléchis si j'ai été gênée ou pas. En tous cas les fois où j'ai posé la question ça ne m'a pas gêné. Est-ce qu'il y a d'autres patients où la gêne m'a fait ne pas poser la question ? Euuu bah ça me revient pas. Ça ne me

revient pas en tous cas. »

- Médecin L « Non,... non parce que ça ne me gêne pas, parce que je n'ai pas d'*a priori* là-dessus et que le but c'est de crever l'abcès quoi », « j pense qu'il faut les mettre devant cette possibilité-là, enfin le fait qu'on y pense aussi quoi, que c'est quelque chose de normal auquel on peut penser quoi. »

▪ **Termes employés**

➤ Question directe

Quatre médecins posent la question de façon directe en utilisant des termes explicites.

- Médecin D « Euuu, j'le dis directement, ouvertement et puis ça me gêne pas du tout, euuu quand je vois que quelqu'un est en difficultés, je pose directement la question "Est-ce que vous avez déjà pensé à vous suicider ? Est-ce que là vous avez envie d'en terminer, d'en finir ? " Et euu, la question directe je pense est la plus simple et la plus facile pour moi. »

- Médecin E « Si si, puis quand je vois quelqu'un qui est déprimé, je lui pose clairement la question : "Est-ce que vous avez pensé à la mort ?" Puis après voilà "Est-ce que vous avez déjà pensé à vous faire du mal ?". Selon la réponse je dis "est-ce que vous avez déjà pensé à vous suicider?" »

- Médecin H « Alors dans ce cas-là, je lui pose la question, "Est-ce que vous êtes suicidaire ? Est-ce que vous avez des idées de suicide ? Et puis je la pose exprès de façon un peu abrupte, de façon à avoir une réaction. »

- Médecin L « Et ben faut dire le mot. Je demande s'ils ont déjà pensé à mettre fin à leurs jours. »

➤ Question détournée ou adaptée au patient

Cinq médecins posent la question avec des termes un peu plus implicites comme « idées noires » ou bien adaptent leurs termes à leur patient.

- Médecin J « Alors moi, je crois que tout dépend comment je perçois le patient, enfin dans l'approche, dans l'historique que j'ai avec lui, si c'est quelqu'un que je connais, que je connais pas, voilà. Euuu, soit je prononce le mot hein, carrément, ou soit je parle plutôt d'idées noires hein. Et fort curieusement les gens comprennent, alors ça m'a toujours un peu surpris mais les gens comprennent très bien ce que l'on veut dire quand on dit idées noires. »

- Médecin B « Je dis souvent le mot suicide ou idées suicidaires mais ça ça vient souvent en second, au début je demande "Comment va le moral ?", "Comment ça va la forme ?", "Est-ce que vous avez des idées noires ?" »

- Médecin C « "Est-ce que vous avez des idées noires?", "Est-ce que vous avez pensé à vous faire du mal ?" ou "Est-ce-que vous avez des idées de suicide?". Voilà, ça dépend de ce que je pense que la personne peut comprendre en face voilà. »

- Médecin M « Alors je leur pose la question en premier lieu, d'idées noires, est-ce qu'ils ont des idées noires ? et s'ils me répondent oui, je creuse. Je leur pose la question qu'est-ce qu'ils appellent "idées noires", s'ils ont du mal à en parler j'évoque d'emblée "est-ce que vous avez eu des idées de mort ?", sans forcément dire suicide, donc des idées de mort euuu, sous quelle forme ? Est-ce que vous avez pensé à quelque chose ? Est-ce que vous avez envisagé quelque chose ? »

- Médecin I « Comment je leur pose la question ? Pour savoir s'ils ont des idées ... ? Je leur parle d'idées noires, des fois ils disent "Qu'est-ce- que vous entendez par là ?" Bah je dis de désirer de mettre fin à vos jours quoi, est-ce que ça vous trotte dans la tête ou pas ? »

▪ Je ne pense pas que parler du suicide à quelqu'un puisse l'inciter à le faire

Dix médecins ne pensent pas que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire. Par exemple :

- Médecin J « J crois pas. C'est une question que je ne me suis jamais posé. J'espère que non (rires), mais franchement je ne crois pas. »

- Médecin D « Je pense pas du tout qu'en parler puisse l'inciter à le faire parce que les patients en général y ont déjà pensé et après ils l'ont peut-être pas encore mis dans les termes mais l'idée est là avant l'acte et euu ce n'est pas nous qui lui mettons l'idée dans la tête hein. »

- Médecin B « Non, je pense que parler du suicide à quelqu'un ne peut pas l'inciter à le faire, je pense que quelqu'un qui a des idées suicidaires bah c'est pas le médecin qui va lui dire, ah tiens c'est une bonne idée si vous passiez l'arme à gauche, de ce côté là, j'ai aucune appréhension.»

- Médecin E « Mais finalement j pense que s'il a l'idée, il l'a déjà. Ce n'est pas parce qu'on parle de ça que, ...enfin à postériori quand j'y réfléchis j pense pas en soit »

- Médecin C « Et puis après j me dis finalement peut-être pas en fait, s'ils ont envie, c'est pas le médecin qui va les pousser ou pas les pousser »

- Médecin G « Non. (rires) Non. Je l'ai pensé autrefois mais je le pense plus (rires). »

- Médecin H « J pense qu'il y a plus de risques à ne pas en parler qu'à en parler. »

- Médecin L « Non, autrement j'en parlerais pas. J pense que justement c'est peut-être l'inverse. ».

o De la part du patient

Huit médecins ont noté que la bonne expressivité du patient facilitait le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire. Par exemple :

- Médecin K « Et puis elle m'a dit, mais tout en parlant bah comme on fait là donc euuu "Je vous avoue même que j'ai voulu me suicider les jours derniers". Et c'était la première fois qu'elle me le disait. »
- Médecin D « C'est quelque chose que j'aborde très facilement, très ouvertement avec les patients et finalement avec des réponses très claires et nettes après derrière. »
- Médecin B « Lui j'étais persuadé qu'un jour on serait appelé pour un suicide, c'était ...euuu enfin il en parlait très librement oui, lui on s'y attendait. »
- Médecin E « Ou parfois ils répondent franco, bah oui, j'ai déjà pensé sauter du toit ou des choses comme ça. »
- Médecin H « Oui ça arrive même..., pas très souvent, mais ça arrive quand même que les gens disent qu'ils ont des idées suicidaires. »
- Médecin F « Il nous l'exprimait, il l'avait exprimé à mon collègue hein, je pense qu'il lui avait dit. »

o De la part des deux : une relation de confiance

Quatre médecins ont évoqué qu'une bonne communication mutuelle permettait d'établir une relation de confiance propice à la confidence.

- Médecin M « En fait il faut essayer d'établir un bon contact avec le patient. »
- Médecin G « Mais on avait une telle liberté de parole entre nous que tout pouvait se dire quoi. »
- Médecin F « Pour que la personne se sente suffisamment en confiance, pour livrer ses problèmes même si ce sont des choses lourdes, pour être suffisamment à l'aise pour oser parler au médecin. J pense que c'est ça qui faut amener dans la conversation, mettre la personne à l'aise. »
- Médecin L « J'essaie d'avoir une relation simple et de confiance avec les gens », « j pense que j'ai un relationnel très, assez satisfaisant avec les patients, oui j'ai un bon relationnel. »

- **Bonne connaissance du patient**

Neuf médecins estiment que le fait de bien connaître le patient est un facteur facilitateur du diagnostic de crise suicidaire. Trois médecins ont souligné l'importance de leur rôle de « médecin de famille ».

- Médecin D « Ma réaction n'est pas la même et ne sera jamais la même en fonction de l'état de base du patient mais que l'on ne peut apprécier que si on le connaît, si on connaît le contexte et la personne dans sa globalité. »

- Médecin A « Enfin je le connais quoi donc j'ai bien vu qu'ça n'allait pas », « mais bon, c'est un peu l'avantage quand on les connaît, on connaît le visage, on connaît la façon de faire. »

- Médecin H « Quand on connaît les gens, on a déjà quand même un peu une idée du risque, en fonction des antécédents personnels, des antécédents familiaux aussi. S'il y a déjà eu des cas dans la famille ou si les gens ont un frein culturel à ça par exemple, à ce risque-là ou un frein personnel ou en fonction du contexte quoi », « en général, les gens qu'on voit on les connaît en médecine générale donc on sait déjà à l'avance qui est à risque ou pas », « c'est un avantage de connaître les gens, par rapport à un spécialiste qui les voit pour la première fois. »

- Médecin I « Quand on connaît bien ses patients, on perçoit que la personne n'est pas pareille, que la personne...je sais pas, y'aura un faciès différent, la personne sera pas bien, on sent qu'il y a quelque chose qu'il n'y avait pas la fois d'avant et que bah il faut se méfier quand-même quoi. »

- Médecin F « C'est quand même nous qui connaissons beaucoup les patients, parce qu'on suit la personne depuis un certain temps. »

- Médecin L « C'est parce qu'on connaît les gens dans leur comportement habituel quand ils vont bien, qu'on peut dire là aujourd'hui il va pas bien. »

- o **Notion de médecin de famille**

- Médecin J « La notion de médecin de famille m'intéressait, voilà c'est essentiellement ça. »

- Médecin D « Alors que quelqu'un qu'on connaît très bien on connaît toute la famille parce qu'on est le médecin de famille depuis longtemps et puis on sait que finalement l'oncle, la tante, et puis les grands-parents se sont déjà suicidés, si on sait ça c'est plus facile d'y penser. »

- Médecin A « Ouais c'est ça, les patients que je connais très bien, bon on connaît bien les familles, on connaît plus les relations, on sait s'il y a eu des disputes familiales, donc en fait la décision est peut-être plus rapide. »

4. Les facteurs liés à l'environnement du patient

Ces facteurs ont été organisés en deux thèmes :

- La famille
- Les voisins

- **La famille**

Neuf médecins insistent sur le rôle de la famille dans le diagnostic et la prise en charge, que ce soit pour alerter le médecin sur un comportement inhabituel ou pour surveiller le patient lors d'une prise en charge à domicile. Par exemple :

- Médecin D « J'avais demandé aux proches qui l'accompagnaient de l'emmener aux urgences pour qu'elle soit mise sous traitement et sous surveillance parce que je n'arrivais pas à juger de la situation », « bon des fois y'a des proches qui appellent avant et qui préviennent, bon vous allez voir euuu, il n'est pas en forme, y'a un truc qui va pas, des fois y'a aussi des proches qui préviennent qu'il y a des changements de comportement par rapport à d'habitude. »
- Médecin B « Mais ça va il est entouré, on n pense pas qu'il va se suicider dans la semaine. »
- Médecin C « Ou alors bah quand il... des fois c'est quand la famille pouvait en avoir parlé avant et que je vois le patient à ce moment là et que... j'essaie juste de lui poser quelques questions de savoir comment il se sent sur le plan général, est-ce qu'il se sent un peu plus triste ou autre », « mais après je crois que je demande à la famille, je pense que j'appelle un membre de la famille en lui disant "Ecoutez est-ce que je peux prendre un peu des nouvelles de vous auprès de telle personne ?" »
- Médecin A « Si c'est un patient que je connais bien, avec la famille parfois j'essaie de ne pas le laisser seul. Donc je contacte la famille, je leur demande qu'ils restent bien avec lui, qu'on ne le laisse pas tout seul », « on a beau dire, une famille soudée, c'est quand même plus facile hein, c'est plus facile à prendre en charge quoi. »
- Médecin M « Soit le patient directement soit la famille qui peut alerter le médecin sur des difficultés de gestion du patient. »
- Médecin I « Enfin dans certaines familles qui sont unies, on a un petit coup de fil... Vous devez voir mon mari, ça va pas quoi, donc essayez de l'interroger là-dessus. »
- Médecin F « Puis après j'ai sa fille au téléphone, qui me dit qu'elle est inquiète aussi et qu'elle l'accompagnera au rendez-vous du lendemain. Donc la fille est au courant et d'accord pour accompagner son père au rendez-vous du lendemain. »

- **Les voisins**

Deux médecins ont noté l'importance de l'environnement humain autre que familial comme par exemple les voisins.

- Médecin B « C'étaient les voisins qui avaient appelé. »
- Médecin G « Et il a essayé de se pendre, un moment donné où il était seul à la maison et puis le voisin est arrivé j'sais pas pourquoi et il l'a trouvé dans sa baignoire et voilà et donc il l'a sauvé et donc il a survécu encore. »

5. Les facteurs liés aux autres professionnels de santé

Ces facteurs ont été organisés en deux thèmes :

- Les psychiatres
- Les professions paramédicales

- **Les psychiatres**

Six médecins ont noté que parfois, notamment lorsque l'urgence est importante, la prise en charge auprès d'un psychiatre est plus simple.

- Médecin K « Et donc là j'ai réussi à lui avoir un rendez-vous rapide avec l'infirmier du CMP, de psychiatrie, de façon à ce qu'elle puisse avoir un rendez-vous rapide avec le psy. »
- Médecin J « Ici on a un psychiatre qui prend relativement rapidement pour faire ça », « et encore, à Lorient on a quand même une antenne de psychiatrie aux urgences hein, y'a un psychiatre en permanence, donc c'est déjà un progrès important hein. Quand on les envoie, on est sûr qu'ils sont vus par le psychiatre pour évaluation. »
- Médecin D « Bah oui, le spécialiste hein, le psychiatre. Des fois, nous, on a l'impression que quelqu'un est suicidaire, il voit le spécialiste et le spécialiste nous rassure très très vite en disant non,non,non, y'a des idées suicidaires mais y'a pas de risque de passage à l'acte. »
- Médecin A « Ou j'envoie au psychiatre. Quand y'a des idées suicidaires assez importantes, ils prennent assez vite quand même. »
- Médecin I « Mais c'est vrai qu'avant on n'avait pas tout ce qu'il y a maintenant hein, la psychiatrie à Quimperlé il y a trente ans, c'était pas du tout comme c'est

maintenant. »

- **Les professions paramédicales**

Trois médecins notent le rôle non négligeable des professions paramédicales dans la prise en charge de ces patients.

- *Médecin E « Et là j'avais réussi à l'hospitaliser, à la convaincre en fait. Elle ne voulait pas au départ puis j'ai réussi à la convaincre, avec l'infirmière de la PMI, la sage-femme, enfin bon, ... y'avait eu du monde. »*
- *Médecin M « J'avais pris contact avec l'infirmière psychiatrique en disant qu'il y avait urgence. »*
- *Médecin G « Puisqu'on a un psychothérapeute qui s'est installé ici et qui s'intéresse au sujet. »*

D. La prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

Cette partie a été organisée en trois thèmes :

- Subjectivité du médecin dans la prise en charge
- Types de gestions du patient
- Limites

a) Subjectivité du médecin dans la prise en charge

Six médecins reconnaissent l'importance de leur subjectivité dans leur prise en charge du patient dépressif ou suicidaire.

- *Médecin J « Donc c'est vrai que c'est difficile de généraliser hein, chaque cas est un peu différent hein », « maintenant ça reste quand même de la science humaine hein, donc euh ça reste quand même à nous d'évaluer la situation. »*
- *Médecin A « J'sais pas, pfffff , y'a pas de..., j'suis pas persuadée qu'il y ait de*

recettes » , « y'a pas de conduite à tenir, c'est marrant hein, mais euh, c'est là qu'on s'aperçoit euh... »

- Médecin G « Parce que vous voyez, tout ce que je dis depuis le début c'est quand même au feeling, d'accord, ce qui est très important mais on l'a ou on l'a pas et ... puis ça dépend des jours et voilà. Donc c'est un peu pifométrique comme gestion des situations. »

- Médecin I « Bah ça dépend des gens, c'est vrai qu'on peut pas trop appliquer de règles, ça dépend un peu de chaque personne. »

b) Types de gestions du patient

1. Gestion du patient en cabinet de médecine générale

Huit médecins pensent que parfois la crise suicidaire peut être prise en charge en ambulatoire en veillant à bien revoir de façon très rapprochée les patients ou en pratiquant le cocooning.

- Médecin K « On avait décidé que bon, avec sa fille et elle aussi, que je l'adressais pas à un psy euh... »

- Médecin D « Ou éventuellement tout seul, en ambulatoire ou à domicile voilà », « ça dépend des ressources du patient. Est-ce qu'il est seul à domicile ou pas ? Est-ce qu'il a un proche qui est ou qui peut être là 24h/24 ? Si je considère qu'il y a une structure familiale ou des proches qui permettent la surveillance rapprochée du patient, je gère éventuellement la crise à domicile. »

- Médecin I « Donc bon j'ai essayé d'envisager un peu une thérapie, que les gens réussissent à évacuer un peu leurs problèmes. »

• Revoir le patient

- Médecin K « Et donc je la voyais quasiment, je la voyais presque une fois par semaine, une fois par semaine ou tous les quinze jours, régulièrement. »

- Médecin D « Je demande à revoir le patient dans un délai court, ça peut être le lendemain, ça peut être deux jours après, si j'ai donné des somnifères ou des calmants, je le réévalue après 24 à 48 heures. »

- Médecin B « Je les revois rapidement, deux-trois jours après, leur proposer ne serait-ce qu'ils viennent juste pour parler, faire de la psychothérapie de soutien, ça peut aider. »

- Médecin A « Je les revois dans la semaine dans les trois jours souvent, voire même le lendemain, selon les cas et puis une à deux fois par semaine, en fonction de leurs possibilités, de ce qu'ils veulent. »

- Médecin M « Et je l'ai revu le lundi, donc on a laissé passer le week-end et je l'ai revu le lundi matin. »
- Médecin H « Même quelquefois, il faut voir les gens plusieurs fois pour se faire une idée. »
- Médecin I « Je les vois quand-même assez régulièrement hein ceux qui sont dépressifs, pour évaluer le traitement. »

- **Cocooning**

- Médecin G « Euuuu, donc euu y'a pas que l'hospitalisation, donc y'a aussi l'espèce de cocooning, c'est-à-dire des contacts très fréquents et un dialogue répété et fréquent auprès d'eux, parfois pour accepter une hospitalisation secondaire, ou passer une crise, mais euuu c'est surtout de leur faire sentir qu'on s'intéresse à eux. Moi je sais que le fait de se fixer un rendez-vous téléphonique par exemple le lendemain matin, ça accroche quand même les gens à une relation, à un contact, ça les protège dans une certaine mesure. »
- Médecin A « Je les rappelle des fois, je leur passe des coups de fil à la maison. »

2. Faire appel au psychiatre

Dix médecins adressent leurs patients au psychiatre lorsque cela est nécessaire.

Par exemple :

- Médecin K « Oui mais ça m'a ... c'est pour ça que là maintenant elle est vraiment suivie par le psy régulièrement. »
- Médecin J « Bah moi à partir du moment où y'a des confidences suicidaires euu pour moi la réaction elle est de sécuriser, de mettre en sécurité hein. Donc à partir du moment où il y a des pulsions suicidaires de verbalisées, moi je passe la main hein...quand c'est possible. »
- Médecin E « Je dis pas forcément une hospitalisation mais au moins un avis spécialisé. S'il est déjà suivi par un psychiatre, éventuellement je peux l'appeler. »
- Médecin A « Si je vois que ça m'échappe bah j'appelle un psy. »
- Médecin H « Je soigne tout en essayant de m'en tenir à mes possibilités et à mes compétences quoi. C'est-à-dire qu'à partir du moment où j'ai l'impression qu'une pathologie va m'échapper, il est logique que je passe la main ou que je fasse appel à quelqu'un d'autre hein. »
- Médecin I « J'envisage un examen rapide avec un psy. »
- Médecin L « Donc on n'a pas forcément les capacités d'évaluer directement les degrés de passages à l'acte dans certains cas c'est sûrement que les psychiatres en

ont plus les moyens », « je lui propose souvent d'aller voir quelqu'un d'autre, un psychiatre. »

3. Adresser aux urgences

Trois médecins adressent parfois leur patient aux urgences pour une prise en charge psychiatrique.

- Médecin E *« Y'a éventuellement les urgences pour déjà rencontrer, j'dis pas forcément une hospitalisation mais rencontrer un spécialiste quand même dans un premier temps, pas forcément rester. »*
- Médecin A *« Alors, souvent je passe soit par les urgences si c'est le soir, sinon j'essaie de les faire prendre à Charcot. »*
- Médecin I *« Ou même uniquement aux urgences puisqu'ils peuvent faire venir un psy quoi. »*

4. Hospitalisation

Douze médecins hospitalisent leurs patients s'ils sentent un danger trop important et si la prise en charge en ambulatoire est impossible ou s'ils la jugent trop risquée. Par exemple :

- Médecin J *« Donc euh bah moi je fonctionne un peu comme tout le monde hein, quand j'évalue le risque maximum euh, bah j'hospitalise, encore faut-il que le patient le souhaite, le veuille euh voilà », « à partir du moment où j'estime que le risque est très proche, à ce moment-là j'hospitalise hein, pour moi voilà, c'est un danger de mort hein, ça revient à ça donc j'hospitalise, sauf si j'y arrive pas euh, ce que est relativement rare tous comptes faits hein. »*
- Médecin D *« Je n'arrivais pas à juger de la situation, je ne savais pas si en rentrant elle n'allait pas faire une tentative de suicide donc à ce moment-là je préfère sécuriser et puis, quitte à hospitaliser une fois de trop plutôt que de courir le risque, si j'arrive pas à avoir des informations rassurantes, j'hospitalise. »*
- Médecin B *« Mais si vraiment j pense que si je le sens pas je vais quand même proposer l'hospitalisation. »*
- Médecin C *« Et puis s'ils me donnent des éléments comme quoi il y a une mise en danger importante j pense que je déciderais peut-être de l'hospitalisation. »*
- Médecin A *« Si y'a pas de famille je l'hospitalise quand même, enfin j'essaie, s'il veut bien. J'hospitalise assez facilement quand même quand ils veulent bien. »*

- Médecin G « Et donc je lui ai dit qu'effectivement il était très proche du passage à l'acte et là on a négocié une hospitalisation en psychiatrie, qu'il a accepté. »
- Médecin F « Et puis quand je lui ai posé la question elle a dit oui et "est-ce que vous voulez être hospitalisée ?" Oui, et puis en fait c'était le soulagement elle voulait être hospitalisée. »

- **Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)**

Quatre médecins ont parlé de l'HDT mais seulement un a eu l'occasion de procéder à une telle hospitalisation.

- Médecin B « Et quand ils refusent dans ces cadres-là et bien on fait une HDT », « alors, c'est pas toujours facile les HDT, parce que s'ils ne veulent pas monter dans l'ambulance, comme le gars avec les sabres, c'était ça, il voulait pas monter dans l'ambulance », « après on est un peu à la limite hein parce qu'il est pas forcément en HO, s'il n'y a pas trouble à l'ordre public, c'est un peu difficile l' HDT. »

c) Limites

1. Limites de l'hospitalisation

Quatre médecins remarquent certaines limites à l'hospitalisation, ils notent notamment le fait que de nombreux patients se suicident à la sortie de l'hospitalisation.

- Médecin B « Il a été hospitalisé, vu par le psychiatre, il a été hospitalisé quinze jours, le psychiatre l'a fait sortir plus ou moins ... enfin il n'était pas très chaud mais il a dit bon d'accord vous pouvez le faire sortir et il s'est suicidé trois jours après la sortie de l'hôpital quoi. »
- Médecin A « Il me dit on m'a rien fait, en plus j'ai rencontré mon voisin, on a joué au baby-foot. Il a senti qu'il n'y avait pas eu de prise en charge. »
- Médecin G « Il s'est suicidé après trois mois d'affilée d'hospitalisation et maison de repos et compagnie quoi, en rentrant chez lui », « ce qui n'est pas exceptionnel d'ailleurs, à la sortie d'un milieu psychiatrique y'a beaucoup de suicides aussi. »
- Médecin F « Il est sorti de Charcot euuu avec un bon stock de médicaments, d'après sa sœur qui est une de mes patientes puis il a été porté disparu quatre à cinq jours et on l'a retrouvé dans les bois, il a avalé ses médicaments », « et voilà, peu de temps après une hospitalisation en milieu psychiatrique », « donc le psychiatre dit qu'il autorise sa sortie, ça devait être dix jours après son entrée, et une semaine après sa sortie de Charcot, il se pend, voilà. »

2. Limites des médicaments

Six médecins reconnaissent les limites des médicaments antidépresseurs et insistent aussi sur le fait qu'ils peuvent être utilisés comme moyen de se suicider.

- Médecin M « Est-ce que ... est-ce que c'est un recours trop rapide à des médicaments ? Est-ce qu'il y a une prise en charge différente, autre que médicamenteuse ? Est-ce qu'il peut y avoir une autre piste de recherche dans la prise en charge comme par exemple psychothérapies, groupes de parole... »

- Médecin F « Peut-être qu'on se rassure faussement en se disant ils sont sous traitements antidépresseurs. J pense que ça euuu, enfin quand je refais avec vous le nombre de patients sous antidépresseurs qui se sont quand même suicidés, voilà, j pense que ça rassure peut-être faussement les médecins », « et les médicaments antidépresseurs ne font pas tout, ils ont leurs limites quoi. »

- **Levée d'inhibition**

- Médecin H « Il peut aussi être favorisé par les traitements, ça c'est bien connu la levée d'inhibition. »

- Médecin I « C'est malheureusement le survector que je lui avais donné, survector qui a été supprimé depuis, mais vous n'avez sûrement pas dû connaître, qui était un peu comme le tofranil dans le temps, qui stimulait les gens et qui l'a fait passer à l'acte très rapidement. »

- Médecin L « Le traitement euuu c'est bien d'apporter un traitement mais ça va pas marcher comme ça... C'est pas parce qu'il va sortir avec une boîte de médicaments dans la poche que ça va forcément le traiter et puis ça peut être aussi un moyen de passer à l'acte. Donc le traitement médicamenteux, c'est à double tranchant. »

- Médecin B « Et puis on leur donne des médicaments un peu pour les calmer mais ces médicaments ils peuvent aussi s'en servir pour faire une tentative de suicide donc c'est...euuu. »

3. Limites à la prise en charge en ambulatoire

Trois médecins reconnaissent des limites à la prise en charge en ambulatoire.

- Médecin E « Et puis de toute façon, on n peut pas le surveiller, on n peut pas le protéger contre lui-même quoi le patient. »

- Médecin C « Si j'ai essayé toutes les possibilités, je finis par me dire que j'ai essayé de faire le mieux que je pouvais. Mais je le dirais au patient hein je crois. "Est-ce que vous préférez en parler avec un homme ?", "Est-ce que vous voulez que je prenne rendez-vous pour vous ?", "Est-ce que vous voulez que j'appelle une clinique pour prévoir une hospitalisation si vous sentez que c'est comme ça que ça peut mieux

fonctionner ?" »

- Médecin H « Et aussi pour des raisons de prise en charge, y'a des choses qu'on ne peut pas prendre en charge, y'a des choses qui ne peuvent être prises en charge que dans le cadre de la psychiatrie de secteur ou dans le cadre de l'hôpital, par exemple la pathologie suicidaire, les pathologies qui peuvent engendrer un risque suicidaire. »

E. Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

Dans ce chapitre, trois grands axes d'amélioration possible des pratiques ont été mis en évidence :

- des facteurs liés au médecin
- des facteurs liés aux autres professionnels de santé
- des facteurs liés à la société

a) Les facteurs liés au médecin

Ces facteurs ont été organisés en six thèmes :

- Importance du travail en réseau
- Se détacher des éléments extérieurs à la consultation
- Meilleure connaissance du patient
- Meilleure gestion du temps
- Améliorer l'écoute
- Formations

1. Importance du travail en réseau

Quatre médecins ont relevé l'importance du travail en équipe et l'importance de développer le réseau de soins en psychiatrie.

- Médecin I « Bon déjà d'être à deux, ça nous a servi pour un patient. Bon c'était un patient de ma collègue et toute seule elle n'y arrivait pas. »
- Médecin E « Non, ce qui pourrait m'aider, je pense, c'est plus développer le réseau », « et peut-être avoir un accès plus rapide aux psychiatres et aux centres médico-psychologiques, tout ça mais bon ça c'est l'organisation de la santé en général. »

2. Se détacher des éléments extérieurs à la consultation

Un médecin a noté l'importance de se concentrer uniquement sur le patient et d'occulter tous les éléments extérieurs à la consultation pour une meilleure prise en charge.

- Médecin E « D'occulter tout ce qui est extérieur à la consultation, c'est-à-dire, quand je vois quelqu'un en consultation, c'est ne pas penser à la consultation précédente, ou à la consultation suivante, ah tiens je sais que j'vais voir untel, si je réfléchis déjà à la consultation suivante je ne me concentre pas sur le patient », « me détacher aussi du planning, des fois j'suis en retard dans mes consultations, bah tant pis j'suis en retard, les gens ils vont attendre un peu. »

3. Meilleure connaissance du patient

Deux médecins, les deux plus jeunes, pensent pouvoir améliorer leurs pratiques en ce domaine par une meilleure connaissance du patient.

- Médecin B « En les connaissant mieux je pense aussi. »
- Médecin C « Oui, d'une part parce que je vais mieux connaître les gens, enfin j'espère en tout cas. »

4. Meilleure gestion du temps

Six médecins pensent que la gestion du temps est un problème et que s'ils avaient plus de temps à consacrer aux patients cela leur serait bénéfique. Par exemple :

- Médecin K « Donc parfois oui aussi on prend pas le ..., donc si on avait plus de temps... »
- Médecin J « Moi je crois que ce qui nous gêne le plus nous généralistes, c'est le facteur temps, pour évaluer les situations, c'est le facteur temps. »
- Médecin D « Si on avait plus de temps, je pense que ça serait sacrément bénéfique pour le patient. »

5. Améliorer l'écoute

Trois médecins pensent que l'amélioration du diagnostic de la crise suicidaire passe par une amélioration de l'écoute du patient.

- Médecin B « Alors, pour prévenir les suicides bah déjà je pense qu'il faut écouter les patients. »
- Médecin H « Autrement dans ma pratique personnelle, c'est sûr qu'on peut toujours essayer d'améliorer l'écoute. »
- Médecin I « Il faudrait être toujours au top et avoir une écoute ... »

6. Formations

Six médecins pensent qu'une formation sur le sujet les aiderait à améliorer leurs pratiques.

- Médecin D « J'comprends pas toujours comment il a jugé, comment il a réussi lui à faire la part des choses entre réel risque et pas de risque donc je pense à des formations qui nous permettent vraiment de dépister ce point spécifique. »
- Médecin B « J pense que oui, elle est améliorable, dans la qualité des questions que je pose », « après c'est l'expérience, savoir un peu peut-être les pièges, peut-être aller dans les formations. »
- Médecin E « Je sais pas trop, parce que je sais qu'il y a des échelles par exemple de dépression tout ça mais je les utilise pas du tout parce que je sais pas les utiliser, il faudrait que je fasse une formation là dessus, projet prochain. »
- Médecin G « Oui. Par de la formation. Parce que vous voyez, tout ce que je dis depuis le début c'est quand même au feeling, d'accord, ce qui est très important mais on l'a ou on l'a pas et ... puis ça dépend des jours et voilà. Donc c'est un peu pifométrique comme gestion des situations et il faudrait peut-être quelque chose d'un peu plus rationné », « donc faut reprendre la formation à zéro quoi, pour beaucoup de médecins c'est pareil (rires). »

- Médecin L « Sûrement la formation, c'est l'information et la formation. »

- **Outil diagnostique**

Sept médecins pensent qu'un outil diagnostique de la crise suicidaire pourrait les aider mais deux d'entre-eux sont un peu sceptiques sur le concept car ne savent pas si, tous comptes faits, ils l'utiliseraient.

- Médecin J « Donc, l'outil qui nous permettrait dévaluer le risque de façon cohérente enfin, je me méfie toujours des outils mais enfin bon l'outil qui le permettrait serait sûrement intéressant pour nous. »

- Médecin B « Justement un outil diagnostique ça peut... voir les questions auxquelles on ne pense pas quoi, ou des symptômes auxquels on ne pense pas forcément », « bah, peut-être sous forme de fiche en disant les pièges, surtout pour repérer celui qui fait son petit tour pour dire au revoir un peu à tout le monde. »

- Médecin C « Et puis bah après c'est vrai que oui, si on avait trois-quatre questions ou quatre-cinq questions un peu plus standardisées, ça permettrait peut-être d'avoir une évaluation plus correcte quoi. »

- Médecin A « Euuu y'a peut-être quelques questions mais courtes, faut pas que ce soit des trucs euu, faut pas que ce soit comme pour la dépression où y'a trente questions ... J'trouve pas ça très facile à exploiter en médecine générale », « des questions rapides qui quand le patient est en confiance il répond franchement et nous c'est nos alarmes qui se mettent en route quoi. Je pense que c'est ça, avoir quelque chose de facile, rapide, pratique. »

- Médecin L « Euuuu après un outil d'évaluation euuuu, clair et simple, sûrement hein, parce que bah nous, faut qu'ça soit du rap...malgré tout on est là pour faire des choses rapides. Enfin, on est médecin généraliste hein, donc il faut qu'on soit rapides, simples, et efficaces hein. »

- Médecin I « Mais avoir un critère pour dire que les gens sont pas bien ... euuu... Parce que les tables euuu c'est un peu...y'en a plein, la déprime, l'anxiété, l'angoisse, tout ça, j'suis pas sûr que ce soit... enfin qu'on peut... enfin surtout quand on prend le truc et qu'on coche(rires). Là pour la mémoire je suis d'accord mais pour le contact euu... »

- Médecin F « J'allais répondre par les outils ou des grilles mais quand il y a des grilles qui existent je les utilise pas beaucoup donc euu... »

- **Apprendre à convaincre le patient**

Un médecin pense qu'une formation de psychologie médicale ayant pour but d'apprendre à convaincre le patient serait idéale.

- Médecin E « Et avoir quelques pistes pour convaincre les patients quoi, les patients de se faire prendre en charge parce que finalement c'est ça le plus difficile ils acceptent de venir voir le médecin généraliste mais quand on estime qu'on est dépassé par la situation, ils n'acceptent pas forcément d'aller voir le psychiatre hein. Ils faudrait qu'on puisse avoir des outils, des arguments pour convaincre et ça c'est pas facile hein. »

b) Les facteurs liés à la société

Deux médecins pensent que des mesures collectives de prévention du suicide ou une meilleure organisation du système de santé en ce sens pourraient améliorer les choses.

- Médecin J « Donc voilà, c'est des mesures de prévention en amont mais au niveau de la société, qu'elle soit professionnelle, qu'elle soit ...collective, au bien autre quoi. C'est les mesures de prévention, moi là-dessus, je pense que c'est..., alors ils en parlent beaucoup mais je suis pas sûr qu'il y ait grand chose de fait. »
- Médecin E « Et peut-être avoir un accès plus rapide aux psychiatres et aux centres médico-psychologiques, tout ça mais bon ça c'est l'organisation de la santé en général. »

c) Les facteurs liés aux autres professionnels de santé

Ces facteurs ont été organisés en quatre thèmes :

- Les psychiatres
- Les médecins du travail
- Les laboratoires pharmaceutiques
- La psychanalyse

1. Les psychiatres

- **Accès plus facile**

Cinq médecins estiment qu'un accès plus facile et rapide à un avis spécialisé serait bénéfique, deux d'entre-eux suggèrent la mise en place d'une structure un peu intermédiaire entre prise en charge en ambulatoire et hospitalisation.

- Médecin K « Bah si on pouvait avoir des consultations peut-être plus rapides avec des psychiatres. »

- Médecin D « Ca aiderait d'avoir l'avis d'un psychiatre dans des délais, on va dire raisonnables. Actuellement c'est pas toujours facile d'avoir l'avis d'un psy dans les 24 à 48 heures, souvent on est quand même dans des délais plus longs et le seul moyen d'avoir un avis d'un expert c'est via les urgences, via l'hôpital. »

- Médecin E « Et peut-être avoir un accès plus rapide aux psychiatres et aux centres médico-psychologiques. »

- o **Intermédiaire entre prise en charge en ambulatoire et hospitalisation**

- Médecin C « Et j pense que si on avait un accès un peu plus rapide à des avis de psychologues ou psychiatres ça aiderait aussi un peu parce que ça semble un peu rude entre l'hospitalisation et rester à la maison avec un traitement ou pas de traitement d'ailleurs », « mais on n'a pas beaucoup de graduations entre rester à la maison sous surveillance de la famille et hospitalisation en centre hospitalier psychiatrique. Enfin moi je vois pas beaucoup d'intermédiaires quoi voilà. »

- Médecin J « Donc c'est vrai que si on avait des possibilités d'hôpital de jour de psychiatrie où on décroche son téléphone et on arrive à faire évaluer les gens très très vite euh, les structures comme ça, à ma connaissance ça n'existe pas en dehors des classiques urgences quoi hein », « alors que parfois arriver à avoir un avis très rapide c'est une étape intermédiaire qui serait peut-être intéressante. »

- **Meilleure communication**

Un médecin souligne le fait que l'amélioration de la prise en charge de ces patients passe par une meilleure communication entre professionnels de santé.

- Médecin L « Alors les mesures, c'est un meilleur contact avec les psys, ça c'est le premier, j'y reviens toujours. Parce qu'on n'est pas non plus juste là pour dépatouiller tout le monde et que personne nous aide c'est quand même aussi notre sentiment réel », « Il faut qu'on arrive à détecter les choses rapidement de façon simple, pour qu'on puisse adresser à quelqu'un mais aussi avoir le retour, le retour rapide sur ce qui s'est passé, sur le diagnostic et ensuite un retour prolongé sur le suivi, ce qu'on a quasiment jamais. »

2. Les médecins du travail

Un médecin pense que la médecine du travail a aussi un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

- Médecin J « Donc voilà, bah c'est effectivement la médecine du travail qui est un peu débordée euuu. J pense qu'ils sont sensibilisés à ça mais est-ce que comme nous ils arrivent à être optimums à ce niveau là, c'est pas évident hein. »

3. Les laboratoires pharmaceutiques

Un médecin estime que le conditionnement des boîtes de médicaments est inadapté aux patients à risque suicidaire.

- Médecin M « C'est la difficulté de la prescription aussi quand on voit un patient pour lequel on a des doutes sans choses réellement évaluées, de prescrire les médicaments sur une durée courte, c'est le problème du conditionnement des boîtes en pharmacie. »

4. La psychanalyse

Pour un des médecins, la psychanalyse pourrait être un axe de prise en charge de la dépression.

- Médecin F « Il paraît que la dépression fait forcément résonnance à quelque chose qui s'est mal passé dans l'enfance, j'ai lu ça quelque part, la théorie d'un psychiatre, alors peut-être qu'en faisant systématiquement une psychanalyse euu les gens prennent du recul et sortent de la dépression », « ouais mais surtout j pense que les gens devraient faire des psychanalyses, je pense (rires). J vais tous les envoyer chez le psychanalyste. »

d) Pas de solutions

Cinq médecins n'ont pas de solutions pour améliorer le diagnostic et la prise en charge.

- Médecin E « Sinon c'est... Je sais pas trop en fait. »
- Médecin C « J pense qu'une fois sur deux on sait pas et on saura pas parce que la personne est déterminée. Mais je me trompe peut-être hein. C'est l'impression que j'ai. »

- Médecin A « Mais je n'suis pas persuadée que j'ai de solution. »
- Médecin M « Est-ce que faire des formations ça améliore la pratique ? Parce que les patients sont tous différents, le contact qu'on a avec eux est différent aussi ? »
- Médecin I « Améliorer les choses, je pense qu'on peut le faire mais je ne saurais pas dire comment. », « J'ai lu votre papier là, c'est beau mais je me suis dit que c'est pas évident de pouvoir ... C'est vrai qu'on est dans une société où on cote un peu tout quoi, on aime bien les trucs sur la déprime, l'anxiété, la psy, ... De classer, je trouve ça un peu dommage. Pour les tentatives de suicide, c'est ... on ne sait pas quel mécanisme il y a dans la tête qui fait que tout d'un coup ça y est, les gens veulent passer à l'acte quoi. »

F. Contextes particuliers

Différents contextes particuliers se différenciant des autres cas par leurs particularités de prise en charge, leurs difficultés de diagnostic ou leurs degrés d'urgence ont été mis en exergue.

Ce sont :

- Age du patient
- Genre du patient
- Patient atteint d'une pathologie psychiatrique déjà connue
- Patient sans antécédents psychiatriques
- Situations de fin de vie, soins palliatifs, handicap

a) Age du patient

- Médecin D « Mais après j pense que ça dépend beaucoup de l'âge des patients, parce qu'il y a une différence je pense entre le suicide de l'adolescent, du jeune homme et du suicide de la personne âgée voire très âgée. »

1. Adolescent

Cinq médecins pensent que la prise en charge de l'adolescent est très particulière et complexe.

- Médecin J « Et puis chez les ados également, c'est compliqué les ados aussi. »
- Médecin E « Bah, oui, bah disons que j'ai peur que ça donne des idées en particulier à des adolescents qui n'auraient pas encore eu trop l'idée euuu », « ce qui est difficile aussi c'est de différencier le discours des adolescents du discours des adultes », « c'est un peu difficile ça la situation des ados, c'est un peu particulier, de savoir ce qu'ils pensent vraiment dans leur petite tête, de savoir si c'est juste de la provocation pour embêter les parents ou si c'est réel, c'est pas simple. »
- Médecin C « Y'a des cas où franchement ça me semble tout à fait logique qu'on mette tout en oeuvre, un jeune ado qui se sent pas bien, qu'est isolé, ça lui plaît pas l'internat, enfin voilà, c'est la période de l'adolescence, on s'attend franchement à ce qu'il y ait des petites difficultés, il va se chercher, il est plus un enfant mais en même temps il est pas encore tout à fait un adulte, il n'est pas autonome financièrement, là s'il a plein de difficultés, j peux comprendre qu'à un moment ça dérape et qu'il soit pas bien voilà. »
- Médecin A « Ce que j'ai toujours peur c'est les jeunes ados, on les voit ils sont pas toujours bien dans leur peau, ça j'ai peur par contre parce que...c'est plus compliqué. La prise en charge de l'adolescent est difficile, chez l'adulte ça me pose moins de problèmes mais chez l'adolescent je trouve ça compliqué. »
- Médecin I « Je pense que chez les jeunes c'est plus réactionnel à un problème sentimental ou de travail ou de relation avec les parents. »

2. Sujet âgé

Deux médecins individualisent le problème de la dépression du sujet âgé comme un problème un peu différent car faisant même partie de l'évolution « normale » du vieillissement selon un des médecins.

- Médecin B « On a aussi une personne âgée qui s'est suicidée, qu'avait Alzheimer, qu'a été retrouvée dans son étang et elle avait dit avant, dans un moment de lucidité, qu'elle en avait marre de perdre la boule. »
- Médecin I « Et chez les personnes âgées, y'en a beaucoup qui ont des idées suicidaires mais dues à leur état de dépendance, ou leur état de santé quoi », « par exemple, j'ai une patiente de 89 ans, elle quitte plus son canapé, et elle me dit ,de toute façon tu sais que si un jour j'en ai marre je saurais comment arrêter tout », « enfin ça c'est mon avis à moi, une personne âgée, si elle commence des troubles cognitifs [...] importants et qu'elle ne se rend pas compte de son état, elle aura un bon moral. Si

elle garde toute sa tête, elle va se rendre compte de sa déchéance, de la proximité d'une dépendance qui va arriver et là elle n'aura pas le moral. Donc on ne va pas mettre toutes les personnes âgées sous antidépresseurs. »

b) Genre du patient

Deux médecins font une différence entre les hommes et les femmes concernant ce problème et admettent que les hommes sont plus difficiles à diagnostiquer et prendre en charge en ce qui concerne la dépression ou la crise suicidaire que les femmes.

- Médecin E « Y'a quand même une différence, les hommes parleront quand même moins, c'est plus difficile de tirer les vers du nez d'un homme que d'une femme, c'est peut-être pour ça qu'il y a plus de suicides chez les hommes que chez les femmes. »

- Médecin L « Par contre c'est clair, si c'est un homme ou une femme, je ne vais pas réagir pareil. Si c'est un homme qui me le dit, je vais faire beaucoup plus attention que si c'est une femme. Je vais le prendre beaucoup plus au sérieux. Parce que je pense franchement que quand un homme le dit, y'a de fortes chances qu'il est peut-être un peu plus loin dans sa démarche et je dirais même plus, qu'il y a des fortes chances qu'il ne le dise pas de toute façon. Donc si un homme est vraiment dépressif et qu'on voit qu'il n'est vraiment pas bien, il va falloir être plus vigilant, pour un homme il faut être beaucoup plus vigilant que pour une femme. La femme va beaucoup plus en parler et faire des tentatives de suicide, qui vont pas réussir. »

c) Patients atteints d'une pathologie psychiatrique déjà connue

Huit médecins estiment que les patients présentant une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée et notamment les psychotiques sont à mettre à part de par leurs caractéristiques propres. Par exemple :

- Médecin D « Sinon, j'ai d'autres personnes qui sont considérées comme suicidaires mais qui gèrent toutes seules, ce sont des dépressifs chroniques qui sont suivis en hôpital de jour psychiatrique et qui quand ça va pas le signalent par eux-mêmes et demandent une hospitalisation, par eux-mêmes hein donc sans même passer par le médecin généraliste, ça se gère vraiment dans le réseau psychiatrique proprement dit » , « par contre je pense qu'il faut vraiment départager deux choses, les troubles psychiatriques vrais : les schizophrènes, les bipolarités, les dépressions chroniques, les troubles du caractère, qui sont déjà dépressifs depuis vingt ans et qui sont suivis en hôpital de jour psychiatrique et qui sont complètement désocialisés, qui ne travaillent plus, qui sont à domicile, je pense qu'ils sont vraiment à mettre d'un côté », « je pense que ce sont deux risques suicidaires à différencier. Je pense que la crise dans les deux situations est à gérer différemment Je pense que l'approche du suicide doit être

différente en fonction de la pathologie et de l'état de base du patient. Je pense qu'il y a une différence à faire. »

- Médecin B « Il avait une pathologie psychiatrique très invalidante et je suis pas sûr que comment ...en fait euuu... qu'on pouvait guérir sa maladie psychiatrique. J pense qu'il était vraiment motivé pour se suicider, il avait déjà fait plusieurs tentatives avant, donc je pense que c'était un peu inéluctable. »

- Médecin G « J'ai un patient schizophrène là, qui s'est suicidé y'a deux ans, mais on est dans le cadre d'une schizophrénie donc c'est un peu différent là. »

- Médecin H « Les pathologies qui ont l'air d'être mélancoliques ou bien les contextes psychotiques sont certainement plus à risque que les pathologies névrotiques, sûrement. »

d) Patient sans antécédents psychiatriques

Cinq médecins tiennent à mettre également à part les patients sans antécédents psychiatriques, qui, au décours d'un évènement de vie sont confrontés à la dépression.

- Médecin D « Et puis de l'autre côté les problèmes de ... les gens "normaux" entre guillemets qui présentent des difficultés sur des moments de la vie, eux ils y a toute leur structure qui s'effondre dans le contexte d'une maladie aiguë, dans le contexte d'une crise familiale, d'une crise personnelle, d'une crise au niveau du travail, où je pense que le risque suicidaire est différent. »

- Médecin E « Y'a des personnes que je connais, qui sont déprimées et c'est nouveau, y'a un facteur extérieur, donc là je suis plutôt empathique, compatissante, j'sais pas, un deuil dans la famille, un évènement particulier. »

- Médecin A « Par exemple, le monsieur que je vous dis euu je savais que son épouse était épuisée, j'savais que lui il était passé par plein d'épreuves, il a eu un cancer, il a eu machin, enfin bon, il a toutes les merdes du monde le pauvre homme et ça c'est la goutte d'eau. »

e) Situations de fin de vie, soins palliatifs, handicap

Quatre médecins ont aussi évoqué le suicide comme une sorte d'alternative à l'euthanasie chez les patients en fin de vie ou situation de handicap, et qui ne supportent plus cette situation. Par exemple :

- Médecin B « Mais je pense qu'il y a deux autres types de suicides où là c'est très difficile, c'est celui qui a une maladie chronique, on a eu un cas dans le cabinet, un patient qui s'est suicidé il y a deux mois, il avait une maladie euuu digestive incurable

qui l'embêtait énormément, qui altérerait sa qualité de vie et il avait émis plusieurs fois la volonté euu de se suicider, euuu comment, pour lui euuu bon bah euuu c'est difficile de l'hospitaliser parce que qu'est-ce qu'on va lui apporter quoi, il est pas ... vraiment c'était son problème digestif qui vraiment altérerait sa qualité de vie », « donc là la prévention du suicide dans ce cadre-là c'est extrêmement difficile parce que la volonté de se suicider elle peut aussi se respecter, il faut leur apporter des soutiens psychologiques, faire ce qu'on peut mais moi j'me vois pas vraiment lui faire une HDT, l'envoyer à l'hôpital euuu, j'trouve que ça rime à rien dans ce cadre-là. »

- Médecin G « Alors, j'ai un patient dont j'étais très proche et qui a déclenché une sclérose latérale amyotrophique, il était infirmier psy, et quand on lui a dit que c'était sans doute une maladie de Charcot il a dit bon je sais ce que je vais faire, je me suiciderai tant qu'il est temps. »

- Médecin I « Y'a des personnes âgées qui le font mais là c'est parce que l'euthanasie n'existe pas encore, qui se sentent complètement handicapés et dépendants et qui veulent pas rester comme ça. Ça c'est encore autre chose », « alors que les patients qui ont un cancer généralisé, qui réussissent, parce qu'ils le savent qui se suicident, je me dis bon c'est un peu dommage mais bon chacun choisi. Il a choisi, il a réussi, il est parti. Oui, j'en ai eu aussi à cause de cancers, y'a pas que des déprimés quoi, c'est des gens aussi qui mettent fin à leurs jours. »

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature

Les objectifs de notre étude étaient de comprendre comment les médecins généralistes diagnostiquent et prennent en charge la crise suicidaire, de mettre en évidence les facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires et d'entrevoir des solutions à l'amélioration des pratiques dans ce domaine.

Le travail réalisé a permis de répondre à ces objectifs par l'analyse de 13 entretiens de médecins de soins primaires.

A noter que la littérature sur le sujet du suicide est très fournie notamment sur la recherche de facteurs de risque de suicide mais je n'ai trouvé que peu d'études portant sur la recherche d'obstacles au diagnostic et à la prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires.

a) Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins de notre échantillon étaient majoritairement de sexe féminin, avec 54 % de femmes ($n = 7$) contre 46 % d'hommes ($n = 6$). L'ancienneté d'exercice moyenne de l'échantillon était de 15 ans donc une moyenne d'âge aux alentours de 45 ans.

Il apparaît donc que la population de notre l'échantillon était un peu plus jeune que la moyenne nationale, et aussi un peu plus féminine. Cette dernière donnée s'accorde bien avec la moyenne nationale puisqu'au niveau national les femmes sont majoritaires chez les généralistes de moins de 55 ans.

En effet, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), au 1er janvier 2012, l'effectif total des omnipraticiens en activité régulière était de 92477. Les femmes représentaient 41% des effectifs et étaient majoritaires chez les généralistes de moins de 55 ans. La moyenne d'âge était de 54 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes²².

De plus, dans notre étude 23 % des médecins exerçaient seuls (n = 3), et 77 % en groupe allant de 2 à 4 (n = 10) ce qui tend à s'approcher de l'exercice de la médecine générale en Bretagne puisque selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), en 2006, 60 % des médecins généralistes de Bretagne exerçaient en groupe²³.

Dans notre étude, le lieu d'exercice est rural dans 69 % des cas et urbain dans 31 % des cas, ce qui diffère notablement des données de la DREES puisque selon cet organisme, en 2007 près de la moitié des généralistes exerçaient en zone urbaine et un tiers en zone rurale en Bretagne²⁴.

b) Les principaux facteurs déterminant le diagnostic et/ou la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

Notre étude a permis de mettre en exergue de nombreux facteurs qui influencent le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire selon les médecins de soins primaires.

1. Les principaux freins au diagnostic et/ou à la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

D'après notre étude, les principaux facteurs relevés comme freins au diagnostic et/ou à la prise en charge de la crise suicidaire selon les médecins de soins primaires sont :

- **Venant du patient**

Selon les médecins interrogés dans notre étude, les freins principaux et très difficilement surmontables en pratique viennent du patient. Par exemple :

- L'absence de recours aux soins primaires
- La non compliance du patient
- Le patient déterminé

La notion de "patient déterminé" est retrouvée dans plusieurs études rétrospectives qui indiquent que l'intensité des idées suicidaires est le facteur prédictif de suicide le plus important chez les patients dépressifs²⁵.

- Les facteurs intrinsèques à la maladie psychiatrique (déli, raptus, sentiment d'incurabilité)
- Difficultés d'expressivité du patient

L'équipe néo-zélandaise de Bushnell J et al. s'est d'ailleurs intéressée à l'opinion des patients. Elle leur a demandé s'ils considéraient leur médecin généraliste comme un bon confident pour parler de leur maladie mentale. La réponse la plus fréquente était qu'ils ne considéraient pas leur médecin généraliste comme la « bonne » personne pour en parler (33.8 %) ou qu'ils ne voulaient pas en parler du tout (27.6%)²⁶.

Une étude québécoise récente portant sur 22133 patients s'est intéressée aux confidences des patients ayant eu des idées suicidaires. L'équipe de recherche a demandé aux patients avec idéations suicidaires s'ils en avaient parlé et si oui à qui. Seulement environ 20 % des patients ayant eu des idées suicidaires en avaient parlé à un professionnel de santé. C'était plus fréquent pour les gens ayant des idéations

suicidaires plus sévères (scénario ou essai préalable) et parmi ceux qui en avaient aussi parlé à leurs proches²⁷. Les auteurs concluaient leur article en mentionnant que les stratégies de prévention qui encouragent les personnes suicidaires à chercher de l'aide sont les plus importantes à développer.

Une autre étude a porté sur l'avis des patients dans ce domaine. Elle a révélé que 50 % des patients considèrent que personne ne pourrait faire quelque chose pour les aider et 50 % n'accepteraient l'aide de personne²⁸.

Comme notre étude l'a aussi montré, les difficultés d'expressivité du patient se manifestent parfois par une consultation pour un motif somatique, cachant en fait une détresse psychologique. Ce frein au diagnostic de crise suicidaire a également été mis en évidence dans la thèse de C. Barré¹⁹.

Concernant ces obstacles, le médecin peut difficilement y remédier car ils émanent du patient ou de sa pathologie. Le médecin peut seulement essayer de créer avec son patient un climat de confiance qui pourrait inciter le patient à le consulter et à suivre les thérapeutiques qu'il préconise.

- **Venant du médecin**
 - o Gestion du temps

Tous les médecins de notre étude estiment que le facteur temps est un facteur limitant dans le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire et des patients dépressifs en général.

Dans notre étude, la durée moyenne de consultation est de 18 minutes.

Selon une étude de la DREES, la majorité des séances dure entre 10 et 20 minutes. Selon l'estimation des médecins, la majorité des consultations et visites a duré moins de 25 minutes (92 %). Ils ont en effet le plus souvent déclaré que la séance avait duré exactement 15 minutes (37 %), 10 minutes (23 %) ou 20 minutes

(19 %). Alors que les consultations et visites de moins de cinq minutes sont motivées la moitié du temps par des raisons non strictement médicales, la durée des séances augmente naturellement au fur et à mesure que l'on évolue des consultations et visites pour affections aiguës (du type angine), vers les affections chroniques (par exemple l'hypertension artérielle) stables ou déstabilisées²⁹.

Néanmoins, dans notre étude, et cela est un peu paradoxal après ce qui vient d'être mentionné, onze médecins pensent passer suffisamment de temps avec les patients lorsque le besoin s'en fait sentir.

Une étude autrichienne de Ritter K et al. de 2002, étudiant l'expérience et le comportement des médecins généralistes confrontés à la crise suicidaire à Vienne (ville ayant un fort taux de suicide) et cherchant les obstacles que ceux-ci pouvaient rencontrer a également mis en évidence le problème de la gestion du temps en médecine ambulatoire. En effet, 27.3 % des médecins interrogés reconnaissaient le manque de temps comme un obstacle³⁰.

- o Surcharge de travail

Cette difficulté de gestion du temps est liée, selon certains médecins de notre étude à leur surcharge de travail.

Une étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins généralistes va dans le même sens. En effet, dans cette étude, les médecins généralistes déclaraient avoir travaillé en moyenne 57 heures la semaine précédant l'enquête, en comptant toutes leurs activités professionnelles. 78 % travaillaient 50 heures ou plus. Il existait des disparités importantes entre praticiens : les 10 % de généralistes qui effectuaient le plus d'heures travaillaient 71 heures ou plus par semaine et les 10 % qui en effectuaient le moins travaillaient au maximum 40 heures par semaine³¹.

o Gêne du médecin, peur de choquer, fausses idées

Neuf médecins ont évoqué des préjugés ou fausses idées sur le suicide ou la dépression. Par exemple, six d'entre eux pensent (ou pensaient avant une formation) que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.

De même, la thèse de médecine générale de Claire Barré soutenue à Nantes en 2011 explorant les habitudes et le ressenti des médecins généralistes quant à la recherche d'idées suicidaires met en évidence que la majorité des généralistes interrogés recherchaient les idées suicidaires mais davantage pour évaluer l'urgence que pour soulager le patient, que la plupart n'avait pas le sentiment d'être bénéfique et que certains d'entre eux pensaient que cela favorisait le passage à l'acte¹⁹.

Cette idée est fausse. Une étude conduite sur 2342 adolescents dans six écoles de la banlieue de New-York l'a d'ailleurs montré. Un premier groupe expérimental de 1.172 élèves a été soumis à un questionnaire d'évaluation de leur santé mentale contenant 20 questions directes sur le suicide tandis qu'un autre groupe de 1.170 jeunes avait le même questionnaire sans les questions sur le suicide. Dans les deux groupes, la proportion de ceux ayant manifesté un degré élevé de détresse émotionnelle était similaire, avec notamment 4% ayant indiqué avoir eu des pensées suicidaires. Parmi les adolescents ayant déjà tenté de se suicider, il y a eu sensiblement moins de pensées suicidaires dans le premier groupe que dans le second à qui a été soumis le questionnaire sans question directe sur le suicide³².

o Méconnaissance du sujet

De nombreux médecins de notre étude estimaient ne pas très bien connaître le sujet du suicide, et invoquaient la plupart du temps leur manque de formation dans ce domaine.

Dans ce sens, une étude australienne met en évidence auprès de médecins généralistes le manque de confiance et de capacité à poser le diagnostic et gérer les maladies mentales³³.

Néanmoins, une étude concernant la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville¹⁴ va à l'encontre de ce constat puisque dans cette étude neuf médecins sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression. Ce sentiment pourrait être lié à une longue expérience des médecins dans la prise en charge de ces troubles du fait de leur fréquence mais aussi à l'existence d'un arsenal médicamenteux important pour soigner la dépression : ceci favoriserait un sentiment de maîtrise des médecins d'autant plus qu'une culture valorisant l'approche médicamenteuse est très présente dans le corps médical français³⁴.

Dans cette même étude, les trois quarts des médecins ont déjà suivi une formation sur le diagnostic ou la prise en charge de la dépression, dont un tiers au cours des trois dernières années. Même si la majorité des participants (84 %) s'estime suffisamment formés sur le diagnostic ou le traitement de la dépression, ils sont également demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), la pratique de la psychothérapie de soutien (78 %), l'orientation des personnes souffrant de dépression (76 %) et la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76 %).

Pour revenir aux besoins de formations des médecins de soins primaires sur le sujet du suicide, plusieurs autres études vont aussi dans ce sens. En 2002, une étude française s'est intéressée aux pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires³⁵. Elle confirme leur besoin de formation sur l'évaluation de la crise suicidaire mais aussi sur l'écoute.

o Dépression du médecin

Plusieurs médecins de notre étude ont mentionné que la souffrance psychologique du médecin était un frein à la prise en charge du patient en crise suicidaire.

D'après une étude de la DREES sur un panel de médecins généralistes, 11% des médecins exerçant en région Bretagne se disent en détresse psychologique et 2% auraient déjà pensé à un projet de suicide³⁶.

- **Venant du psychiatre**

- Difficultés d'accès
- Manque de communication

Ces deux points ont également été retrouvés dans une étude qualitative de 2008³⁷ cherchant à identifier les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour orienter les patients qu'il a identifiés comme étant à risque suicidaire. Ainsi dans cette étude, les professionnels psychiatriques ont été ressentis la plupart du temps comme peu disponibles même chez les médecins qui semblaient avoir un réseau relationnel efficace. De même, dans cette étude, le constat d'un retour d'informations parcimonieuses en cas de prise en charge psychiatrique a fait l'unanimité, que le contexte soit urgent ou non. Quel que soit le professionnel ou la structure, les médecins de soins primaires ont regretté et se sont plaints du peu de retours sous quelle que forme que ce soit. Plus qu'une information exhaustive, c'est la demande d'un lien permettant un soin cohérent qui est formulé.

La thèse de médecine générale soutenue à Tours en 2007 par Diraduryan N. constate aussi les difficultés relationnelles qu'éprouve le généraliste avec les réseaux de soins psychiatriques³⁸.

A noter que ces difficultés pourraient être propres à la France car elles semblent inconnues de la plupart des praticiens de soins primaires européens pour qui la psychiatrie ne diffère pas des autres spécialités⁶.

Les différents obstacles retrouvés dans notre étude avaient aussi été mis en évidence dans la conférence de consensus de 2000¹ sur la crise suicidaire, dont voici un extrait :

Ce travail de dépistage et de prise en charge se confronte à plusieurs obstacles convergents :

- les médecins généralistes sont peu formés à reconnaître la crise suicidaire dans le cadre de leur exercice ; ils ne disposent pas de guides de décision validés
- l'ambivalence des patients à révéler leur souffrance notamment dans sa dimension psychique
- le contexte de la consultation limitée dans le temps et a priori centrée sur les signes somatiques.

Le médecin généraliste est isolé, d'autant que les liens de collaboration avec des collègues psychiatres ou les réseaux environnant le patient ne sont pas toujours établis. L'adressage au spécialiste est rendu difficile par la saturation des consultations psychiatriques privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence.

On évoque également la crainte de la psychiatisation, crainte que peuvent partager le patient et son médecin face à la représentation qu'ils se font de la psychiatrie ou face à ce qu'ils perçoivent comme l'hermétisme de la discipline.

2. Les principaux facteurs facilitateurs du diagnostic et/ou de la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

- **Bonne écoute, bonne communication de la part du médecin**

Dans notre étude, dix médecins estiment aborder facilement la question du suicide avec leurs patients.

Une étude montre en effet que le mode de communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs. Le taux de diagnostic de dépression dépend de la façon dont le médecin interroge le patient : les praticiens ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posent deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne reconnaissent pas la dépression³⁹.

Des essais thérapeutiques randomisés ont mis en évidence une réduction des idées et du risque suicidaires avec le placebo. Ceci montre l'importance de la relation médecin - malade dans cette prise en charge.

- **La famille**

Un bon étayage familial a été identifié par les médecins interrogés dans notre étude comme un facteur facilitateur du diagnostic et de la prise en charge de la crise suicidaire.

Dans plusieurs études, la présence de la famille comme la proximité d'amis ou de proches ont été identifiés comme facteurs protecteurs⁴⁰.

c) Le diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale

1. Signes évocateurs

- **Présence de facteurs de risque de suicide**

- Existence d'un syndrome dépressif

- Évènement de vie
- Antécédents personnels ou familiaux de suicide

Plusieurs études ont retrouvés des facteurs de risque similaires :

Une étude met en évidence que les patients dépressifs ont le risque le plus élevé de suicide⁴¹.

Les évènements de vie, lorsqu'ils interviennent à un moment crucial de la biographie et plus encore de la crise suicidaire, peuvent devenir évènements précipitants. Hagnell et Rossman ont étudié les évènements de vie dans la semaine précédant le suicide : une situation humiliante ou la perte d'un objet étaient intervenues plus souvent pour les suicides que pour les morts naturelles⁴².

Diverses études vont dans le même sens concernant les évènements de vie, l'étude la plus complète en ce sens est l'étude de Paykel^{43,44}.

L'existence d'antécédents personnels ou familiaux de suicide paraît être significativement corrélée au suicide. En effet, plusieurs études mettent en évidence ces éléments comme facteurs de risque de suicide⁴⁵, notamment l'étude de Bourgeois et al^{46,47}. Les autres facteurs de risque mis en évidence dans cette étude sont les antécédents familiaux de troubles psychiatriques, d'hospitalisation en psychiatrie, et le comportement compulsif.

L'existence de tentatives de suicide antérieures augmente le risque de suicide de 40 % en moyenne selon les études référencées par Harris et Barraclough sur le sujet⁴⁸.

- **Changement de comportement**

Plusieurs médecins de notre étude considèrent qu'un changement d'attitude, de comportement est un bon indice pouvant laisser penser à une crise suicidaire sous-jacente.

Cette notion de changement est retrouvée dans la conférence de consensus de 2000 sur le suicide¹ :

Il n'existe pas de critères diagnostiques de la crise suicidaire mais la reconnaissance de la crise pourrait reposer sur plusieurs indices :

- Chez un patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.), il peut s'agir d'une modification ou d'une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.
- Chez un patient sans troubles psychiatriques préalables il peut s'agir de la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant, d'une symptomatologie physique inexpliquée, pouvant masquer un état dépressif ,d'un événement vécu comme stressant , d'une conduite inhabituelle, d'un changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage.
- Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par un changement récent de praticien, un motif d'appel ou de consultation pas clair, un état d'agitation ou de stress, des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

2. Importance de la subjectivité dans le diagnostic de crise suicidaire

Dans notre étude, on constate que la définition et la durée de la crise suicidaire sont difficiles à déterminer et très variables d'un médecin à l'autre.

Ceci pose la question d'un défaut de formation des généralistes à ce sujet mais aussi de la variabilité réelle de la crise suicidaire selon les patients. En effet, il a été démontré par diverses études la grande variabilité de ce concept de crise suicidaire. Tout d'abord par sa durée. Il s'avère en effet que celle-ci peut être très variable allant au minimum de quelques secondes à des formes beaucoup plus durables de quelques heures, jours ou mois, voire années¹. Celle-ci peut également être variable dans le temps avec des véritables fluctuations d'intensité ou également réapparaître après le passage à l'acte avec danger de récurrence⁴⁹ et souvent phénomène d'« escalade » dans les moyens auto-agressifs employés.

De plus, la définition est même assez floue et selon la conférence de consensus de 2000¹ ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

De plus, comme certains médecins l'ont aussi évoqué dans notre étude, on peut aussi mentionner le problème des équivalents suicidaires (dans le cadre des limites de la crise suicidaire). Mériteraient cette appellation le refus de traitement en connaissance de cause, toutes les conduites à risques, choisies sans obligation avec conscience du danger couru¹.

En effet, notre étude a pu mettre en évidence quelques critères pouvant nous orienter vers un diagnostic de crise suicidaire mais ce qui ressort le plus ici est l'importance de la subjectivité et du ressenti du médecin dans le diagnostic des patients à risque suicidaire ou en crise suicidaire. En effet, selon la majorité des médecins interrogés cette appréciation ne peut se faire qu'au cas par cas étant

donnée la grande variabilité des tableaux cliniques et des patients, peut-être avec des clés diagnostiques mais sans critères pré-établis.

3. Degré d'urgence

- Existence ou non d'un scénario
- Existence ou non d'un étayage familial, raisons de vivre, gravité du syndrome dépressif

Une étude d'Alexopoulos ayant pour but de trouver chez des patients âgés déprimés les caractéristiques cliniques qui peuvent faire penser à une idéation suicidaire et d'évaluer leur pronostic a mis en évidence des éléments semblables. En effet, dans cette étude, les idées suicidaires sont en relation avec la sévérité du syndrome dépressif, les antécédents personnels de tentative de suicide avec une forte intention suicidaire et la pauvreté de l'entourage social⁵⁰.

d) Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge ?

1. Accès plus facile au psychiatre et meilleure communication

Plusieurs médecins de notre étude ont suggéré la mise en place de structures intermédiaires entre l'hospitalisation et la gestion du patient en ambulatoire, qui permettrait de répondre au besoin d'une évaluation psychiatrique en urgence de certains patients, difficilement réalisable en psychiatrie ambulatoire à cause de la saturation des consultations psychiatriques privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence.

En 2002, une étude française s'est intéressée aux pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Selon cette étude, la structure d'accueil la plus fréquemment sollicitée est l'hôpital général mais un lieu d'accueil permanent ou une structure ambulatoire serait le bienvenu⁴³.

Une thèse d'exercice de médecine générale soutenue en 2011 à Nantes présente le bilan un an après la mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires, au sein du pôle santé de Clisson⁵¹. Ce travail montre un bilan positif de ce modèle d'offre de soins :

- Les médecins y ont adhéré avec beaucoup d'enthousiasme et ont pu découvrir un réseau psychiatrique qu'ils connaissaient parfois insuffisamment,
- La majorité des patients adressés ont saisi l'opportunité de cette prise en charge avec une bonne observance des consultations et des orientations proposées,
- La satisfaction des intervenants, professionnels et patients, était très bonne,
- Une proportion importante d'hommes consultant habituellement peu pour des motifs psychiatriques a été vue par les intervenants.

e) Contextes particuliers

- **Patients atteints d'une pathologie psychiatrique déjà connue**

Selon de nombreuses études, les patients atteints de pathologies psychiatriques sont le plus à risque suicidaire^{3,55}. Selon la plupart des autopsies psychologiques, on retrouve chez les patients suicidés un pourcentage très élevé de l'ordre de 90 à 95 % de troubles mentaux⁵². Toutes ces pathologies sont associées avec la crise suicidaire selon la méta-analyse de Harris et Barraclough⁵³ notamment la dépression majeure, le trouble bipolaire, la schizophrénie, et l'abus de substances psychoactives.

B. Forces et faiblesses de notre étude

a) Les points forts

La principale force de notre étude est de s'intéresser aux attitudes et aux ressentis des médecins concernant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires. Nous avons également mis en évidence des facteurs facilitateurs et des freins au diagnostic et à la prise en charge de cette pathologie ce qui n'a pas souvent été fait dans les études que j'ai recueillies.

Notre recherche vient donc enrichir la littérature sur cette thématique.

b) Les biais et faiblesses⁵⁴

Les principaux biais de notre étude sont les suivants :

1. Biais de sélection de l'échantillon

Malgré le fait que l'échantillon de médecins ait été choisi au hasard (selon les demandes de remplacements qui m'arrivaient) il semble qu'il ne soit pas tout à fait représentatif des médecins bretons selon les données de la DREES^{31, 32}.

De plus la méthode de recrutement de l'échantillon exclut de l'étude les médecins ne prenant jamais de remplaçants, par exemple parce qu'ils ne prennent jamais de congés ou ne se forment pas ou simplement n'ont pas eu besoin de remplaçant de juillet à septembre 2012.

Par ailleurs, j'ai interrogé à deux reprises plusieurs médecins exerçant dans le même cabinet, ayant une patientèle commune pour certains, ce qui peut aussi entraîner un biais.

Le biais de sélection semble être le principal biais de notre étude.

2. Biais internes

Ce type de biais est lié aux caractères personnels du chercheur et des participants. Ils peuvent entraîner des incompréhensions entre chercheur et participant ou instaurer un climat de suspicion et provoquer une réticence à se confier dans l'entretien. Ces biais sont difficilement contrôlables, ils peuvent être limités en choisissant un chercheur adapté aux participants, et en reformulant le discours des participants pour vérifier la bonne compréhension.

Dans cette étude, j'ai essayé de limiter ce type de biais en menant les entretiens moi-même, en tant que médecin et en essayant de reformuler parfois mes questions quand je voyais que l'interlocuteur ne les saisissait pas bien, et parfois en reformulant une partie des réponses pour m'assurer de ma bonne compréhension des réponses.

3. Biais externes

Ces derniers sont liés à l'environnement du chercheur et des participants. Le choix même du lieu d'entretien par le médecin participant a permis dans une certaine mesure de réduire ce biais puisqu'il devait choisir un lieu où il se sentait à l'aise et en confiance. Le choix de pratiquer des entretiens individuels a aussi permis d'éviter la présence de leaders d'opinions qui pourraient influencer la parole de certains.

Toutefois, lors de trois entretiens, nous avons été dérangés soit par des appels téléphoniques, soit par une « intrusion » inopinée dans la salle de pause commune où nous étions installées.

4. Biais d'investigation

Ce biais intervient dans le recueil des données lorsque le chercheur interroge les participants d'une manière qui peut influencer leur discours avec l'existence de possibles inductions de réponse : par suggestions non verbales mal maîtrisées (par

exemple : doute dans la voix, regard gêné, ton plus affirmatif) ou par des biais verbaux.

Ces derniers peuvent correspondre à des évaluations morales (l'enquêteur intervient personnellement au cours de l'entretien en faisant connaître son approbation ou sa désapprobation, en donnant son opinion personnelle), à des reprises biaisées (reformulation imparfaite des propos de la personne en l'amenant vers une position qui n'est pas vraiment la sienne), ou à une empathie trop marquée⁵⁵.

Tous ces éléments ont pu engendrer des modifications dans les propos des médecins ou induire des réponses qu'ils n'auraient pas spontanément exprimées.

J'ai essayé au maximum de limiter ce biais en tentant d'être la plus neutre possible dans les questions, les reformulations, les relances et en limitant le plus possible les acquiescements ou les marques de désaccord.

5. Biais d'interprétation

Ce biais intervient lorsque l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur. J'ai essayé de limiter ce biais en faisant un double codage avec l'aide d'un médecin généraliste volontaire et j'ai ensuite réorganisé les différents thèmes en plusieurs catégories et sous-catégories avec une collègue interne préparant aussi une étude qualitative, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Néanmoins, je n'ai pas pu comparer les résultats de mon étude avec les résultats d'autres études similaires mais utilisant une méthode de recueil différente par manque de temps et parce que ces études n'existaient pas.

Concernant le nombre de médecins interrogés qui est de treize, c'est vrai qu'il est un peu faible mais j'ai eu l'impression d'avoir atteint la saturation des données au

bout de douze entretiens et c'est le fait d'arriver à la saturation des données qui est important. De plus, certaines études publiées le sont même avec si peu d'entretiens.

C.Perspectives

Trois grands axes me paraissent importants sur les perspectives qu'entrouvre mon étude :

1) Faire d'autres études semblables mais avec une méthode de recrutement différente ou à plus grande échelle pour limiter les biais et renforcer ou enrichir les différents freins au diagnostic et à la prise en charge du patient en crise suicidaire en soins primaires.

Ces différentes études pourraient permettre de focaliser les formations des professionnels de santé pour justement essayer de limiter ces freins, surtout ceux venant du médecin, et essayer de mieux diagnostiquer et prendre en charge les patients consultant en soins primaires et dont la venue est en fait motivée par la demande d'une prise en charge psychologique.

En effet, les freins émanant du patient comme l'absence de recours aux soins primaires, ou la détermination du patient qui vont souvent de paire, sont très difficilement surmontables à part peut-être par une sensibilisation de la population à ce problème à travers la société ou les médias.

Néanmoins, il existe une partie des suicides « évitables », ce sont ceux ayant recours à leur médecin généraliste peu de temps avant l'acte avec une demande d'aide parfois masquée mais qu'il faut essayer de dévoiler.

2) Interroger des populations différentes sur le même thème pour avoir un point de vue différent comme par exemple des patients ou des psychiatres.

Ces différentes études pourraient permettre de recueillir l'avis et le fonctionnement des psychiatres afin de trouver des solutions pour optimiser la prise en charge conjointe entre médecins de soins primaires et psychiatres et mieux comprendre les attentes et appréhensions des patients lorsqu'ils viennent voir leur généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique.

En effet, recueillir l'avis des patients et surtout les obstacles qui les empêchent de se confier par rapport à d'éventuelles idées suicidaires permettraient peut-être d'élaborer des stratégies de prévention encourageant les personnes suicidaires à chercher de l'aide, ce qui est un axe de prévention à privilégier selon l'étude québécoise³⁵ citée plus haut.

3) Continuer les investigations afin de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire et peut-être pouvoir élaborer à partir de ceux-ci un outil diagnostique utilisable en médecine générale.

En effet, notre étude a pu mettre en évidence quelques critères mais ce qui ressort le plus ici est l'importance de la subjectivité et du ressenti du médecin dans le diagnostic de patients à risque suicidaire ou en crise suicidaire. En effet, selon la majorité des médecins interrogés cette appréciation ne peut se faire qu'au cas par cas étant donnée la grande variabilité des tableaux cliniques et des patients, peut-être avec des clés diagnostiques mais sans critères pré-établis.

V. CONCLUSION

Ce travail, malgré la présence de quelques biais, nous a permis de mettre en évidence certains éléments diagnostiques de la crise suicidaire importants à prendre en compte, de dégager de nombreux facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires, et d'établir quelques pistes pour les améliorer.

En ce qui concerne les critères diagnostiques de la crise suicidaire, plusieurs sont ressortis dans cette étude :

Tout d'abord la recherche de facteurs de risque de suicide tels que l'existence d'un syndrome dépressif, les conduites addictives, les événements de vie et conflits familiaux, les difficultés financières ou les problèmes professionnels, l'accumulation de problèmes, les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide ou suicides, et surtout la notion de changement dans la façon d'être, de communiquer, et dans le comportement du patient.

Afin d'apprécier le degré d'urgence, les éléments importants à rechercher étaient selon les médecins interrogés l'existence ou non d'un scénario, d'un étayage familial, l'existence ou non de raisons de vivre et la gravité du syndrome dépressif.

Ces différents éléments demandent à être confrontés à d'autres études pour évaluer leur pertinence et voir s'ils permettraient de constituer un outil diagnostique performant, validé, utilisable en médecine générale.

Les facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire ont été organisés en deux groupes :

- les freins ou obstacles au diagnostic ou/et à la prise charge du patient en crise suicidaire en médecine générale
- les facteurs facilitateurs au diagnostic ou/et à la prise charge du patient en crise suicidaire en médecine générale.

Dans chacun de ces deux groupes, cinq types de facteurs ont été mis en évidence :

- des facteurs liés au patient
- des facteurs liés au médecin
- des facteurs liés à la relation médecin-malade
- des facteurs liés à l'environnement du patient
- des facteurs liés aux autres professionnels de santé

Concernant les obstacles liés au patient, le médecin peut difficilement y remédier car ils émanent du patient ou de sa pathologie. Le médecin peut seulement essayer de créer avec son patient un climat de confiance qui pourrait inciter le patient à le consulter et à suivre les thérapeutiques qu'il préconise. De plus, une sensibilisation de la population à ce problème à travers la société ou les médias pourrait peut-être inciter les patients se sentant concernés à consulter.

Néanmoins, il existe une partie des suicides « évitables », ce sont ceux ayant recours à leur médecin généraliste peu de temps avant l'acte avec une demande d'aide parfois masquée mais qu'il faut essayer de dévoiler.

Afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires, notre étude a montré que plusieurs points pouvaient être améliorés :

Tout d'abord concernant les médecins : la formation des professionnels de santé à ce sujet demande à être améliorée, la gestion du temps médical étant donné le déficit actuel de médecins généralistes exerçant en libéral, demande aussi à être optimisée, par exemple en déléguant une partie du travail du généraliste à des agents administratifs ou du personnel paramédical.

Ensuite, concernant les difficultés d'accès et de communication avec les psychiatres notées par les médecins généralistes participant à notre étude, une des solutions pourrait être la mise en place d'un système intermédiaire pour évaluer les patients en urgence telle une consultation avancée de psychiatrie en médecine générale selon l'exemple de Clisson.

Avec l'annonce récente de la Ministre de la Santé de la mise en place d'un observatoire national des suicides, nous pouvons espérer que celui-ci permettra d'en connaître plus sur l'ampleur du problème et de mettre en place les moyens matériels et humains nécessaires pour envisager de telles améliorations du système de santé et espérer ainsi faire diminuer l'incidence des suicides en France.

VI. ANNEXES

A. Annexe n° 1 : Courrier de présentation de mon travail de recherche, envoyé aux médecins

Cher confrère,

Je suis actuellement en train de préparer ma thèse de docteur en médecine générale ayant pour thème le patient suicidaire (ou le patient en crise suicidaire) en médecine générale.

Selon le rapport 2011 de la DREES sur l'état de santé de la population en France, en 2008, 10353 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. En 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9% des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide (TS). À titre de comparaison, l'enquête WMH (World Mental Health Survey) de l'OMS, menée dans 21 pays entre 2001 et 2007, donnait des résultats globaux de 2,0% pour la prévalence de pensées suicidaires, et 0,3% pour les TS au cours de l'année au sein des pays développés, ce qui situait la France un peu au-dessus des autres pays au début des années 2000.

La crise suicidaire est difficile à identifier, d'autant plus qu'il n'existe pas de véritables critères diagnostiques. Beaucoup de sujets faisant une tentative de suicide consultent dans les jours qui précèdent sans être dépistés voire dépistables. Ainsi, des études montrent que **60 % à 70 % des suicidants avait consulté dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte.** Dans la grande majorité des cas ces consultations avaient pour motif une plainte somatique plus ou moins précise. Ceci rend difficile la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente, et donc le repérage de la crise suicidaire.

Les possibilités de dépistage et l'évaluation des obstacles à la prise en charge des patients avant le passage à l'acte ont été peu étudiées.

Il apparaît donc clairement que nous médecin généraliste, médecin de premier recours, nous nous trouvons totalement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires en collaboration avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social et nous avons donc un rôle important dans la prévention du suicide.

Ma question de recherche serait : « Comment les médecins de soins primaires en Bretagne, lors d'une consultation, diagnostiquent-ils les patients en crise suicidaire ? Comment évaluent-ils le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation ? Quels sont les facteurs déterminant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaire ? »

Objectifs

- Primaire

Notre objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, déterminer les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic et à la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.

- Secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont de déterminer les points à améliorer pour optimiser les pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires et de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire, qui pourraient servir d'ébauche à un éventuel outil diagnostique de la crise suicidaire en médecine générale.

Je vous propose donc de participer à cette étude, qui fera l'objet de ma thèse et cette participation consistera en un entretien individuel, semi-dirigé, enregistré, confidentiel (car votre participation sera anonymisée), durant environ 1 heure, ayant lieu de préférence à votre cabinet ou autre lieu où vous vous sentez à l'aise, en dehors de vos heures de travail. J'aimerais faire cet entretien entre septembre et octobre 2012. Je vous recontacterai prochainement par mail ou téléphone pour décider d'un rendez-vous.

B. Annexe n° 2 : Guide d'entretien

Comment les médecins généralistes évaluent-ils le potentiel suicidaire de leurs patients lors d'une consultation ? : Sur quels indices ? Quels sont les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic ?

Introduction

La crise suicidaire est difficile à identifier, d'autant plus qu'il n'existe pas de critères diagnostiques. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. Ainsi, des études montrent que **60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte.**

Ces résultats montrent une augmentation du nombre de consultations auprès du médecin généraliste avant un acte suicidaire. Le médecin généraliste pourrait donc jouer un rôle prépondérant dans la prévention du suicide.

Les possibilités de dépistage et l'évaluation des obstacles à la prise en charge des patients avant le passage à l'acte sont mal connues mais paraissent intéressantes à connaître pour tenter de prévenir les actes suicidaires.

Objectifs

- Primaire

Notre objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, déterminer les facteurs facilitateurs et

les freins au diagnostic et à la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.

- Secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont de déterminer les points à améliorer pour optimiser les pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires et de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire, qui pourraient servir d'ébauche à un éventuel outil diagnostique de la crise suicidaire en médecine générale.

Cet entretien sera enregistré à condition que vous soyez d'accord. Il s'agit d'un entretien anonyme et confidentiel. Votre nom n'apparaîtra pas dans les résultats de l'étude. Cet entretien durera entre 30 min et 1 heure.

1. Représentation de l'interviewé de lui-même :

- Si vous aviez à vous présenter que diriez vous ?
- Quelle est, selon vous, votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

2. Ethnologie : recueil données sur médecin et ses pratiques :

- Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?
- Comment décririez-vous votre pratique ? Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable ? Si oui, selon quels critères ?

3. Expérience et ressenti du médecin :

- Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide ? Si oui lequel ?

- Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs et/ou suicidaires ?
- Avez-vous déjà eu une ou des expérience(s) personnelle(s) ou familiale(s) de dépression, TS ou suicide ? Comment l'avez-vous vécu ? Cet épisode a-t-il modifié votre relation au patient et sa prise en charge ?
- Avez-vous déjà été confronté au suicide d'un patient ? Vous y attendiez-vous ?
- Pourquoi ? Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ? Si oui, comment ?
- Avez-vous déjà été confronté à une tentative de suicide ou aux confidences suicidaires d'un patient ? Votre réaction ?

4. Diagnostic et prise en charge :

- Pour vous, quelle est la définition d'une crise suicidaire ?
- Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?
- Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?
- Comment et en quels termes parlez-vous du suicide chez vos patients ? Etes-vous gênés pour aborder ce sujet avec vos patients ? Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?
- Quels pourraient être les freins au diagnostic de crise suicidaire ? Les ressentez-vous ? Pourquoi ?
- Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

- Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, que faites-vous ?
- Évaluez-vous le degré d'urgence ? Si oui comment ?

5. Perspectives de prise en charge :

- Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ?
- Si oui, qu'est-ce que vous pourriez faire de mieux ?
- Quelles sont pour vous les mesures qui pourraient vous aider ?

C. Annexe n° 3 : Retranscription des entretiens

Médecin A

Alors, donc le thème c'est "comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation", sur quels indices, quels sont aussi les facteurs facilitateurs et freins au diagnostic ?

Alors, quelques mots d'introduction, en fait euuu, la crise suicidaire est assez difficile à identifier, à tel point que beaucoup de sujets qui ont fait un geste suicidaire ont vu leur médecin dans la semaine ou le mois précédent. Cela nous fait donc dire que le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans la prévention du suicide de ses patients et donc cette thèse a pour but d'évaluer également les possibilités de dépistage et les obstacles au diagnostic et à la prise en charge de ces patients.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent leurs patients en crise

suicidaire, sur quels indices, quand, comment, etc, et puis les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire qui pourraient servir d'ébauche à un score diagnostic ou un outil utilisable en médecine générale.

(Interloquée, hésitante) et il n'y a pas des échelles de dépression ?

Si mais ce sont des échelles ou critères diagnostiques de la dépression et non de la crise suicidaire.

Alors pour commencer, quelques petites questions générales par rapport à vous et à vos pratiques, pour vous connaître un peu mieux.

Alors première question, si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Euuuuuu, donc vingt ans d'installation, avec toujours autant de plaisir à aller travailler. Euuu, j'sais pas euuu. Au niveau professionnel ? Général ?

Au niveau professionnel

Toujours autant de plaisir à aller travailler, je trouve que c'est important, avoir toujours la foi, et euuuu aussi d'avoir créé des liens très forts avec certaines familles.

J' peux pas dire que ça me caractérise plus hein, le travail du médecin généraliste, c'est le relationnel, les petits bobos, et puis les merdes qui tombent sur les familles quoi hein, c'est les aider à passer chaque étape, les étapes des cancers,... En fait, moi je me vois plus en tant que généraliste, comme un soutien de famille en même temps, enfin, je ne sais pas si... c'est peut-être un peu présomptueux de dire ça mais on voit, quand les gens sont pas bien, ils viennent nous voir. Ils viennent pas obligatoirement pour ... le p'tit bobo, mais ils parlent toujours du fils qui fait des conneries ou euuu des épouses qu'en ont marre des maris ou,... voilà, tous les traumatismes familiaux, entre guillemets, bah ils nous les renvoient en même temps quoi. Moi, je me vois beaucoup en tant que soutien familial, ouais, enfin j'sais pas, c'est peut-être une fausse idée mais au moins avec certaines familles, pas avec toutes hein, de toute façon, on peut pas créer, c'est illusoire de créer, et puis c'est pas possible de toute façon, parce qu'il y a des familles avec lesquelles on n'a aucune accroche quoi.

Quelle est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ? Alors que ce soit au niveau professionnel ou personnel.

(rires)

Question piège ?!

Euuuuu, comme qualité, je pense avoir pas mal d'empathie pour mes patients mais pas pour tous hein, y'a des patients on n'a pas l'accroche, c'est toujours pareil, donc après euuu, et parfois d'être un peu trop directe, je pense que je suis trop directe, c'est un gros défaut que j'ai, quand j'ai quelque chose à dire j'y vais pas par quatre chemins mais parfois toute vérité n'est pas bonne à dire ...

Avez-vous des passions, des hobbies, si oui lesquels ?

Euuuuu, on fait pas mal de plongée, on aime bien voyager, et puis les enfants quoi, ça prend un peu de temps (*rires*).

Euuuuu ensuite, pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Euuuu, alors là j'ai la honte, parce que j'étais nulle en français, j'étais nulle en anglais et puis ma foi, c'était une voie où il n'y avait pas besoin d'être trop littéraire quoi. J' suis pas du tout littéraire. J'ai fait ça bon, non en plus j'avais pas du tout la foi hein, pas plus que ça, c'était un métier comme un autre.

Et après c'est sur le tard que c'est venu ?

Ouais, c'est sur le tard, ouais ouais. Plus ça va plus j'aime ce métier en plus hein, j'peux pas dire qu' suis ...en plus j'ai plaisir à

faire les formations, et depuis que j'refais les formations, vraiment ça me dynamise je trouve. J'espère qu'on est tous pareil... (rires)

Ensuite euuuu, comment décririez-vous votre pratique ? Enfin, vous avez déjà ébauché une réponse à cette question au début de l'entretien.

Comment j'évalue ma pratique ?

Comment DECRIRIEZ-vous votre pratique plutôt ?

Cadrante, je cadre beaucoup. J'essaie de ne pas me laisser déborder. Les patients doivent être à l'heure, c'est quantifié, voilà, j'me laisse des trous pour ne pas me laisser envahir, j'ai réussi à dire non, depuis vingt ans ça y est, on apprend à dire non, c'est très important. Y'a des règles, si on est trop en retard et bien j'prends pas. Si vraiment c'est urgent, ils passent le soir ou le lendemain, mais j'les prends pas, par principe, je décale pas tout le monde, voilà... j'ai mis des règles dans le cabinet. C'est sur ce mode de fonctionnement là que vous voulez ? Sur la pratique ?

Euuuuu, comment est-ce que vous décrivez, enfin, j'sais pas moi, c'est vrai que c'est large comme question.

Oh, oui, c'est large hein, c'est large parce que là, c'est ce qui me vient, je cadre beaucoup quoi hein, aussi bien dans la consultation, ils savent qu'il y a un temps, on peut déborder mais ce s'ra pas une heure quoi, j'me laisse jamais déborder une

heure. Si je vois que ça doit durer une heure, je redonne un rendez-vous. Voilà, un dépressif que je sens qu'ça va pas, puisqu'on revient aux dépressifs. Euuu, mes rendez-vous c'est 15 à 20 min. J'fonctionne avec trois rendez-vous puis un trou. Donc si j'vois qu'il a besoin, j'vais rester un quart d'heure, vingt minutes en plus, enfin un quart d'heure sûr, et jusqu'à une demi-heure mais je lui demande de repasser deux à trois jours après pour ré appréhender, et là je mets carrément trois-quarts d'heure de rendez-vous, j'me laisse vraiment le temps pour qu'on rediscute, qu'on revoit. Je leur donne carrément le rendez-vous, je leur dis de repasser. Mais ils comprennent hein, parce qu'ils savent comment je fonctionne, et en général ils repassent. Et puis de toute façon, c'est pas de rester une heure avec quelqu'un qui va l'aider à trouver une solution plus rapide, on n'est pas psychologues, on n'est pas psychiatres, en soutien oui mais si vraiment ça va pas, il faut passer à une autre échelle quoi. Il faut savoir passer la main. Et une heure de consultation, j'suis pas persuadée que ce soit rentable, enfin rentable euuuu, pas financièrement hein mais rentable intellectuellement. Enfin, ça ce sont mes expériences de jeune médecin. J'ai vu des gens avec qui je restais parfois une heure, j'prenais bien le temps, j'avais le temps à l'époque hein donc euu, j'restais vraiment une heure et puis je me suis aperçu qu'après les gens s'éloignaient, j'sais pas comme s'ils étaient confus d'avoir dit des choses qui, je sais pas, mais au lieu de créer des liens, au contraire ça, je sais pas. J'ai remarqué quand j'ai fait ça avec certains patients, à la limite ils se sont presque plus éloignés après.

Peut-être l'impression d'en dire trop ?

Peut-être, enfin c'est peut-être qu'une impression, j'ai pas été faire une codification de ceux qui se sont éloignés après m'avoir ...Enfin avoir l'impression d'avoir bien pris en charge certaines personnes et n'avoir pas eu le retour entre guillemets. Et ça on l'a tous hein, c'est pour ça que je fais bien attention à ne pas trop m'investir non plus chez certains patients parce que on a un retour de bâton parfois.

Donc selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide et si oui lequel ?

Ben oui, déjà.

Dans la prévention oui, mais quand ils veulent bien venir nous voir, s' ils viennent pas ou s'ils veulent pas en parler c'est plus compliqué.

Bah, moi, j'ai vu une famille récemment, là. Le monsieur est venu, j'ai bien vu, il avait une tête, enfin je le connais quoi donc j'ai bien vu qu'ça n'allait pas, au regard, à sa façon de se tenir, j'me suis dit il va pas bien quoi. Il m'a dit oh non j'vais pas bien, j'avais fait la formation sur le suicide justement et tout de suite je lui ai demandé s'il avait des idées noires, bon oui euuu et vous avez imaginé comment euuu et quand il m'a dit oui ça y est j'ai imaginé le scénario, j'ai tout de suite, enfin, je lui ai demandé s'il acceptait d'être hospitalisé, il m'a dit oui, donc ça a réglé le

problème. Comme il voulait bien être hospitalisé, ça a été plus simple. Mais bon, c'est un peu l'avantage quand on les connaît, on connaît le visage, on connaît la façon de faire, et oui.

Mais ça c'est des choses qu'avant de faire la formation j'aurais pas osé demander, avez-vous un scénario ? Est-ce que vous avez imaginé ? Alors que là ça y est, comme j'avais fait la formation, ils ont dit non non euu demandez, demandez. Alors maintenant je demande.

Et donc avant de faire la formation, vous aviez euuu...vous réagissiez un peu différemment ?

Je ne demandais pas.

Je demandais à les revoir éventuellement, alors que là du coup, j'ai presque gagné du temps parce que, comme il m'a dit qu'il avait un scénario, je l'ai tout de suite poussé. Je lui ai dit, vous n'allez vraiment pas bien, y'a un gros risque euuu et puis bon, j'le connais bien cet homme, hein donc, ça s'est bien passé, il a bien voulu être hospitalisé. C'est peut-être plus compliqué quand on connaît moins bien les gens, je sais pas, ou quelqu'un qui veut pas, mais ça ne m'est pas arrivé qu'il veuille pas pour l'instant.

Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ? Enfin autrement dit, quand vous êtes face à un patient que vous sentez comme dépressif ou suicidaire,

qu'est-ce que vous ressentez, qu'est-ce que vous vous dites ?

J'vais dire ça dépend du patient (rires).

En fait c'est ça, dans les patients y'a plusieurs catégories, y'a ceux que vous recevez parce que c'est un patient lambda, y'a ceux que vous aimez bien, enfin voilà avec qui vous avez une accroche, y'a ceux pour qui vous avez vraiment au bout de quinze - vingt ans tissé des liens encore plus forts, c'est comme quelqu'un de votre famille, c'est pas bien je sais mais...

Pour le patient lambda, qu'est-ce que je ressens, euuu, j'me dis bon euuu, là je resterais peut-être trop, peut-être plus professionnelle entre guillemets, dans le sens où je resterais droite dans le ... voilà, j'vais être plus euuu... j'vais aller chercher les signes, bah euuu est-ce qu'il y a un scénario, est-ce qu'il est seul, est-ce qu'il est bien entouré, est-ce qu'il s'est pas fâché avec sa famille, euuu voilà, j'vais peut-être un peu plus gratter du côté de son entourage, pour voir s'il peut avoir un soutien familial. Je regarde si au niveau professionnel il a un travail, comment ça se passe. si ça se passe pas bien, c'est des facteurs qui se rajoutent hein. Et si je vois qu'il n'y a pas de soutien familial, qu'il n'y a rien, bah c'est pareil, j'essaie de l'hospitaliser tout de suite quoi.

Si c'est un patient que je connais bien, avec la famille parfois j'essaie de ne pas le laisser seul. Donc je contacte la famille, je leur demande qu'ils restent bien avec lui, qu'on ne le laisse pas

tout seul, et je demande à le revoir. Si je vois que ça m'échappe bah j'appelle un psy ou je l'hospitalise mais on en discute, c'est plus une question de famille à ce moment-là, quand je connais bien j'admets que j'ai tendance à inclure la famille dans les décisions, sauf la dernière fois où il avait son scénario et où j'ai pas ..., j'connaissais bien la famille hein, donc je savais que l'épouse n'en pouvait plus non plus, elle était...elle pouvait plus le prendre en charge. C'est des coups durs, j'suis désolée.

Non, non, c'est normal, exprimez-vous.

La prochaine fois faudra ... Ouais c'est ça, les patients que je connais très bien, bon on connaît bien les familles, on connaît plus les relations, on sait s'il y a eu des disputes familiales, donc en fait la décision est peut-être plus rapide. Par exemple, le monsieur que je vous dis euu je savais que son épouse était épuisée, j'savais que lui il était passé par plein d'épreuves, il a eu un cancer, il a eu machin, enfin bon, il a toutes les merdes du monde le pauvre homme et ça c'est la goutte d'eau, faut l'hospitaliser, j'peux pas laisser sa famille encore le prendre en charge.

Les décisions sont peut-être plus... j'sais pas, pffffff, y'a pas de..., j'suis pas persuadée qu'il y ait de recettes.

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs expériences personnelles ou familiales de dépression, tentatives de suicide ou suicide ? Comment l'avez-vous vécu ? Cet

épisode a-t-il modifié votre relation au patient et sa prise en charge ?

Bah, j'ai de la chance, on n'est pas une famille de dépressifs (rires).

Donc la réponse est non ?

Bah, non, dans ma famille là, j'ai pas eu de dépression.

Si ça peut modifier dans le sens où il y a une dizaine d'années, jeune médecin, attention il y a le jeune médecin et l'expérience hein, la dépression pour moi c'était "Faut se secouer quoi ", de mon image de jeune médecin, bah y'a qu'à se secouer quoi, c'est tout. Et en fait on s'aperçoit qu'il y a des gens pour qui c'est incurable quoi, qui restent avec leur dépression latente, avec leurs vagues, des fois ça va mieux, des fois ça rechute euuu et ils resteront avec leur dépression quoi. Bon là c'est pas la peine de leur dire secouez-vous. Ça c'est un langage que je n'ai plus, hein, plus du tout.

Avec l'expérience ?

Oui, avec oui l'expérience, il y a des gens qu'il faut pas trop trop secouer non plus, les dépressifs chroniques euu, c'est pas la peine de les secouer quoi, on n'y arrivera pas plus. On perd de l'énergie soit même d'ailleurs.

Avez-vous déjà été confrontée au suicide ou à la tentative de suicide d'un patient ? Vous y attendiez-vous ? Pourquoi?

Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter, si oui comment ?

Euuu, on a un jeune qui a fait une tentative de suicide mais euuu, j pense que c'était euuu, on le voyait pas souvent hein, et c'est pareil, c'est dans une dépression chronique et euuu, j pense pas que...moi je ne l'avais pas vu depuis six mois, donc, quand ils ne viennent pas régulièrement, on peut pas dire, enfin...

Qu'est-ce que j'ai eu d'autre...alors après, j'ai peut-être squeezé...., j'aurais oublié... (rires)

Il n'y a pas un autre cas qui vous revient en tête ?

Non, j'ai pas un cas précis. Attention, on fait sa clientèle en fonction de son caractère aussi hein. Comme j'ai tendance à être un peu euu ..., bah ils vont pas obligatoirement venir me voir. Enfin, ceux que je vais voir, c'est comme le monsieur là mais lui c'est pas une dépression chronique hein, il a eu plein de merdes qui lui sont tombées dessus et euuu, j'ai quelques dépressifs mais euuu j'en ai pas tant que ça, d'emblée là j'en vois quoi, trois ?! C'est pas beaucoup hein.

En effet, c'est pas beaucoup.

Enfin d'emblée là, sur une idée, hop c'est qui me saute, j'en vois trois, y'en a peut-être d'autres que je vois pas mais des dépressifs que je laisse sous antidépresseurs parce que si on lâche ça va être la cata j'en vois trois. Et encore, y'en a une que j'ai récupéré il y a quatre mois quoi, mais les autres non, c'est

Mais, ça peut aussi être des dépressions passagères.

Oui, mais les dépressions passagères, je les comprends plus, enfin...pour moi c'est plus dans ma compréhension parce que c'est ... à cause il y a effet. A soucis familiaux il y a un effet, à divorce, euuu bah divorce plus maladie plus euuu j'sais pas euu décès d'un parent euu oui on a droit deenfin "on a droit"...je comprends la dépression donc peut-être que j'ai ce biais-là qui fait que j'ai une mauvaise compréhension ou bien pas suffisant d'empathie ou je sais pas ... peut-être une mauvaise écoute, c'est possible.

Pour l'instant, pour moi ce qui est important, c'est dans ma population actuelle, que je ne passe pas à côté de ... ce que j'ai toujours peur c'est les jeunes ados, on les voit ils sont pas toujours bien dans leur peau, ça j'ai peur par contre parce que...c'est plus compliqué. La prise en charge de l'adolescent est difficile, chez l'adulte ça me pose moins de problèmes mais chez l'adolescent je trouve ça compliqué.

Parce qu'ils n'osent pas dire ? Ou viennent avec leurs parents ?

Oui ils viennent avec leurs parents, ... alors des fois on les voit tout seuls hein évidemment ou on demande aux parents de sortir, mais c'est une peur, c'est une peur que j'ai, de ne pas avoir vu un suicide, enfin, c'est mon angoisse moi, de passer à côté d'un jeune qui vraiment serait mal et que j'ai pas bien détecté. Parce que je trouve qu'ils sont plus imprévisibles les adolescents hein, ... quand je vois les miens des fois j'me prends un tag, mais j't'ai rien fait quoi (rires). Du jour au lendemain ils vont être agressifs quoi, on leur a rien fait mais non c'est parce qu'ils ont vécu un truc au collège, ça leur a pas plu, puis on en prend plein au passage quoi, on leur fait une remarque et puis voilà quoi. Ils ont quand même une sensibilité à fleur de peau les ados.

Et puis, bon j'sais pas, ils vivent dans un monde euuu, ils sont assez agressifs entre eux quand même euuu, j'ai encore rédigé des certificats de coups et blessures au collège quand même hein donc euuu, y'a quand même un , j'suis pas sûre qu'il y a quelques années il y avait autant d'agressions que ça.

Ensuite, on va passer à la partie diagnostic et prise en charge, pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

Pour moi, c'est un mal être tel qu'il n'y a plus rien qui les rattache à la vie, ils sont prêt à passer à l'acte, y'a toutes les accroches qui ... j' imagine comme un bateau quoi, y'a toutes les amarres qui lâchent les unes après les autres puis pour moi la crise suicidaire

c'est quand y'en a plus qu'une et on est pas loin quoi, y'a des idées de mort, des idées morbides, avec ou sans scénario, il peut ne pas y avoir de scénario mais avoir des idées de mort hein, le manque d'allant, ou...non la crise suicidaire c'est plus ça, les idées de mort imminente, ... Plus rien qui rattache à la vie euuu, avec ses mots : ils peuvent se débrouiller sans moi, je sers plus à rien, plus personne n'a besoin de moi...que je disparaisse, que je sois là ou pas personne s'en apercevra.

Et pour vous ça dure combien de temps en général un crise suicidaire ?

Pour moi un mois à peu près. Pendant le premier mois je suis hyper vigilante, je les vois très souvent puis après j'espace...

Et vous refixez un rendez-vous ?

Alors quand ils sont en grosse crise, hein, je les vois d'abord et ça dure au moins une demi-heure quand je sais que ça va pas, je les revois dans la semaine dans les trois jours souvent, voire même le lendemain, selon les cas et puis une à deux fois par semaine, en fonction de leurs possibilités, de ce qu'ils veulent, ou si ... si je sens que ça va pas je les vois un peu plus souvent. Je les rappelle des fois, je leur passe des coups de fil à la maison. C'est l'avantage quand on connaît bien les familles je trouve, on peut faire ça plus facilement.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Par exemple, quelqu'un vient vous voir pour une raison X ou Y, qu'est ce qui fait que vous allez lui poser des questions par rapport à ça ?

Et bah, ça m'est arrivé avant-hier, c'est un monsieur qui a fait un malaise au cours d'un repas, un malaise genre vagal machin, d'une inquiétude disproportionnée par rapport aux signes. On est resté pendant une bonne demi-heure quand même hein, puis je l'ai revu hier pendant trois quarts d'heure, et puis donc je fais d'abord l'examen clinique et puis vraiment y'avait rien à se mettre sous la dent quoi, à part une tension un peu limite et euuu, on parle atmosphère familial évidemment et puis atmosphère au travail car c'est sur son lieu de travail que son malaise est arrivé, il me disait qu'il travaillait 55 heures euuu, j'ai recherché l'épuisement, j'ai recherché les signes de dépression tristesse, manque d'envie, manque de plaisir, s'il fait des projets, euuu, puis bon on arrive à trouver des choses quand même hein, tu vas me dire, on a tous des périodes où on passe un petit peu dans le vide et puis lui je l'ai revu trois jours après en fait, avec ses résultats biologiques et puis il y a réfléchi et me dit "je crois que je travaille trop", pas suicidaire hein, mais il sent bien que s'il continue comme ça il va vers la dépression. Il en a conscience quoi. Le fait d'avoir posé les questions par rapport aux projets, organisation, est-ce qu'il a le temps de faire du sport, ses hobbies euuu, il dit bah non j'ai plus le temps de faire du sport ni ceci ni

cela. Là il s'est rendu compte dans son organisation que ça y est quoi, c'est son organisme qui suit plus. Je lui ai dit attention le malaise c'est la sonnette. Donc là ça y est, apparemment il est décidé à changer. Il va revoir son organisation.

Et là, c'est le fait qu'il ait fait un malaise qui vous a fait lui poser ces questions ?

Oui, il y avait le malaise, et y'avait pas de prise de médicaments puis 39 ans, il était en bonne santé, pas d'obésité, pas de signe clinique, bon j'fais quand même le bilan clinique, j'pars pas que sur la psy hein, et je l'envoie voir le cardiologue par sécurité. J'sais pas j'trouvais qu'il avait une angoisse exagérée par rapport aux signes cliniques, au fait de pas être bien, il exprimait une peur. La peur d'être malade, enfin, j'sais pas. C'est dur hein, parce que la psy c'est quand même beaucoup de ressenti. On voit un patient dans la salle d'attente et des fois on se dit oulala, qu'est ce qui lui arrive quoi.

Lui il est prêt à ..., c'est un patient dynamique, il va changer son organisation (rires)

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettraient de diagnostiquer une crise suicidaire ?

long silence

Un repli sur soi ?

Les indices ? Bah y'a déjà les indices familiaux, faut déjà voir les antécédents, si on sait qu'il y'a eu un divorce, qu'il est tout seul, qu'il n'a pas de famille, pas de hobbies, qu'on le voit triste, y'a des gens on les voit il sont pas épanouis quoi, ils sont pas souriants, ils sont pas ... Quelqu'un qui vient souriant, j'admets que j'vais pas poser la question hein. Bon, après il peut être souriant et dépressif mais euuuu, après y'a pas de solutions non plus quoi. Quelqu'un qu'est renfermé, où j'arrive pas à avoir un sourire, j'vais être beaucoup plus vigilante.

Après je gratte un petit peu, est-ce qu'il a des insomnies ? s'il arrive à s'endormir, s'il se réveille tôt le matin. Bah le monsieur que je vous dis là il dormait plus, ça faisait quinze jours qu'il dormait beaucoup moins bien. Donc voilà.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ? Etes-vous gênée pour aborder le sujet ? Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Bah j'le pensais avant, mais avec la formation, bah du coup c'est ... j'suis beaucoup plus ouverte quoi, je leur demande carrément.

En quels termes ?

J'y vais franchement : est-ce-que vous avez pensé à vous suicider ? Oui je demande carrément, est-ce que vous avez

pensé à vous suicider, est-ce qu'il y a encore des choses qui vous rattachent.

Et vous avez l'impression qu'avant cette formation c'était pas pareil ?

Non, c'était pas pareil, j'osais pas demander direct comme ça. J'y allais plus en demandant si les enfants allaient bien, si... voilà, j'avais des questions indirectes pour voir leurs relations familiales surtout et professionnelles. On a beau dire, une famille soudée, c'est quand même plus facile hein, c'est plus facile à prendre en charge quoi.

Et avant, vous pensiez que d'en parler pouvait l'inciter à le faire ?

Je crois que c'était ma peur personnelle hein. Ma peur personnelle du suicide plus que ...j'avais pas d'idées préconçues là-dessus mais j'ne savais pas comment l'aborder surtout. J'savais pas comment poser les questions. J'avais peur de les choquer peut-être, puis en fin de compte, on ne les choque pas. C'est vrai que c'est pas des questions que j'abordais directement. J' l'ai faite il y a deux ans cette formation. Comme quoi, ça sert hein.

Selon vous, quels pourraient être les freins au diagnostic de crise suicidaire ? Les ressentez-vous ? Pourquoi ?

Moi je pense que de toute façon, quelqu'un qu'à vraiment décidé de passer à l'acte, et qui est dans sa décision, j'suis pas persuadée que ... Quand vraiment la décision est prise, si il est intimement persuadé que sa décision est prise, s'il n'y a aucune attache, je n'suis pas persuadée qu'il va venir nous voir.

Quels sont les freins pour la prise en charge ?

Un patient qui va nous aborder agressivement, peut-être qu'on va être un petit peu sur la défensive et qu'on va plus ou moins le prendre en charge. Après y'en a ils ne parlent pas du tout de leur vie privée hein. Y'a des gens, je sais rien d'eux.

Redites moi la question là pour voir.

Quels pourraient être selon vous les freins au diagnostic de la crise suicidaire ? Autrement dit, qu'est-ce qui pourraient-vous empêcher de la diagnostiquer ?

Euuuu, c'est qui peut empêcher des fois c'est s'il a le malheur de venir un jour où on est surbooké, où on a plein de boulot et on n'a pas pris un temps d'écoute suffisant ou s'il a le malheur d'arriver à un moment où soit même on est peut-être un peu plus fatigué à notre consultation. Y'a des heures, on est plus à l'écoute, y'a des heures on est plus fatigables, puis y'a des jours où on est moins en forme que d'autres, comme tout le monde quoi. On n'est pas des machines quoi. C'est vrai qu'il y a des jours où on est quand même beaucoup moins à l'écoute. Ça peut

être un frein de pas avoir la même écoute,... mais on peut pas avoir la même écoute tous les jours, à la même heure, enfin, c'est pas possible. Ça c'est un frein au diagnostic.

Des fois, j'suis obligée, quand ils viennent des fois à deux ou trois, on sent qu'il y en a un qui veut parler mais... donc il faut avoir le courage de mettre les autres à la porte et puis on en discute quoi, ça ça peut être un frein. Faut avoir le courage de dire : "Bon écoutez, je vous vois tout seul et madame sort ou les enfants sortent" parce que des fois, des femmes viennent avec leurs gamins justement pour éviter qu'on parle de ce problème-là. C'est venir à deux ou trois des fois, quand ils ne viennent pas pour ça hein j'dis. On sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas mais c'est pas le motif de consultation. Parce que quand ils viennent pour ça, c'est pas un frein, on sait qu'ils viennent pour une dépression. Le problème, c'est de faire le diagnostic quand ils viennent pour un autre problème, comme mon jeune monsieur là avec son malaise. Il vient pour son malaise et puis on sent qu'il y a quelque chose qui va pas. Alors je fais quand même les examens biologiques à côté et autres choses hein, j'avais pas rester que sur ..., mais on a gratté et y'a des choses qui apparaissent. Le frein chez toutes personnes, ça peut être, j'suis fatigué, je heinhein mais on vient toujours avec les gosses et tout ça quoi. Parler du suicide devant les enfants, bah pour moi c'est un frein j'suis désolée, j'avais pas... ils écoutent hein, ils sont pas ...

Donc quand c'est comme ça, vous leur demander de sortir ?

Oui, en général, j'fais ça, quand ils viennent avec leurs enfants, j'dis "je crois qu'il faudrait qu'on soit tous les deux tranquilles, euuu, sans ...Et ça m'est arrivé une fois de laisser le ... si c'est le matin et que la secrétaire est là, si c'est un petit de 1 an ou 2 , c'est elle qui garde, elle fait garderie (rires), mais c'est pas arrivé souvent hein. Mais ça c'est un frein, quand les gens viennent à plusieurs, pas pour ce motif là mais quand on sent qu'il y a autre chose quoi, donc on peut pas poser des questions trop franches, enfin, j'suis gênée quand même. Donc ça c'est un frein, qu'est-ce que je vous avais dit pour l'autre frein ? Oui, le malheur de venir à l'heure où il faut pas (rires), il appelle à huit heures moins le quart le soir pour être pris ...puis venir début septembre au moment des certificats aussi ...

Chez un patient que vous savez dépressif, ou diagnostiqué comme dépressif lors de la consultation, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

J'pose pas la question systématiquement. Y'a pas de conduite à tenir, c'est marrant hein, mais euu, c'est là qu'on s'aperçoit euuu. Je ne cherche pas systématiquement. J'avais poser une question si c'est un patient que j'connais bien et que je sens qu'il y a quelque chose qui me ..., je suis vraiment sur l'émotion et sur le sentiment et le ... c'est pour ça j'vous dis quand on n'est pas à l'écoute euu, c'est pas bon là, c'est pas bon du tout quand on est fatigué. J'suis pas persuadée que dans la dépression y'a des signes euu cliniques vrais hein euuu. Les femmes elles ont qu'à mettre un petit peu de mascara, un petit peu de rouge à lèvres et

ça roule hein, on va pas voir. Y'a que l'éclat de l'œil qui peut changer quoi. On le voit l'éclat de l'oeil.

Je recherche l'insomnie, la fatigabilité, s'ils arrivent à faire des choses dans la journée, euuu, s'ils ne restent pas prostrés, s'ils ont des petits projets en cours hein, même le projet de nettoyer un placard hein, ça c'est un projet. J'me base à ça. Si je vois qu'ils ne font plus rien dans la journée, là je commence à poser des questions plus intimes. S'ils restent dans des projets, là j'admets que je ne pose peut-être pas la question "est ce que vous avez un projet de suicide?" J leur demande juste s'ils ont des idées noires. Si on me dit que non, bon c'est tout, après je regarde un peu comment ils vivent, j'essaie de leur donner des conseils.

Ensuite, que faites-vous devant un patient que vous avez diagnostiqué en crise suicidaire ?

Bah je lui demande déjà comme j'ai fait l'autre fois s'il a des idées noires ? Oh, oui. Et vous avez déjà imaginé comment ça pourrait se passer ? Oh oui. J'ai pas demandé comment hein (rires), ils disaient qu'il fallait demander comment, mais j'ai pas demandé, c'est pas bien, mais là j'ai pas osé, c'est marrant hein.

Voilà, s'il me dit oui, je prends mon téléphone et j'appelle, enfin s'il est d'accord. Je lui demande son accord, je lui dis écoutez, je pense qu'on peut vraiment vous aider, j'avais demandé à ce que vous soyez pris. Alors, souvent je passe soit par les urgences si

c'est le soir, sinon j'essaie de les faire prendre à Charcot quoi, parce qu'ils ont une unité d'hospitalisation courte, quand c'est une première hospitalisation, ils mettent pas dans les unités habituelles, justement avec ce monsieur là ça c'est pas très bien passé parce qu'il s'est retrouvé ...donc idées suicidaires importantes quand même hein, avec scénario et tout donc je l'envoie à Charcot direct, ils le prennent, il est resté 10 à 15 jours, bon il a pas eu de bol, c'était début juillet au moment des vacances. Il me dit on m'a rien fait, en plus j'ai rencontré mon voisin, on a joué au baby-foot. Il a senti qu'il n'y avait pas eu de prise en charge. Donc je l'ai revu fin juillet, et j'en ai parlé à une infirmière de Blanqui là, et en fait ils l'ont pris à Blanqui, et là il a été ré hospitalisé. En passant par l'infirmière spécialisée de Blanqui, qui l'a fait voir à un médecin psychiatre. J'ai réexpliqué qu'il avait des idées, qu'il avait déjà été hospitalisé et mal pris en charge. Donc elle m'a donné un rendez-vous pour lui avec un psychiatre et de là ils l'ont hospitalisé, et là l'hospitalisation s'est très bien passée. Ils se sont occupé de lui, enfin, lui a eu l'impression qu'on s'était bien occupé de lui. Alors que là-bas ils le laissaient jouer au baby-foot et parler avec les voisins.

Evaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Euu, bah l'urgence c'est déjà s'il y a un scénario. Après, s'il y a des grosses idées noires mais qu'il n'y a pas de scénario et qu'il y a une famille, j'essaie d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre mais peut-être plus différé. Quand y'a la famille autour qui peut rester là, qui le surveille. Si y'a pas de famille je

l'hospitalise quand même, enfin j'essaie, s'il veut bien. J'hospitalise assez facilement quand même quand ils veulent bien, ou j'envoie au psychiatre. Quand y'a des idées suicidaires assez importantes, ils prennent assez vite quand même.

Est-ce-que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Si oui comment ?

Oh oui certainement. Bah je pense que j'ai déjà modifié un petit peu ma prise en charge avec la formation sur le suicide car je pose des questions un peu plus précises qu'avant quand même. J'suis pas sûre qu'on puisse intervenir sur notre écoute permanente quoi. On peut en essayant d'aérer ses rendez-vous mais, j'ai beau mettre un trou par heure, y'a toujours la cystite qui débarque, y'a toujours le gosse qui fait sa crise d'asthme ou le gamin qu'est tombé et qui s'est pété le bras, donc voilà. On se laisse des trous mais y'a des jours où toutes les merdes tombent le même jour donc pour peu que ce soit le suicidé, c'est pas de bol pour le gars quoi. C'est pas bien hein, j'en conviens mais je n'suis pas persuadée que j'ai de solutions. C'est notre lot quoi, on fait pas que d'la psychiatrie, on fait aussi urgences cardio, on fait aussi chez les enfants l'urgence abdominale euuu, c'est marrant hein tout tombe le même jour, vous avez pas remarqué ? La visite urgente où faut sortir, la douleur thoracique, et euu la douleur abdominale, (rires) non si le pauvre gars il vient là le jour où il faut pas hein. Bon c'est vrai qu'en psychiatrie, on est peut-être moins rigoureux. Mais justement, si on est plus pressé, on va peut-être en questions plus directes, donc est-ce qu'à la limite

c'est pas mieux, je sais pas. Si on sent que ça va pas, on va être peut-être plus direct car on a moins de temps à perdre. Parce que c'est parfois difficile, on peut se laisser endormir par un discours quand on connaît bien une famille justement, quand par exemple ils parlent des soucis des enfants, il faut revenir à eux, parce que s'ils viennent c'est peut-être pas que pour parler des enfants, c'est pour parler de leur ressenti à eux quoi, qu'ils en ont marre.

Quelles sont pour vous les mesures qui pourraient vous aider à améliorer votre prise en charge ?

Euuu y'a peut-être quelques questions mais courtes, faut pas que ce soit des trucs euu, faut pas que ce soit comme pour la dépression où y'a trente questions ... J'trouve pas ça très facile à exploiter en médecine générale. C'est bien quand on est psychiatre mais en médecine de tous les jours euuuu. Après c'est peut-être le courage de ressortir la grille et tout ça hein, c'est possible mais euu, par exemple comme dans l'alcool, y'a cinq questions : est-ce que vous avez envie de boire de l'alcool le matin au lever, est-ce que ... enfin y'a cinq questions types pour évaluer la dépendance, bah peut-être que juste quatre à cinq questions ça serait facile à mettre en place et puis ça nous allume nos alarmes. Des questions rapides qui quand le patient est en confiance il répond franchement et nous c'est nos alarmes qui se mettent en route quoi. Je pense que c'est ça, avoir quelque chose de facile, rapide, pratique. Qu'on pose en fin de consult quoi, je dis pas que la consult doit durer cinq minutes,

c'est pas ça. Mais on discute, on voit, et on repose vite fait les cinq questions pour voir si on est dans notre cadre ou pas. Pour pas se laisser envahir par notre ressenti aussi parce que c'est pas rien. C'est comme pour les douleurs thoraciques hein, des fois on voit quelqu'un qu'est mal et puis j'hospitalise et en fait y'a rien.

Des questions que vous poseriez à tout venant ou seulement aux déprimés ?

Oh non, seulement aux déprimés, quand on sent qu'il y a quelque chose, quand on me dit j'en peux plus, j'suis fatigué, j'en ai marre, ...hop, on sait qu'il y a cette grille-là, elle existe, peut-être pas d'emblée, on va pas poser d'emblée mais on peut déjà, si on sent qu'y a une dépression ou quelque chose qui va pas bien, on aurait nos cinq questions, j pense pas qu'il en faut plus que cinq. Quatre questions types qui sont des alarmes, ouais, quatre questions alarmes.

Des choses à rajouter ?

C'est un sujet bien compliqué le suicide. Puis il y a beaucoup plus de ressenti personnel, plus que sur une douleur thoracique. J'ai une douleur thoracique, je vomis, j'suis pas bien, bon c'est ECG, troponine, c'est facile. Alors que là c'est plus compliqué, y'a l'entourage, ils sont pas seuls, ils ont le chat à garder ...ah bah oui, ça ça m'est arrivé tiens aussi. Un jeune qui n'allait pas bien, et c'est la sœur qui a dû venir de Rennes pour aller chercher le

chat. J'aurais voulu le faire hospitaliser tout de suite, ils pouvaient le prendre tout de suite mais bah non y'avais le chat, personne ne pouvait s'occuper du chat même pas le voisin parce qu'il s'entend pas avec ses voisins. Et aucune famille autour, seul, esseulé, justement c'est ce que m'arrangeais encore moins mais y'avait son chat, donc il voulait pas partir parce qu'il y avait le chat (rires). Et bah c'est chiant, je me suis dit zut, j'avais quand même pas garder son chat hein... (rires) Parce qu'après on tombe dans le ... oui c'est ça, il faut pas tomber dans le ... dans le ... bon attendez, j'avais vous aider, j'avais prendre votre chat quoi, après c'est plus le ... faut faire attention à ce piège-là. Parce qu'on ne doit pas être le sauveur. C'est dur hein, parce que j'me suis dit, j'avais être obligé de lui garder son chat, c'est pas possible, on trouvait pas de solutions. Finalement, c'est la sœur qui est venue mais pas le jour même, deux jours après, mais il n'allait pas très bien hein le monsieur, donc j'étais pas tranquille hein. En plus son téléphone avait été coupé, donc j'pouvais même pas ...c'était compliqué pour garder un contact, parce que des fois les patients qui vont pas bien, je leur dis, j'vous appelle hein, j'vous appelle ce soir. Attention hein, si vous répondez pas j'fais venir les pompiers hein. Ouais y'avait celui-là, tiens, j'avais oublié celui-là. Lui c'est un ancien toxico qui picole, et qui est dépressif en plus Et les mamies c'est pareil, avec leurs chiens leurs chats, faut d'abord contacter la famille pour qu'ils viennent chercher les animaux. Les mamies, c'est marrant j'y pense moins chez les mamies aux dépressions. Et combien y'en a de gens âgés qu'on retrouve morts, qu'ont peut-être pris des comprimés et qu'on s'aperçoit pas. Ca j'ai eu aussi une fois,

c'était une assurance, pour une dame qu'avait eu un accident de voiture et ils voulaient être sûr que c'était pas un suicide parce que sinon l'assurance ne payait pas, finalement j'ai mis que c'était pas un suicide mais j'en sais rien, peut-être qu'elle l'a fait quand même hein. Mais bon, elle m'en avait pas parlé donc j'ai pas insisté, j'ai dit qu'elle n'était pas suicidaire. Les critères de gravité, c'est quand même les gens seuls, quand y'a eu beaucoup de merdes familiales (divorces, décès), là j'ai toutes mes alarmes qui se mettent en route.

Médecin B

Je fais ma thèse par rapport au suicide des patients en médecine générale et comment les prévenir ? J'ai choisi ce thème par rapport à un fait assez simple, c'est que beaucoup d'études montrent qu'environ 60 à 70 % des patients qui font un geste suicidaire ont vu leur généraliste le mois précédent et même 36 % l'auraient vu la semaine précédant l'acte. Euh donc, en sachant ça, on peut se dire que le médecin généraliste pourrait peut-être avoir un rôle préventif dans le suicide de ses patients.

On va évaluer par cette thèse les possibilités de dépistage et l'évaluation aussi des obstacles à la prise en charge des patients avant le passage à l'acte.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, sur quels indices, comment, quand, etc et puis les objectifs secondaires sont d'essayer de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire qui pourraient servir d'ébauche à un outil diagnostic utilisable en médecine générale.

Déjà quelques questions pour mieux vous connaître, si vous aviez à vous présenter, que diriez vous ?

Alors, moi je suis médecin généraliste, j'ai fait mes études à Rennes et l'internat sur la région rennaise, donc je suis allé plutôt dans la Bretagne nord, à Dinan à côté de St Malo, à St Brieuc, et puis sur Rennes et après j'ai fait des remplacements un peu partout à Vannes, à Dinan, à St Malo, à Guingamp, et puis finalement on est venu s'installer ici donc quand je suis venu m'installer ici j'avais jamais travaillé dans le Morbihan avant, je suis arrivé en 2010 et une année après je me suis installé ici, donc j'ai fait un an de remplacements dans la région, je ne connaissais pas trop.

Donc, voilà, après concernant les syndromes dépressifs, euh, bah du coup, c'est vrai qu'on en voit pas mal en médecine générale, je me rappelle d'un jeune qui s'est suicidé, c'était un jeune qui devait avoir quinze ou seize ans, en fait il avait été hospitalisé aux urgences après une première tentative de suicide, vu par le psychiatre, et puis le lendemain il était sorti et le surlendemain il s'était jeté du pont à Dinan. Alors après je me dis que lui il avait une pathologie psychiatrique très invalidante et je suis pas sûr que comment ...en fait euh... qu'on pouvait guérir sa maladie psychiatrique. J pense qu'il était vraiment motivé pour se suicider, il avait déjà fait plusieurs tentatives avant, donc je pense que c'était un peu inéluctable. Ça c'est le premier cas que j'ai. Le deuxième cas de suicide dont je me rappelle, c'était récemment ici, j'ai été appelé pour décrocher quelqu'un qui s'était pendu mais c'est un patient que je n'avais jamais vu avant donc euh j'aurais pas pu voir. Sinon, j'ai eu des patients qui étaient dépressifs mais j'ai pas vraiment eu de gens qui étaient en état

de crise suicidaire franche quoi et du coup, j'ai pas eu de patients qui après m'avoir vu se sont suicidés où je ne suis pas au courant.

Alors euu, encore quelques généralités avant d'aborder vraiment le sujet. Quel est, selon vous, votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Alors euuu, la plus grande qualité, bah c'est difficile, bah j pense que.... on va dire peut-être de l'empathie, des choses comme ça quoi, écouter les gens. Le plus grand défaut, au niveau professionnel, je pense que c'est que je ne suis pas toujours très carré, j'aimerais bien être plus méthodique.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Pourquoi est-ce que j'ai choisi la médecine générale, euuu, c'est à la fois par défaut, parce qu'il n'y avait aucune spécialité clinique qui m'intéressait vraiment, euuu et puis aussi, comment euu, par attrait du coup de la médecine générale parce que c'était la plus variée.

Si vous aviez à décrire votre pratique, comment la décririez-vous ?

Euuu, la pratique que j'ai c'est une pratique banale de médecine générale, j'ai pas d'activités annexes type homéopathie, type ostéopathie ou euudonc en fait je fais le tout venant et

actuellement la pathologie que je vois le plus est surtout de la pathologie aiguë. Comme je suis installé que depuis un an je vois surtout de la pathologie aiguë, je commence à avoir quelques chroniques mais je pense que c'est une activité plutôt d'aigus que j'ai.

Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-ce qu'elle est modulable ? Selon quels critères ?

Vingt minutes. Elle est tout à fait modulable, mais comment euuu.... en vingt minutes quoi. Des fois, quand y'a besoin de prendre plus longtemps, ne serait-ce que pour une suture ou quelqu'un qui va pas bien ou euuu... un cas un peu plus compliqué on peut prendre plus long un petit peu, mais globalement c'est vingt minutes.

Que ce soit pour une pathologie bénigne ou pour le tout venant c'est vingt minutes.

Alors ensuite, selon vous le médecin généraliste a t'il un rôle à jouer dans la prévention du suicide et si oui lequel ?

Alors le médecin généraliste il a évidemment un rôle dans la prévention du suicide, c'est évident, car c'est un médecin de premier recours, c'est pas forcément euu... très évident, parce que , enfin... j pense qu'il y a plusieurs types de suicides, y'a celui qui a un syndrome dépressif cogné qui va décompenser, donc lui à la limite, on peut le... enfin soit il va venir, ça vient

progressivement je pense et donc du coup on peut le voir et donc on arrive à le suivre comme ça et si besoin à le faire hospitaliser mais je pense qu'il y a deux autres types de suicides où là c'est très difficile, c'est celui qui a une maladie chronique, on a eu un cas dans le cabinet, un patient qui s'est suicidé il y a deux mois, il avait une maladie euuu digestive incurable qui l'embêtait énormément, qui altérait sa qualité de vie et il avait émis plusieurs fois la volonté euu de se suicider, euuu comment, pour lui euuu bon bah euuu c'est difficile de l'hospitaliser parce que qu'est ce qu'on va lui apporter quoi, il est pas ... vraiment c'était son problème digestif qui vraiment altérait sa qualité de vie donc c'est pas vraiment comme quelqu'un qui est dépressif parce qu'il a une maladie dépressive sans objet ou quoi que ce soit, lui ce monsieur là il était très carré dans sa tête, il avait vécu, enfin voilà il a eu cette maladie là, il pensait qu'il était arrivé au bout de sa vie, que la vie ne ... , que les inconvénients de la maladie dépassaient les avantages de vivre et sa maladie était incurable donc il était très carré puis quand sa maladie est vraiment devenue trop lourde à porter il s'est pendu, donc là la prévention du suicide dans ce cadre là c'est extrêmement difficile parce que la volonté de se suicider elle peut aussi se respecter, il faut leur apporter des soutiens psychologiques, faire ce qu'on peut mais moi j'me vois pas vraiment lui faire une HDT, l'envoyer à l'hôpital euuu, j'trouve que ça rime à rien dans ce cadre là Et puis y'a les cas, y'a un autre cas de suicide c'est les raptus, c'est à dire c'est des gens qui vont avoir une crise aigüe sur des problèmes, je sais pas X ou Y et puis d'un coup comme ça il vont vouloir se ... ou bien ils vont passer à l'acte, eux on les voit pas forcément en

consultation. Mais y'en a beaucoup qui vont soit venir pour un syndrome dépressif, soit venir pour une demande annexe et puis ils vont ... finalement au dernier moment de la consultation ils vont dire ben ... ça va pas patate patate donc eux c'est plus facile de les repérer. Alors, pour prévenir les suicides bah déjà je pense qu'il faut écouter les patients et puis faut leur donner un peu, du coup euu, comment dire, un peu d'espoir quelque part, leur dire que c'est pas une fin en soit, qu'il y a des moyens de les aider et notamment, enfin, moi souvent ce que je fais c'est que je les revois rapidement, deux-trois jours après, leur proposer ne serait-ce qu'ils viennent juste pour parler, faire de la psychothérapie de soutien, ça peut aider et puis comment euu...le suivi psychologique et vraiment dans de rares cas, enfin quand c'est nécessaire il faut, les hospitaliser et ça m'est déjà arrivé de faire euuu un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers, et en fait c'est valable quinze jours donc quand ils sont entourés, y'a la famille qui est là, ça peut permettre aussi de calmer le jeu par rapport à l'entourage, à la famille aussi. S'ils voient que vraiment ça va pas, ils ont ça pour appeler l'ambulance directement quoi.

Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Alors mon ressenti euuuuuuu, c'est embêtant ça effectivement parce qu'on peut se sentir un peu démuni, on sait jamais où mettre le curseur entre celui qui va majorer tous ses symptômes, dire que ça va pas puis finalement euuu bah c'est quelqu'un

qu'est, j'sais pas, qui va être très angoissé, qui va tout majorer, alors lui si on l'écoutait mot pour mot, on aurait envie de l'hospitaliser tout de suite et en fait euu finalement il exprime juste son angoisse et puis alors à contrario celui qui va rien dire, qui va venir parce qu'il a mal à l'épaule, mal au ventre euuuu, je sais pas quoi puis qui en fait est complètement déprimé, qui n'en peut plus. Donc c'est quand même quelque chose qui est assez difficile, mais c'est pas quelque chose que moi j'aime particulièrement, c'est pas mon attrait, euuuuu enfin ce n'est pas la partie de la médecine générale que je préfère la dépression, mais bon on est obligé d'en voir quoi.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression de TS ou de suicide ?

Personnelle ou familiale, non.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un patient ?

Oui oui oui, bah du coup les cas dont j'ai parlé là celui qui s'était ... le jeune là qui m'avait quand même marqué aux urgences quand j'étais interne, le monsieur qui s'est pendu là récemment euuu, on en a eu plusieurs dans le cabinet, on a aussi une personne âgée qui s'est suicidé, qu'avait Alzheimer, qu'a été retrouvée dans son étang et elle avait dit avant, dans un moment de lucidité, qu'elle en avait marre de perdre la boule, et puis finalement deux-trois jours après elle a été retrouvée décédée

dans son étang. Voilà puis y'a le monsieur qui s'est suicidé par pendaison, j'ai été appelé mais je l'ai même pas vu parce que le SAMU était arrivé avant donc finalement j'ai vu que sa famille mais lui je l'ai pas vu, donc ça c'est les cas de suicides.

Vous y attendiez-vous ? Pourquoi ? Pensez-vous que vous auriez pu les éviter, et si oui comment ?

Alors, le jeune à Dinan euuu, j'm'y attendais quand même pas. Parce que enfin,... il avait été hospitalisé, moi je l'avais examiné, j'avais un examen normal que ce soit sur le plan somatique ou psychique c'était normal, j'étais rassuré parce qu'il avait vu le psy, alors que je me rappelle... non j'étais ... si j'avais un examen normal mais je m'étais dit, ça serait bien qu'il soit en observation et le psychiatre l'avait fait sortir donc j'avais trouvé ça un peu bizarre qu'il le fasse sortir quoique j'avais pas d'arguments mais j'm'étais dit que quand même ce serait bien qu'il soit un peu gardé car il avait quand même une maladie psychiatrique quoi derrière, puis bon c'est le psychiatre de toute façon qui a le dernier mot mais donc qu'il se suicide quand même le lendemain de la sortie de l'hôpital, j'm'y attendais quand même pas quoi, quoique j'me disais qu'il ne vivrait pas non plus vingt ans derrière, je pensais bien qu'il se suiciderait un jour mais peut-être pas le lendemain.

Et les autres cas ?

Bah les autres je les avais pas vus avant. Ah si, si si, le patient qui s'est pendu et qui avait une maladie chronique digestive, lui j'étais persuadé qu'un jour on serait appelé pour un suicide, c'était ...euuu enfin il en parlait très librement oui, lui on s'y attendait.

Pour vous quelle est la définition de la crise suicidaire ?

Alors pour moi la définition de la crise suicidaire, et bien c'est celui qui a un très fort risque de passer à l'acte, voilà, donc après c'est difficile de les repérer, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, mais ouais, pour la définition c'est ça, après pour euuu, c'est quand même assez délicat, après ça peut tellement prendre des tableaux différents quoi que, ... mais globalement ça va être celui qui est vraiment très proche de passer à l'acte et c'est pas forcément celui qui va le dire en plus. Parce que j pense que t'avais lu mais y'avait une monographie dans la revue du prat là où ils disaient que souvent les gens en fait, ils étaient déprimés, déprimés, déprimés, donc ils avaient plus aucun espoir, plus aucune euuu, plus d'élan vital, plus rien et ils décidaient de se suicider et finalement c'était un grand soulagement et une fois qu'ils avaient pris cette décision là finalement ils étaient soulagés puis quelque part ils allaient faire finalement leur tour pour dire au revoir, ils disaient pas je vais me suicider mais ils passaient voir leurs proches et euuu, ça peut être ça aussi, la crise suicidaire la définition n'est pas évidente quoi.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Alors, quand ? Bah, très facilement, ne serait-ce que pour un renouvellement de médicaments, je demande comment ça va, si le moral est bon. Quand les gens viennent pour des états de fatigue, qu'on comprend rien, qu'on a déjà fait un bilan et que c'est rien du coup bah là y'a forcément peut-être une part psychique et on démarre là dessus, quand ils ont des plaintes multiples, qu'on ..., quand vraiment on comprend pas trop ce qu'ils veulent, c'est vraiment dans ces cas là que je recherche et puis bien sûr quand ils sont anxieux ou quand ils sont déprimés quoi, là quand ils verbalisent vraiment des idées dépressives là je recherche, et puis aussi sur la première impression quand ils passent la porte du cabinet, des fois on voit, y'en a ils ont les traits tirés, ça va pas du coup là je demande assez facilement, avec des questions simples quoi : comment ça va le moral ? et puis je leur demande un peu au début, au milieu, à la fin. C'est comme ça que je fais.

Chez un patient vous consultant pour une raison X ou Y, quels sont les indices qui vont vous permettre de diagnostiquer une crise suicidaire ?

Donc c'est pour celui pour lequel je suis très inquiet et que je vais vouloir hospitaliser ?

Oulala, donc c'est un peu théorique car j'ai ça m'est pas arrivé très souvent sauf pour celui dont j'avais fait le certificat mais c'était surtout à la demande de la famille. Bon j pense que ce serait quelqu'un qui est vraiment sur la ..., quand on le sent pas quoi, donc ce serait ça le critère, et puis après tous les éléments dépressifs, un peu comme j'ai dit tout à l'heure mais si vraiment j pense que si je le sens pas je vais quand même proposer l'hospitalisation ou alors de la revoir assez facilement mais plus que sur des critères, c'est vraiment sur l'impression quoi, quelqu'un qu'on sent pas euuu.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Alors comment et en quels termes, et bien euuu, je dis souvent le mot suicide ou idées suicidaires mais ça ça vient souvent en second, au début je demande comment va le moral, comment ça va la forme, est-ce que vous avez des idées noires, et puis après s'ils me disent non, non, non mais que je trouve que ça va pas, je leur demande est-ce que vous avez des idées suicidaires et puis après, donc si ils me disent non ou bien pas quand même à ce point là, j leur dis oui mais ça peut être juste des flashes comme ça d'idées suicidaires, et puis après avec la raison, on se dit non non non, bah non ça va aller et tout mais et je cherche aussi si ces idées suicidaires là s'imposent aux personnes, car y'a beaucoup de gens qui viennent et qui disent euuu ou qui vont dire oui bon des fois j'y pense mais ça passe et là où chez moi ça fait tilt c'est si 1) elles viennent de plus en plus souvent donc c'est

ce que je recherche ou si 2) ces idées là s'imposent à elles, c'est à dire que malgré le raisonnement qu'ils arrivent à faire cela devient de plus en plus fréquent puis ça les ... enfin ça s'impose à eux, donc c'est comme ça que je fais.

Etes-vous gênés pour parler du suicide à vos patients et pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Non, je pense que parler du suicide à quelqu'un peut pas l'inciter à le faire, je pense que quelqu'un qui a des idées suicidaires bah c'est pas le médecin qui va lui dire, ah tiens c'est une bonne idée si vous passiez l'arme à gauche, de ce côté là, j'ai aucune appréhension. Euuuu, j'ai pas de mal à leur parler du suicide à eux, non c'est plutôt dans le ...alors, c'est pas dans le....vraiment dans la crise suicidaire, où là on peut sortir la grosse artillerie, non c'est plutôt dans ceux qui sont déprimés mais qui n'ont pas ... qu'on des idées suicidaires qui viennent un peu comme ça mais qu'on sent qui sont pas en risque suicidaire, qu'on classe pas dans cette catégorie là, dans le suivi, j pense que c'est plus difficile d'en parler. Du coup c'est plus dans le syndrome dépressif que dans le risque suicidaire à l'état pur quoi, c'est plutôt chez celui qui est déprimé, bon il a quelques idées suicidaires mais ça va il est entouré, on pense pas qu'il va se suicider dans la semaine puis on le revoit dix jours après, quinze jours après, il a toujours un peu ses idées suicidaires, ça c'est pas majoré, ça c'est un peu calmé ou c'est stable, c'est là que c'est un peu plus embêtant parce que ça met toujours très longtemps

à guérir les dépressions donc dans ce cadre là bah on se pose toujours la question est-ce que vraiment il est dans le risque suicidaire là ou est-ce que finalement ça va et puis on leur donne des médicaments un peu pour les calmer mais ces médicaments ils peuvent aussi s'en servir pour faire une tentative de suicide donc c'est...euuu. Pour les déprimés mais sub-suicidaires, c'est plus difficile quoi.

Selon vous, quels pourraient être les freins au diagnostic de la crise suicidaire ? Les ressentez-vous et pourquoi ?

Bah je pense que les freins ça peut être 1) le médecin, parce que celui qui va pas chercher bah il risque pas de le trouver, enfin dans certains cas, parce qu'il y a beaucoup de patients qui vont pas en parler, donc ça je pense que c'est un gros frein, le deuxième c'est le patient qui est vraiment décidé quoi, parce que je pense que celui qui est décidé, et bein lui il va falloir vraiment fouiller pour le trouver parce que comme ils avaient l'air de dire (dans l'article de la revue du praticien) clairement ils sont apaisés, donc j pense qu'ils ont pas envie qu'on remette en cause leur décision donc eux ils vont pas vraiment le dire et à mon avis c'est un gros gros frein.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement les idées suicidaires ?

Oui, oui, oui parce que comme je... oui oui, c'est quelque chose que je fais régulièrement, ça prend pas forcément très longtemps

sur le tout venant mais donc je le fais un peu systématiquement donc chez celui qui je pense est dépressif c'est encore plus systématique, et comme je le disais tout à l'heure, je le fais plusieurs fois dans la consultation quoi, donc oui ça c'est quelque chose que je cherche oui.

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, que faites-vous ?

Alors, euuu donc chez un patient pour qui, je pense, a un fort risque de suicide dans les jours qui viennent quoi ? Et bien dans ces cas là je propose l'hospitalisation et euuuu donc ça ça m'est déjà arrivé, je pense à une patiente qui était suivie en psychiatrie dans le sud de la France et qui était venue ici accompagnée de sa soeur ou quelqu'un de sa famille, je sais plus trop, et ça n'allait pas, ça n'allait pas, ça n'allait pas et elle avait des idées suicidaires et elle, je lui ai proposé l'hospitalisation et elle voulait pas puis finalement en discutant avec l'entourage qui était à côté et avec elle, elle a accepté l'hospitalisation et quand ils refusent dans ces cadres là et bien on fait une HDT. Mais c'est vrai que, je repense à un autre cas là, j'avais été appelé lors d'un remplacement, par le SAMU ou par la famille, je sais plus, chez un patient qui disait qu'il voulait se suicider mais qui voulait qu'on le laisse tranquille, il avait des armes chez lui, il avait des sabres et tout,...lui disait clairement qu'il voulait se suicider mais il voulait qu'on lui fiche la paix, qu'il était déprimé, je crois que c'était un peu angoisse-syndrome dépressif et c'était les voisins qui avaient

appelé, du coup là j'avais fait une HDT quoi. Donc quand je suis vraiment très inquiet je fais une HDT.

Alors, c'est pas toujours facile les HDT, parce que, s'ils veulent pas monter dans l'ambulance, comme le gars avec les sabres, c'était ça, il voulait pas monter dans l'ambulance, les pompiers voulaient pas le forcer à monter, les gendarmes disaient que c'était pas leur problème et le SAMU disait que euuu c'était pas leur problème non plus. Donc j'étais drôlement embêté et finalement au bout d'une heure tout le monde est arrivé les pompiers, les gendarmes, le SAMU, les ambulances, donc il y a été. Une fois que les gendarmes sont arrivés il est monté dans le camion de pompiers. Mais euuuu, ça peut être extrêmement difficile parce que si les ambulanciers ne veulent pas le prendre en disant qu'y a pas de..., qu'ils sont pas obligés de le prendre, s'ils sont agressifs, les pompiers ils prennent pas les gens contre leur volonté et après on est un peu à la limite hein parce qu'il est pas forcément en HO, s'il n'y a pas trouble à l'ordre public, c'est un peu difficile l' HDT.

Evaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Ouais, ouais, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, non j'ai pas vraiment deeeeeeeeeuuu, c'est sur 1) l'intensité du syndrome dépressif, et puis euuu comment euuu 2) si j'le sens pas quoi. Oh, c'est vraiment, un peu au pifomètre quoi hein..., mais ceux que j'ai fait c'était franc quoi, c'était franc et puis bah pour les autres j'ai pas eu de cas de gens qui se sont suicidés pour qui

j'étais passé à côté pour l'instant donc euuu, ...alors est-ce-que c'est parce qu'il n'y en pas eu ou est-ce-que c'est parce que euuu j'avais bien évalué, pour l'instant c'est impossible à dire quoi.

Est-ce-que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui comment ?

J pense que oui, elle est améliorable, dans la qualité des questions que je pose, dans ..., après c'est aussi l'expérience quoi, plus on en voit, plus on est aguérri, donc je pense qu'elle est tout-à-fait améliorable, après savoir comment ... on essaie de s'améliorer tous les jours quoi hein, mais je pense que oui on est toujours améliorables.

Qu'est ce que vous pourriez faire de mieux ?

Euuuu, bah là où je pense ça peut être un peu tendu, c'est quand...bah moi je vois les gens toutes les vingt minutes donc ça peut arriver que des fois on ait du retard, des choses comme ça et c'est là où à mon avis y'a le risque. Il faut faire attention car dans les périodes où on va vite bah du coup on peut faire un peu moins attention, on peut se contenter de ce que disent les gens et puis se dire bon j'avais être euuu, j'avais pas chercher la petite bête derrière, parce que si on cherche pas ça va plus vite et je pense que c'est là qu'il y a un gros risque et c'est vrai que l'amélioration elle peut surtout être là je pense, et puis après bein, après je pense que c'est dans la relation médecin-malade toujours bien écouter les gens, en les connaissant mieux je

pense aussi, après c'est l'expérience, savoir un peu peut-être les pièges, peut-être aller dans les formations aussi voir un peu, justement un outil diagnostique ça peut... voir les questions auxquelles on ne pense pas quoi, ou des symptômes auxquels on ne pense pas forcément.

Quelles sont pour vous les mesures qui pourraient vous aider ?

Pour le diagnostic ? Bah, peut-être sous forme de fiche en disant les pièges, surtout pour repérer celui qui fait son petit tour pour dire au revoir un peu à tout le monde,mais je pense qu'il n'y a pas de recette miracle non plus comme dans l'angine où on fait le test pour savoir si c'est bactérien mais peut-être avoir une idée de grille de questions ou de ... bah j'sais pas si vous avez déjà une idée d'outil pour la thèse, non ?

Bah, justement, c'est un peu le but, de voir un petit peu. Parce qu'en fait y'a pas de critères diagnostiques de la crise suicidaire, y'a des critères diagnostiques de la dépression, de plein de choses, mais pas de la crise suicidaire.

Bah ouais ouais, bah je pense que la crise suicidaire sa définition c'est surtout quand il s'est suicidé ou qu'il est passé à l'acte quoi. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est extrêmement difficile entre celui qui en quelque sorte va crier au loup et puis que finalement c'est juste un état d'angoisse et puis celui vraiment qui est au bord du suicide parce qu'il n'a plus aucun espoir et qui va

pas forcément le dire, c'est pas évident quoi. C'est pas évident. Puis après il y a aussi, ce qu'on disait tout à l'heure, c'est que dans certains cas... est-ce-qu'il faut prévenir tous les suicides quoi ? On est quand même maître de sa vie puis si on trouve que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, ça peut aussi se respecter mais là c'est extrêmement difficile parce-que est-ce-qu'il pense ça parce qu'il est déprimé mais ça va ou est-ce que vraiment il est objectif et puis voilà quoi, il a pesé le pour et le contre et puis c'est clair, il trouve qu'il y a plus d'inconvénients à vivre qu'à mourir quoi. C'est difficile hein de faire la part des choses dans ces cas-là.

Le questionnaire est fini, vous avez des choses à ajouter ?

Euuuuuu, non, non, non. Mais c'est vrai que nous on a été marqué au cabinet par le cas qu'à eu ma collègue quoi donc du coup on est un peu sensibilisés par ça aussi quoi. Mais je trouve que c'est drôlement angoissant le risque suicidaire, parce qu'on a toujours peur de passer à côté et donc voilà quoi.

Ah, j'ai encore un cas, un monsieur que j'avais jamais vu mais qui était suivi au cabinet, j'étais d'urgence, donc c'est moi qui y suis allé, arrivé là bas il y avait le SAMU donc j'ai pas vu la personne, j'ai vu son entourage. Ce patient là il était paranoïaque. Il était agriculteur, il avait de gros problèmes d'argent et toute sa famille ce sont des gens qui ont des problèmes soit d'alcoolisme soit psychiatriques, et ce patient là, mon collègue l'avait hospitalisé en HO quinze jours avant, à la

demande de la police parce qu'il avait moissonné le champ du voisin, donc forcément ça passait pas trop, il était complètement délirant, il a été hospitalisé, vu par le psychiatre , il a été hospitalisé quinze jours, le psychiatre là fait sortir plus ou moins ... enfin il était pas très chaud mais il a dit bon d'accord vous pouvez le faire sortir et il s'est suicidé trois jours après la sortie de l'hôpital quoi, et donc euuu... et puis lui il avait la maladie psychiatrique, il avait les problèmes financiers, il avait une polyarthrite rhumatoïde et puis il avait un entourage vraiment pas facile, il était divorcé et alors, toute sa famille s'entendait pas avec sa belle-fille,pour lui c'était pas la fête...

Médecin C

Donc le sujet c'est la prévention du suicide en médecine générale, c'est voir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leurs patients lors d'une consultation, sur quels indices, quels sont les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic ?

Ce qui m'a donné l'idée de faire ça, c'est que beaucoup d'études montrent que 60 à 70 % des patients ayant fait un acte suicidaire avaient consulté leur généraliste le mois précédent et 36 % l'avaient vu dans la semaine précédant l'acte. Ca me fait donc dire que le médecin généraliste pourrait avoir un rôle préventif dans le suicide de ses patients.

Donc l'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins diagnostiquent les patients en crise suicidaire, sur quels indices, quand, comment, etc... Et puis les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des critères diagnostiques, puisqu'ils n'existent pas, qui pourraient servir d'ébauche à éventuellement à un outil diagnostique utilisable facilement en médecine générale.

D'abord, si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Euuu, médecin généraliste, installée depuis 1 an, et puis voilà, je fais de la médecine générale vraiment générale, les enfants, la pédiatrie, un peu de gynéco, un peu de personnes âgées, un peu de visites, voilà... voilà ce que j'aurais dit.

Quelle est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Alors le défaut c'est que je suis pressée, j pense, je suis tout le temps speed, et la qualité, ben que je refuse jamais, voilà, j'essaie tout le temps, on verra, je me dis on verra ce que ça donne mais au moins j'essaie, voilà.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Euuu, parce que ça permet de voir des choses variées quand même, si c'est vraiment très éclectique, on peut passer d'une personne âgée à un adolescent mais du coup voilà, chaque journée ça va être varié, chaque journée ça va être un peu la surprise et ça permet quand même aussi, au contraire d'une profession hospitalière, un peu de liberté au niveau des horaires et pas de hiérarchie.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Euuu, pas trop (rires), j'en fais pas trop, voilà, des horaires plutôt restreints, voilà, je suis présente au cabinet tous les jours de semaine mais c'est jamais des journées de vingt heures, enfin

pardon de dix heures quoi voilà, c'est des journées de sept heures, huit heures grand maximum, voilà, et puis j'suis souvent en retard mais y'a des fois où j'suis à peu près à l'heure et des fois c'est les patients qui sont en retard, mais voilà, du coup euu... on arrive à peu près à tout faire dans la journée quand même, Pas trop débordée en tout cas.

Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable et en fonction de quoi ?

Vingt minutes. Oui, c'est modulable, d'une part quand je connais le patient et que je vois son nom sur le planning, donc du coup, je sais qu'on va prendre des fois trente minutes, soit parce que c'est compliqué, soit parce que le patient n'est pas très rapide selon moi et que j'ai pas envie de me presser avant même qu'il soit arrivé et puis c'est modulable pour les enfants, les moins de deux ans c'est trente minutes et c'est modulable parce que j'essaie de me garder quelques créneaux d'urgence dans la journée, qui sont pas des créneaux notés pour les secrétaires mais que je libère pour moi même ou que je garde pour des courriers ou des choses comme ça, voilà, ... et tous les jours ça change les horaires, voilà donc en somme c'est modulable.

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide, et si oui lequel ?

Euuu, il a sûrement un rôle à jouer, après euuu, je n'sais pas si on arrive toujours, enfin,... ce qui est difficile c'est de savoir

quand est-ce que le patient risque de passer à l'acte, quand bien même on peut le trouver franchement déprimé, c'est pas pour ça qu'il va passer à l'acte et y'a peut-être des gens aussi qui semblent peu déprimés ou alors qui ont l'air d'avoir une difficulté pas si importante que ça, par rapport à d'autres difficultés qu'il a déjà vécu et n'empêche que c'était cette petite chose-là qui fait basculer vers la tentative de suicide ou le suicide quoi. Et du coup j pense que c'est ça qu'est pas toujours facile à savoir, c'est en quoi une petite contrariété peut être déclencheur d'une tentative de suicide alors qu'avant il a pu déjà rencontrer beaucoup de difficultés dans son travail, dans ses relations avec la famille, etc quoi.

Dépister le bon moment quoi.

Oui, c'est ça. Oui, la petite chose qui fait que là vraiment, c'est la petite goutte d'eau qui fait déborder le vase quoi.

Quel est votre ressenti vis à vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Euuuu, j'aime bien quand ça rentre dans l'ordre...(rires) Parce que du coup les gens déprimés ça me déprime, comme moi je suis toujours optimiste dans la vie alors du coup j pense que c'est peut-être ça aussi qui fait que j'ai peut-être des fois plus de mal à comprendre. Après, oui, j'aime bien essayer de trouver quelque chose qui les améliore que ce soit de l'homéopathie, que ce soit un anxiolytique, que ce soit un antidépresseur, que ce soit

une consultation chez le psy, que ce soit l'entourage familial, après euuu je suis aussi rassurée quand la personne est d'allure triste mais que c'est tout le temps et que c'est régulier, bah je me dis bah voilà, on l'a pas complètement améliorée mais elle est pas non plus pire, avec un renfermement sur soi ou autre, j'ai plus de difficultés je trouve avec les gens qui verbalisent pas beaucoup, les ados qui vont dire que c'est nul, que ça fait chier la vie enfin des choses comme ça et du coup quand y'a pas beaucoup de dialogue en face et bien on a un peu du mal à trouver quelque chose qui va redonner envie à la personne de vivre ou quelque chose qui pourrait plus être un petit point d'accroche par rapport aux idées suicidaires ou aux idées j'en ai marre, j'en ai assez, tout ça. Quand les gens parlent pas c'est plus difficile de trouver quelque chose qui les... ou quand les gens sont complètement défaitistes, quand on leur dit et dans votre travail ? Ça va pas. Et dans votre famille ? Ça va pas. Et dans vos amis ? Ça va pas. Enfin, et dans votre santé ? Ça va pas. Enfin, quand rien ne va bah du coup, c'est difficile d'avoir un petit point d'accroche pour essayer de les faire parler ou de repositiver au niveau des choses. Mais c'est peut-être pas la prise en charge du suicide ça, peut-être juste du syndrome dépressif point.

On y arrive hein, dans deux secondes.

Avez-vous eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, TS ou suicide ?

Non.

Avez-vous déjà été confronté au suicide d'un patient ?

Euuu, j'crois pas, non, ... alors suicide, c'est sûr que non. Et tentatives de suicides, c'est pas des gens que j'ai suivi. Ce sont des gens que j'ai vu aux urgences en tant qu'interne des urgences mais que j'ai pas revu après... euuu ou alors si c'est noté dans le dossier TS ...médicamenteuse par exemple mais du coup ils m'en ont jamais reparlé de cet épisode là, donc je sais pas si ça compte vraiment.

Alors, après les questions c'est " Vous y attendiez-vous ? Pourquoi ? Est-ce que vous auriez pu l'éviter, et si oui comment ? "

Et bah j'pense que j'suis pas installé depuis assez longtemps pour me rendre compte de ça.

Avez-vous déjà été confronté aux confidences suicidaires d'un patient ?

Oui.

Quelle a été votre réaction ?

Euuu, lui demander s'il y pensait, tous les jours, pas tous les jours, juste comme ça, et jusqu'où il avait envisagé le suicide, c'est-à-dire euuuu est-ce-que c'est juste ohhh j'en ai marre, j'ferais mieux de partir, un peu la pensée que chacun peut avoir euuuu un moment où on en a assez ou autre, ou est-ce-que ça a été euuu avoir un tout petit peu planifié les choses en disant bon bah j'pense que je ferais ça par pendaison...euuu, j'me vois avec la corde dans le grenier euuu ou est-ce-que j'ai commencé à mettre des boîtes de médicaments de côté comme ça le jour où ça va pas j'pourrai les prendre, enfin, savoir où ils sont rendus dans leur cheminement de suicide, est-ce-qu'ils sont pourquoi pas déjà passé à l'acte ?, est-ce-qu'ils ont regardé les horaires de train ? Enfin voilà, ou alors est-ce-que c'est juste euuu, bah j'aurais pris des médicaments mais sans savoir s'ils auraient pris deux comprimés de paracétamol ou s'ils auraient pris une boîte entière de benzodiazépines ou autre quoi voilà. Donc j'me dis que s'ils ont déjà acheté une corde ou regardé les horaires de train, sont peut-être déjà allé sur le lieu, sans passer à l'acte, bah c'est un peu plus je pense un danger que quelqu'un qui me dit oh bah si j'ai besoin, j'me débrouillerais, je trouverais un moyen pour mourir, voilà.

Le fait d'avoir établi un scénario en fait ?

Ouais, j'pense que d'avoir euuu été jusque là...parce que du coup c'est pas pareil de dire j'en finirais que de dire j'ai acheté une corde, euuu, elle est installée, enfin j'en sais rien quoi voilà.

Pour vous, quelle est la définition d'une crise suicidaire ?

Bah j'pense que c'est le patient qui ...pense qu'il va bientôt passer à l'acte, et dans les quelques jours quoi, voilà.

Et donc ça dure combien de temps ?

Trois jours, deux-trois jours je pense... Ah non la crise ? Alors la crise suicidaire, je pense que ça dure au moins quinze jours-trois semaines après la tentative de suicide. On va dire un mois, allez on va dire un mois après la tentative de suicide, j'pense que pendant toute cette période là il peut encore être pas bien quoi.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Quand y'a un changement d'attitude, quelqu'un qu'était plutôt enjoué ou qui discutait puis qui change d'attitude ou qui ... enfin voilà, le changement d'attitude ou de comportement ou alors un patient qui pourrait être un peu agressif entre guillemets comme s'il disait qu'on avait pas bien compris ou que dans sa famille on comprenait pas, enfin comme s'il se sentait en décalage par rapport à habituellement quoi ou alors bah quand il... des fois c'est quand la famille pouvait en avoir parlé avant et que je vois le patient à ce moment là et que... j'essaie juste de lui poser quelques questions de savoir comment il se sent sur le plan général, est-ce qu'il se sent un peu plus triste ou autre. Mais c'est

surtout un changement de comportement, s'il n'a pas changé de comportement c'est plus difficile à savoir.

Chez un patient consultant pour une raison X ou Y, quels sont les indices qui vont vous permettre de diagnostiquer une crise suicidaire ?

Euuuuuu, quand toute petite phrase de la conversation, enfin de la consultation est prétexte à se plaindre ou ...à avoir une attitude un peu triste quoi, euuu quand les gens disent qu'ils savent pas trop s'ils vont avoir de quoi régler...euuuu...que ça annonce des difficultés financières euu par exemple dans leur travail ou pour leur famille...euuu, quand euuu quand ils s'autodépressent par exemple j'peux dire ah bah le coeur est un peu rapide et puis qu'ils finiraient par dire oh bah de toute façon, ça changera rien,...voilà, quand ils ont un discours un petit peu plus pessimiste qu'habituellement, voilà, mais euuu... et qu'ils évoquent un tout petit peu les choses ou une fatigue morale euu voilà. Ça va pas être des critères cliniques quoi comme une bradycardie, une tachycardie, enfin... voilà, c'est plutôt dans l'attitude quoi.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ? Etes-vous gênée pour aborder le sujet ?

Pas très gênée, avant j'étais gênée parce que je pensais que rien que de leur poser la question s'ils avaient envie de se suicider, ça les ferait passer à l'acte. Et puis après j'me dis finalement peut-

être pas en fait, s'ils ont envie, c'est pas le médecin qui va les pousser ou pas les pousser, donc j'essaie maintenant de dire soit "est-ce-que vous avez des idées noires?", "est-ce-que vous avez pensé à vous faire du mal ?" ou "est-ce-que vous avez des idées de suicide?", voilà, ça dépend de ce que je pense que la personne peut comprendre en face voilà, si c'est un ado j'vais pas lui demander s'il a des idées noires, j'ai peur qu'il ne comprenne pas le terme idées noires, j'vais dire est-ce-que tu as pensé te faire du mal, te blesser mais par contre si c'est une personne, un peu plus âgée, je pense qu'idées noires elle comprendra, j'suis pas obligée de dire le mot suicide qui est un peu plus brut. Mais je pose la question, est-ce-que vous avez pensé vous faire du mal ? ou ..., voilà.

, avant vous pensiez que parler du suicide à quelqu'un pourrait euuuu ?

Donner l'envie.

Donner l'envie ?

Ouais.

Et qu'est-ce qui vous a fait changer un p'tit peu euuuu ?

D'avoir rencontré une fois un spécialiste qui était venu faire une petite intervention sur Plouay justement et puis qui avait donné quelques éléments de prise en charge, oui enfin quelques petits

éléments de ce que c'est le risque suicidaire, etc... Du coup j'avais retenu deux-trois petites choses, enfin je pense avoir retenu deux-trois petites choses, que c'est pas parce qu'on demande "est-ce-que vous risquez de vous suicider" que ça va lui mettre la puce à l'oreille et lui donner envie d'acheter une carabine, que si on lui pose la question il aura peut-être quand même envie d'en parler ouvertement même s'il a envie de se suicider et de dire ouvertement et honnêtement les choses et qu'ça dure un peu plus que les deux-trois jours où la crise est passée, le mal-être d'après la crise, voilà, voilà ce que j'ai à peu près retenu.

Quels pourraient être pour vous les freins au diagnostic de la crise suicidaire ? Est-ce-que vous les ressentez ? Et pourquoi ?

Alors si on n'est pas assez à l'écoute du patient, du coup j pense qu'il va se dire "il va pas avoir le temps de m'écouter", et puis si on est pressé, voilà. Et puis, si on connaît pas... J pense que si on connaît pas très bien le patient et bien du coup on remarque pas le petit changement de comportement quoi ou le p'tit mot qui était là pour tendre la perche quoi et puis y'a aussi je pense des gens déterminés qui de toute façon quand bien même on aura tenté de les aider ou on aura essayé d'être le plus possible à l'écoute, bah de toute façon leur décision est plus ou moins prise et ça changera rien quoi, qu'on leur ait posé la question ou pas.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

Pas forcément. Quelqu'un qui vient pour son traitement antidépresseur, ma première question va plutôt être " comment vous allez ?"et puis du coup soit il me dit ça va ou ça va moyen mais si ça semble être le même état anxieux ou dépressif qu'habituellement, j pense que je vais plutôt leur demander "est-ce-que vous pensez que c'est le moment de descendre, de diminuer le traitement et si là ils me disent non vraiment parce que là je suis moins bien, peut-être que oui je poserais la question "avez-vous des envies suicidaires ?" ou alors pourquoi vous êtes moins bien, mais sinon chez les gens dépressifs, je pose pas tout le temps la question. Par contre, pour un patient qui vient une première fois pour une histoire de dépression qui dure depuis quelques semaines où on sent qu'il a l'air de décrire une accumulation de difficultés, oui je pense que je lui demanderais est-ce-qu'il vous faut un arrêt de travail ? Est-ce-que vous pensez qu'il est temps d'en discuter avec quelqu'un ? Est-ce-que vous pensez que vous avez envie de me revoir ? Est-ce-que vous pensez pouvoir vous faire du mal ? Voilà, ça va être un peu décliné comme ça.

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, que faites-vous ?

Alors j'avais à tâtons en lui demandant s'il pense qu'il a besoin d'être hospitalisé mais en général on a à moitié compris avant s'il

pensait avoir besoin d'être hospitalisé ou pas, il peut verbaliser en disant j'ai peur de me faire du mal ou de faire du mal à ma famille et dans ce cas là on peut plus facilement lui demander est-ce que vous pensez que ça vaut le coup une hospitalisation qui permettrait de vous mettre un tout petit peu à l'abri et de couper ce contact avec la famille ou voilà ce rythme mais après je crois que je demande à la famille, je pense que j'appelle un membre de la famille en lui disant écoutez est-ce que je peux prendre un peu des nouvelles de vous auprès de telle personne et c'est comme ça que je déciderais si y'a besoin d'une hospitalisation ou pas quoi , parce que ça serait sous contrainte sinon, donc euuu voilà.

Evaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Euuu le degré d'urgence euu, alors soit je connais un peu le patient et dans son discours j'vois qu'ça va vraiment de travers par rapport à d'habitude, soit je connais pas tellement le patient mais je connais un peu la famille et je vais essayer de faire un petit peu confiance à l'entourage, à l'épouse ou au mari et puis s'ils me donnent des éléments comme quoi il y a une mise en danger importante j pense que je déciderais peut-être de l'hospitalisation. Enfin, j'essaierais en tout cas de voir la personne un peu plus vite quoi, peut-être pour discuter franchement d'une hospitalisation pour mise en danger de soi quoi, en disant bah écoutez de toute façon on a l'air de penser que vous allez vraiment moins bien en ce moment, est-ce que vous pensez pas que ça serait mieux d'être hospitalisé quelques jours pour faire

une pause etc ... Plutôt le faire adhérer au traitement que de le contraindre.

Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui comment ?

Oh oui, oui je pense (rires). Oui, d'une part parce que je vais mieux connaître les gens, enfin j'espère en tout cas et puis bah après c'est vrai que oui, si on avait trois-quatre questions ou quatre-cinq questions un peu plus standardisées, ça permettrait peut-être d'avoir une évaluation plus correcte quoi.

Quelles sont pour vous les mesures qui pourraient vous aider ?

Euuuu, alors peut-être une petite grille avec quatre-cinq questions qui nous donne, pas comme un score ,mais voilà, une appréciation au moins pour comparer par rapport à d'autres patients et j pense que si on avait un accès un peu plus rapide à des avis de psychologues ou psychiatres ça aiderait aussi un peu parce que ça semble un peu rude entre l'hospitalisation et rester à la maison avec un traitement ou pas de traitement d'ailleurs mais je vois pas en quoi le traitement va empêcher la crise suicidaire quoi, enfin à part si c'est vraiment une grosse anxiété, on peut peut-être un peu diminuer l'anxiété comme ça mais après c'est la famille qui surveille le patient ou pas la famille si y'a pas de famille quoi mais on n'a pas beaucoup de graduations entre rester à la maison sous surveillance de la famille et

hospitalisation en centre hospitalier psychiatrique. Enfin moi je vois pas beaucoup d'intermédiaires quoi voilà. Alors que je me dis, s'il y avait un médecin, un psychologue, un psychiatre qui était d'accord pour voir les gens assez rapidement en un jour ou deux pour réévaluer la situation, peut-être que ça permettrait de désamorcer les idées suicidaires et puis de mieux orienter les patients vers un centre hospitalier plutôt que de passer par les urgences ou j'en sais rien, enfin par des moyens qui semblent un peu moins directs, voilà. Mais ça n'existera peut-être pas hein.

Vous avez l'impression que les psychiatres ne sont pas si joignables que ça, si ...?

Après j'ai pas eu trop souvent besoin de les joindre. Donc euuu, après je pense que j'aurais des difficultés, mais je peux me tromper aussi hein.

Les questions sont finies, avez-vous quelque chose à ajouter ?

J pense qu'une fois sur deux on sait pas et on saura pas parce que la personne est déterminée. Mais je me trompe peut-être hein. C'est l'impression que j'ai.

L'impression qu'on ne peut pas aller contre ?

Ouais, et puis l'impression qu'il y a aussi des gens qui ont beaucoup de difficultés, qui ne viennent pas tellement d'elles

même, et que entre guillemets, euuu on peut pas les forcer à vivre quoi...c'est un peu dur (rires)mais j'me dis y'a vraiment des gens qui ont vraiment vraiment beaucoup beaucoup de difficultés, qui viennent pas d'eux même et euuuu..... Ils sont quand même un peu libres. J'me dis où s'arrête le jugement de soi-même quoi, parce que quand on les hospitalise sous la contrainte, c'est parce qu'on leur dit qu'ils sont pas aptes à juger de leur ...euuu, enfin qu'ils n'ont pas leurs compétences pour juger de s'il faut prendre un traitement ou pas etc, mais après ... ils sont quand même un peu libres. J'sais pas, (rires) j crois pas que ce que je dis là rejoindra les autres médecins mais un moment j'me dis que les gens sont un peu libres.

Dans quels cas par exemple ? Est-ce-qu'il y a des cas précis ?

Non j'crois pas, parce que c'est vraiment très individuel. Y'a des cas où franchement ça me semble tout à fait logique qu'on mette tout en oeuvre, un jeune ado qui se sent pas bien, qu'est isolé, ça lui plait pas l'internat, enfin voilà, c'est la période de l'adolescence, on s'attend franchement à ce qu'il y ai des petites difficultés, il va se chercher, il est plus un enfant mais en même temps il est pas encore tout à fait un adulte, il est pas autonome financièrement, là s'il a plein de difficultés, j'peux comprendre qu'à un moment ça dérape et qu'il soit pas bien voilà, mais après eu ...j'pense que mon idée c'est quelqu'un qui se dit suicidaire, qui fait angoisser toute sa famille parce qu'à chaque fois y'a un peu des menaces, un genre de chantage en disant si c'est comme ça

j'avais me suicider, et j pense que c'est possible hein que la personne finisse par se suicider et que ça pourrit la vie de tout le monde et bein il a qu'à se suicider.... j'peux me tromper hein.

Après, est-ce que tout le monde est dans ce cas-là ?

Ah non, j pense pas, c'est très très rare, non, j pense que la plupart des gens ils n'en parlent pas tellement ou bien ils n'en parlent pas comme je m'attendrais à l'entendre.

Mais c'est pas souvent que je dis les gens ils ont le droit de mourir hein, après je suis fataliste j me dis tout le monde mourra un jour hein.

Mais c'est après, c'est une fois que tout ce qu'on aura essayé de mettre en place, y'aura rien qui aura pu faire adhérer le patient voilà.

Et ces cas-là sont une forme d'échec pour vous ?

Si j'ai tout mis en oeuvre, je me dis que c'est pas un échec.J'ai fait ce que j'ai pu. Mais en général j passe la main, enfin je propose, j dis pas j'peux rien faire pour vous quoi. Je finis toujours par trouver une solution, que ce soit voir un spécialiste, en discuter avec un autre médecin du cabinet. Si j'ai essayé toutes les possibilités, je finis par me dire que j'ai essayé de faire le mieux que je pouvais. Mais je le dirais au patient hein je crois. Est-ce que vous préférer en parler avec un homme, est-ce que

vous voulez que je prenne rendez-vous pour vous,est-ce que vous voulez que j'appelle une clinique pour prévoir une hospitalisation si vous sentez que c'est comme ça que ça peut mieux fonctionner,voilà, et je finis par dire s'il y a des choses que je peux faire dites le moi.J'peux pas tout faire mais je peux tout essayer. Mais c'est pas arrivé souvent hein.

Médecin D

Donc le thème c'est la prévention du suicide des patients dans la pratique du médecin généraliste. J'ai fait cette étude en m'apercevant après lecture de la littérature que 60 à 70 % des patients faisant un geste suicidaire avaient consulté leur médecin traitant le mois précédant l'acte, et à peu près 35 % l'avaient consulté la semaine précédente.

Donc là le but est d'évaluer comment le médecin généraliste dépiste ce risque là dans la pratique de tous les jours, ça c'est l'objectif primaire. Les objectifs secondaires seraient d'établir des critères diagnostiques de la crise suicidaire puisqu'il n'y en a pas vraiment d'établis et peut-être s'en servir d'ébauche pour un outil diagnostique utilisable en médecine générale

Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Si je devais me présenter, euuuu,...j'me présenterais comme un jeune médecin installé, proche de sa patientèle, à l'écoute et voyant le patient dans sa globalité, pas uniquement les problèmes somatiques mais plus le patient dans sa globalité, avec le contexte familial et social, c'est aussi important que le somatique quoi.

Quelle est pour vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Ça peut être une qualité comme un défaut euuuuu, une certaine sensibilité ...et également euuu, ben, peut-être aller toujours au bout des réflexions et ... (silence) ...très exigeante, plus envers moi-même qu'envers mes patients, ce qui peut être une qualité comme un défaut.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Euuuuu parce que j'aime bien les responsabilités et de voir euuu les patients comme je le disais au début, dans leur globalité, dans un contexte complet, et euuu de pouvoir les aider, les soutenir et surtout les soigner mais pas que le côté purement médical mais il y a aussi le côté social et le relationnel qui est important, c'est pas pour faire de la technique, c'est plus pour le côté humain que j'ai choisi la médecine générale et non une spécialité.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Ma pratique ? Bah un examen physique systématique avec prise des constantes systématique, un interrogatoire euuuu de débrouillage systématique euuu pour éviter de passer à côté de certaines choses, et après euuuu être à l'écoute quand il le faut et prendre le temps quand il le faut mais en essayant de ne pas se laisser déborder euuu, quand ce n'est pas nécessaire, donc

une pratique plutôt près du problème mais en étant consciente que les problèmes psychologiques prennent plus de temps que les problèmes somatiques.

Quelle est la durée moyenne de consultation, est-elle modulable ? Et si oui, selon quoi ?

Euuu, la durée moyenne c'est quinze minutes, en sachant que je prend des créneaux au minimum doubles pour les entretiens psychologiques et dans les contextes plus psychiatriques ou psychologiques, c'est des doubles consultations de au moins une demi-heure, si nécessaire à domicile pour avoir plus de temps et être dans un contexte plus sécurisant pour le patient, euuu et les consultations délicates où je sais pas combien de temps ça va prendre, je les met en dernier rendez-vous en soirée, comme ça on a le temps. Sinon, le reste reste dans des créneaux de quinze minutes, c'est que pour tout ce qui est psy que je met des créneaux plus larges, le reste ça s'auto-régule, des fois y'a des consultations qui sont plus courtes qui prennent que dix minutes sur une consultation de renouvellement et puis une autre qui va déborder un peu sur vingt minutes et puis ça se régule. Y'a que les consultations psys que je programme d'emblée sur des créneaux plus longs.

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients, et si oui lequel ?

Il a certainement un rôle à jouer, euuuuu parce que le patient va probablement moins se confier auprès de la famille, puisque c'est quand même une problématique où la famille est impliquée et euuu ils cherchent plus un terrain neutre donc il vient peut-être chercher de l'aide au niveau médical parce qu'il ne sait pas à qui s'adresser d'autre. Et donc, le médecin, il faut qu'il arrive à capter ces signes de détresse et de demande de venue en aide sans que ça soit... ça soit clairement exprimé. Mais après j pense que ça dépend beaucoup de l'âge des patients, parce qu'il y a une différence je pense entre le suicide de l'adolescent, du jeune homme et du suicide de la personne âgée voire très âgée. Pour pas passer à côté de quelqu'un qui n'est pas bien dans sa peau.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Euuu, je pense que chacun peut à un moment donné dans sa vie passer un épisode dépressif avec des idées suicidaires. Après, c'est pas quelque chose qui me fait peur, c'est quelque chose que j'aborde très facilement, très ouvertement avec les patients et finalement avec des réponses très claires et nettes après derrière. Et puis la difficulté c'est toujours de faire la part des choses entre réel... entre risque de passage à l'acte et puis uniquement quelqu'un qui essaie d'attirer l'attention, en disant je ne suis pas bien mais sans qu'il y ait réellement risque de passage à l'acte. On a beaucoup de gens dépressifs, sans qu'il y ait le risque suicidaire derrière et la difficulté c'est de faire la part des choses entre réel risque suicidaire et uniquement euuu ...

avec risque de passage à l'acte et sans risque de passage à l'acte et de juger le degré d'urgence pour intervenir, est-ce qu'il faut adresser éventuellement en structure de façon urgente pour éviter le suicide et chez qui on a le temps de régler ça avec le spécialiste ou éventuellement tout seul, en ambulatoire ou à domicile voilà. La difficulté elle est là. C'est plus ça qui pose des difficultés, juger le degré de gravité.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, tentative de suicide ou suicide ?

Euuu là c'est du côté personnel ?

Oui, personnel ou familial.

Oui.

Comment l'avez-vous vécu ? Et est-ce que cet épisode là a modifié votre pratique par rapport au patient dépressif ou suicidaire ?

Ça a certainement modifié le ressenti parce que en ayant personnellement ou familialement des antécédents, ça sensibilise et puis ça montre que ben ce n'est pas toujours que les autres et que ça peut arriver à tout le monde et que ça peut être justement que passer et que c'est un moment douloureux et difficile et que l'aide extérieure peut aider à surmonter ce moment difficile qui peut être moins long ou plus long en fonction

de chaque personne et en fonction de l'aide aussi qui est proposée, et qui peut être plus mal vécu ou mieux vécu en fonction de l'écoute qu'on a peut-être reçu et qu'on peut apporter je pense que quelqu'un qui n'est pas écouté peut éventuellement se sentir rejeté et peut-être passer plus facilement à l'acte que quelqu'un qui a au moins déjà reçu une écoute attentive par quelqu'un qui lui montre qu'on n'est pas tout seul et puis qu'on peut s'en sortir entre guillemets, parce que je pense que les gens qui sont dans la dépression caractérisée et puis qui ont des idées suicidaires ils pensent vraiment que ça peut pas, que ça ne changera jamais et donc le fait de l'avoir vécu dans l'entourage, je pense que cet appui là est très important.

Y'a eu une différence dans votre pratique avant et après ?

Euuuu non y'a pas eu de différence du fait que je pratique pas depuis longtemps et que les épisodes ont eu lieu avant la pratique, donc il peut pas y avoir eu de différence entre avant et après.

Avez-vous déjà été confronté au suicide d'un patient ?

Oui.

Vous y attendiez-vous ? Pourquoi? Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ? Si oui comment ?

Euuu, alors c'était une tentative de suicide qui a échoué, euuu, est-ce que je l'ai vu venir ? C'était dans un contexte de troubles psychiatriques, donc euuu non, je voyais bien que la personne n'était pas bien mais que ça allait déraiper en tentative de suicide, ça je l'ai pas vu venir et pourtant j'aurais pu, j'aurais pu le voir et on a réglé ça finalement avec la ... on a du rechercher la personne avec la police pour la retrouver, on est intervenu à temps puis elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique et puis depuis, on a évité une rechute. C'est la seule tentative de suicide auxquelles j'ai été confrontée. Sinon, j'ai d'autres personnes qui sont considérées comme suicidaires mais qui gèrent tous seuls, ce sont des dépressifs chroniques qui sont suivis en hôpital de jour psychiatrique et qui quand ça va pas le signalent par eux même et demandent une hospitalisation, par eux même hein donc sans même passer par le médecin généraliste, ça se gère vraiment dans le réseau psychiatrique proprement dit. Après c'est plus les patients qui traversent des périodes difficiles de leur vie et où il faut voir s'ils sont suicidaires ou pas. Là je n'ai pas encore eu de suicide.

Avez-vous déjà été confrontée aux confidences suicidaires d'un patient ? Quelle a été votre réaction ?

Oui. Ben il faut essayer de faire la part entre uniquement des idées suicidaires et vraiment le risque de passage à l'acte et euuu finalement en cherchant bien, donc là ça demande pas mal de temps car il faut chercher en profondeur les ressources du patient pour voir s'il y a réellement euuu comme par exemple un

mère, situation qu'on retrouve assez régulièrement, rupture d'une relation amoureuse hein, le mari qui trompe sa femme euuu, et le mari qui part ou la femme qui part et puis où le conjoint restant exprime des idées suicidaires, j'en peux plus, j'veux en finir, j'en ai marre, et là voir si réellement euuu, pousser le patient jusqu'à dire s'il a ...donc déjà j'évalue s'il a un risque concret de suicide, voir comment il le ferait, est-ce qu'il a déjà réfléchi à comment il se suiciderait. Euuu, si la réponse est immédiate et claire et nette, pour moi c'est un indice qu'il y a un risque de passage à l'acte, s'il me dit oui oui j'vais prendre la corde et puis c'est bon, y'a quand même déjà une idée plus concrète, si la réponse reste évasive et finalement je ressens que le patient n'y a pas trop réfléchi ou ne sait pas comment s'y prendre, pour moi c'est plutôt rassurant. Voir aussi s'il y a des enfants qui sont là, donc de toute manière, je ne laisserais jamais les enfants, j'leur ai promis de rester euuu, c'est pour moi très rassurant et je sais que le risque de passage à l'acte n'est pas là. Et puis après je demande quand même aussi s'il y a eu déjà des tentatives de suicide dans le passé ou des épisodes dépressifs dans le passé et surtout dans l'entourage et dans la famille, s'il y a eu des proches ou si dans la famille y'a déjà eu des suicides ou si y'a eu des copains, copines, des amis proches qui ont déjà fait des tentatives de suicide, si je reçois des réponses positives sur ces questions là, je considère que le risque est quand même plus élevé et puis si j'ai des patients qui sont complètement déconnectés, avec lesquels je n'arrive plus des fois à rentrer en connexion et à parler, c'est arrivé chez une jeune qui était vraiment après une rupture amoureuse complètement effondrée, j'avais demandé

aux proches qui l'accompagnaient de l'emmener aux urgences pour qu'elle soit mise sous traitement et sous surveillance parce que je n'arrivais pas à juger de la situation, je ne savais pas si en rentrant elle n'allait pas faire une tentative de suicide donc à ce moment là je préfère sécuriser et puis, quitte à hospitaliser une fois de trop plutôt que de courir le risque, si j'arrive pas à avoir des informations rassurantes, j'hospitalise.

Pour vous quelle est la définition d'une crise suicidaire ?

La définition d'une crise suicidaire ? Euuu (long silence) quelqu'un qui pense à se supprimer et puis surtout qui n'a rien qui le motive à rester sur Terre, qui est détaché émotionnellement de tout et qui ne voit pas l'intérêt à poursuivre sa vie.

Et ça dure combien de temps ?

J pense que c'est relativement court, j'aurais dit quelques jours maximum, je pense.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Dans des changements de vie importants, euuuu dans les changements de comportement, quand on nous rapporte des changements de vie, donc ça peut être le décès d'un proche, ça peut être la rupture sentimentale, ça peut être des conflits

familiaux avec les enfants ou avec les parents , je cherche aussi les idées suicidaires quand quelqu'un parle peu, quand je constate un changement de comportement sans forcément qu'il me rapporte qu'il a des problèmes mais quand par rapport à d'habitude, je vois quelqu'un qui d'habitude est jovial, me raconte des détails, et puis tout d'un coup bein, je le revois sur une consultation et puis il vient juste demander une ordonnance, cette fois-ci sans qu'il y ait de contact, sans qu'il y ait d'échange particulier, donc il a un comportement inhabituel, je pose quand même la question comment va le moral, est-ce que tout va bien, est-ce qu'il a eu des soucis particuliers euuu,et j'hésite pas à dire au patient, c'est bizarre, aujourd'hui, j vous sens pas trop, j'ai l'impression que quelque chose ne va pas, j vous sens différent de d'habitude tant que je n'ai pas été rassurée et que le patient me dise ah non mais c'est juste, j'ai eu voilà, je sais pas, un coup de téléphone avant d'arriver euuu, tant qu'il n'a pas pu m'expliquer le changement de son comportement, j le lâche pas.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer une crise suicidaire ?

Euuu, bah quelqu'un qui pleure facilement ou qui évite certains sujets où je sais que ce sont des sujets sensibles parce qu'on échange régulièrement là dessus, les problèmes avec les enfants et tout d'un coup on en parle plus, on laisse tomber ça de côté quand quelqu'un a la larme à l'oeil facilement , quelqu'un aussi qui me consulte jamais et que je vois pour la première fois, deuxième ou troisième fois et qui d'habitude ne consulte pas et

puis là qui viendrait consulter pour un motif X ou Y mais qui ne justifie pas vraiment une consultation , quelqu'un qui n'a pas l'habitude de venir chez le médecin et puis que je vois tout d'un coup. Si c'est pour un motif qui, en dehors des certificats médicaux de sport, si c'est voilà, j'ai un rhume et que d'habitude il consulte jamais, bon bah, un rhume j pense qu'il en a eu d'autres, c'est pas pour le rhume qu'il vient me voir, j'essaie de voir s'il y a pas quelque chose qui peut se cacher derrière .Qu'est-ce qui pourrait encore mettre la puce à l'oreille ? Bon des fois y'a des proches qui appellent avant et qui préviennent, bon vous allez voir euuu, il est pas en forme, y'a un truc qui va pas,des fois y'a aussi des proches qui préviennent que y'a des changement de comportement par rapport à d'habitude, par contre là quand je creuse, c'est rarement des problèmes de dépression ou de suicide, donc sinon, oui, c'est plutôt quelqu'un de sombre qui parle peu, et puis qui discute pas.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vous patients ? Etes-vous gênée pour aborder le sujet ? Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Euuu, j'le dis directement, ouvertement et puis ça me gêne pas du tout, euuu quand je vois que quelqu'un est en difficultés, je pose directement la question "est-ce que vous avez déjà pensé à vous suicider ? Est-ce que là vous avez envie d'en terminer, d'en finir ? " Et euu, la question directe je pense est la plus simple et la plus facile pour moi avec la réaction en face pour voir si

vraiment il y a un risque suicidaire ou pas. Je pense pas du tout qu'en parler puisse l'inciter à le faire parce que les patients en général y ont déjà pensé et après ils l'ont peut-être pas encore mise dans les termes mais l'idée est là avant l'acte et euu c'est pas nous qui lui mettons l'idée dans la tête hein, c'est pas parce qu'on va parler de suicide que la personne va..., elle va peut-être réfléchir à cette option là mais c'est pas ça qui va déclencher le passage à l'acte. C'est pas le fait de parler qui va déclencher le passage à l'acte. Mais par contre, pour moi c'est indispensable de l'évoquer pour voir s'il y a un risque ou pas Et puis si le patient a une idée concrète,c'est qu'il y a déjà pensé.

Quels pourraient être pour vous les freins au diagnostic de la crise suicidaire ? Les ressentez-vous et pourquoi ?

Euuu le fait de ne pas connaître son patient, j pense que ce qui est le plus difficile c'est quand on connaît pas la personne qui est en face, ça veut dire un patient voilà qu'on ne voit jamais, qu'on ne connaît pas dont on ne connaît pas le contexte familial, dont on ne connaît pas l'histoire familiale, alors que quelqu'un qu'on connaît très bien on connaît toute la famille parce qu'on est le médecin de famille depuis longtemps et puis on sait que finalement l'oncle, la tante, et puis les grands-parents se sont déjà suicidés, si on sait ça c'est plus facile d'y penser par contre si on ne le sait pas parce qu'on n'est pas leur médecin depuis longtemps ou parce que la famille est suivie par quelqu'un d'autre euuuu, on peut passer à côté car c'est peut-être pas le patient lui-même qui va nous raconter ça c'est pas le patient qui va nous

raconter, en fait j'ai mon oncle, ma tante et puis mon grand-père qui se sont suicidés euuu donc voilà moins bien on connaît son patient plus on a de risques de passer à côté, si on connaît pas euuu l'histoire euuu, le contexte social aussi, donc euu est-ce qu'il y a des problèmes financiers, est-ce que ...etc... Si on s'intéresse qu'au problème purement médical, je pense qu'on risque de passer à côté, parce le contexte social et familial faut le connaître aussi pour essayer de comprendre ce qui peut éventuellement motiver la personne qui est en face de venir, de consulter et de savoir s'il y a d'autres problèmes qui peuvent le mettre dans une catégorie à risque.

D'autres freins ?

Eventuellement le manque de temps, c'est-à-dire si on a une salle d'attente bondée ou on a déjà une heure et demi de retard et puis euu, on voit quelqu'un euu, quelquepart on sent qu'il y a quelque chose mais par manque de temps on va pas au bout de ce sentiment, je pense que ça peut être aussi un frein au diagnostic de la crise suicidaire, le manque de temps ouais.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement les idées de suicide ?

Euuuu ça dépend, si c'est le diagnostic initial mais qu'il y a un changement dans le comportement, je cherche, mais par contre si c'est un dépressif que je suis depuis deux ans depuis trois ans et puis c'est un dépressif chronique, je vais pas à chaque

consultation évoquer le suicide, je l'évoquerais uniquement en cas de changement de comportement ou de signes spécifiques. Mais sinon, si quelqu'un vient me consulter et ne va pas bien je recherche systématiquement le risque suicidaire, j'évoque systématiquement la question du suicide.

Chez un patient en crise suicidaire, que faites-vous ?

Ca dépend des ressources du patient. Est-ce qu'il est seul à domicile ou pas ? Est-ce qu'il a un proche qui est ou qui peut être là 24h/24 ? Si je considère qu'il y a une structure familiale ou des proches qui permettent la surveillance rapprochée du patient, je gère éventuellement la crise à domicile. Si je pense que la personne peut avoir un moment où elle est seule et isolée, il n'y a pas de contrôle euuu, je l'hospitalise.

Evaluez-vous le degré d'urgence ? Comment ?

Euuu, le degré d'urgence, ça serait plus par le contexte hein, est-ce que la personne n'a pas dormi depuis 48 heures ou ne contrôle plus rien euuu, je pense qu'il y a un certain degré d'urgence pour dormir parce que sinon elle risque éventuellement de passer à l'acte, tout simplement par l'épuisement. Je pense que le degré d'urgence dans la crise suicidaire, on l'évalue en permanence, est-ce que c'est urgent, est-ce que c'est pas urgent, pour moi c'est ça la crise, s'il est vraiment en crise pour moi ça veut dire que c'est urgent, parce qu'il peut passer à l'acte. Après, c'est tout ce qu'on a dit auparavant hein, est-ce qu'il a des

ressources personnelles, est-ce qu'il a des enfants, qui font qu'il a envie de rester, est-ce qu'il a un conjoint qui l'aime, est-ce qu'il y a eu des suicides dans l'entourage, qui font que le passage à l'acte est peut-être plus facile, est-ce que c'est quelqu'un de religieux, qui a quelque chose à quoi s'accrocher, je l'évalue en fait en permanence. Et puis après, en fonction des ressources personnelles, s'il y a quelqu'un qui est autour, je demande à revoir le patient dans un délai court, ça peut être le lendemain, ça peut être deux jours après, si j'ai donné des somnifères ou des calmants, je le réévalue après 24 à 48 heures. Et puis dans des contextes particuliers, dans des néoplasies, euh ce genre de choses-là, ou vraiment dans la phase aiguë de la chimiothérapie où le patient n'est pas bien du tout bah ça m'arrive d'hospitaliser plutôt d'emblée que de réévaluer.

Pensez-vous que votre prise en charge est améliorable ? Si oui comment ?

Elle serait améliorable, dans le cadre où ça aiderait d'avoir l'avis d'un psychiatre dans des délais, on va dire raisonnables. Actuellement c'est pas toujours facile d'avoir l'avis d'un psy dans les 24 à 48 heures, souvent on est quand même dans des délais plus longs et le seul moyen d'avoir un avis d'un expert c'est via les urgences, via l'hôpital. Si on avait un accès plus rapidement, dans la crise suicidaire à des spécialistes, j pense que ça pourrait aider à mieux juger de la situation.

Quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Bah oui, le spécialiste hein, le psychiatre. Des fois nous on a l'impression que quelqu'un est suicidaire, il voit le spécialiste et le spécialiste nous rassure très très vite en disant non,non,non, y'a des idées suicidaires mais y'a pas de risque de passage à l'acte, donc on met en route un traitement et puis on réévalue, dans un, deux, trois, voire quatre semaines parce que y'a pas de risque de passage à l'acte . J'comprends pas toujours comment il a jugé, comment il a réussi lui à faire la part des choses entre réel risque et pas de risque donc je pense à des formations qui nous permettent vraiment de dépister ce point spécifique, combien de temps on a, est-ce que vraiment avec le degré d'urgence, il faut agir maintenant , aujourd'hui, demain ou après-demain, ou est-ce qu'on a le temps de mettre quelque chose en place tranquillement, en fait de mieux apprécier le degré d'urgence, entre autre avec un avis secondaire de quelqu'un qui est plus formé sur le terrain psychologique et psychiatrique . J'pense que des fois, on n'a pas assez de recul, et puis c'est le temps aussi, si on a que voilà une demi-heure, on est en période d'épidémie et puis y'a quelqu'un qui débarque, qui dit je suis pas bien docteur, bah ça met une sacrée pression, donc je pense que cette pression n'est pas toujours favorable à poser un diagnostic sereinement et de réévaluer après 24 heures ou 48 heures. Si on avait plus de temps, je pense que ça serait sacrément bénéfique pour le patient.

Le questionnaire est fini, avez-vous des choses à ajouter ?

Je trouve que globalement quand même, on est relativement souvent confrontés à ce mot, suicide, idées suicidaires, par contre je pense qu'il faut vraiment départager deux choses, les troubles psychiatriques vrais : les schizophrènes, les bipolarités, les dépressions chroniques, les troubles du caractère, qui sont déjà dépressifs depuis vingt ans et qui sont suivis en hôpital de jour psychiatrique et qui sont complètement désocialisés, qui ne travaillent plus, qui sont à domicile, je pense qu'ils sont vraiment à mettre d'un côté et puis de l'autre côté les problèmes de ... les gens "normaux" entre guillemets qui présentent des difficultés sur des moments de la vie, eux ils y ont toute leur structure qui s'effondre dans le contexte d'une maladie aiguë, dans le contexte d'une crise familiale, d'une crise personnelle, d'une crise au niveau du travail, où je pense que le risque suicidaire est différent. Je pense que ce sont deux risques suicidaires à différencier. Je pense que la crise dans les deux situations est à gérer différemment. Je pense que l'approche du suicide doit être différente en fonction de la pathologie et de l'état de base du patient. Je pense qu'il y a une différence à faire. C'est mon ressenti personnel avec l'expérience, le peu d'expérience que j'ai. Je pense qu'il faut se méfier beaucoup plus du suicide du patient psychiatrique qu'on n'arrive pas à juger correctement parce qu'ils n'ont pas des réactions entre guillemets "normales" et le patient lambda qui traverse une crise où je pense avec un interrogatoire vraiment poussé et avec le temps où on arrive à apprécier la réelle crise suicidaire. Ma réaction n'est pas la même et ne sera jamais la même en fonction de l'état de base du patient mais que

l'on ne peut apprécier que si on le connaît, si on connaît le contexte et la personne dans sa globalité.

Médecin E

Donc le thème c'est la prévention du suicide chez les patients en médecine générale. La question de recherche est : comment les médecins généralistes évaluent-ils le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation, sur quels indices ?, quels sont les facteurs freinateurs ou facilitateurs au diagnostic ? Pourquoi j'ai choisi ce thème ? Alors en regardant la littérature, j'ai lu que 60 à 70 % des patients qui avaient fait un geste suicidaire avaient consulté leur généraliste dans le mois précédent et environ 36 % la semaine précédente. . Donc en voyant ces chiffres on peut se dire que le médecin généraliste à un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont le médecin généraliste diagnostique les patients en crise suicidaire et les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire parce qu'il n'en existe pas et éventuellement des critères qui servent d'ébauche à un outil diagnostique utilisable en médecine générale.

Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Je suis médecin généraliste depuis 2006, j'ai d'abord fait une année de remplacement puis je me suis rapidement installée en

collaboration, donc là je travaille à temps partiel en collaboration, voilà, dans un cabinet libéral en ville. J'ai 34 ans.

Quel est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Oula ! Euu, ça c'est difficile. Bah en médecine générale euuu, ma qualité et mon défaut c'est un peu lié, c'est que j'écoute peut-être un peu trop longtemps les patients donc du coup je me retrouve en retard et parfois j'ai un peu de mal à canaliser les patients, donc ça peut être une qualité d'une part et ça peut être un défaut au niveau de l'organisation et voilà.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Parce que je ne voulais pas m'enfermer dans une spécialité et ... bon la médecine déjà m'intéressait évidemment pour soigner les gens, prendre soin etc...Et la médecine générale en particulier, c'est parce que vraiment je voulais avoir une activité variée, ne pas m'enfermer dans une spécialité, ne pas..., tout bêtement savoir comment soigner mon enfant s'il a une maladie toute simple, euuu voilà quoi.

Comment décririez-vous votre pratique ? Si vous aviez à décrire votre pratique de médecine générale, que diriez-vous ?

J'ai une activité variée, comme je suis jeune installée, je vois quand même pas mal d'enfants, on est en ville en plus donc on voit pas mal d'enfants, on voit pas mal de femmes, sur le plan gynécologique notamment, euuu, je vois pas mal de migrants, probablement plus que mes collègues, et, donc une activité variée.

Par exemple, quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable, et si oui selon quels critères ?

Alors la durée moyenne c'est quinze minutes, quinze à vingt minutes, elle est modulable quand on le sait d'avance, sur les examens des nourrissons par exemple, j'y consacre un peu plus de temps, les examens gynécologiques, surtout quand c'est les premiers, j'y consacre plus de temps aussi sur le planning euuuu, poses de stérilet, voilà euu elle est modulable aussi en fonction des demandes des patients, y'a des patients qui viennent avec beaucoup de demandes dont faut régler chaque demande chacune leur tour, ou pas d'ailleurs mais faut quand même les écouter toutes pour savoir laquelle est la plus urgente et bah des fois ça peut être modulable parce que le patient à envie de parler, il a besoin... enfin...on doit lui consacrer plus de temps pour un motif psychologique plutôt quoi.

Selon vous, le médecin généraliste a-t'il un rôle à jouer dans la prévention du suicide ? Si oui lequel ?

Oui, parce que c'est le médecin généraliste qui le diagnostique en général, enfin qui diagnostique un état dépressif, c'est le premier recours. Les gens viennent voir le médecin généraliste, ils ne vont pas voir le psychiatre en premier abord, surtout qu'ils en ont peur. Ca c'est plus par rapport à la dépression, après l'acte suicidaire en lui-même euu...bah si j'y pense qu'il y a beaucoup de gens qui peuvent consulter pour un motif anodin et qui ont peut-être ça en arrière-pensée. C'est le premier contact quoi.

Quand vous recevez un patient dépressif ou suicidaire, quel est votre ressenti vis-à-vis de ce patient ?

C'est difficile, qu'entends-tu par ressenti ?

Euu, j'sais pas y'a certaines personnes qui ont des préjugés, je sais pas, par rapport à certains patients, quel est votre ressenti personnel quand vous voyez un patient comme ça ? Que-ce-que vous vous dites ?

Bah, ça dépend de... ça dépend de la personne si je la connais ou pas, y'a des personnes qui sont déprimées, que je connais, et qui sont agaçantes donc là ouuu, encore !, y'a des personnes que je connais, qui sont déprimées et c'est nouveau, y'a un facteur extérieur, donc là je suis plutôt empathique, compatissante, j'sais pas, un deuil dans la famille, un événement particulier, donc là ce sera ... enfin je fouille un petit peu avant d'avoir un avis quoi, est-ce que c'est quelqu'un qui exagère aussi,

parce qu'il y a des gens qui disent qui sont dépressifs, voilà, et puis finalement euu ça fait deux ans que je les connais et qui disent toujours la même chose donc je suis moins inquiète et puis y'a des gens chez qui c'est un état nouveau, c'est euuu, oui je fouille un peu en fait avant d'avoir un ressenti sauf si je connais les patients et je sais qu'ils sont pénibles, qu'ils vont toujours me dire la même chose et que voilà.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, suicides ou tentatives de suicide ?

Suicides non, TS non plus, euuu dépressions si y'a des gens qui, oui dans mon entourage, qui pouvaient avoir des passages un peu à vide, mais jamais jusqu'à des extrémités comme ça.

Comment l'avez-vous vécu et est-ce que cet épisode a modifié votre vision ou votre prise en charge de la dépression ou du suicide ?

Ca n'a pas changé je pense. Euuu comment je l'ai vécu ? Bah plutôt ..., de toute façon, comme beaucoup d'entourage c'est-à-dire de l'impuissance quoi parce qu'on n'a pas forcément les moyens de traiter la source de la dépression en fait. On peut encourager à aller voir un spécialiste ou aller voir un autre médecin parce que si c'est mon entourage j'vais pas aller m'immiscer dans le traitement mais bon encourager à aller voir le médecin, encourager à un suivi, mais après voilà être empathique, essayer de passer des moments agréables, de

discuter, passer des coups de fils, voilà quoi avec un sentiment parfois d'impuissance parce que ça bouge pas, parce qu'on sent que la personne n'est pas forcément mieux et puis à d'autres moments on sent qu'elle est mieux donc bon.

Et professionnellement, cet épisode a retenti sur votre prise en charge ?

Non.

Avez-vous déjà été confrontée au suicide ou à la tentative de suicide d'un patient ?

Au suicide non, à la tentative de suicide oui euu, mais des TS médicamenteuses qui n'auraient rien fait de mal quoi.

Vous y attendiez-vous ?

Non. Mais, c'est enfin, ... tout en sachant, enfin voilà, sur des récurrences en fait, des gens qui avaient pu nous dire qu'ils avaient déjà fait... qu'ils avaient déjà eu des comportements un peu excessifs avec des médicaments, pour dormir, voilà quand je pose la question, ils disent que c'était pas pour se tuer.

Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ?

Pas forcément, j' pense à une patiente par exemple, moi j'peux pas éviter qu'elle se sépare de son compagnon et voilà, je sais que c'est une personne fragile, que chaque évènement de vie pourra la fragiliser encore plus. Quand j'ai su qu'elle avait fait une TS médicamenteuse, c'est parce qu'elle venait de se séparer de son compagnon, je ne peux pas l'anticiper. Après on peut essayer de la prendre en charge, l'encourager à se faire suivre pour traiter entre guillemets "sa fragilité" mais ça c'est déjà une fragilité qui est prise en charge. Ceci dit la méthode utilisée n'était pas dangereuse. C'était clairement un appel à l'aide, voilà j'ai des patients qui ont fait des appels à l'aide mais pas de réelles tentatives de suicides dangereuses.

Vous en aviez parlé un peu avant cet épisode ?

En l'occurrence pour cette patiente, oh si parce qu'elle avait dû me dire déjà qu'elle avait fait des tentativesenfin, des consommations excessives de médicaments (rires) mais euuu voilà. Si si, puis quand je vois quelqu'un qui est déprimé, je lui pose clairement la question : "est-ce que vous avez pensé à la mort ?", puis après voilà "est-ce que vous avez déjà pensé à vous faire du mal ?", selon la réponse je dis "est-ce que vous avez déjà pensé à vous suicider ?" Soit il me répond ah non non non non, y'a pas..., jamais j'ai pensé à me faire du mal à part trois traits sur le bras, bon, là ça va. S'il ne répond pas franchement je lui pose la question directement du suicide. Ou parfois ils répondent franchement, bah oui, j'ai déjà pensé sauter du toit ou des choses comme ça... mais c'est pas arrivé souvent heureusement.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide avec vos patients ? Etes-vous gênée pour aborder le sujet ?

Je suis toujours gênée parce que j'ai peur de leur donner des idées mais je gradue en fait, d'abord est-ce que vous avez déjà pensé à la mort en général, est-ce que ça vous obsède, est-ce que c'est quelque chose qui revient souvent ? Après est-ce que vous vous êtes déjà fait du mal ou est-ce que vous avez déjà pensé vous faire du mal ? Et puis après selon la réponse est-ce que vous avez déjà pensé à votre propre mort ou à mettre fin à vos jours ? etc...

Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Bah, oui, bah disons que j'ai peur que ça donne des idées en particulier à des adolescents qui n'auraient pas encore eu trop l'idée euuu, enfin, au moment de poser la question j'ai peur que ça donne des idées mais finalement j' pense que s'il a l'idée, il l'a déjà. C'est pas parce qu'on parle de ça que, ...enfin à postériori quand j'y réfléchis j' pense pas en soit, mais au moment de poser la question j'ai toujours cette petite crainte, quand-même, parce que ça reste une solution à son problème, enfin, ça peut être considéré par lui comme une solution à son problème. Alors parfois quand je vois que c'est un peu hésitant, et bien je l'invite à me contacter si jamais des idées comme celles-là lui viennent, que ça va pas, qu'à un moment donné il a envie de se faire du mal, je lui explique qu'il peut soit venir ici, venez avant pour en

parler euuu, si le cabinet est fermé allez aux urgences pour en parler, etc... J'essaie de l'orienter si je sens que la réponse est ambiguë ou pas très claire.

Pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

J'sais pas, moi je dirais que le patient a vraiment élaboré un projet clair dans sa tête, après il suffit juste du déclic pour le mettre en place quoi, un projet de suicide clair dans sa tête en fait.

Et pour vous, ça dure combien de temps une crise suicidaire ?

Alors là !? Bah, le déclic il peut être très rapide, de juste l'idée, le scénario à la mise en place, ça peut être très rapide, à mon avis même c'est extrêmement court. Après souvent quand-même, je pense que les gens ont déjà réfléchi au scénario, parce qu'on s'isole pas sur un coup de tête avec une tonne de médicaments comme ça, j pense qu'on a déjà un peu réfléchi, l'idée a traversé un peu l'esprit, donc à mon avis ça dure un peu quand même, ça peut durer plusieurs jours ou plusieurs semaines peut-être mais après le déclic doit être très court, c'est pour ça que des fois les gens se suicident et on n'a pas eu de signes avant-coureurs, si on fouille, souvent on trouve des signes avant-coureurs mais souvent, enfin parfois ça reste assez étonnant quand même et puis quand on fouille on dit y'avait ceci, y'avait cela, oui mais pour les interpréter comme tels à ce moment-là euuu, c'est compliqué.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Bah je cherche des idées de suicide quand je vois des signes de dépression, mais parfois les gens ne viennent pas parce qu'ils sont déprimés, si je trouve que le motif de consultation ne vaut pas le coup entre guillemets, est bénin, enfin voilà, si je trouve que ça colle pas avec la personnalité du patient quoi. S'il se plaint juste d'une douleur au pied par exemple, voilà, ça va pas avec la personnalité du patient ou alors quand ils me disent franchement voilà j'suis déprimé même pas forcément déprimé mais qu'ils me disent...y'a des petits signes y'a un amaigrissement, y'a voilà, j pense que je pose assez facilement la question du moral, et le moral, comment va le moral ? Bref une question un peu ouverte qui parfois permet d'accrocher certaines choses, mais de façon tout à fait anodine quoi, quelqu'un qui vient pour son renouvellement de traitement ou autre chose, "et le moral est bon ?", surtout si je sens que le moral n'est pas forcément très bon enfin... Quelqu'un qui est très enjoué ou qui n'est pas très enjoué, c'est pas pareil quoi.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Un changement de ... enfin si je connais le patient un changement de personnalité par rapport à ce que je connais d'habitude, je disais là tout à l'heure, un motif trop bénin quoi ou pas suffisamment clair, quand les gens tournent un peu autour

du pot, des choses comme ça oui c'est surtout ça en fait, chez quelqu'un que je ne connais pas c'est plus difficile.

Par exemple, chez quelqu'un que vous ne connaissez pas, qu'est ce qui peut vous mettre la puce à l'oreille ?

Euuu, c'est difficile, faut que je réfléchisse...., bah si, si je le connais pas je lui demande toujours pourquoi il vient me voir moi, donc s'il vient me voir alors que son médecin traitant à priori il est là présent, ça ça me met la puce à l'oreille, enfin, ça me permet de dire tiens, y'a peut être un truc, un truc bizarre là, quelqu'un qui va pas voir son médecin traitant. Puis après c'est plus le discours en fait je pense, la façon d'être, mais c'est subtil quoi, c'est...on a toujours l'idée je pense, c'est la patience que je peux avoir aussi, si je suis en retard et tout ça et que la personne me dit j'suis enrhumée, c'est pas mon patient, j'vais pas forcément euu fouiller non plus, c'est vrai qu'il faut un peu de temps quand même.

Quels pourraient être les freins au diagnostic de crise suicidaire ?

Ah bah le retard oui, enfin le retard dans le planning, le manque de temps quoi, enfin le manque de temps ou l'impression d'être en retard, voilà, je pense que c'est ça. Ca peut être aussi un patient pénible, y'en a, des gens qui ont toujours des motifs de ... des sources d'angoisse ou des choses comme ça, qu'on suit depuis longtemps, qu'on connaît, qui sont toujours très angoissés

puis peut-être qu'un jour ils seront plus angoissés qu'un autre et ils pourront passer à l'acte mais on minimise parce qu'à force de crier au loup euu, c'est un petit peu ça, l'histoire de l'agneau qui crie au loup quoi, ça ça peut être un frein et puis j'sais pas moi, une contrariété personnelle, y'a des jours où l'on a pas forcément envie de s'immiscer dans les soucis des autres y'a des facteurs propres au médecin, à l'organisation de la journée puis au patient quoi je pense ou à quelqu'un qu'est vraiment hermétique aussi hein, il va consulter parce que y'a quelque chose qui va pas sauf qu'il va rien dire quoi, et qu'on va pas trouver le mot qui va faire déclencher le problème, la parole du patient quoi.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

Oui, enfin en tous cas sur les premières consultations. Après quand le patient va mieux, parce que quand même souvent ils vont mieux, bon je leur repose pas la question du suicide puisqu'ils vont mieux. Mais si, systématiquement quand quelqu'un va pas bien, au diagnostic d'un syndrome dépressif ou pseudo-dépressif, je pose la question.

Chez un patient en crise suicidaire, que faites-vous ?

Je crois que j'ai jamais été confronté à cette situation (rires), ce que je ferais c'est que j'essaierais de l'hospitaliser, enfin de lui vendre l'hospitalisation Si, récemment j'ai eu une patiente qu'était euu impulsive, et sur des moments d'impulsivité j'avais peur

qu'elle se fasse en effet mal, et là je lui ai vendu l'hospitalisation, j'ai réussi à lui vendre l'hospitalisation, une dame enceinte en plus et euuu ouais, parce que je l'avais déjà hospitalisé à sa demande, il y a à peu près un an en septembre de l'année dernière, je l'avais mis sous anti-dépresseurs, je l'avais hospitalisé à sa demande, et puis donc elle avait été très bien après son hospitalisation, elle est tombée enceinte en sortant, ils ont arrêté le traitement anti-dépresseur, parce que quand même sur une grossesse euuu faut pas déconner, sauf qu'en fait au début ça allait bien mais après elle a décompensé, forcément, et son syndrome dépressif s'exprimait aussi par de l'angoisse, de l'agressivité et là j'avais peur en effet qu'elle se fasse du mal, et là j'avais réussi à l'hospitaliser, à la convaincre en fait. Elle ne voulait pas au départ puis j'ai réussi à la convaincre, avec l'infirmière de la PMI, la sage-femme, enfin bon, ... y'avait eu du monde. Mais oui, c'est ça qu'est difficile en fait, c'est ça qu'est difficile parce quand ils veulent pas, ils veulent pas hein, mais je pense que l'hospitalisation est nécessaire quand il y a une crise suicidaire, mais après ...

Evaluez-vous le degré d'urgence, et si oui comment ?

Euuu, en fonction de ce qu'il veut, de ce que le patient accepte en fait, après voilà déjà ça dépend de s'il me dit "j'ai des envies de sauter par la fenêtre", c'est franco voilà, là je vais insister pour qu'il aille à l'hôpital, y'a éventuellement les urgences pour déjà rencontrer, j'dis forcément une hospitalisation mais rencontrer un spécialiste quand même dans un premier temps, pas forcément

rester ,etc... Je dis pas forcément une hospitalisation mais au moins un avis spécialisé. S'il est déjà suivi par un psychiatre, éventuellement je peux l'appeler mais ils sont pas toujours joignables quoi, mais bon voilà, c'est une option en tout cas. J'ai pas eu à faire ça jusque là, mais voilà j pense que j'essaierais d'aller vers les urgences parce qu'il y a toujours un psychiatre d'astreinte quand même, y'a aussi des infirmiers psy et tout ça pour un peu désamorcer aussi et puis parfois s'il accepte l'hospitalisation mais que la place d'hospitalisation n'est disponible que le lendemain, ben si je sens avec le patient que ça peut aller parce qu'il a un objectif, il a un rendez-vous le lendemain, si je sens que ça l'apaise etc... bon ben je le laisse rentrer à la maison mais si je sens que c'est pas suffisant, enfin, je ne me pose même pas la question de l'hospitalisation, je l'adresse aux urgences. Après le tout c'est de le convaincre. Mais moi je peux pas gérer une crise suicidaire, j'suis pas compétente, c'est pas notre métier. Et puis de tout façon, on peut pas le surveiller, on peut pas le protéger contre lui-même quoi le patient.

Pensez-vous que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui comment ?

Oh bah sûrement. C'est sûrement améliorable hein, qu'est-ce que je pourrais faire de mieux ? Euuuu, ce que j'ai parfois du mal à faire, que je vais peut-être faire un peu mieux maintenant, voilà, on a toujours un peu de progrès à faire, c'est de..., d'occulter tout ce qui est extérieur à la consultation, c'est-à-dire, quand je vois quelqu'un en consultation, c'est ne pas penser à la consultation

précédente, ou à la consultation suivante, ah tiens je sais que j'avais vu untel, si je réfléchis déjà à la consultation suivante je ne me concentre pas sur le patient, me détacher aussi du planning, des fois j'suis en retard dans mes consultations, bah tant pis j'suis en retard, les gens ils vont attendre un peu, ce patient là a besoin d'un peu plus de temps. Euuu ça j'suis sûre que je peux encore faire des progrès. Se détacher, j'sais pas moi, des contrariétés toutes bêtes, un souci de voiture, ma fille qui m'a énervé parce qu'elle n'était pas sage, euu, voilà. Enfin bon vraiment se détacher de tout ce qui ne concerne pas la consultation, se consacrer vraiment au patient, j pense que ça c'est important. Mais bon comme ce que je disais tout à l'heure, un de mes problèmes c'est d'écouter trop aussi donc euuu, à un moment donné il faut quand même que je dise stop, là il faut s'arrêter, il faut passer à autre chose, ou il faut avancer.

Quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Bah l'absence de planning hein, c'est pas gérable parce qu'il faut bien un planning mais bon c'est vrai que ne plus avoir ce problème de.... cette idée que les patients vont attendre etc...ça c'est, ça libère un peu plus de temps, donc ça c'est des trucs complètement d'organisation, sinon c'est... je sais pas trop en fait parce qu'il faut aussi que le patient accepte de parler et souvent finalement la réticence elle est là, je sais pas trop, parce que je sais qu'il y a des échelles par exemple de dépression tout ça mais je les utilise pas du tout parce que je sais pas les utiliser, il faudrait que je fasse une formation là dessus, projet prochain.

Non, ce qui pourrait m'aider je pense c'est plus développer le réseau et avoir quelques pistes pour convaincre les patients quoi, les patients de se faire prendre en charge parce que finalement c'est ça le plus difficile ils acceptent de venir voir le médecin généraliste mais quand on estime qu'on est dépassé par la situation, ils n'acceptent pas forcément d'aller voir le psychiatre hein. Ils faudrait qu'on puisse avoir des outils, des arguments pour convaincre et ça c'est pas facile hein et peut-être avoir un accès plus rapide aux psychiatres et aux centres médico-psychologiques, tout ça mais bon ça c'est l'organisation de la santé en général.

Des choses à ajouter sur le sujet ?

Oh bah j'espère ne jamais être confrontée à avoir la nouvelle d'un des patients que j'ai vu dans la semaine qui précédait qui s'est tué parce que ça me ferait mal je pense, on doit bien se remettre en question mais j pense qu'on n'est pas infaillibles non plus et voilà, quand un patient veut pas nous dire, il veut pas nous dire quoi. Moi j pense que quelqu'un qui veut vraiment se suicider, il y arrive par tous les moyens, il demande même pas d'ailleurs. Après voilà, y'a toute une partie des patients qui ne sont pas bien, qui demandent de l'aide mais qu'on n'arrive pas à entendre parce qu'ils ne l'expriment pas bien non plus cette aide et je sais pas trop ... les patients qui ont consulté dans la semaine précédente consultaient pour quel motif ? C'est ça qui faudrait voir aussi. Parce que si c'est un motif tout à fait bénin euuu, c'est pas évident non plus, on ne peut pas deviner non plus, on n'est

pas devins, pas encore... (rires) C'est ça qui est difficile, parce que si c'est pour un rhume, on va pas poser la question à chaque patient "est-ce que vous êtes suicidaires ?" non, bon, alors votre rhume... C'est ça qui est difficile. Ce qui est difficile aussi c'est de différencier le discours des adolescents du discours des adultes, le discours des femmes du discours des hommes, y'a quand même une différence, les hommes parleront quand-même moins, c'est plus difficile de tirer les vers du nez d'un homme que d'une femme, c'est peut-être pour ça qu'il y a plus de suicides chez les hommes que chez les femmes, j'sais pas et puis les ados on sait jamais trop hein, avec eux, j'suis pas forcément très à l'aise parce que ça peut être tout et n'importe quoi hein, ils sont excessifs dans plein de choses mais ils vont pas forcément passer à l'acte. Par contre, s'ils passent à l'acte, sans forcément vouloir aller jusqu'à la mort, ils vont peut-être y arriver quand même. C'est un peu difficile ça la situation des ados, c'est un peu particulier, de savoir ce qu'ils pensent vraiment dans leur petite tête, de savoir si c'est juste de la provocation pour embêter les parents ou si c'est réel, c'est pas simple.

Médecin F

Je fais ma thèse sur le thème de la prévention du suicide en pratique de médecine générale et je cherche à savoir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation, sur quels indices, quels sont les freins ou facteurs facilitateurs au diagnostic parce qu'en lisant la littérature médicale, j'ai vu que 60 à 70 % des patients ayant fait un acte suicidaire avaient consulté leur généraliste dans le mois précédent et environ 36 % dans la semaine précédant l'acte. Ces résultats montrent que le généraliste a vraisemblablement un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

L'objectif primaire est donc d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, sur quels indices, quand, comment, etc...et puis l'objectif secondaire est de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire car ils n'existent pas, qui pourraient peut-être servir d'ébauche à un outil diagnostique utilisable en pratique de médecine générale.

Tout d'abord, si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Que je suis médecin généraliste libéral, en campagne, installée depuis 2005. Alors que j'apprécie la pédiatrie, la psychiatrie n'est

pas ce que je préfère, mais je pense que d'après ce que me disent les gens, ils sont plutôt demandeurs de revenir parler avec moi, donc je pense que je suis suffisamment à l'écoute pour être appréciée, voilà. La psychiatrie n'est pas ce que je préfère on va dire, voilà,...c'est tout.

Quelle est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Ma plus grande qualité euuu, je pense que je suis à l'écoute des patients. Mon plus grand défaut, je ne suis pas assez rigoureuse sur les formations médicales continues, euuuuu, voilà, je ne suis peut-être pas les recommandations nin nin nin voilà. J pense qu'il faut que je m'y tienne un peu plus parfois. Je prends peut-être beaucoup de libertés dans certains domaines, voilà, ce qui peut aussi être une qualité.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine, et la médecine générale en particulier ?

La médecine parce que ça me semblait être la chose la plus utile et que je ne voyais vraiment pas quoi faire d'autre à partir du moment où j'ai pensé à ça, que pour moi la santé c'est important et donc forcément je voulais rendre service par ce biais là. Euuu pourquoi la médecine générale ? Parce que je n'arrivais pas à me choisir une spécialité et que c'est par la médecine générale qu'on est quand même très inclus dans la vie de tous les jours des gens et comme j'aime bien être proche des gens, c'est pour

cela que ça me plaisait je pense. Ouais voilà c'est ça. Et puis je ne voulais pas rester à l'hôpital, la lourdeur administrative de l'hôpital euuu bon, j'avais besoin d'un peu de liberté, donc ça m'allait bien.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Euuu, variée, dynamique, prenante, euuu, voilà... Bien avec mes collègues hein, voilà, on travaille plutôt ensemble, c'est agréable aussi de ce fait là.

Quelle est votre durée moyenne de consultation, est-elle modulable ? Selon quels critères ?

Alors, oui, elle est modulable, euuu en général je prévois des plages de vingt minutes, quand ça ne nécessite pas vingt minutes, et bien je ne prends pas vingt minutes et voilà mais quand faut prendre une heure sur une consultation et bien je prends une heure sur une consultation, je n'arrive jamais à dire aux gens c'est terminé pour aujourd'hui, vous reviendrez à un autre moment, je sais qu'il y a des médecins qui le font car ils tiennent absolument à cadrer dans les horaires, moi j'ai du mal à faire ça, donc euuu ça m'arrive d'avoir du retard, une demi-heure de retard, c'est assez fréquent mais c'est pas parce que je suis arrivée en retard ou que j'ai trainé chez moi, c'est parce que j'ai pris pour un patient à un moment donné bah quarante, cinquante minutes parce qu'il avait besoin de parler, parce qu'il venait pour plusieurs choses euu, voilà. Et quand les gens râlent, je leur dis

ben quand ça sera pour vous, je prendrai le temps qui faudra aussi et en général ils comprennent, ça les calme. Quand il faut que cinq minutes pour un vaccin d'enfant, et que j'ai déjà examiné dix jours avant et ben je prends que cinq minutes pour cette consultation-là voilà. J'essaie de ne pas trop me mettre de contraintes inutiles quoi, je veux garder une certaine liberté.

Selon vous, un médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide? Si oui lequel ?

C'est quand même nous qui connaissons beaucoup les patients, parce que si on suit la personne depuis un certain temps, les familles nous parlent pas que des symptômes mais aussi de leurs ressentis, de leur difficultés avec les enfants, enfin voilà, des discours quand même sur leur vie en général, et donc petit à petit on connaît le fonctionnement des gens, on connaît leur raisonnement, on sait s'ils vont parler difficilement ou pas, donc on connaît assez bien les gens. C'est nous qui quand même, dans les médecins, dans le corps médical sommes les gens qui connaissons le mieux, je trouve, les patients, donc je pense qu'on a un rôle important à jouer....euuu... avec l'entourage. Quel rôle ? Ben de.....justement d'être suffisamment à l'écoute pour que la personne se sente suffisamment en confiance, pour livrer ses problèmes même si ce sont des choses lourdes, pour être suffisamment à l'aise pour oser parler au médecin. J pense que c'est ça qui faut amener dans la conversation, mettre la personne à l'aise et voilà, et prendre le temps, si la personne nous tend une perche, si à la fin de la consultation...parce que souvent les

choses ne sont pas dites clairement quoi, c'est un petit mot en fin de consultation "et puis en ce moment je dors mal", bah savoir prendre quand même le temps nécessaire pour voir s'il est pas en train de se passer un drame ou quelque chose qui remet en cause beaucoup de choses au niveau de son équilibre mental et qui pourrait éventuellement le pousser à faire une dépression voilà. Mais y'a des gens qui n'osent pas, qui sont très pudiques, qui viennent juste renouveler leur traitement et qui ont peur de nous embêter, ils nous disent à la fin de la consultation "excusez-moi docteur, je vous embête avec mes soucis", qui ont peur de nous embêter avec des choses qui pourtant peuvent avoir un retentissement sur leur santé euuu, sans parler du geste suicidaire mais sur leur santé en général. Prendre le temps et savoir tendre les perches un petit peu quoi.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Alors j'essaie d'être dans l'empathie un petit peu et de comprendre euuu... de lui poser des questions pour essayer de comprendre ce qui le met dans sa dépression, ce qui fait qu'il n'est pas bien et éventuellement si l'idée suicidaire a été évoquée ou pas euu essayer de voir si c'est déjà quelque chose qui a été réfléchi ou quelque chose qui est juste dit au cours de la consultation parce que le patient a l'idée en tête de se faire hospitaliser, certains patients n'osent pas demander directement l'hospitalisation, j'ai une patiente qui m'a dit qu'elle avait pensé au suicide, elle voulait être hospitalisée et elle était soulagée quand

j'ai parlé hospitalisation voilà, faut essayer de débrouiller un petit peu le terrain, parler, faire parler les gens en fait, donc ça prend du temps Après ce que moi je ressens euuu, de l'embarras en général (rires) parce que c'est que les gens sont dans une souffrance importante et on a envie de les aider du mieux qu'on peut, voilà.

Avez-vous déjà eu une ou des expérience(s), personnelle(s) ou familiale(s) de dépression(s), TS ou suicide ?

Alors familiale oui, j'ai un frère dépressif suite à un divorce, voilà,... et alcoolique. Dans les périodes alcoolisation, il a eu des propos suicidaires, sans pour autant jamais passer à l'acte en étant à jeun, mais une pratique très à risque sous l'emprise de l'alcool avec des propos clairement exprimés mais toujours quand il était à plus de deux grammes à mon avis. Enfin, voilà, très alcoolisé. Alors je ne sais pas si ça désinhibait, si c'était vraiment sa pensée, il a été vu par des psychiatres qui l'ont mis sous antidépresseurs à bonne dose, enfin voilà, je pense qu'il y a un fond dépressif et que l'alcoolisation le poussait dans des conduites à risque en tous cas .Mais je pense que derrière ses conduites à risque il y avait l'envie d'en finir, voilà, je pense. Voilà, c'est tout mais c'est suffisant (rires).

Comment l'avez-vous vécu et est-ce que cet épisode a modifié votre prise en charge ou votre relation au patient dépressif ou suicidaire ?

Oui, alors comment je l'ai vécu ? Euuu mal sur le plan personnel parce qu'on se sent désarmé, démuni, que en plus en étant médecin on ne sait pas si... enfin ça modifie la relation aux autres dans notre famille quand on est médecin, voilà du coup ils me renvoyaient mon statut de médecin à chaque fois en plein poire alors que j'étais sa sœur, en l'occurrence. Et puis la famille attend beaucoup de nous parce que justement on est médecin donc on doit tout savoir, voilà donc difficile à gérer, difficile .Il se trouve qu'en ce moment ça va mieux, momentanément donc j'en parle plus facilement mais vous m'auriez posé cette question-là y'a six mois, ça n'aurait pas été la même chose. Est-ce que ça me fait changer ma pratique personnelle ? Oui, euu parce que j'ai beaucoup plus de mal d'être dans quelque chose d'objectif et de distant dès qu'il y a un problème d'alcool qui m'évoque mon frère. Je sais bien que c'est pas comme ça que ça doit être fait. A tel point que quand Dr X a quitté le cabinet, on a un patient qui est dans une conduite à risque avec des alcoolisations fréquentes, systématiques, à l'extrême qui se met dans une conduite à risque, qui est dépressif et qui est exactement sur le même schéma que mon frère, son père et lui m'ont demandé d'être son médecin traitant quand le Dr X est parti, j'ai refusé. Je leur ai expliqué pourquoi. Ce n'est pas moi qui le suis, j'en étais incapable. Je faisais clairement un transfert. Oui, sur ma pratique personnelle je pense que ça a joué. En dehors de ces conduites à l'extrême, je pense que je suis plus à l'écoute mais sur l'alcoolologie voilà, j'ai quand même un petit peu du mal quand même ouais, dès qu'il s'agit d'alcool, je suis moins à l'aise qu'avant on va dire. Sur la dépression, je suis peut-être plus à

l'écoute, euu voilà sur les dégâts que peuvent faire la vie familiale, le mensonge, voilà, je suis peut-être plus à l'écoute quand même, parfois les gens sont par vernis. Voilà, sur le côté dépression ou suicide, j pense pas que ça m'ait fait modifié, j'ai pas cette impression-là. Autant sur l'alcool oui, j'ai un rejet de l'alcool, voilà, je ne supporte pas l'alcool en fait et les alcooliques je les mets un peu dans ... Alors que c'est bête puisque que voilà ils ne boivent pas par plaisir, que c'est toujours des gens en souffrance mais l'alcool dans ma famille a fait tellement de dégâts que je bloque un peu.

Avez-vous déjà été confrontée au suicide ou à la tentative de suicide d'un patient ?

Oui, alors euu plus d'une fois. C'est des patients communs au cabinet à chaque fois parce qu'on travaille quand même en patientèle commune, on a eu plusieurs patients qui se sont suicidés.

Vous y attendiez-vous ? Si oui pourquoi ?

Euuu, est-ce que je m'y attendais, non. Alors je réfléchis. Une non, le deuxième patient il faisait des séjours en hôpital psychiatrique régulièrement pour dépression, on sentait son mal de vivre, même si ça n'avait pas été clairement exprimé, donc j'ai pas été surprise. Euu le troisième patient, j'ai pas été surprise, de là à dire que je m'y attendais, non plus. Quatrième patient, je m'y attendais pas du tout. Ouais, ça c'est les quatre qui me

reviennent à l'esprit. Y'en a un autre patient mais je l'ai pas beaucoup connu, si ouais mon collègue va vous en parler, c'est un patient de mon collègue, il s'est suicidé récemment là. Un patient qui avait un lourd passé médical, il était sous poche, il le vivait très mal, il supportait plus sa condition, il nous l'exprimait, il l'avait exprimé à mon collègue hein, je pense qu'il lui avait dit, à moi est-ce qu'il l'avait dit, qu'il souhaitait en finir, peut-être pas ? En tous cas il est passé à l'acte, là on n'a pas été surpris. Parce qu'il l'exprimait, sans pour autant qu'on ait de prises sur lui. Son raisonnement était logique, la vie ne valait plus le coup d'être vécue pour lui, ce qu'on pouvait comprendre euuu, il était jeune, plus de relation à autrui possible, plus de relations intimes parce que cette poche de stomie l'insupportait, avec des douleurs, enfin une vie quotidienne très pénible. Donc les chirurgiens avaient fait leur possible, il avait été opéré, réopéré, voilà, plus d'espoir médical donc plus le souhait de continuer la vie comme ça et là on est désemparé parce qu'on sait comme lui qu'on a fait tout ce qui était possible au niveau médical, hors moi je l'ai pas eu en consultation souvent, à chaque fois que je l'ai vu c'était sur des douleurs ou sur du somatique même si la difficulté de son existence était abordée, j'ai pas eu l'occasion d'aller au bout des choses, d'essayer de le rattacher à quelque chose d'agréable pour lui quoi, les enfants... souvent on arrive à dire qu'il y a du positif, ramener les gens vers le positif, euuu des choses agréables de leur existence, leur montrer qu'il y a des choses agréables, que tout le monde n'est pas vu en noir, en général c'est ce que j'essaie de faire. Là je ne le connaissais pas suffisamment bien pour essayer de le ramener à quelque chose

de positif mais chez ce patient là on sentait une décision ferme d'en finir un jour. Il nous faisait bien comprendre que pour lui c'était un soulagement. Voilà donc oui et non pour votre question.

Et les autres cas, c'était dans quel contexte, quel genre de patient ?

Alors la première patiente, c'était une personne assez désagréable pour son entourage, pour ses enfants, pour son mari, avec pas beaucoup de retours positifs, alors je ne sais pas si elle avait fait une psychanalyse et pourquoi elle était comme ça mais elle était franchement désagréable quoi euuuu et donc elle s'est pendu, voilà y'avait des conflits familiaux importants, alors on est pas ... dans un couple voilà j'avais pas à prendre partie, je sais pas dans le couple ... voilà entre lui et elle mais elle était une personne même avec nous, attachante quelque part mais toujours un peu désagréable envers tout le monde quoi. Est-ce qu'elle était sous antidépresseurs ? Ça fait un petit moment hein, je ne sais plus. Elle avait dû en prendre, si, elle était sous antidépresseurs pour euuu justement je pense ...voilà, elle m'avait jamais exprimé qu'elle désirait se suicider au quelque chose comme ça, je l'avais pas senti suicidaire quoi. Y'avait un mal-être, elle était désagréable euuu, pour autant elle aimait bien profiter de la vie aussi, elle n'était pas déprimée chez elle et à se couper du monde extérieur mais y'avait un conflit familial enfin conjugal important, voilà la vie avec son conjoint était devenue assez insupportable. Et donc elle s'est pendu à un lustre chez elle, alors là c'était quand même la surprise pour moi en tout cas,

mon collègue la connaissait aussi il t'en parlera peut-être. Le deuxième patient donc c'était un patient qui vivait seul, avec son ordinateur, il avait une sœur dans les parages et puis il était très déçu de ses histoires sentimentales, de ses histoires de cœur et il supportait plus la solitude euuu donc il nous parlait hein de ses déceptions, il avait de grands moments de solitude, de mélancolie, il était aussi sous antidépresseurs, il allait à Charcot quand il en pouvait plus, ben il demandait à être hospitalisé, on l'hospitalisait. J'crois que moi je l'ai jamais hospitalisé, moi je le voyais pour..., c'était au début de mon installation donc je voyais les gens plus pour des rhinites ou de la pathologie aiguë au début de mon installation, donc je connaissais les problèmes de fond mais quand c'était des problèmes un peu plus "sérieux" entre guillemets c'était plutôt mes collègues qu'ils allaient voir parce que c'était plus avec les autres médecins qu'ils avaient l'habitude de parler mais je connaissais quand même un peu les gens. Il est sorti de Charcot euuu avec un bon stock de médicaments, d'après sa sœur qui est une de mes patientes puis il a été porté disparu quatre à cinq jours et on l'a retrouvé dans les bois, il a avalé ses médicaments. Et voilà, en pleine forêt, le corps a été retrouvé quelques jours après mais il a été recherché plusieurs jours ce patient. Est-ce qu'il avait laissé un mot chez lui ? Je sais pas. Et voilà, peu de temps après une hospitalisation en milieu psychiatrique. Donc ça c'est le deuxième patient. Donc troisième patient que je connais bien puisque la famille porte plainte contre moi. Donc un patient agriculteur, assez discret, qui parle peu de lui, qui consulte peu, mais qui laisse paraître en fin de consultation certaines fois un mal-être, des troubles du

sommeil, une anxiété, ma collègue le met sous antidépresseurs puis il vient pas renouveler le traitement en fait donc il n'était pas sous antidépresseurs, des conflits toujours avec la famille, des difficultés financières, je le sais parce qu'il y a eu ce dépôt de plainte mais je savais pas qu'il était dans les difficultés financières parce que la fierté sûrement de ce personnage ne poussait pas à étaler ses difficultés financières lors d'une consultation mais en tous cas par sa femme et par ses filles je sais qu'il y avait des conflits familiaux importants, il refusait de voir ses filles, il s'était coupé probablement un peu du monde extérieur parce que lui n'allait pas bien du fait que son exploitation agricole n'allait pas bien du tout. Il avait des remises aux normes à faire, obligatoires, qui n'étaient pas faites, il avait demandé à la banque un prêt qui lui a été refusé, donc ça suivait pas et puis la famille appelle le cabinet à deux reprises en début d'après-midi comme quoi il fallait que je rappelle, sans en dire plus à la secrétaire. La secrétaire me met le message dans les gens à rappeler, je rappelle après mes consultations et donc j'ai son ex-compagne au téléphone qui me dit qu'elle est inquiète parce qu'il ne dort pas bien, il a maigri, il a mal, il n'est pas comme d'habitude, elle est inquiète. C'est une personne qui sait pas bien s'exprimer, elle n'explique jamais les choses clairement, en tous cas quand ses filles étaient malades c'était toujours un peu le cas et là c'est pareil, elle n'explique pas les choses donc je demande à parler au patient. Donc j'ai le patient au téléphone Mr X., je l'interroge sur ses douleurs thoraciques, c'était atypique, je lui demande si ça va, il dit que ça va, qu'il dort pas bien mais il banalise hein, il dit que ça va. Je lui pose plusieurs fois la

question, je lui dis de venir au cabinet, j'avais fini mes consultations mais j'avais encore de l'administratif à faire, je lui dis bien venez au cabinet, il me répond non. Je lui dis venez demain matin au cabinet, il me répond non. Bah venez demain après-midi je vous fixe un rendez-vous pour demain après-midi, il me dit oui, très bien rendez-vous est pris pour 16h30 le lendemain après-midi. J'avais eu son ex-conjointe puis après j'ai sa fille au téléphone, qui me dit qu'elle est inquiète aussi et qu'elle l'accompagnera au rendez-vous du lendemain. Donc la fille est au courant et d'accord pour accompagner son père au rendez-vous du lendemain. J'suis quand même assez inquiète parce que dans le voiture, j'me dis il est agriculteur et je sais que les agriculteurs ont un taux de suicide assez important, donc j'ai cette inquiétude quand même sur ce coup de téléphone mais moi je suis inquiète parce que agriculteur et difficultés et en y pensant sur le trajet de mon domicile...bon... Le lendemain matin, 10 h, coup de téléphone d'un de mes collègues, il a été trouvé pendu, voilà... Donc moi je l'ai pris pour un échec parce que j'avais eu le patient au téléphone la veille. Donc là je suis passée à côté de quelque chose visiblement euuu, je l'ai eu au téléphone...je pense qu'il a masqué aussi. Euuu après dans la chronologie des choses, parce que y'a, voilà, y'a eu enquête de gendarmerie parce qu'ils ont porté plainte au pénal et auprès du conseil de l'Ordre de Vannes. Donc en apprenant les choses, le matin il avait la visite du fameux contrôleur qui venait voir si son exploitation avait été remise aux normes. Donc il s'est suicidé une demi-heure ou une heure avant le passage de cette personne-là. Je pense que quand il m'a dit OK pour le rendez-

vous le lendemain après-midi, il savait déjà qu'il serait mort. Enfin, pour moi il a masqué et il était ferme dans sa décision, et il voulait en finir quoi, je pense. Enfin moi c'est comme ça que j'ai analysé les choses à postériori Voilà, donc même en étant à l'écoute, quand une personne masque, je pense qu'on a nos limites. C'est comme ça que je vois les choses. Alors, la famille culpabilise énormément parce qu'il y avait des disputes, je sais que les filles n'avaient pas vu leur père depuis plusieurs mois, elles étaient toutes les deux enceintes, il a quatre filles, ses deux plus grandes étaient toutes les deux enceintes de leur premier enfant au moment du suicide, il le savait, euuu.... ça l'a pas empêché de se suicider, y'avait des tensions familiales importantes. Elles culpabilisent et sont dans la colère. Donc, elles disent qu'elles m'ont demandé de venir, qu'elles m'ont dit qu'il allait se suicider, ce qui n'est pas vrai du tout parce que je me serais déplacée. Mais, plusieurs mois après, donc ça ça s'est passé en mars, et donc elles déposent plainte en juillet. Je pense que la culpabilité et le besoin de matérialiser la colère certainement, voilà ... on porte plainte contre le médecin quoi. Sachant que je les ai vu moi, elles ont demandé un rendez-vous avec moi le lendemain ou le surlendemain du suicide. Donc je reçois la troisième de ses filles avec sa mère et je suis dans l'empathie et j'essaie de ...bah dans la compassion quoi, elles ont perdu quelqu'un de proche et elles me posent des questions et elles ont mal interprété mes réponses, et là-dessus après est parti voilà, le dépôt de plainte. Que j'assume hein, enfin, je pense que j'ai dû rater quelque chose dans cette conversation au téléphone avec le patient dont je ne me souviens pas exactement

mais le ressenti global c'est qu'il a masqué et qu'il savait qu'il allait passer à l'acte quoi, pour moi, voilà. Mais en tous cas, la famille m'en a pas parlé et il a masqué Et le quatrième, c'est un patient que je voyais pour une polyarthrite au niveau des épaules, pas très fréquemment. Mon collègue a été appelé pour un épisode délirant, qui a amené à une hospitalisation d'office à la demande de l'expert psychiatre sur crise paranoïaque. Il va à Charcot. A Charcot avec le traitement ça s'améliore. On a le courrier hein, le psychiatre dit qu'il n'a plus de propos délirants, qu'étant donné sa profession d'agriculteur, c'est toujours difficile dans ces cas-là de maintenir les gens à l'hôpital parce que ça apporte une inquiétude d'avoir l'exploitation sans aide et sans personne pour l'entretenir donc le psychiatre dit qu'il autorise sa sortie, ça devait être dix jours après son entrée, et une semaine après sa sortie de Charcot, il se pend, voilà. Donc c'est mon collègue qui a été aussi appelé pour le décès, c'était pendant mes vacances de cet été. Encore un agriculteur, voilà. J'en sais pas plus parce que lui il m'a jamais exprimé un mal-être, mais alors jamais quoi. Pour moi c'était quelqu'un de dynamique, voilà, un peu bourru là, il avait mal fallait plus qu'il ait mal, euu voilà, c'était ça mais jamais il n'a exprimé une souffrance morale. J'ai appris qu'il avait un fils, eu voilà il m'en avait jamais parlé, mais il consultait très peu aussi quoi.

Et vous vous y attendiez ?

Pas du tout. Mais je l'ai pas vu aussi, c'était pendant mes vacances, je l'ai pas vu en crise paranoïaque euuu, le psychiatre

dans son courrier ne met pas de risque de passage à l'acte non plus quoi, donc euuu. J crois pas qu'il ait exprimé de propos suicidaires ou de choses comme ça.

Pensez-vous que vous auriez pu les éviter ? Si oui comment ?

Alors est-ce que j'aurais pu l'éviter ? Pour la première personne, j pense qu'elle avait besoin d'une psychanalyse parce qu'elle avait quand même un comportement particulier avec son entourage alors que c'est sûrement des gens qu'elle aimait. J pense qu'elle avait besoin d'une psychanalyse voilà. Est-ce qu'on lui a proposé, est-ce qu'elle l'a faite ? Je sais pas. Euu voilà donc pas moi directement mais un psychanalyste, ou en l'orientant plus vers un psychanalyste pour l'aider à lui faire comprendre peut-être que..., parce qu'elle nous faisait part beaucoup de ses difficultés au niveau de son couple et voilà. On aurait dû l'orienter la dessus. Ca a peut-être été fait hein, je connais pas bien le dossier ça avait peut-être été fait ou un psychologue de couple. Ils en avaient peut-être vu un. Mais je pense que cette personne avait besoin d'une psychanalyse pour comprendre pourquoi elle avait ce comportement un peu désagréable alors qu'elle tenait sûrement aux personnes de son entourage. La deuxième personne, oui, j'mis perd un petit peu, bah est-ce que j'aurais pu l'éviter ? Non, j'ai pas cette impression-là. C'était un mal-être existentiel, euuu j pense pas qu'on aurait pu l'éviter. Euu la troisième personne, Mr X en l'occurrence, oui, si la famille avait mieux géré, parce que vus les témoignages que

j'ai eu c'est évident qu'il était en dépression sévère, euh il avait perdu du poids, il dormait plus, il mangeait plus, il était dans une angoisse très importante, voilà, et la famille s'en était rendu compte. La femme nous appelle en demandant à ce que ce soit moi qui rappelle alors qu'il y avait un médecin en visite, mon collègue était en visite. Il suffisait qu'elle explique à la secrétaire pourquoi, pourquoi c'était urgent, il fallait une visite à domicile parce qu'il était très mal, et le système rentrait dans l'ordre, et mon collègue y allait en visite et il se rendait compte, il le connaissait bien, qu'il avait perdu du poids, que ça n'allait pas, qu'il ne dormait plus et on le convainquait d'être..., à ce moment-là en tous cas, on arrivait à le convaincre qu'il soit hospitalisé. Il se serait peut-être suicidé en sortant de l'hôpital psychiatrique parce que ça n'aurait pas amélioré ses difficultés financières, les remises aux normes qui étaient obligatoires, ça n'aurait peut-être pas changé au long terme mais en tous cas à ce moment-là, ça aurait pu se passer autrement. Moi j'en veux un petit peu au secrétariat de ne pas avoir creusé, sa femme a appelé deux fois. Elle a appelé à 14h15, elle a rappelé à 15h pour que je rappelle donc y'a un côté un peu pressant et la secrétaire ne creuse pas. Elle ne dit pas pourquoi, qu'est-ce qui se passe ? Elle est pas très encline à amener la personne à parler, à se livrer un petit peu et en fait ils voulaient que ça soit moi qui rappelle parce qu'ils ont dit dans leur déclaration au conseil de l'ordre qu'il arrivait plus à parler avec moi comme j'étais à l'écoute euh, il était plus à l'aise avec les femmes et elles ont pensé qu'il fallait que ça soit moi qui le vois plutôt qu'un autre médecin du cabinet, sauf que moi ce jour-là j'étais en consultation, débordée et j'étais pas en

visite quoi. Voilà un petit peu les circonstances du drame. Donc oui je pense que ça aurait pu être évité si la famille avait réagi. Je pense que la famille c'est très important parce que ce patient là je pense qu'il était tellement mal et tellement sur son idée suicidaire qu'il était là-dessus et que sur une conversation de dix minutes avec lui ça n'est pas apparu, je pense qu'il a masqué. Voilà, alors peut-être que l'entourage aurait pu ...euh, voilà. Et moi quand elles m'ont eu au téléphone, et ben en tous cas j'ai pas noté ce côté dépression importante. Alors j'ai dit pas que la secrétaire n'aurait pas pu le voir mais en tous cas je l'ai pas vu moi.

Et le quatrième ?

Et le quatrième, est-ce que j'aurais pu l'éviter ? Bah non, bah non, parce que je ne savais pas qu'il n'allait pas bien, j'ai pensé qu'il y avait un côté de crise paranoïaque en même temps, non, sincèrement non.

Avez-vous déjà été confronté à une tentative de suicide ou aux confidences suicidaires d'un patient lors d'une consultation ? Quelle a été votre réaction ?

Alors oui plusieurs fois et j'ai proposé l'hospitalisation, qui a été acceptée une fois, refusée la deuxième fois pour les deux qui me viennent en tête. Ça c'est sûrement produit d'autres fois mais les deux fois importantes en tous cas dont je me souviens voilà. Euh non, y'a eu une troisième fois à domicile, un patient qui n'allait pas bien du tout, il a accepté l'hospitalisation, et une autre fois, à

domicile aussi, un patient, alors sa fille appelait pour lui, elle était inquiète, je me suis déplacée, il refusait l'hospitalisation. J'ai dû négocier (rires). Il devait me payer trois ou quatre consultations, il ne voulait pas monter dans l'ambulance, il m'a dit "bon je vous paye les consultations que j'ai en retard et puis euu, et puis on en arrête là". J'ai dit "non non, vous me payez rien du tout, vous me les paierez plus tard si vous voulez en tous cas vous montez dans l'ambulance ou j'appelle la gendarmerie". Et là ça l'a dissuadé, il est monté dans l'ambulance, voilà, et hospitalisation. Il a arrêté de boire ce patient, il va bien depuis. Donc ce patient-là voilà, a accepté l'hospitalisation, moi et sa fille on avait insisté. Le deuxième c'était l'entourage, puis je m'étais déplacée et il a fini par accepter l'hospitalisation. La première personne dont je vous parlais, que j'ai vu en consultation, en fait elle a exprimé sa souffrance, c'était très présent, et puis quand je lui ai posé la question elle a dit oui et est-ce que vous voulez être hospitalisée, oui et puis en fait c'était le soulagement elle voulait être hospitalisée. Donc voilà mais j'ai pas eu besoin de..., après on a enchaîné sur l'hospitalisation rapidement. L'autre personne a refusé parce que tenue par son travail libéral, plein de choses à faire, l'entreprise ne tourne pas sans cette personne-là. Souvent, les gens sont d'accord pour se faire soigner, pour aller à l'hôpital, enfin moi c'est comme ça que je vois les choses. Après en pratique, quand ils sont agriculteurs, professions libérales, le côté matériel met un frein à une hospitalisation, voilà. Parce qu'on a envie de mettre les gens à l'abri d'abord, donc moi mon raisonnement c'est quand même l'hospitalisation quoi. J'ai eu d'autres patients là j'y repense, j'ai eu d'autres patients, on est

passé par l'hospitalisation et puis le fait de parler, et la dépression est passée en fait petit à petit, par des événements de la vie pour certaines personnes. Euuu alors cette personne qui refuse l'hospitalisation, c'est là où l'embarras apparaît en fait et là je me suis sentie embarrassée et donc j'ai informé sa famille, j'ai appelé son mari, je lui ai dit que j'étais inquiète euu c'était avant le week-end évidemment, je lui ai dit que j'étais inquiète. J'ai dû lui préparer un certificat pour qu'il l'accompagne à Charcot si elle changeait d'avis dans le week-end et j'ai revu la personne très régulièrement après. Elle est toujours sous antidépresseurs mais elle va mieux. Voilà, mais en revoyant la personne ça a été.

Pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

Hummm, bah je n'sais pas, euuu la crise suicidaire, c'est quand une personne est dans l'élaboration de son projet suicidaire et que la seule issue possible c'est d'en finir. Pour moi c'est ça la crise suicidaire, donc il pense et il élabore, pour en finir, moi c'est comme ça que je vois les choses.

Et selon vous, combien de temps ça dure ?

D'une journée à une semaine ? Je vois ça assez bref. Je sais pas,... d'une journée à une semaine.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Quand je sens la personne très dépressive, mélancolique, voilà, c'est ça. Pas systématiquement, peut-être plus chez les personnes qui n'ont pas de points positifs auxquels se raccrocher. Parce que je ne pose pas la question à tous les dépressifs non plus en systématique. C'est quand la conversation arrive là-dessus ou que je sens la personne en grande détresse quoi. Quand il y a eu un évènement qui s'est passé, euh un évènement important euh. Voilà. Les personnes pour qui c'est venu sur le sujet voilà c'étaient des personnes qui étaient très mal, en dépression connue et ça n'allait pas du tout, et l'autre personne m'a fait part de ses difficultés et je la sentais vraiment au bout du rouleau quoi voilà. Plus aucun..., rien de positif dans la consultation, voir tout en noir, très dépressive, très mélancolique, voilà.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Euuu des propos incohérents, j pense que je ferais aussi attention à des petites phrases quoi, des petits mots peut-être euh "j'en ai ras le bol" euh, j pense que parfois on entend des petits mots dits comme ça, "pourquoi continuer ?", y'a des p'tits mots comme ça qui font réagir parfois à juste titre ou pas mais en général j'essaie de poser une question après (rires). J'sais pas, peut-être des propos délirants ouais euh pfff, ouais quand y'a un

discours complètement incohérent j'avais peut-être me méfier, mais ouais sans penser forcément à la crise suicidaire, non j pense pas. Des phrases lâchées un peu comme ça peut-être.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Euuu je leur demande s'ils ont déjà pensé en finir, je sais même plus comment je leur dit ça, ça vient naturellement. Enfin, quand j'ai eu à en parler ça venait dans la conversation. Est-ce que vous avez déjà pensé mettre fin à vos jours? Est-ce que vous avez déjà eu des idées suicidaires? Ou alors, quand je suis moins sûre de moi "est-ce que vous avez des idées noires ?" J'utilise cette expression là aussi, je pense que les gens comprennent. J'avais jamais jusqu'à leur demander...la réponse oui ou non me suffit. S'ils me répondent oui, j'ai pas besoin d'aller creuser... j'avais pas jusqu'à "vous avez pensé à le faire comment?" enfin voilà. Je ne rentre pas dans les détails pour estimer à quel point ils ont élaboré leur projet quoi. La réponse oui pour moi me suffit et me fait euh vouloir prendre une décision pour les mettre à l'abri. C'est ça, à partir du moment où ils m'ont répondu oui à cette question-là je veux les mettre à l'abri quoi, alors l'hospitalisation me rassure plus.

Etes-vous gênée pour aborder ce sujet avec vos patients ou pas ?

Non je ne pense pas. Je réfléchis si j'ai été gênée ou pas. En tous cas les fois où j'ai posé la question ça ne m'a pas gêné. Est-ce qu'il y a d'autres patients où la gêne m'a fait ne pas poser la question ? Euuu bah ça me revient pas. Ça ne me revient pas en tous cas.

Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Non, j pense pas. J pense que s'il a son idée en tête ça lui a déjà traversé l'esprit, ...j pense pas.

Quels pourraient être selon vous, les freins au diagnostic de crise suicidaire ?

Les gens qui sont peu communicants. Si le dialogue ne s'instaure pas, s'ils ne savent pas exprimer ce qu'ils ressentent, et y'a des gens qui en sont incapables, on va pas être suffisamment avertis de la souffrance de ces gens-là. Donc il faut que les gens soient communicants quoi pour qu'on ... On est dans la psychiatrie, on n'est pas dans la cardiologie où y'a des chiffres qui se mesurent. Donc c'est comme ça que je vois les choses, il faut que les gens soient communicants. Ou alors, s'ils le sont pas, que la famille soit communicante quoi et là c'est pas toujours simple pour les familles de prendre la mesure des choses et d'appeler les bonnes personnes et d'oser peut-être dire les choses à la place de la personne, enfin, tout est assez compliqué je pense. Donc les personnes peu communicantes, c'est un frein. La fierté, les

gens qui ne veulent pas dire les choses par fierté, en tous cas dans nos campagnes. Les conséquences, euu la personne dit oui mais si j'le dis, on va m'enfermer et donc mon travail, mon machin, ninnin. Euuu oui, les conséquences doivent leur faire peur aussi quoi euu, parce que je pense que certains y ont pensé et ils se disent mais non mais non, j'vais pas lui en parler sinon j'vais être enfermé. J'imagine que la crainte des gens de l'après l'avoir dit au médecin, voilà et donc ils doivent essayer de se dire qu'ils ne passeront pas à l'acte ou ils doivent essayer de trouver les ressources peut-être pour aller mieux sauf qu'on n'est pas à l'abri qu'une semaine après bah non ils y arrivent pas quoi. Voilà, je réfléchis, à autre chose mais je ne vois pas. Peut-être qu'on se rassure faussement en se disant ils sont sous traitements antidépresseurs. J pense que ça euuu, enfin quand je refais avec vous le nombre de patients sous antidépresseurs qui se sont quand même suicidés, voilà, j pense que ça rassure peut-être faussement les médecins.

Evaluez-vous le degré d'urgence, et si oui comment ?

Euuu, bah non j'évalue pas le degré d'urgence, parce que pour moi ça devient une urgence. Alors peut-être depuis mon histoire qui m'a quand-même un peu sensibilisé. A partir du moment où pour moi y'a un risque suicidaire d'annoncé, c'est une urgence, il faut mettre la personne à l'abri, donc hospitalisation, ou alors je préviens l'entourage, ou je revois la personne mais j'aime bien qu'elle soit hospitalisée. Ça n'empêche que le risque suicidaire reste présent à mon avis tant que la personne ne va pas mieux.

Si on la met à l'abri lors d'une hospitalisation, on l'a met pas à l'abri pour des mois et des mois tant que les problèmes ne sont pas réglés quoi, et les médicaments antidépresseurs ne font pas tout, ils ont leurs limites quoi. C'est comme ça que je vois les choses.

Pensez-vous que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui comment ?

Oui, tout est toujours améliorable. Euh peut-être ... alors j'allais répondre par les outils ou des grilles mais quand il y a des grilles qui existent je les utilise pas beaucoup donc euh Par mieux connaître le sujet car j'ai été interpellé un petit peu sur les statistiques dont vous m'avez parlé, donc par mieux connaître le sujet plutôt que par des grilles où il faut répondre oui ou non. Par mieux connaître le sujet oui. Et puis pour une partie des personnes, après je suis assez fataliste parce que dans les patients, y'avait tellement des patients qui allaient mal qu'il aurait fallu quelque chose un petit peu dans leur vie quoi, ou qu'ils aient la force de reprendre leur vie en main peut-être par une psychanalyse hein, revoir cette dépression, il paraît que la dépression fait forcément résonnance à quelque chose qui s'est mal passée dans l'enfance, j'ai lu ça quelque part, la théorie d'un psychiatre, alors peut-être qu'en faisant systématiquement une psychanalyse euh les gens prennent du recul et sortent de la dépression mais une psychanalyse, c'est long et coûteux et tout le monde n'a pas les moyens de faire une psychanalyse. Donc voilà, peut-être qu'une psychanalyse les aiderait, je sais pas, je

me pose la question. Etre plus à l'écoute, je trouve que je le suis déjà beaucoup. Ouais mais surtout j pense que les gens devraient faire des psychanalyses, je pense. (rires) J vais tous les envoyer chez le psychanalyste mais ...mais sincèrement ouais, voilà ouais.

Médecin G

Alors, je fais ma thèse sur la prévention du suicide en médecine générale et j'essaie de voir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leur patients lors d'une consultation, sur quels indices, quels sont les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic.

J'ai choisi ce thème car je me suis aperçu en faisant un peu de bibliographie que 60 à 70 % des patients ayant fait un geste suicidaire avaient consulté leur médecin traitant le mois précédent et environ 36 % l'avaient consulté la semaine précédente. Donc ces résultats pourraient nous faire penser que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients. Donc c'est pour ça que j'ai décidé de faire cette étude qualitative.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire. Sur quels indices, quand, comment ? Et puis les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire qui pourraient servir d'ébauche peut-être à un outil diagnostic, utilisable en médecine générale.

Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Je suis médecin généraliste donc en milieu rural, euuu depuis 25 ans. Donc j'ai commencé tout seul et 24h/24. Si on revient sur le sujet du suicide, comme ça subjectivement je dirais que j'ai quand même pas mal de patient qui se sont suicidés et dans des tranches d'âges très variables, des adolescents, oui on peut dire des adolescents jusqu'à des personnes relativement âgées, voilà. Euu que le sujet du suicide nous ici commence à nous intéresser un petit peu puisqu'on a un psychothérapeute qui s'est installé ici et qui s'intéresse au sujet, donc on a eu l'occasion déjà de faire une soirée avec le Dr X, d'information auprès des soignants ici.

Quelle est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

(rires) Bah les qualités en tant que médecin généraliste, c'est la proximité, donc euu le côté facile d'accès. Le plus grand défaut c'est de ne pas toujours pouvoir répondre à cette exigence de facilité d'accès. Bah, le point négatif de ma pratique, c'est que des fois on devrait être plus disponibles qu'on ne peut l'être.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine, et en particulier la médecine générale ?

Alors j'ai choisi initialement la médecine par défaut, euuu parce que je voulais faire une école d'ingénieur en agriculture et mon

côté militant de l'époque n'avait pas plu donc j'ai pas pu entrer où je voulais donc je m'étais inscrit par sécurité en fac de médecine et en fait la première année de fac de médecine a été une révélation pour moi donc j'ai continué. Mais à priori, je n'avais pas envisagé dans un premier temps de faire de la médecine.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Humaniste, je dirais ça comme ça. C'est-à-dire un mélange d'un minimum de sciences médicales, qu'on essaie d'être la plus juste possible et d'une prise en considération de tout ce qui est autour de la personne et de la maladie, c'est-à-dire son milieu social, ses conditions de vie, leurs conceptions personnelles de la vie, enfin voilà. Tout cet environnement humain, moi qui m'intéresse beaucoup, enfin que je trouve le plus intéressant hein.

Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable ? Selon quels critères ?

Alors, moi je prends des rendez-vous toutes les vingt minutes. Avant, c'était toutes les vingt minutes et en fin de journée tous les quart d'heure, ça c'était mortel pour tout le monde, mais c'est parce qu'il y avait nécessité. Donc toutes les vingt minutes. Et après y'a des variations, y'en a qui vont durer une demi-heure et d'autres qui vont durer un quart d'heure, ça dépend du sujet, mais la moyenne c'est vingt minutes. Elles ne sont pas non plus sauf cas très exceptionnel extensibles à volonté. C'est-à-dire qu'au bout d'une demi-heure, avec certains patients c'est aussi

utile de cadrer, on peut dire stop voilà. Mais bon, c'est un rythme assez lent de travail, toutes les vingt minutes, c'est assez long. Ça me laisse le temps de faire mon travail de médecin et ça me laisse le temps de parler d'autre chose avec le patient (rires), j' parle de leurs passions essentiellement.

Pour vous le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients ? Si oui lequel ?

Oui certainement. Alors, on est pas du tout formé à ça. On est encore dans... ce que j'ai appris en psychiatrie, la conception du suicide, on nous disait, à la fac, que, faut être très directif, faut protéger le patient du geste suicidaire, en gros faut le mettre en placement d'office. Enfin, c'était à peu près la seule façon d'aborder le problème du suicide et c'est pas aller plus loin. Alors, ma génération, ça nous a chargé d'angoisses par rapport au suicide et quand quelqu'un nous parle de suicide, on pense hospitalisation, on discute pas quoi hein. Donc la formation est très primaire, très basique sur ce sujet. On n'est pas du tout formé à gérer la crise suicidaire, bon c'est pour ça qu'on passe autant à côté des gens. On les voit une semaine avant et quelques jours après ils vont se suicider, et on a rien vu, voilà. Donc y'a un problème de formation.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Bah ça dépend lesquels. J'en ai un qui s'est suicidé récemment, depuis deux ans il me disait qu'il allait se suicider. Et donc j'ai été très présent auprès de lui. Et donc je passais souvent chez lui, des fois j'avais un peu peur en sonnant, j'me disais "est-ce qu'il va me répondre ?". Et puis ça m'est arrivé de l'hospitaliser en psychiatrie aussi, en accord avec lui. C'est un patient qui me travaillais pas mal, d'ailleurs je vais souvent à des formations Balint, et j'avais exposé le cas de ce patient qui me posait quand-même des difficultés. Dans le cours Balint, ils m'avaient dit, "non non, il va pas se suicider ton patient", bon il s'est suicidé là. Il s'est suicidé après trois mois d'affilée d'hospitalisation, et maison de repos et compagnie quoi, en rentrant chez lui. Donc mon sentiment par rapport à lui, je me suis dit, avec la vie qu'il avait, comment se fait-il qu'il ne l'ait pas fait plus tôt. Il a réussi à tenir, comme quoi. J'ai fait ce que j'ai pu mais là j'ai rien pu parce qu'il était rentré la veille à la maison et j'le savais pas, alors là. Ce qui n'est pas exceptionnel d'ailleurs, à la sortie d'un milieu psychiatrique y'a beaucoup de suicides aussi. Euh pour d'autres patients, je me dis, "bon sang, y'avait une souffrance là et je ne l'ai pas vu", comment se fait-il que je n'ai pas vu cette souffrance là. Pour d'autres patients, je pense à un là, c'était étrange, que j'ai très peu vu parce qu'il s'est suicidé rapidement, un monsieur de soixante ans, j'ai commencé à le voir parce qu'il a fait un épisode de fibrillation auriculaire, il a été hospitalisé en cardio et après je l'ai revu deux ou trois fois pour le suivi cardio. Il était vraiment très étrange quoi, il me disait qu'il ne supportait pas d'être malade. J'ai dit bah c'est juste une fibrillation auriculaire, faut pas exagérer quoi. Mais je n'arrivais pas à comprendre son

comportement. Et il s'est suicidé, ça a été un élément déclenchant. Là j'ai rien compris du tout quoi. Je le sentais étrange, je ne comprenais pas son comportement mais j'ai pas pensé qu'il y avait ça derrière. J'ai aussi des jeunes patients, des adolescents, de 16-17 ans, qui se sont suicidés avec le fusil de leur père. J'en ai deux. C'est des jeunes, on les voit pas souvent à cet âge là hein. J'les avais pas vu depuis un an mais je ne savais pas qu'ils étaient dans une situation aussi difficile. J'ai réussi à me débarrasser de la culpabilité. Euh c'est très agréable (rires).

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, TS, ou suicide ?

Alors j'ai mon grand-père, qui a fait une hémiplegie, mon grand-père avait fait la guerre de 14-18, il était au chemin des dames, c'était un des rares survivants, et il ne m'avait jamais parlé de la guerre, il refusait de parler de la guerre, et il a fait une hémiplegie avec une aphasie et ça il ne l'acceptait pas. Il était chez une de ses filles et il a essayé effectivement de se pendre. Moi, j'l'ai su, bah j'l'ai su rapidement. Mais bah voilà, autrement non y'a pas d'histoire de suicide dans ma famille.

Comment l'avez-vous vécu et cet épisode a-t'il eu des répercussions sur votre pratique ?

Bah j'étais adolescent, j'avais pas commencé la fac encore. C'est quand j'étais au lycée.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un de vos patients ? Vous y attendiez-vous et pourquoi ?

Oui, c'est ce que je disais un peu tout à l'heure, certains là, le dernier là, oui je m'y attendais. Ca me paraissait inéluctable. Pourtant on n'est pas resté passifs à son égard, mais je voyais pas comment il allait gérer sa vie autrement. Pour d'autres y'a des suicides très violents, très compulsifs en fait comme les jeunes avec le fusil de leur père. Bon le fusil n'aurait pas été là ils seraient encore en vie ses jeunes là mais,... y'a un passage à l'acte très brutal. Y'en a d'autres que j'ai pas vu venir, y'en a d'autres que j'ai pas vu venir. J'ai un patient schizophrène là, qui s'est suicidé y'a deux ans, mais on est dans le cadre d'une schizophrénie donc c'est un peu différent là. Oui donc j'ai quand même pas mal d'histoires de suicides dans mes patients et aussi dans les gardes. Maintenant on fait beaucoup moins de gardes mais avant on était souvent de garde et on était souvent appelé pour des suicides également, c'était quand même courant. Y'en avait un paquet quand- même...

Et pour vos différents cas, est-ce que vous vous y attendiez ? Et pensez-vous que vous auriez pu les éviter, si oui comment ?

Euuu, pour certains, euu oui je pense. Euuu je pense au monsieur, celui qui avait sa fibrillation auriculaire là. Je pense que si je l'avais abordé autrement que sous l'angle purement

cardiologique... il m'intriguait mais je ne suis pas allé plus loin quoi et je trouvais que la dramatisation était franchement exagérée par rapport à ce problème de santé qui n'était pas catastrophique et je pense que si je l'avais abordé différemment en lui donnant l'occasion d'exprimer autre chose, ça aurait peut-être amorcé autre chose et peut-être qu'il se serait pas suicidé. Là j'ai pas compris et j'ai pas su l'écouter au niveau où j'aurais dû l'écouter. Mais c'est après coup que j'ai compris ça.

Et pour les autres ?

Alors, pour d'autres, euuu. Alors, j'ai un patient dont j'étais très proche et qui a déclenché une sclérose latérale amyotrophique, il était infirmier psy, et quand on lui a dit que c'était sans doute une maladie de Charcot il a dit bon je sais ce que je vais faire, je me suiciderai tant qu'il est temps. Il était assis là et moi j'étais là. Et euu, quand il m'a dit ça, ça m'a pas mal remué parce que moi je me suis toujours dit, si j'attrape cette maladie-là personnellement je me suiciderais avant qu'il soit trop tard. Parce que j'ai vu deux autres patients mourir dans des conditions épouvantables. On en rediscute, bon, et euuu il m'avait donné des indices du lieu de suicide. Il m'avait parlé d'un moulin au Scorff et tout, y'avait beaucoup d'eau, ça tourbillonnait beaucoup et j'avais compris quoi, que si il disparaissait fallait aller là-bas. Et en fait il a attendu un peu trop tard et il avait plus la force d'y aller. Et il a essayé de se pendre, un moment donné où il était seul à la maison et puis le voisin est arrivé j'sais pas pourquoi et il l'a trouvé dans sa baignoire et voilà et donc il l'a sauvé et donc il a

survécu encore. Donc il a fait sa tentative de suicide, bon pour réussir il s'y est pris trop tard, il a attendu trop longtemps, mais je pense que même si c'était dans l'air, la qualité de la relation qu'on avait, fait qu'on l'a accompagné jusqu'au bout et quand on a élaboré un scénario de fin de vie, il voulait pas de trachéo ni de sonde de gastrostomie tout ça, et alors je lui ai dit qu'on pouvait proposer une sédation à domicile quand il en donnerait le signal quoi, et c'est ce qui s'est produit. Et quand tout ça a été mis en place, on lui a mis un cathéter préventif parce qu'il avait de mauvaises veines et tout ça, enfin une chambre et on lui a donné l'assurance qu'il n'y aurait pas de souffrances insupportables à la fin donc il a accepté de continuer la vie et il est allé jusqu'au bout et il est mort, pas de son suicide même s'il a essayé mais il est mort de sa maladie, dans des conditions que nous on a jugées correctes. Mais là autour du suicide, c'étaient vraiment des discussions denses, (rires). C'était d'autant plus touchant pour moi parce que j'avais élaboré le même scénario pour moi si j'attrapais cette maladie (rires). Mais on avait une telle liberté de parole entre nous que tout pouvait se dire quoi. Bon à la fin il pouvait plus parler mais enfin bon...

Avez-vous déjà été confronté à une TS ou à des confidences suicidaires d'un patient ? Quelle a été votre réaction ?

Oui. Bah le monsieur qui s'est suicidé là, c'était au printemps de l'année dernière, il m'appelle un matin et il m'a dit ce qu'il avait commencé à préparer là, c'était une pendaison en fait, donc il était sur son tabouret, il avait la corde à la main et puis au dernier

moment il a pensé à sa fille. Et donc il a laissé tomber et est allé se coucher. Et donc il m'a appelé à 8h le lendemain matin pour me raconter ça.

Et quelle a été votre réaction ?

Et donc je lui ai dit qu'effectivement il était très proche du passage à l'acte et là on a négocié une hospitalisation en psychiatrie, qu'il a acceptée. Parce qu'il était assez réceptif aux marques d'attention à son égard donc dès qu'il sentait qu'on était attentif et qu'on comprenait sa souffrance, il était sensible à ça. C'est pour ça que je passais très souvent, que je lui téléphonais très souvent, j pense pour le maintenir en vie, c'était un petit peu ça quoi.

Pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

Je dirais que c'est une période de malaise donc très intense, très profond où la personne n'envisage de solution à son problème que dans la mort Et la crise suicidaire, c'est quand elle est en train d'élaborer de façon très concrète le moyen de se suicider.

Et elle dure combien de temps en général selon vous ?

J'ai pas trop d'idées sur la question, je dirais deux semaines. J pense que c'est assez court, peut-être même plus court.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Alors euh, d'abord le rechercher c'est poser la question. Je sais pas le chercher autrement donc je pose la question après, dans la réponse, il faut faire la part des choses entre crise suicidaire réelle et puis qui n'a pas un jour pensé tiens si je me suicidais ça serait plus simple, alors qu'on est très loin d'un geste suicidaire. Donc je pose la question assez facilement, plus facilement maintenant, parce que je n'ai plus peur de poser la question et si les gens me disent oui, alors là j'essaie d'en savoir plus. Je lui demande de savoir ce que c'est ces pensées de mort quoi. Mais très souvent quand je sens quelqu'un pas bien et que je ne sens pas trop les choses, je pose la question oui, je la pose facilement. Je pose la question quand les gens sont pas bien et quand je sens quand-même quelque chose d'une grande intensité, enfin une détresse ou, voilà. Bon, la personne euh, je pose pas systématiquement la question non plus, quelqu'un qui va pas bien parce que bon au travail y'a eu un gros clash et qu'il va être licencié, euh c'est pas, je pense pas forcément au risque suicidaire à ce moment-là, c'est dans le dialogue quoi, on essaie de sentir les choses mais bon, je pense qu'on est à côté assez souvent, probablement... (rires) puisqu'il y a toujours des suicides.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Euuu, c'est souvent la difficulté de relation, du contact déjà, quand la personne est un peu détachée, un peu dans son monde, enfermée dans son monde. C'est quand lors du dialogue la personne n'envisage aucune autre solution à son problème. Quand il dit "je sais pas comment faire, il me reste plus qu'à mourir, et que dans le dialogue on n'arrive pas à identifier d'autres solutions, des choses qui vont apaiser. Euuu quand dans le dialogue la personne dit bah oui j'ai pensé au suicide et, on en demande plus pour savoir ce qu'elle a prévu pour se suicider, enfin voilà, quand les gens ont une idée très très précise, je pense qu'il y a un risque important. Voilà, c'est surtout ça.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ? Etes-vous gênés pour aborder le sujet ?

Non. Non, gêné non. Avant oui mais maintenant non. Euuu donc quand je pense qu'il faut, je pose la question, je demande s'ils ont pensé que la solution ça serait de mourir. Et s'ils l'envisagent, comment ?, qu'est-ce qu'ils ont imaginé pour mettre fin à leurs jours ? Mais euh, non là ça me dérange plus du tout d'en parler.

Avant ça vous posait problème d'en parler ?

Oui, parce que tel qu'on a été formés à la fac par rapport à ça, c'est-à-dire pas formés du tout mais avec quand-même des fausses idées qui ont été véhiculées, euuu, c'est de penser que à la rigueur si on s'inquiétait qu'il pouvait se suicider, de toute façon

la première solution et la seule c'était de l'envoyer à l'hôpital psychiatrique pour le protéger mais en dehors de ça y'avait pas grand chose à faire et puis parce que si tu le faisais pas et qu'il se suicidait alors là c'était mal barré pour toi quoi, en gros c'était ça. Donc ça se limitait un peu à ça quoi. Maintenant quand quelqu'un me parle de suicide, bon euh s'il a ébauché un geste suicidaire quelques heures avant j'avais peut-être pas le laisser seul rentrer à la maison hein mais après, quand on peut en discuter et que je sens que je peux le recontacter le lendemain, rediscuter, enfin voilà et que la personne n'est pas seule, enfin qu'il y a quand-même l'environnement euh, oui il y a moins d'angoisse chez les médecins.

Pensez-vous que parler du suicide à un patient peut l'inciter à le faire ?

Non. (rires) Non. Je l'ai pensé autrefois mais je le pense plus (rires).

Quels pourraient être selon vous les freins au diagnostic de crise suicidaire ?

La non disponibilité du médecin, ça c'est un gros frein. C'est un vrai problème qu'il ne faut pas négliger, parce qu'en général ces gens-là on les voit plutôt en fin de journée. La personne qui déboule à sept heures ou sept heures et demi le soir alors qu'on est à bout, qu'on est crevé et qu'on a plus beaucoup d'énergie. Donc euh voilà, il faut avoir du temps, il faut avoir du temps, et le

dialogue vraiment intéressant peut s'établir si on a l'esprit disponible. Parce que si on sait qu'on a cinq-six choses à côté qu'il va falloir résoudre rapidement parce qu'on est harcelé, j'ai pas qu'on ait un dialogue adéquat avec ces personnes-là. Donc il faut pouvoir vraiment faire abstraction du monde qui nous entoure pendant qu'on est avec ces gens-là, c'est pas toujours facile. Donc je crois que c'est ça le frein principal. Après il peut y avoir des freins personnels euh, le médecin qui n'est pas bien et qui lui aussi a peur du suicide pour lui-même quelque part, il va pas aller trop chatouiller ou fouiller chez le patient, parce que ça le renvoie à sa souffrance personnelle quoi. Mais, ce n'est pas que par rapport au suicide à certains moments, le manque de disponibilité dans l'esprit du médecin est dangereux pour le patient, notamment celui qui veut se suicider.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement les idées de suicide ?

Souvent, pas systématiquement mais souvent. Alors ça dépend de ce qu'on appelle dépression hein, y'a tous les degrés de dépression. Si c'est une difficulté existentielle transitoire et que malgré tout la vie continue et que les gens modifient un peu la façon dont ils vont gérer leur vie et gérer la situation ou prendre une décision pour changer leur vie, bon, ils sont dans la dynamique, donc je leur pose pas forcément la question si dans l'aménagement de leur vie c'est la mort, pas systématiquement. C'est pas systématique mais souvent, quand je sens une grande souffrance en fait. Mais c'est très subjectif. (rires)

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, que faites-vous ?

Alors, euh c'est rassurant donc pour le médecin de l'hospitaliser, et s'il ne veut pas qu'est-ce qu'on fait ? Donc euh, ça ne m'est jamais arrivé de faire un placement d'office dans ce contexte-là, je sais qu'ça peut se produire. Euh, donc euh y'a pas que l'hospitalisation, donc y'a aussi l'espèce de cocooning, c'est-à-dire des contacts très fréquents et un dialogue répété et fréquent auprès d'eux, parfois pour accepter une hospitalisation secondaire, ou passer une crise, mais euh c'est surtout de leur faire sentir qu'on s'intéresse à eux. Moi je sais que le fait de se fixer un rendez-vous téléphonique par exemple le lendemain matin, ça accroche quand-même les gens à une relation, à un contact, ça les protège dans une certaine mesure.

Évaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Alors, je pense que pour moi l'urgence c'est quand le scénario est totalement élaboré. Ils ont les moyens, ils ont le scénario, enfin bref. Voilà, pour moi ça serait ça l'urgence. Celui qui dit j'ai envie de me suicider, "comment vous allez faire ?" Bah je sais pas. Bon, ça me paraît moins... j'sais pas si j'ai raison, mais ça me paraît moins élaboré quoi. C'est dans l'air mais on n'y est pas encore.

Pensez-vous que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui comment ?

Oui. Par de la formation. Parce que vous voyez, tout ce que je dis depuis le début c'est quand même au feeling, d'accord, ce qui est très important mais on l'a ou on l'a pas et ... puis ça dépend des jours et voilà. Donc c'est un peu pifométrique comme gestion des situations et il faudrait peut-être quelque chose d'un peu plus raisonné.

Quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Bah c'est de la formation. C'est, alors je sais que ça se fait ces formations. J'avais appris ça avec le Dr X qui était venu animer une soirée ici. Il nous avait expliqué un peu comment il se formait. Bon, après il voulait qu'il y ait un médecin correspondant ici sur Plouay, mais il faut avoir une sacrée disponibilité hein. Il faut assurer. Il m'a relancé plusieurs fois, franchement je me sens pas très disponible à m'investir à ce point-là. Ça se fera peut-être un jour mais c'est quand même beaucoup demander hein. Donc voilà, mais de la formation oui. Donc faut reprendre la formation à zéro quoi, pour beaucoup de médecins c'est pareil.(rires)

Des choses à ajouter ?

Euh alors qu'est-ce que j'ai pensé dans la voiture ce matin ? Ah j'ai pensé que ça serait peut-être pas mal de personnes qui se sont suicidées euh dont j'avais ce sentiment d'étrangeté, de ne pas comprendre comme ils fonctionnaient mais pour plusieurs d'entre eux, j'avais jamais imaginé qu'ils étaient sur le point de se

suicider quoi. Parce que moi j'étais sur un registre totalement différent d'eux. Bon l'autre avec sa fibrillation auriculaire là, moi je ne le connaissais pas avant ce monsieur, donc il a débarqué comme ça mais j'ai pas compris quoi. Je comprenais pas, il était étrange mais je ne comprenais pas donc y'avait autre chose certainement. Euu, un autre monsieur qui venait me voir en me disant ma femme n'arrête pas de m'engeuler, elle dit que je bois trop. Alors je vois avec lui, on fait le point tout ça, je le vois plusieurs fois et puis, moi je le trouvais pas imprégné, j'avais pas de stigmates biologiques non plus, je le trouvais pas vraiment... et puis je trouvais qu'il... enfin je voyais pas trop où était le problème quoi. Et donc du coup sa femme a appelé un autre médecin parce que moi je faisais pas assez de choses. J'sais pas ce qu'il a fait l'autre mais le mec il s'est suicidé ... (rires) Bon y'avait une sympathie réciproque, il n'a pas dû apprécier qu'on lui impose un autre médecin, j'sais pas ce qui s'est passé, mais il s'est suicidé. Je sais pas, peut-être qu'il buvait énormément, c'était peut-être peu accessible mais moi j'avais fait le point, j'avais essayé de savoir mais apparemment je ne voyais pas... donc changement de médecin, parce que moi j'étais un peu trop passif sans doute parce que je trouvais qu'il y avait pas trop de problème, bah il s'est suicidé. J'aurais jamais imaginé, je sais pas comment ça se passait à la maison mais... Alors les deux jeunes qui se sont suicidés avec le fusil de leur père, ça ça m'a laissé très perplexe. J'ai pas compris. C'est des jeunes que j'avais pas vu depuis un an, ils avaient l'air de ..., ça j'aimerais bien comprendre ce genre de choses quand-même, ils avaient l'air de mener des adolescences normales, ils avaient 16-17 ans, et

dans les jours qui précédaient d'après les parents, il y avait pas eu de... il y avait bien eu quelques soucis mais pas des choses majeures... surtout que pour l'un d'entre eux, je suis allé ramasser sa cervelle dans le garage...y'en avait pour la journée... bon. Donc là ça m'a laissé perplexe, qu'on puisse se suicider de façon aussi violente, aussi radicale, aussi vite. Voilà donc maintenant quand j'ai des patients chasseurs, je dis ranger bien vos fusils, si vous avez des enfants. Celui qui s'est suicidé récemment là au mois de juillet, euh bon je pense que j'ai été assez actif pour le maintenir en vie. C'est vrai que c'était des problèmes chirurgicaux digestifs, c'était une impasse épouvantable, pas de cancer, pas mortel mais des douleurs et un inconfort avec une stomie qui n'arrêtait pas de sortir, il a été opéré et réopéré. Il vivait ça très mal cette déchéance physique, et j'étais convaincu qu'il allait se suicider, pour moi c'était inscrit dans ma tête, parce qu'on en avait tellement parlé. Alors je sais pas si le médecin qui accepte l'idée que son patient finira par se suicider est un médecin aidant pour le patient. Je me pose la question. Mais bon je pense que j'ai été très présent, à côté de lui tout ça et y'avait pas grand monde autour de lui parce qu'il n'était pas très agréable en plus, donc j'allais souvent le voir, des coups de fil, il était hospitalisé je l'appelais voilà. Mais alors la question est quand on se dit bah de toute façon il finira par se suicider, je sais pas si on est toujours aidant. Je ne sais pas, je pose la question. Enfin bon quand le 15 m'a appelé pour son suicide, je me suis dit ah, bah c'est aujourd'hui. Voilà, y'en a sans doute plein d'autres mais je les ai oublié, probablement (rires).

Médecin H

Je fais ma thèse sur la prévention du suicide en médecine générale et j'essaie de voir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leurs patients, sur quels indices, quels sont les facteurs facilitateurs ou les freins au diagnostic.

J'ai choisi ce sujet en voyant que 60 à 70 % des patients ayant fait un geste suicidaire avaient vu leur généraliste dans le mois précédent et 36 % la semaine précédente. Donc ces résultats font penser que le généraliste a un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent leurs patients en crise suicidaire et les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire, qui pourraient mener éventuellement à un outil diagnostique utilisable en médecine générale.

Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Euuu , j'ai jamais pensé à la question (rires). Je suis médecin généraliste, donc je soigne en principe toutes pathologies, je fais de la psychiatrie aussi. Je suis installé depuis 31 ans.

Comment décririez-vous votre pratique ?

C'est une pratique générale hein, je soigne tout en essayant de m'en tenir à mes possibilités et à mes compétences quoi. C'est-à-dire qu'à partir du moment où j'ai l'impression qu'une pathologie va m'échapper, il est logique que je passe la main ou que je fasse appel à quelqu'un d'autre hein mais ça peut être pour plusieurs raisons. Ça peut être pour une raison d'urgence, ça peut être pour une raison de compétences, ça peut être aussi pour une question de temps. Il y a aussi des choses que j'avais le temps de faire avant et que je n'ai plus le temps de faire maintenant. Et aussi pour des raisons de prise en charge, y'a des choses qu'on ne peut pas prendre en charge, y'a des choses qui ne peuvent être prises en charge que dans le cadre de la psychiatrie de secteur ou dans le cadre de l'hôpital, par exemple la pathologie suicidaire, les pathologies qui peuvent engendrer un risque suicidaire et c'est vrai que la difficulté c'est d'apprécier le risque dans ce cas-là.

Et justement, comment faites-vous pour apprécier ce risque-là ?

Alors, quelqu'un qui consulte pour la première fois pour un syndrome dépressif, bon la première difficulté c'est de faire le diagnostic de dépression, ça prend forcément un peu de temps, pas forcément beaucoup mais un peu quand même, et à partir du moment où on a posé ce diagnostic-là, c'est sûr que la première urgence, c'est d'évaluer le risque suicidaire. Alors dans ce cas-là,

je lui pose la question, est-ce que vous êtes suicidaire ? Est-ce que vous avez des idées de suicide ? Et puis je la pose exprès de façon un peu abrupt, de façon à avoir une réaction. Déjà rien que la réaction de la personne ça peut donner des indications, parce que c'est pas toujours facile à démasquer ce genre de chose. Alors y'a des gens qui ont des réactions... souvent les femmes par exemple, ouais j'y pense mais j'ai des enfants. J'pose aussi la question, je demande, alors si la personne me dit non, est-ce que vous pensez des fois au suicide ne serait-ce que pour en écarter l'idée ? Ou alors est-ce que vous y avez pensé comme une solution à votre situation ou à vos problèmes ? Alors ça permet déjà de savoir si la personne y a déjà pensé ou pas. A un degré de plus, alors si la personne a déjà dit oui, est-ce que vous avez déjà pensé à la façon dont vous le feriez ?

En quels termes en parlez-vous et êtes-vous gêné pour aborder ce sujet avec les gens ?

Non, je ne suis pas gêné du tout pour en parler, je pense pas. Parce que je pense que c'est le risque majeur de la dépression, il faut en parler, il faut poser la question.

Donc vous leur posez la question carrément ?

Ah oui carrément.

Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Bah, faudrait supposer que la personne n'y ait pas pensé. Quelqu'un qui est déprimé, en général, il y a pensé. J pense qu'il y a plus de risques à ne pas en parler qu'à en parler. Evidemment là posé comme ça, ça peut pas être écarté tout à fait c'est sûr. Mais je vois pas d'autres moyens d'évaluer le risque sans poser la question non plus.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Chez tout patient déprimé qui consulte pour la première fois. Parce que la deuxième fois, on a déjà du recul mais la première fois, on est complètement dans le flou face à la pathologie dépressive. On sait pas si c'est... j'sais pas. Quand on connaît les gens on a déjà quand même un peu une idée du risque, en fonction des antécédents personnels, des antécédents familiaux aussi. S'il y a déjà eu des cas dans la famille ou si les gens ont un frein culturel à ça par exemple, à ce risque-là ou un frein personnel ou en fonction du contexte quoi. S'il y a quelqu'un qui est pratiquant d'une religion par exemple, ou quelqu'un qui est sportif ou qui a quelque chose à quoi se rattacher est moins à risque que quelqu'un qui n'a pas ce genre d'attache quoi ou de dérivatif. Ou quelqu'un qui a des antécédents familiaux, quelqu'un dont le père, le frère s'est suicidé, c'est quand-même

des personnes qui sont plus à risque, ça fait penser que le risque peut avoir été banalisé sur le plan familial ou culturel quoi.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Alors c'est ... l'absence de vision de l'avenir, quelqu'un qui n'envisage pas l'avenir. Quand les gens arrêtent de se projeter dans l'avenir, là je pense qu'il y a un risque très important s'ils n'envisagent plus l'avenir, s'ils ne se projettent plus. Les pathologies qui ont l'air d'être mélancoliques ou bien les contextes psychotiques sont certainement plus à risque que les pathologies névrotiques, sûrement. Ou alors les gens qui sont névrosés ils sont à risque aussi quand ils sont dans une angoisse très importante mais ceux là réagissent forcément mieux. Le fait d'avoir une vision déformée de la réalité ou un trouble de la personnalité, c'est un risque supplémentaire. Alors ça c'est difficile à dire sur le coup, ou à moins de connaître la personne quoi. En général, les gens qu'on voit on les connaît en médecine générale donc on sait déjà à l'avance qui est à risque ou pas. Pas toujours hein mais souvent. C'est un avantage de connaître les gens, par rapport à un spécialiste qui les voit pour la première fois, il a quand même plus l'habitude mais il ne les connaît pas. Il connaît moins leur contexte aussi.

Quels sont selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

C'est pas facile de juger comme ça hein. Bah j'ai tendance à être direct, alors ça peut être les deux (rires). Ça peut être une qualité à certains moments et un gros défaut à d'autres. C'est sûr qu'il y a le risque de choquer les gens ça c'est certain. En général le fait de poser des questions de façon directe ça passe beaucoup mieux qu'on le croit. Parce que les gens attendent d'être pris en charge humainement. S'ils font la démarche de consultation c'est qu'ils attendent une réponse. Ils attendent du médecin ce qu'il est habilité à leur donner, c'est-à-dire un diagnostic et un traitement quoi. Donc il faut répondre à leur attente.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine et en particulier la médecine générale ?

Pourquoi la médecine ? Alors là ! Bah la médecine c'est toujours un peu par hasard quoi, enfin plus ou moins. Euuuu un peu par défaut aussi quoi. Moi je voulais être technicien, mais j'étais pas assez bon en maths alors...(rires) Donc j'ai été refusé dans toutes les écoles où j'avais demandé parce que c'était ... j'avais demandé en BTS et autres, parce que j'avais pas un bon livret scolaire, puis je me suis retrouvé en médecine parce qu'il fallait bien aller quelque part puis comme c'était un concours, on n'était pas jugé d'après le livret scolaire voilà. Disons que si on veut remonter plus loin à ce moment-là, je me souviens en étant petit d'avoir lu des albums illustrés du Dr Swetzer etc ...(rires) bon ça c'est ... Ça veut dire que je me faisais déjà une idée de ce métier-là quoi. Et pourquoi la médecine générale ? Bah parce que ... bon je me vois pas voir dix bébés de suite par exemple ou alors

disséquer dix estomacs de suite, ce qui est bien en médecine générale, c'est justement l'inconnu, on sait pas ce qui va nous tomber dessus dans la demi-heure qui suit ou même dans la minute qui suit, c'est ça qui est intéressant. C'est d'avoir à répondre en permanence à une demande imprévue. C'est tout sauf monotone quoi, c'est le contraire de la monotonie.

Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable ? Selon quels critères ?

Alors, la durée moyenne ... moi je prends des rendez-vous tous les quarts d'heure mais en général ça dure quand même un peu plus d'un quart d'heure si bien que je prends quand même souvent du retard. Mais pas beaucoup plus, j'ai pas consacré beaucoup plus d'un quart d'heure par personne. Si ça arrive, à ce moment-là j'essaie de le rattraper sur les personnes suivantes, mais c'est rare que j'y arrive. Mais c'est vrai que s'il faut passer plus de temps avec une personne c'est un peu stressant parce que y'a des gens qui s'accumulent dans la salle d'attente, des voitures qui s'accumulent sur le parking, et le temps devient un problème.

Du coup s'il y a besoin de plus de temps, que faites-vous ?

Si je vois que..., si c'est de la psychiatrie par exemple, et que je vois que j'aurai pas le temps de le faire, à ce moment-là je délègue quoi. J'envoie vers un spécialiste si je sais que je n'aurai pas le temps. Je faisais plus de psychiatrie sûrement avant,

quand j'avais plus le temps de le faire. Mais j'aime assez ça d'ailleurs, c'est intéressant.

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide, et si oui lequel ? Comment ?

Oui, sûrement. Bah c'est dans le dépistage quoi, le traitement des dépressions, le dépistage des pathologies dépressives. Alors soi-disant statistiquement les généralistes sont des gros prescripteurs d'antidépresseurs paraît-il, des trop gros prescripteurs d'antidépresseurs. Alors ça c'est...est-ce que les généralistes en prescrivent vraiment trop ou est-ce que c'est la dépression qui est une maladie qui est... Est-ce que c'est sur-diagnostiqué ou sous-diagnostiqué, y'a probablement les deux quoi. Ce qu'il faut voir c'est qu'on est quand même en première ligne et on est obligé de faire un diagnostic en un quart d'heure, avec un traitement, et avec une demande de la part du patient. Alors, c'est vrai que c'est pas un diagnostic de spécialiste non plus, on n'est pas des spécialistes nous, on n'a pas la même fiabilité de diagnostic en psychiatrie qu'un spécialiste et on peut pas l'avoir, pour plein de raisons. D'abord premièrement parce qu'on est en première ligne, donc c'est toujours difficile la première fois qu'on voit quelqu'un pour ça. C'est facile de le dire après coup, hein, c'est sûr c'est toujours plus facile. Puis deuxièmement, on manque de temps pour le faire. Puis c'est pas forcément une question de temps, même quelquefois, il faut voir les gens plusieurs fois pour se faire une idée. C'est vrai qu'après coup, on voit qu'il y a un gros pourcentage de gens qu'on a mis

sous antidépresseurs qui ont arrêté le traitement par eux-mêmes. On peut penser qu'on s'est trompé de diagnostic. C'est pas parce qu'une femme éclate en sanglot dans le bureau par exemple qu'elle est forcément déprimée, c'est peut-être qu'elle est fatiguée ou contrariée, on peut prendre ça à tort pour une dépression. Il serait peut-être plus grave de sous-diagnostiquer que de sur-diagnostiquer quoi, sauf pour les comptes de la Sécu peut-être...

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Mon ressenti personnel à moi ? Ce que je ressens quoi ? Euuu rien de particulier, je suis pas très empathique de nature, pour moi c'est une pathologie comme une autre. Je ne pense pas ressentir quelque chose de spécial, sauf quand il y a un suicide, évidemment, ça c'est particulier, ça... ça choque toujours.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, suicide, ou TS ?

Euu, de suicide non, de tentative de suicide euu une expérience familiale, de dépression euu, j pense que j'en ai fait l'expérience personnellement oui.

Comment avez-vous vécu ces expériences et est-ce qu'elles ont modifié votre relation au patient dépressif ou sa prise en charge ?

Bah comment je l'ai vécu, euu je l'ai vécu de façon douloureuse et je l'ai soigné, surtout en automédication (rires). Et est-ce que ça a modifié ... moi je pense qu'on comprend mieux les dépressifs si on l'a vécu soi-même, sûrement, certainement. Certainement que ça aide à comprendre et à traiter aussi sûrement.

Et dans votre écoute ou votre prise en charge, il y a eu une différence entre avant et après ?

Oui je pense oui.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un patient ? Si oui, est-ce que vous vous y attendiez et pourquoi? Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ? Comment ?

Oui, c'est arrivé souvent, oui plusieurs fois. Il y a des cas qui sont vraiment imprévisibles parce qu'on ne connaît pas le contexte. Y'a des choses qu'on connaît pas parce que les gens ne nous ont pas tout dit. Euuu, je me souviens d'un patient qui avait un ongle incarné. J'avais libéré son ongle incarné et puis il y avait eu un problème de cicatrisation ou d'infection, je sais plus, enfin y'avait eu un problème. J'étais très ennuyé parce que c'était suite

à un acte que j'avais fait quoi, et puis lui avait l'air de ne pas s'attacher à ça, il disait, c'est pas grave, de toutes façons ça n'a pas d'importance. Bon bah, je me suis dit s'il le prend comme ça tant mieux, mais j'ai pas bien compris pourquoi il avait dit ça. Et finalement cet homme-là s'est suicidé dans les quinze jours qui ont suivis. Après j'ai su pourquoi. C'est parce qu'il était dans une position familiale intenable. Il y avait eu un problème d'inceste. Et donc cet homme-là, au moment où il m'a dit ça, il avait déjà programmé son suicide. Et effectivement dans ce contexte-là, son ongle incarné ça n'avait plus aucune importance pour lui. Mais ça je ne l'ai compris qu'après, bien évidemment. Alors ça c'est le cas imprévisible, mais y'a des cas qui sont prévisibles aussi. Je me souviens de quelqu'un qu'on a retrouvé pendu. C'était un homme qui était assez âgé, il avait aux alentours de 80 ans, mais qui était bien par ailleurs mais que personne n'arrivait à soigner de sa dépression. Il niait plus ou moins sa dépression, il ne l'acceptait pas bien et acceptait très mal les médicaments. Il avait été voir un spécialiste, il était suivi par un psychiatre. Et puis je voyais bien que ça marchait pas et qu'il n'avait pas envie que ça marche.

Avez-vous déjà été confronté aux confidences suicidaires d'un patient ? Et si oui quelle a été votre réaction ?

Oui, oui, oui. Oui ça arrive même..., pas très souvent, mais ça arrive quand même que les gens disent qu'ils ont des idées suicidaires. Mais c'est pas parce qu'ils en parlent qu'il y a plus de risques forcément, peut-être un peu quand même mais c'est...

pas forcément. Le monsieur qu'on a retrouvé pendu là, jamais il avait dit qu'il se serait suicidé. Il n'en avait jamais parlé. Et puis je pense qu'il y a des gens qui n'en parlent pas mais qui le font. Et ceux qui en parlent ne le font pas forcément plus que les autres, ça fait partie du tableau dépressif aussi. Les idées suicidaires ça fait partie du tableau dépressif. Y'a des gens qui disent tous les symptômes qu'ils ont et d'autres qui n'en parlent pas, alors bon, c'est pas parce qu'ils en parlent qu'il y a forcément un risque supplémentaire.

Et devant ces patients-là, quelle a été votre réaction ?

Bah d'essayer de préciser le risque évidemment. Encore une fois, c'est pas parce que les gens en parlent que le risque forcément est plus important. Il est plus exprimé mais ça veut pas dire qu'il est plus réel. De toute façon le risque il est toujours là, en cas de dépression il est là. Il peut aussi être favorisé par les traitements, ça c'est bien connu la levée d'inhibition.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement les idées suicidaires ?

Ah oui oui, oui bien-sûr.

Quels pourraient être pour vous les freins au diagnostic de crise suicidaire ?

C'est pas un diagnostic un risque suicidaire, c'est un risque quoi, ça fait partie du tableau dépressif. C'est une complication de la maladie, comme les autres complications quoi.

Autrement dit, chez un patient qui vient vous voir, qu'est ce qui pourrait vous empêcher de voir que c'est un patient à risque suicidaire ?

Ah, ben des fois y'a des dépressions masquées hein, y'a des gens qui sont dépressifs avec le sourire, y'a des gens qui ne se reconnaissent pas comme dépressifs aussi, qui n'acceptent pas le diagnostic, y'en a beaucoup. J'sais pas pourquoi, parce qu'ils le considèrent comme honteux ou inacceptable pour eux quoi, j'sais pas comment dire ça. Ils ne peuvent pas accepter le diagnostic de dépression. Ceux-là s'ils sont à risque suicidaire, c'est une difficulté supplémentaire pour les prendre en charge évidemment.

Et pour vous, quelle est la définition d'une crise suicidaire ?

Une crise suicidaire ? Bah c'est la décompensation d'une dépression quoi. C'est la décompensation d'une maladie dépressive, c'est le risque principal, ça fait partie du tableau, des symptômes quoi.

Et selon vous, combien de temps dure la crise suicidaire ?

Euuu parfois c'est très bref, ceux qui se suicident, ça leur passe par la tête comme ça d'un coup. J'sais pas moi, ils vont chercher une corde comme ils vont se faire un café quoi. Ça les prend d'un coup je pense. Pourquoi juste à ce moment-là euuu, pourquoi pas quoi. J pense que ça les prend d'un coup. C'est une décision subite qu'ils prennent qui échappe à un certain autocontrôle qu'on doit avoir, à un instinct de survie quoi. C'est une décision qui échappe à leur instinct de survie, je pense que c'est ça. C'est subitement. Même quand c'est prémédité, y'a un moment où l'action échappe au contrôle de l'instinct de survie, je pense que c'est ça, mais c'est vraiment subit. J'ai confisqué des balles de carabine, des cordes, des tas de trucs (rires). J crois que j'ai une balle dans mon tiroir, une balle de 22 dans mon tiroir. Ah j'ai des cas,... des gens qui me disent j'ai envie de me suicider, bah oui j'ai déjà la corde, bah elle est où la corde, puis ils me laissent la corde, enfin je la confisque.

Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable, si oui comment ?

Alors, y'a des choses qui peuvent gêner la prise en charge des gens, c'est certains articles de presse qui accusent les antidépresseurs par exemple, ou la publication de certaines études soi-disant sérieuses, sérieuses ou non d'ailleurs mettant en cause la prise des médicaments et en particulier la prise d'antidépresseurs. Alors ça c'est médiatisé et ça jette le doute dans l'esprit des gens. Ça peut empêcher de se soigner ou bien faire arrêter des traitements à des gens qui en ont vraiment

besoin quoi. Et des attitudes comme ça de la part de journalistes, ou même de confrères qui sont à l'aise dans les médias et qui ont des fois des buts qui sont pas toujours nets. Ça devrait pouvoir être réprimé, parce que ça peut être criminel. Chaque fois qu'il y a un bouquin qui sort disant qu'il y a tant de médicaments qui sont dangereux pour la santé, il y a je sais pas combien, certainement des milliers de personnes qui arrêtent leur traitement. Alors ça, ça pourrait être amélioré, la liberté d'expression c'est bien mais quand ça atteint la santé de cette façon-là, ça devrait pouvoir être réprimé. Disons qu'il faudrait arrêter de laisser certaines personnes faire des choses comme ça impunément quoi, c'est pas normal que ça soit impuni. A partir du moment où ça empêche les gens de se soigner et de guérir, ça pourrait être considéré comme délictueux quoi, ou même criminel.

Autrement dans ma pratique personnelle, c'est sûr qu'on peut toujours essayer d'améliorer l'écoute, essayer d'être plus efficace mais il faut voir que le temps commence à être compté quoi, de plus en plus. Bon y'a les limites aussi de la personne, on a nos propres limites hein, limites physiques et du praticien. La psychiatrie ça demande de l'écoute, et l'écoute ça demande du temps. Des fois il faut déléguer autrement ça tourne mal. Si on sent qu'on n'a pas le temps ou qu'on n'a pas la possibilité de... ou qu'on sent pas bien la situation, il faut déléguer. Il faut déléguer tout de suite avant qu'il n'arrive quelque chose, dans certaines situations ça peut être urgent.

Des choses à ajouter ?

Non, je ne vois pas.

Si vous voulez me parler d'autres cas de suicide qui vous reviennent par exemple.

Oui y'a eu d'autres cas oui. J'ai le cas d'une schizophrène qui s'est suicidée dont on a retrouvé le corps on sait pas combien de temps après, au moins une ou deux semaines après, dans son appartement et cette personne, la dernière fois que je l'ai vu, elle m'avait semblé beaucoup mieux que d'habitude. J pense qu'elle a eu un accès de lucidité et qu'elle s'est suicidée pendant un accès de lucidité, que c'est l'accès de lucidité qui a provoqué son suicide. Parce que tant qu'elle était en dehors de la réalité, elle était retenue de passer à l'acte, et quand elle s'est rendue compte... J'me suis dit elle est tellement bien, elle est vraiment bien là. Je l'avais pas vu bien comme ça depuis longtemps, mais vraiment censée quoi, alors que c'était une personne qui n'était pas du tout comme ça d'habitude. Donc deux ou trois semaines après on a retrouvé son corps chez elle. Elle s'était suicidée avec les médicaments que je lui avais prescrit. Alors c'est vrai que c'est culpabilisant quand même hein. Quand vous allez faire le certificat de décès et que vous tombez sur les boîtes de médicament que vous avez prescrit à la dernière consultation (rires)... J'ai eu un autre cas aussi, c'était au début de mon installation. J'avais une patiente alcoolique, qui m'avait appelé, oh j'en avais marre parce qu'elle était saoule tout le temps, ça

commençait à me casser les pieds un peu. Y'avait moyen de rien faire sur un terrain comme ça, quand elle était alcoolisée comme ça. Un jour donc elle m'appelle, et je tombe sur sa bouteille de whisky qu'était au 3/4, j'ai dit bon ça suffit comme ça, je prends la bouteille de whisky et je la vide dans le lavabo. Deux heures après, les gendarmes m'ont appelé, elle s'était suicidée. Alors j'aurais dû lui laisser sa bouteille, hein. Bah oui. Si je lui avais laissé sa bouteille, elle aurait pris sa cuite, elle ne se serait pas suicidée. Bon elle aurait pris une autre cuite le lendemain mais je pense qu'elle se serait pas tuée. Après coup, je me suis dit, bon je lui ai enlevé sa raison de vivre quoi. Quelquefois, à vouloir faire trop bien, on finit par faire le contraire de ce qu'on veut. Bah de toute façon, le métier qu'on fait il est forcément risqué aussi hein. Pour n'importe quel acte qu'on fait on prend un risque. Il faut essayer de prendre le moindre risque mais c'est non quantifiable. Alors là on est obligé personnellement de prendre un peu de distance par rapport à l'évènement quoi. On se dit qu'on ne fait pas du 100 % quoi, parce qu'autrement c'est le médecin qui déprime (rires). Il faut être assez fort pour relativiser. Il y a eu d'autres suicides mais qui ne me reviennent pas précisément en tête, mais y'en a pas eu tant que ça quand même. Ceux dont je me souviens ce sont des suicides qui m'ont marqués. Y'en a pas eu énormément plus que ça je pense. Il est possible que je ne me souviens pas de tous, mais une bonne partie quand même, parce que ça marque quand même.

Médecin I

Le sujet de ma thèse c'est la prévention du suicide en médecine générale et la question de recherche serait "Comment les médecins généralistes évaluent-ils le potentiel suicidaire de leurs patients, sur quels indices, quels sont les facteurs facilitateurs ou les freins au diagnostic ?"

Je me suis intéressée à ça parce que j'ai lu dans différentes études que 60 à 70 % des patients ayant fait une tentative de suicide avaient consulté leur médecin généraliste le mois précédent et environ 36 % dans la semaine précédente. Ça laisse présumer que le médecin généraliste a peut-être un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, et les objectifs secondaires sont éventuellement de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire qui pourraient servir d'ébauche à un outil diagnostic, facilement utilisable en médecine générale.

Alors d'abord pour vous connaître un petit peu mieux, si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Je suis médecin généraliste, installé depuis 34 ans, et je fais de la médecine générale dans son ensemble. Je vois pas trop quoi dire d'autre (rires).

Quelles sont selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Ah ça, je ne sais pas, il faudrait demander à ma femme hein (rires). Non je suis trop... trop consciencieux, c'est un défaut hein, enfin je le considère comme un défaut maintenant. Non, le reste je saurais pas, je saurais pas dire, j'suis trop empathique peut-être aussi.

C'est une qualité ? Un défaut ?

Ça dépend à quel moment de ma vie j'ai pensé ça... (rires) .Non je dis pas que c'est une qualité, enfin on se fait bouffer, quoi voilà.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine et en particulier la médecine générale ?

De toute façon, j'ai toujours voulu être médecin, enfin je voulais être médecin généraliste, pas spécialiste. J'ai fait trois années de pédiatrie, mais je ne voulais pas m'installer en tant que pédiatre. Je me suis dit que c'était mes gamins qui auraient reçus les baffes et pas mes petits patients. Et puis je voulais varier, je voulais une variété de la médecine, et puis je voulais à la

campagne, j'ai jamais voulu m'installer en ville. Puis j'avais quand même un oncle qui était médecin et que j'admirais, y'a peut-être ça ... puis j'avais une tante qui était présidente de la Croix-Rouge dans la partie nord de la Bretagne, donc peut-être qu'il y a tout ça qui est entré en ligne de compte. J'ai été secouriste à quinze ans, enfin bref, j'avais un peu une orientation empathique. J'ai fait du scoutisme, ça ça joue beaucoup je trouve (rires). J crois que c'est tout là.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Bah ça m'intéresse toujours mais les patients ne sont plus aussi intéressants qu'il y a 34 ans. C'est-à-dire que maintenant ils veulent tout, tout de suite et il n'y a que le patient qui compte et non plus euuu... Avant les gens pensaient bien qu'ils n'étaient pas tout seul comme malade et acceptaient par exemple de laisser passer d'autres avant eux etc... puis maintenant bon. C'est surtout ça qui a changé en quelques années, mais c'est pour tous les métiers donc euuu... Mais j'aime toujours la médecine générale.

Et si vous aviez à décrire votre pratique, vous diriez quoi ?

Je fais une médecine lente, voilà, je prends plus de temps, j'écoute les gens. Je prends le temps quoi. Je ne regarde pas le nombre d'actes, je regarde pas le nombre de patients en salle d'attente, si y'en a qui partent ils partent (rires). Je sais pas quoi rajouter là.

Quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable et si oui comment ?

Euuu ça dépend, par exemple ce matin, y'avait une personne qui a perdu sa maman fin août, je l'avais pas revue depuis, donc il a fallu qu'elle s'épanche d'abord, avant la consultation elle-même, donc forcément ça a duré plus longtemps. Et puis une autre qui m'a parlé de ses parents, que j'ai connu quand ils venaient en vacances ici, et qui sont maintenant pas bien. Donc c'est pareil, elle m'a parlé de son père, de sa mère, qui sont âgés et pas bien. Mais c'était pas le but de sa consultation à elle quoi.

Selon vous, un médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide et si oui lequel ?

Oui je pense oui. C'est une question un peu compliquée (rires) On était peut-être plus euuu... Il y a 34 ans, j'étais de garde jour et nuit, le week-end, j'étais là tout le temps quand je me suis installé. Donc là on était vraiment au courant de tout ce qui se passait y compris le week-end quand il y avait un soir après boisson quelqu'un qui faisait des bêtises, on était au courant de tout. C'est vrai que maintenant on est beaucoup moins au courant des épisodes qui peuvent être perturbants dans la vie d'un jeune par exemple ou d'un moins jeune et on est peut-être moins à l'écoute de tout l'ensemble, de tout ce qui peut se passer pour déséquilibrer quelqu'un quoi. Il y a 34 ans, on savait tout de suite quand y'avait eu un clash ou qu'il avait menacé de faire quelque chose de pas bien on nous appelait tout de suite. On

était là jours et nuits et le dimanche aussi. Je comprends que maintenant les jeunes ne veulent plus faire ça. Mais on connaissait toute la famille, donc on connaissait un peu l'évolution du gamin qu'avait pété les plombs, tout ça quoi. Maintenant y'a plein de choses qui sont cachées donc on sait pas trop, à mon avis.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Euuu si, j'arrive à ...celles que j'arrive pas à suivre c'est les femmes alcooliques, alors là j'ai un mal fou, mais quelqu'un ... enfin si elles sont alcooliques elles sont peut-être un peu suicidaires aussi, enfin j'ai du mal, le courant ne passe pas. Les gens qui ont des syndromes dépressifs, si, j'essaie d'écouter, je prends le temps, j'essaie d'accompagner, j'essaie de ...je dis pas de faire de la psycho parce que je ne suis pas amené à écouter suffisamment pour que les gens puisse s'épancher. On sent, on a le feeling, on sent des fois que quelqu'un est venu et on se dit mais il n'est pas venu pour ça. Ça m'est arrivé plusieurs fois de voir quelqu'un qui au moment de partir dit oui mais j'avais autre chose quoi. Je dis ben rasseyez-vous, et au fil de la conversation de me dire : Ça va plus, j'en ai marre, mon mari ça va pas, mon couple ça va pas, et de parler de la déprime. Je sentais bien qu'il y avait quelque chose mais on peut pas non plus,... On a beau tendre des perches, des fois ça n'accroche pas. Je sais pas si c'est ça qu'il faut répondre mais enfin je réponds ce que je peux.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépressions, suicides ou TS ?

Déprime oui moi-même, tentative de suicide non, envie d'arrêter la médecine d'un coup oui, après 18 ans de travail sans interruption, j'ai eu une année où y'avait même pas de tour de garde le week-end, enfin c'était particulier, c'était après une année où j'avais travaillé du 1er janvier au 1er janvier d'après sans interruption donc c'est sûr que sur le plan familial ça pétait un peu les plombs et moi aussi. Mais c'était pas envie de suicide, c'était envie de changement complet de tout et mettre "à vendre" sur le cabinet (rires), et donc je me suis associé à ce moment-là. Mais non j'avais pas préparé ma boîte à suicide (rires), et dans mon entourage y'a pas eu.

Est-ce que cet épisode a modifié votre relation au patient dépressif ou sa prise en charge ?

Non. Je savais ce que c'était. On bossait tous les jours, toutes les nuits, au bout d'un moment (rires), c'est pas normal donc pour moi, je savais pour moi d'où ça venait en tout cas. Mais bon non, je suis assez à l'écoute des gens, c'était une déprime réactionnelle, alors qu'il y a des gens des fois où tout baigne ils sont déprimés. Je pense pas que ça ait changé grand-chose car c'était pas une idée suicidaire que j'avais dans la tête quoi, c'était un ras-le-bol donc non ça n'a pas dû changer. Par contre j'ai eu des cas de suicide dans ma patientèle, c'est violent hein par ici c'est pas la tentative hein, quand ils réussissent... enfin quand ils

veulent faire ils font. Les autres ils téléphonent je vais me suicider et ils attendent qu'on soit arrivé.

Justement on arrive à cette question : Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un de vos patients ?

Surtout suicides, les tentatives de suicide, euuu c'est un appel à l'aide. Moi je mets ça un peu à l'écart, bien qu'il faut se méfier et savoir le garder en mémoire quoi. Mais des suicides ici, oui, et à Arzano généralement ils ne se ratent pas hein.

Et vous avez plusieurs cas qui vous reviennent ?

Ah en 34 ans... oui, oui, oui bien sûr.

Vous pouvez me décrire un peu ?

Oui. Un des premiers, c'était un déprimé. Ici c'est soit la rivière parce qu'on a le Scorff d'un côté et l'Ellé de l'autre avec les roches du diable. Aux roches du diable, c'est extrêmement fréquent les gens qui viennent d'ailleurs pour se suicider là. Mais c'est pas mes patients donc moi je vais juste faire le certificat de décès. Au début, j'en avais environ un par an aux roches du diable. Puis je n'y ai jamais emmené mes enfants entre parenthèses se balader là-bas, de peur qu'ils tombent. J'avais un patient qui était déprimé, qui avait des problèmes conjugaux et tout et c'est malheureusement le survector que je lui avais donné, survector qui a été supprimé depuis, mais vous n'avez sûrement

pas dû connaître, qui était un peu comme le tofranil dans le temps, qui stimulait les gens et qui l'a fait passer à l'acte très rapidement. On l'a retrouvé une semaine après dans la rivière à Pont-Scorff. Et puis les autres c'est soit un coup de fusil dans la bouche avec la calotte et tout au plafond, ça j'en ai des souvenirs..., on se relayait avec les gendarmes pour essayer de ne pas vomir, on ramassait tout quoi, ça s'est arrivé. Celui-là, je l'avais pas vu venir celui-là il n'était pas déprimé mais y'a eu une engueulade, un clash, et... et ben il l'a fait. Y'a pas mal de patients ici hein qui me disent de toute façon, si un jour j'ai un problème je ... je mettrais fin à mes jours quoi. Y'a des personnes âgées qui le font mais là c'est parce que l'euthanasie n'existe pas encore, qui se sentent complètement handicapées et dépendantes et qui veulent pas rester comme ça. Ça c'est encore autre chose. Donc c'est soit la rivière soit le coup de feu puisqu'ils ont tous des fusils par ici, ils sont tous chasseurs, soit la pendaïson, soit le puits. Enfin ça c'était mon premier certificat de décès mais c'était pas un de mes patients, je l'ai retrouvé dans le puits. Maintenant les puits sont fermés donc ils font plus ça.

Et pour les patients dont vous vous souvenez, est-ce que vous vous y attendiez à ces suicides ?

Non, pas tous, y'en a oui. Moi j'ai des patients qui sont encore en vie et qui m'ont signalé que sans doute qu'un jour ils se.... (geste du pouce qui "coupe la gorge") s'ils ne se sont pas améliorés, si ça va pas, s'il y a quelque chose, si ... ils m'ont dit de toute façon

tu me trouveras suicidé quoi comme ils disent (rires). Tu me trouveras dans la rivière, tu me trouveras pendu. La première année que mon associée est arrivée, elle en a eu plusieurs à dépendre. Ça ça l'avait un peu..., toute jeune installée, je crois qu'elle s'en rappelle donc euuu (rires). Mais oui y'en a un ça n'allait pas, enfin lui c'était des problèmes au travail et puis il savait qu'il fallait qu'il vende toute son affaire. On l'a pas vu venir, il est allé acheter une corde au marché à Plouay et il est revenu se pendre. J'en ai eu un, alors là c'était un peu dommage car c'était juste pour une douleur de zona mais à l'époque on n'avait pas tous les médicaments qu'on a maintenant. Il avait tellement mal qu'il s'est suicidé, il s'est pendu à son poulailler. Donc j'sais pas y'en a plein, j'en ai pas mal donc je pourrais pas..., et je suis sûr que je les retrouverais pas tous, ma femme doit mieux se souvenir que moi (rires). Elle participe beaucoup au cabinet médical. Le dernier, c'est vrai que moi je ne le voyais pas, sa femme me disait, mais il avait gardé son médecin d'avant qu'il vienne ici, moi je l'ai pas vu. Il avait disparu et on l'a retrouvé une semaine après dans les bois, pendu, ça c'était y'a pas longtemps, un ou deux ans. Depuis j'ai vu des gens qui se sont suicidés aux roches du diable mais pas mes patients.

Et par rapport à vos patients, pensez-vous que vous auriez pu éviter ces suicides-là ?

Bah non, enfin c'est peut-être pas à dire mais, quelqu'un qui vraiment, enfin je parle pas de celui qui fait une tentative, qui téléphone, je viens d'avaler deux médicaments, j'ai pris deux

vogalène, deux dolipranes, deux lexomil, enfin ils ont fait attention de pas prendre les trucs les plus forts, encore que le doliprane faut faire attention mais les autres quand ils font une tentative et qu'ils se sont ratés, bien souvent ils essaient à nouveau et là ils ratent pas quoi. Je me suis jamais culpabilisé hein, parce qu'autrement je serais dans un état lamentable, faut peut-être pas le dire... (rires). Si pour mon patient, à cause du zona, ça m'avait vraiment marqué, parce que je me dis, y'avait rien d'autre quoi. Alors que les patients qui ont un cancer généralisé, qui réussissent, parce qu'ils le savent qui se suicident, je me dis bon c'est un peu dommage mais bon chacun choisi. Il a choisi, il a réussi, il est parti. Oui, j'en ai eu aussi à cause de cancers, y'a pas que des déprimés quoi, c'est des gens aussi qui mettent fin à leurs jours.

Avez-vous déjà été confronté aux confidences suicidaires d'un patient ? Si oui, quelle a été votre réaction ?

Donc là on parle plus des tentatives de suicide. Oui, c'est arrivé oui. Donc bon j'ai essayé d'envisager un peu une thérapie, que les gens réussissent à évacuer un peu leurs problèmes et de savoir pourquoi ils avaient fait ça quoi. Y'en a eu pas mal, c'était des jeunes, pour peines sentimentales euuu, la copine qui était partie, c'était histoire de faire revenir l'autre, ce qui est absurde, ce qui n'arrange pas les relations et encore moins d'ailleurs (rires). Donc on réussit à leur expliquer qu'à quinze ans ils ont toute la vie devant eux et donc on fait quand même un suivi psychologique. Mais c'est vrai qu'avant on n'avait pas tout ce qu'il

y a maintenant hein, la psychiatrie à Quimperlé il y a trente ans, c'était pas du tout comme c'est maintenant. Donc là maintenant c'est vrai que y'a des portes ouvertes où on peut aller, on peut causer avec quelqu'un machin. C'est quand même un peu mieux quoi, on peut aller parler. D'autres personnes, si, y'en a une que j'avais vu, c'était une personne qui n'était pas bien dans sa tête, qui avait des problèmes psychiatriques et qui s'était pendue et la corde avait lâché mais ça se voyait car il y avait la brûlure quoi, puisqu'elle était quand même resté un petit peu accrochée. Mais quand je l'ai vu elle était, je dis pas en plein forme mais un peu mieux. Donc on a modifié le traitement là, comme dans les autres cas on réévalue un peu la thérapeutique mais y'a pas que la thérapeutique médicamenteuse hein, il faut faire des thérapies, des choses comme ça.

Pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

La définition ? Ah! J'ai pas potassé la question... (rires)

Enfin, pour vous hein?

Bah c'est la personne qui est arrivée à un point tel que..., un point de non-retour, c'est-à-dire que bon, on sait ce qu'on vit et on veut que ça s'arrête, on veut que tout s'arrête. C'est un ras-le-bol général qui va jusqu'à pousser à faire stopper tout ce qui existe quoi. Moi c'est comme ça que je le vois. Et la tentative de suicide, c'est plus un appel à l'aide quoi. Moi j'ai tendance à ne pas mettre les tentatives de suicide au même niveau que les

suicides. Dans les suicides réussis, je pense que les gens ont un terrain différent ou des raisons importantes, du moins des raisons qu'ils pensaient eux importantes quoi. D'ailleurs pour revenir à la question de tout à l'heure, quelqu'un qui m'en avait parlé, c'est quelqu'un qui avait fait un zona. Il avait fait un zona, je lui avais donné quand même un antalgique adapté, je crois que c'était du lyrica, mais il n'était pas revenu me voir, la dose était insuffisante. Il est décédé maintenant, enfin il est décédé d'autre chose. C'était un gendarme à la retraite et quand il est revenu me voir pour le renouvellement de son traitement habituel trois mois après, alors qu'il aurait pu revenir pour son zona, il m'a dit "si j'avais encore eu mon arme de service, je crois que je m'en serais servi, tellement ça faisait mal". Mais je lui dis "pourquoi vous n'êtes pas revenu quoi, pourquoi on n'a pas augmenté le traitement ?" Donc c'est des gens qui arrivent à un point tel que ça devient insupportable, la vie devient insupportable et donc ils veulent que ça s'arrête. J'en ai eu un autre, il avait été renversé par une voiture, donc là on n'a pas trop su d'ailleurs ce qui c'était passé, il n'était pas dépressif, mais il avait picolé donc il me semble que ça n'allait pas. Il avait été renversé par une voiture avec sa mobylette, il a réussi à rentrer jusqu'à chez lui sans prévenir personne et on l'a retrouvé pendu accroché au tuyau de sa chaudière. Est-ce qu'il avait été responsable d'un accident ? Ou pas on sait pas trop, bref y'a eu toute une enquête avec les gendarmes, je ne sais pas ce que ça a donné.

Et pour vous ça dure combien de temps une crise suicidaire ?

L'idée de se suicider, ça peut durer un petit moment hein je pense, je pense que les gens ne se décident pas tous sur un coup de tête. Je pense qu'il y a préméditation, je pense qu'ils préparent. J'avais un patient qui avait à côté de chez lui un trou de carrière, donc les trous de carrière remplis d'eau là, qui sont très profonds et il m'avait dit le jour où j'ai un pépin, c'est pas dur hein, si on me trouve pas tu pourras dire, tu viendras me chercher là. Il a fait un AVC, il n'a jamais pu aller se mettre dedans. Et quand j'allais le voir, il me disait, avec la main qui bougeait, (il pouvait pas parler, c'était pas du bon côté), il me faisait signe de le suicider, enfin de l'aider à partir et quand je repartais de chez lui, je passais devant le trou de carrière et je me disais il a même pas pu y aller quoi. Donc je pense qu'il y a des gens qui prévoient longtemps à l'avance que le jour où il y aura un problème, je peux toujours le faire, je peux toujours partir. Mais je pense qu'on ne le sait pas toujours. J'ai eu des patients psys, enfin ouais tous les deux ils étaient psys, ils avaient leur boîte à suicide...Donc il y avait des médicaments psychiatriques vachement costauds dedans et quand y'en avait un qui embêtait l'autre c'était j'avais prendre ma boîte à suicide. Ils ouvraient la boîte, attrapaient les comprimés, c'est pas pour ça qu'ils les prenaient. Et un autre coup c'était l'autre. Puis ils ont déménagé donc je ne sais pas s'ils ont réussi à l'utiliser... Puis le jour où ils veulent l'utiliser, les comprimés seront peut-être périmés mais enfin bon, ils en avaient tellement que je pense qu'ils réussiraient. Juste pour dire qu'il y a des gens qui prévoient des trucs longtemps à l'avance, mais j pense que là c'est peut-être plus des gens qui prévoient une euthanasie, enfin

une fin de vie un peu accélérée. Je pense qu'on devrait séparer les suicides selon l'âge : je pense que chez les jeunes c'est plus réactionnel à un problème sentimental ou de travail ou de relation avec les parents, enfin, je sais pas, après ben ça dépend aussi de l'état psychiatrique des gens hein, ça peut être des bipolaires ou des gens qui sont pas bien mais ça peut être réactionnel au travail ou à un autre problème, et chez les personnes âgées, y'en a beaucoup qui ont des idées suicidaires mais dues à leur état de dépendance, ou leur état de santé quoi. Par exemple, j'ai une patiente de 89 ans, elle quitte plus son canapé, et elle me dit, de toute façon tu sais que si un jour j'en ai marre je saurais comment arrêter tout. Elle vit seule mais elle a l'aide-ménagère, elle a l'infirmière pour la toilette, euuu... Pour elle j'ai pas du tout envie de dire et bah on va vous placer pour empêcher ça... Je la laisse chez elle, et puis on verra. Elle l'a dit à ses enfants hein, les enfants pensent que si c'est ce qu'elle veut bah... Enfin ça c'est peut-être des cas particuliers hein, mais ça je rapproche ça du manque d'euthanasie, donc de ne pas avoir la possibilité de mettre fin à ses jours comme il veut quoi. Parce que bon pour les autres, par exemple l'accompagnement d'un cancer, d'un truc important, parce que c'est des gens dépendants mais je veux dire y'a pas de maladie évolutive cancéreuse ou autre, parce que ceux-là ont des fins de vie avec l'HAD qui sont un peu plus convenables, on va dire.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Ben quand ... enfin je sais pas, quand on connaît bien ses patients on perçoit que la personne n'est pas pareille, que la personne...je sais pas, y'aura un faciès différent, la personne sera pas bien, on sent qu'il y a quelque chose qu'il n'y avait pas la fois d'avant et que bah il faut se méfier quand-même quoi. Mais je pense que c'est quand on connaît les patients. Quelqu'un qu'on verrait pour la première fois des fois on ne peut pas savoir quoi. Et c'est aussi la façon dont la personne réagit, la façon dont la personne parle, dont la personne acquiesce "hummm hummm", enfin y'en a qui répondent "hummm hummm", quand on demande "ça va ?" " est-ce-que vous mangez bien ?" "hummm hummm" Faut chercher un peu plus loin mais parfois on a beau tendre la perche, on n'a pas trop de réponse.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Je pense pas que j'en ai eu dont j'ai perçu qu'ils allaient se suicider peu de temps après, sauf ceux qui me l'avaient dit hein, tu me retrouveras...dans la rivière tu me retrouveras, je saurais comment faire..., s'ils le disent c'est que en général, tête de breton, caractère de ... On a un jeune-là qui a cherché à se pendre deux fois déjà, là il est en psychiatrie. Et donc on se méfie parce qu'il a l'antécédent de son grand-père et de son père. Enfin, pour les gens qui ont dans leur famille des antécédents de suicide ou de pendaison euuu, j'ai l'impression qu'ils s'orientent plus dans leur tête vers cette solution-là quoi, c'est une solution de facilité puisque les générations d'avant ont

fait pareil. Donc là j'ai deux personnes, une dame et puis ce jeune-là. Enfin, il est père de famille, il a trois gamins, et son père et son grand-père se sont suicidés. Il a un traitement quand même assez fort, il est suivi régulièrement par les psychiatres et par moi quoi. Et une dame qui est beaucoup plus âgée et c'est elle qui avait retrouvé sa mère pendu quand elle était plus gamine, je sais pas exactement à quel âge, j'ai pas réussi à savoir quand mais je sais que ça l'a perturbé et à des moments elle a eu des idées suicidaires, elle m'en a parlé mais elle n'a pas voulu aller voir de psychiatre encore, j'arrive pas à la décider. Je lui avais donné un rendez-vous puis elle l'a annulé. Ça fait longtemps qu'elle n'est pas venue me voir d'ailleurs. Enfin bon... mais j'ai pas appris qu'elle était morte.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Comment je leur pose la question ? Pour savoir s'ils ont des idées ...? Je leur parle d'idées noires, des fois ils disent "qu'est-ce- que vous entendez par là ?" Bah je dis de désirer de mettre fin à vos jours quoi, est-ce que ça vous trotte dans la tête ou pas. Donc bah là on voit un peu la tête des gens, y'en a qui disent oui j'y ai songé, quand j'ai accéléré, je me suis dit si la voiture part et bien tant pis. Ah je dis mais ça c'est déjà une idée suicidaire hein. C'est un peu comme ça que je le dis-moi. "Est-ce que vous avez cherché à prendre beaucoup d'alcool, à prendre des médicaments avant de conduire en espérant avoir un accident ?"

Je pose la question un peu comme ça, ça dépend aussi de l'âge des gens quoi.

Etes-vous gêné pour aborder le sujet ?

Euu non, en tout cas pas avec mes patients.

Et pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Ça peut, je pense que ça peut, donc il faut bien connaître les patients. Enfin dans certaines familles qui sont unies, on a un petit coup de fil... Vous devez voir mon mari, ça va pas quoi, donc essayez de l'interroger là-dessus. Et on s'aperçoit qu'il vient que pour son renouvellement de traitements ou autre. Je pense qu'on est un peu orienté par les familles. C'est un peu l'intérêt du milieu rural où ils sont très...enfin Arzano c'est pas le milieu rural profond mais les gens ici sont tous cousins cousines quoi, ils se connaissent tous les uns les autres. Enfin il y a de nouveaux arrivants mais je veux dire dans les gens qui sont implantés même avant moi à Arzano et bien ils sont tous... des fois je découvre encore des liens de parenté. Et comme ça on réussit à savoir par quelqu'un d'autre qu'il y a eu un problème, qu'il y a quelque chose. Dans un petit bourg c'est assez facile, ça se sait facilement. Mais les gens ne viennent pas... si les jeunes viennent quand ils sont déprimés "ça va pas, je suis pas bien dans ma tête" Bon c'est peut-être aussi parce qu'ils ont envie d'un arrêt de travail. Mais par exemple les exploitants agricoles,

un arrêt de travail ça ne les intéresse pas donc ils viennent pas en parler. Enfin ils viennent pas pour ça, donc il faudra profiter d'un renouvellement pour ceux qui ont des médicaments, parce qu'ils n'en ont pas tous quoi.

Selon vous, quel pourraient être les freins au diagnostic de crise suicidaire ? Qu'est-ce qui pourrait empêcher de voir qu'un patient va passer à l'acte ?

Si on va trop vite lors de la consultation, le patient hésitera à répondre aux perches qu'on lui tend quoi. Je pense, enfin... Je me souviens d'une réunion, on était entre médecins et y'en a un qui dit "de toute façon moi les psys je les vois plus parce dès qu'il y a un patient qui me dit je vais pas bien docteur, moi non plus qu'il répondait, moi non plus je vais vraiment pas bien, ras-le-bol. Donc le malade euuu, bien-sûr là c'était réglo, je vous remets les médicaments et puis voilà. Ça m'avait complètement euuu, je me suis dit mais c'est pas vrai y'a des médecins qui exercent comme ça quoi, enfin bon, si on prend le malade on le prend dans son ensemble et donc il faut savoir écouter. Par exemple ce matin, la personne qui m'a parlé du décès de sa mère, donc elle voulait un peu plus d'explications, un peu plus se rassurer, est-ce que j'aurais pu faire quelque chose qui lui aurait empêché de ... ça a été un décès assez brutal donc euu on n'a pas eu le temps de la réanimer, elle avait quand même un âge avancé, et si j'avais juste renouvelé les médicaments de cette personne ce matin, bah je me serais culpabilisé moi-même (rires). Mais je sais pas trop là, votre question je réponds à côté. Mais si on connaît

bien les patients et qu'on est à l'écoute, je pense que ça c'est important. Mais avoir un critère pour dire que les gens sont pas bien ... euuu... Parce que les tables euuu c'est un peu...y'en a plein, la déprime, l'anxiété, l'angoisse, tout ça, j'suis pas sûr que ce soit... enfin qu'on peut... enfin surtout quand on prend le truc et qu'on coche (rires)...Là pour la mémoire je suis d'accord mais pour le contact euu... Mais de poser les questions qui posent euu oui pour diagnostiquer la déprime et voir s'il y a pas un risque euu. Mais beaucoup sont pas forcément déprimés pour aller se suicider, c'est ça le problème, ils sont pas tous euu, c'est pas tous l'évolution d'une déprime importante ou d'un burn-out important.

Chez un patient dépressif, cherchez-vous systématiquement des idées de suicide ?

Oui, oui je pense que je demande. Je les vois quand-même assez régulièrement hein ceux qui sont dépressifs, pour évaluer le traitement. Bon peut-être pas chez les personnes âgées, parce que bon je considère qu'une personne âgée dès qu'elle prend, enfin ça c'est mon avis à moi, une personne âgée, si elle commence des troubles cognitifs, parce que moi j'aime pas le terme maladie d'Alzheimer, on en a trop mis sous ce nom-là, si elle a des troubles cognitifs importants et qu'elle se rend pas compte de son état, elle aura un bon moral. Si elle garde toute sa tête, elle va se rendre compte de sa déchéance, de la proximité d'une dépendance qui va arriver et là elle n'aura pas le moral. Donc on va pas mettre toutes les personnes âgées sous

antidépresseurs. Enfin moi c'est mon avis. Donc ça c'est pour les personnes âgées, et puis pour les personnes âgées je leur demande pas hein, de toute façon on va pas ..., en plus s'ils ont l'aide-ménagère, etc...de toute façon je sais que celle de 89 ans un jour je la retrouverais peut-être pendue à sa ceinture de robe de chambre, j'sais pas... Mais pour les plus jeunes, je les revois.

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, que faites-vous ?

Et bien à l'heure actuelle, donc j'envisage un examen rapide avec un psy à l'hôpital ou même uniquement aux urgences puisqu'ils peuvent faire venir un psy quoi. Ça, ça va dépendre de l'âge aussi. Si c'est quelqu'un qui me dit de toute façon j'ai envie, et qu'on a réussi euu à lui faire évacuer quand-même pas mal de choses, je le fais peut-être pas systématiquement. Ça dépend de l'âge des gens quoi. Un jeune certainement. Un jeune qui vient, amené par ses parents, c'est que déjà il y a eu une tentative à la maison sans doute, donc là je leur dis qu'il faut absolument voir un psy et je fais un mot et je me renseigne pour savoir si les gens y sont allés. Ouais, aller plus loin c'est un peu compliqué quand même, c'est peut-être pas raisonnable. Bah ça dépend des gens, c'est vrai qu'on peut pas trop appliquer de règles, ça dépend un peu de chaque personne. Y'en a c'est que le jour où ils voudront le faire ils feront quoi, ça sera pas le truc pour rien quoi, ça sera pas juste le petit truc, ça sera pas une tentative, ils réussiront quoi. Parce que j'en ai moi, qui ont fait...une personne qui doit avoir presque soixante ans, elle a fait des tentatives, un moment

c'était, j'sais pas moi, tous les quinze jours. Donc y'a eu hospitalisation en psychiatrie etc... Et c'était, je vous appelle, j'ai absorbé des médicaments, ou plutôt, je vais absorber des médicaments, je vous appelle. Donc c'est celui qui faisait les visites, puisqu'il y en a un qui est toujours disponible pour les visites, et bien il partait les voir, hospitaliser si le médicament avait été pris, c'était l'époque où on était aussi là jour et nuit tous les deux quoi.

Et pourquoi plus là ? Parce que c'est la campagne ?

Ah je sais pas, enfin bon, là ça fait quand même 34 ans hein, ouais c'est vrai, je pourrais même pas dire combien y'a eu de suicides. Bon c'est quand même pas toutes les semaines hein. Le dernier ça fait deux ans quand même. Je touche du bois.

Est-ce-que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Si oui, que pourriez-vous faire de mieux et quelles mesures pourraient vous aider ?

Oui, on peut toujours. Bon déjà d'être à deux, ça nous a servi pour un patient. Bon c'était un patient de ma collègue et toute seule elle n'y arrivait pas. C'était un homme en plus et toute seule elle a pas... Donc elle m'a appelé. Je suis rentré dans son bureau et on a réussi à persuader la personne d' aller à l'hôpital quoi. Donc déjà on s'améliore par le fait d'être à deux. Améliorer les choses, je pense qu'on peut le faire mais je ne saurais pas dire comment. Il faudrait être toujours au top et avoir une écoute ...Si

on écoute, les gens finissent toujours par dire quelque chose, moi je suis persuadé que quelqu'un qui n'est pas bien il réussira à le placer quoi. Ah oui, j'ai eu une fois en 34 ans une dame qui était venue, et je trouvais bizarre qu'elle soit venue que pour ça, parce qu'ici c'est rare qu'on vienne pour un petit truc, quand on vient y'a la liste quoi. Ça ça m'embête maintenant mais bon, j'ai mal éduqué mes patients. Donc ils vont pas venir pour un grain de beauté par exemple qui se modifie, ça sera en plus de la consultation. Et là j'avais été surpris, mais j'avais rien perçu. Et arrivée chez elle, la personne m'a téléphoné pour me dire j'ai pas réussi à vous le dire tout à l'heure. Je lui dit bah revenez, revenez, y'a pas de problème, je vous prendrais à telle heure, j'avais dû mettre un rendez-vous en plus. Y'avait un syndrome dépressif, idées suicidaires y'en avait pas mais y'avait une déprime quand même. J'avais tendu la perche mais elle avait pas mordu. J'avais tendu la perche pour savoir parce que je pensais qu'il y avait autre chose. Est-ce qu'elle était enceinte et qu'elle voulait une IVG ? Enfin un truc de ce genre. Je sentais qu'il y avait autre chose mais je ne savais pas quoi. Mais elle a réussi à me téléphoner après.

Le questionnaire est fini, vous avez des choses à ajouter ?

Euuu non je sais pas trop, il faut que je réfléchisse par rapport à mon expérience, enfin mon expérience ... mon expérience professionnelle. J'ai pas eu le temps de trop réfléchir à ça. J'ai lu votre papier là, c'est beau mais je me suis que c'est pas évident de pouvoir ... C'est vrai qu'on est dans une société où on cote un

peu tout quoi, on aime bien les trucs sur la déprime, l'anxiété, la psy, ... de classer, je trouve ça un peu dommage. Pour les tentatives de suicide, c'est ... on ne sait pas quel mécanisme il y a dans la tête qui fait que tout d'un coup ça y est, les gens veulent passer à l'acte quoi. C'est vrai que dans ma famille y'a pas eu de cas, mes enfants non plus à ma connaissance n'ont pas cherché à faire de bêtises pour partir, après avoir fait quelque chose de pas bien ou une mauvaise note. Tiens d'ailleurs j'avais eu connaissance d'un gamin qui a tenté de se suicider, suite à une mauvaise note d'ailleurs. C'était un gamin de 15 ans, il avait absorbé des médicaments et ses parents l'avaient retrouvé. Ses parents n'ont pas voulu qu'on le note dans le dossier ni sur le carnet de santé, puis maintenant il a fait sa vie, il est marié, père de famille et je pense que maintenant tout baigne. Il y a certainement un terrain particulier je pense. C'est comme pour la déprime, y'a des gens qu'on sent que ça va déprimer après un accouchement, que ça va déprimer après un problème de chômage,... Y'a une dame, je lui ai sorti ça il y a parait-il un bout de temps, donc là elle a déprimé, son mari s'est barré, elle s'est trouvée toute seule et elle ne l'avait pas vu venir. Elle se donnait beaucoup pour tout le monde et tout d'un coup pof monsieur il part, les enfants étaient grands et donc elle s'est retrouvée toute seule. Là elle a déprimé et là je lui ai dit mais vous réagissez plus et je pense que vous avez un terrain particulier. J'y ai sorti ça et bon maintenant elle va bien puisqu'elle me dit je suis très contente d'être toute seule. Je me rendais pas compte que j'étais étouffée, tout était pour mon mari, que je faisais tout pour lui et je n'avais rien en retour. Maintenant

elle me dit, j'aimerais bien que vous répondiez à ma question comment aviez-vous su quand vous m'aviez-dit que j'avais un terrain particulier et que c'est pas étonnant que vous ayez réagi ainsi. J'ai pas trop voulu répondre d'ailleurs mais bon. Mais là y'a pas eu de tentative de suicide ni d'idées suicidaires d'ailleurs, mais bon elle n'allait pas bien, ce qui est normal. Je ne vois pas trop quoi rajouter.

Médecin J

Je fais ma thèse sur la prévention du suicide en pratique de médecine générale, pour voir un peu comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation, sur quels indices ? Quels sont les facteurs facilitateurs ou les freins au diagnostic ? J'ai choisi ce sujet en voyant que selon les études 60 à 70 % des patients ayant fait une TS ou un suicide avaient consulté leur médecin dans le mois précédent et environ 36 % dans la semaine d'avant. Donc peut-être que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

Et puis les objectifs secondaires seraient de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire, peut-être pour élaborer un outil diagnostique utilisable en médecine générale.

D'abord quelques questions générales pour mieux vous connaître. Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Ça c'est une sacrée question hein ! Si j'avais à me présenter ? Bah professionnellement donc généraliste depuis 1987, et exercice libéral d'abord en association pendant 4-5 ans et ensuite seul depuis. Voilà, un exercice de médecine générale traditionnel euuu voilà. Qu'est-ce que je peux dire euuu, après on peut dire plein de choses hein. Non j'sais pas. J'avais une spécialité en

alcoologie, je suis mésothérapeute et puis je suis médecin des commissions médicales de permis de conduire, et médecin agréé DDASS. Voilà, grosso-modo voilà.

Quel est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

J'en sais rien,... je sais pas. Bah les qualités et les défauts des fois c'est un petit peu euuu, professionnellement, je sais pas euuu.... j'ai une qualité qu'est peut-être un défaut c'est que je...j'essaie toujours d'aller chercher les causes des choses, alors des fois ça me, peut-être que ça m'envoie dans des recherches euu...ouais, c'est peut-être un petit peu ça, qualité et défaut quoi. Ça m'arrive de faire des diagnostics, mais des fois c'est peut-être euuu. C'est une qualité ou un défaut, je ne sais pas dans quel sens on peut le prendre quoi.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine et en particulier la médecine générale ?

Alors pourquoi j'ai choisi la médecine euuu. Ça a toujours été mon idée, déjà très jeune. Bon vous dire à quand ça remonte euu, j'en sais rien... Peut-être parce que j'ai été hospitalisé gamin longtemps, c'est peut-être ça, oui c'est peut-être ça. Et puis pourquoi la médecine générale euuu... bah parce que, parce que la notion de médecin de famille m'intéressait, voilà c'est essentiellement ça, et puis je ne me voyais pas faire toujours à

peu près la même chose. Donc c'est le côté variable du métier quoi. Voilà, grosso-modo c'est ça.

Si vous aviez à décrire votre pratique, que diriez-vous ?

Par exemple, quelle est votre durée moyenne de consultation, est-elle modulable, selon quels critères ?

Oui, ben, j passe le temps qui faut que je passe hein, donc c'est vrai que des fois ça me...moi je fonctionne comme ça, c'est-à-dire que si c'est quelque chose qui doit me prendre 5 minutes, ça va me prendre 5 minutes. Si ça doit me prendre une demi-heure, ça me prendra une demi-heure, alors c'est pas toujours (rires) facile à gérer mais je ne vois pas comment on peut faire différemment C'est-à-dire, je ne remplirais pas forcément une consultation pour faire semblant quoi hein, histoire de dire euuu voilà. Si j'ai une angine à voir, je la verrai en 5 minutes. Si j'ai un problème anxio-dépressif, il est certain que ça prendra plus de temps, voilà. J'ai du mal à faire rentrer des choses dans des tiroirs quoi hein.

Selon vous le médecin généraliste a t'il un rôle à jouer dans la prévention du suicide et si oui lequel ?

Ah oui bien-sûr. Bien-sûr oui, si, c'est certain, bien évidemment parce que c'est souvent, compte-tenu des filières et des accès de soins euu on est souvent en première ligne la plupart du temps, nous et les urgences je pense. Après, l'accès au psychiatre ou au

psychologue est quand même un peu compliqué "en urgence" entre guillemets pour les patients qui ne sont pas suivis régulièrement. Donc je pense qu'effectivement on est la pierre angulaire hein. Maintenant c'est compliqué hein, c'est compliqué, d'où l'intérêt de la thèse hein c'est vrai que c'est pas simple. C'est pas simple parce que même les psychiatres se font piéger, donc pour nous, même si on s'intéresse à la chose euuu, à l'occasion d'une consultation tout-venant euuu où y'a du monde derrière à attendre euu, bon bah c'est vrai que c'est tout à fait crédible de penser qu'on puisse passer à côté de points... de signaux d'alertes hein, parce que c'est rarement exprimé de façon très claire hein.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Moi ça m'intéresse. Ça m'a toujours intéressé, la dépression ça m'a toujours intéressé. Parce qu'il n'y a pas de...dans la dépression chaque patient est différent donc,...c'est toujours quelque chose d'assez intéressant. Maintenant euuu, maintenant ça bouffe du temps hein (rires)...

Avez-vous déjà eu des expériences personnelles ou familiales de dépression, suicide ou TS ?

Ouais ouais, bien-sûr oui. Quel médecin n'en a pas eu hein.

Comment l'avez-vous vécu et est-ce que cet épisode a modifié votre relation au patient ou votre prise en charge du patient dépressif ?

Bah je crois que le médecin il est comme tout le monde hein, c'est-à-dire qu'en fait c'est toujours assez culpabilisant de recevoir un mot des urgences pour quelqu'un qu'on a vu un ou deux jours avant euuu voilà. C'est toujours se dire bon, on essaie toujours de réfléchir est-ce qu'il y a un truc que je n'ai pas perçu, euu, est-ce que ça je ne l'ai pas entendu euuu ...? Maintenant je pense qu'il faut prendre de la hauteur par rapport à ça. J pense qu'il faut arriver quand même à se rendre compte que c'est pas chose facile quand c'est pas verbalisé pleinement hein. Voilà.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un patient et est-ce que vous vous y attendiez ?

Oui bah comme tous médecins je pense hein, à un moment ou un autre. Bah tout dépend des cas de figure hein, ou c'est des patients qui étaient suivis pour des syndromes dépressifs à risque ou des suicides à l'emporte-pièce, oui, on voit un petit peu de tout hein.

Est-ce que vous vous y attendiez ? Et est-ce que vous auriez pû l'éviter ? Si oui comment ? Par exemple, est-ce que vous avez des cas qui vous reviennent ?

A fortiori s'il y a eu suicide derrière c'est qu'on a pas pu l'éviter, par définition hein. Donc euu bah moi je fonctionne un peu comme tout le monde hein, quand j'évalue le risque maximum euuu, bah j'hospitalise, encore faut-il que le patient le souhaite, le veuille euuu voilà. Souvent la prise de risque elle est parfois là aussi hein. C'est-à-dire d'évaluer une situation à risque et de ne pas arriver à convaincre ou à lancer une HDT même éventuellement dans ces indications là, voilà. C'est pas chose facile hein. Parce que c'est souvent masqué ou sous-évalué par le patient lui-même donc euu voilà. Donc c'est vrai que c'est difficile de généraliser hein, chaque cas est un peu différent hein.

Avez-vous déjà été confronté aux confidences suicidaires d'un patient ? Quelle a été votre réaction ?

Oui oui, bien sûr. Bah moi à partir du moment où y'a des confidences suicidaires euu pour moi la réaction elle est de sécuriser, de mettre en sécurité hein. Donc à partir du moment où il y a des pulsions suicidaires de verbalisées, moi je passe la main hein...quand c'est possible, ce qui n'est pas toujours le cas, c'est pas toujours facile de convaincre les gens. Dans ces cas là c'est l'hospitalisation ou essayer d'arranger les choses avec la famille, "du bricolage" entre guillemets. C'est vrai que dans l'immense majorité des cas, j'ai l'impression quand même que quand c'est verbalisé y'a une demande, un appel et en général on arrive quand même à faire accepter l'hospitalisation, mais c'est pas toujours le cas.

Pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

Crise suicidaire et non pas suicide ? Bah je sais pas, faut que je réfléchisse. Moi je pense que la crise suicidaire c'est tout l'environnement psychologique qui pourrait amener à un geste ou à une tentative de geste d'autolyse, euuu complète, incomplète, bon après à voir euuu en incluant là dedans euuu tous les éléments qui permettraient de penser que ça puisse se produire, sans avoir d'éléments concrets quoi. C'est, c'est vachement sensible hein, c'est ...Ça dépend de l'historique du patient aussi, ça dépend de s'il a déjà eu des antécédents, ça dépend d'un tas de choses. Est-ce que c'est un simple appel au secours ou est-ce que c'est véritablement...La question est de savoir si c'est un mot dans la bouche du patient qui correspond à une réelle pulsion, une vraie volonté ou si c'est simplement un mot lancé en l'air comme ça. C'est ça qui est très très dur à apprécier hein, même pour les psychiatres je pense.

Et selon vous, ça dure combien de temps la crise suicidaire ?

Bah je sais pas. Euuu, ça peut être une fraction de seconde, à mon sens, le raptus suicidaire, ou soit ça peut être quelque chose de mûri, sur des mois voire des années hein. Donc je pense qu'entre ça on a tout hein. C'est une réponse un peu vague mais je pense que c'est ça hein. Dans les dépressions endogènes, quand c'est inscrit, quand c'est pensé, quand c'est... Les suicides réussis c'est souvent ça hein.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Bon alors quand il y a des signes dépressifs francs, c'est clair, quand les signes dépressifs sont là euu, moi c'est la première des choses que je recherche. Quand y'a des pleurs,...alors quand c'est pas verbalisé du tout euuu mais qu'il y a une fragilité émotionnelle très intense, euu oui. Quand il y a des antécédents bien évidemment même familiaux. Voilà, donc il y a deux cas de figure, quand c'est verbalisé vraiment ou quand c'est pas verbalisé du tout. Alors là après euu, quand c'est pas verbalisé du tout euuu, savoir s'il y a un syndrome dépressif derrière et si oui euuu si ce syndrome dépressif est profond éventuellement.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Alors moi, je crois que tout dépend comment je perçois le patient, enfin dans l'approche, dans l'historique que j'ai avec lui, si c'est quelqu'un que je connais, que je connais pas, voilà. Euuu, soit je prononce le mot hein, carrément, ou soit je parle plutôt d'idées noires hein. Et fort curieusement les gens comprennent, alors ça m'a toujours un peu surpris mais les gens comprennent très bien ce que l'on veut dire quand on dit idées noires. Ça ça m'a toujours surpris. Ça arrive très souvent qu'ils disent oui vous voulez me dire est-ce que j'ai des idées de suicide ? Et les gens comprennent très bien en utilisant ce terme d'idées noires, ce que l'on eut dire, mais sans prononcer le mot quoi. Et ça j'ai

toujours trouvé ça très étonnant. Donc, j'utilise...voilà, ça dépend un peu du relationnel que j'ai, de l'historique, s'il y a déjà eu des TS ou pas euuu. C'est plus facile de l'aborder quand les gens ont déjà eu des pulsions comme ça. Maintenant si c'est quelqu'un qu'on veut pas brusquer, brutaliser, renfermer, parce que le risque c'est ça, c'est que compte-tenu du côté culpabilisant de dire ça euu, si on va trop fort je pense que les gens peuvent se fermer et puis répondre non parce qu'ils ne veulent pas dire. Donc faut à mon avis utiliser euuu, c'est pour ça que j'utilise le terme d'idées noires quand je sens ce type de situation quoi.

Etes-vous gêné pour aborder ce sujet avec vos patients ?

Non. Franchement non, parce que quand je me pose la question, j'ai pas de raisons de l'être quoi.

Et pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

J crois pas. C'est une question que je me suis jamais posé. J'espère que non (rires), mais franchement je crois pas. Franchement je crois pas. Je pense qu'on peut considérer que suicide et dépression, c'est quand même très très lié hein, après je suis pas un cador en psychiatrie mais c'est quand même très très lié. Quand on connaît un peu la dépression, j pense qu'on peut pas dire qu'on puisse provoquer des choses euuu, on peut peut-être accélérer par des paroles malheureuses ou ... peut-

être, je sais pas hein. Mais je pense pas qu'on puisse être à l'origine d'un passage à l'acte, je crois pas.

Selon vous, quels pourraient être les freins au diagnostic ?

J pense qu'il y a des freins personnels sur le plan du thérapeute, du médecin, sûrement, euuu la peur de...ouais, la peur de choquer, la peur de ...je pense que oui, ça peut être ça. Moi personnellement j'en ai pas, quand je me pose la question, je me débrouille d'une manière ou d'une autre pour l'évaluer. Mais je pense que ça peut être un frein effectivement.

Et vous en voyez d'autres ?

Bah oui, du côté du patient sûrement, ça alors là, beaucoup, parce que sinon y'aurait pas autant de TS hein. S'ils verbalisaient tous, y'en aurait pas autant hein. Donc la mère de famille qui dit au revoir à ses enfants le matin et qui va se mettre sur la voie ferrée... euuu c'est des histoires quand même euuu, bon hein. Donc euu, et sûrement qu'il y a eu des messages avant, sûrement qu'il y a eu des choses... que même un entourage intime n'arrive pas à repérer. Donc de la part des patients y'a forcément un frein énorme hein, et c'est celui-là qu'il faut lever le plus hein. C'est ça, la difficulté elle est là hein.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

Oui, oui, je pense que oui.

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en état de crise suicidaire, que faites-vous ?

Bah j'ai un peu répondu, à partir du moment où j'estime que le risque est très proche, à ce moment là j'hospitalise hein, pour moi voilà, c'est un danger de mort hein, ça revient à ça donc j'hospitalise. Si j'y arrive pas euuu, ce que est relativement rare tous comptes faits hein.

Pensez-vous que votre prise en charge est améliorable, et si oui comment ? Quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Oui. Alors elle est améliorable, mais je sais pas si c'est ...moi je crois que ce qui nous gêne le plus nous généralistes, c'est le facteur temps, pour évaluer les situations, c'est le facteur temps. Donc, l'outil qui nous permettrait dévaluer le risque de façon cohérente enfin, je me méfie toujours des outils mais enfin bon l'outil qui le permettrait serait sûrement intéressant pour nous. Maintenant ça reste quand même de la science humaine hein, donc euu ça reste quand même à nous d'évaluer la situation. Mais c'est vrai, je crois que ce qui nous pénalise le plus, c'est le facteur temps. De pouvoir, à l'occasion d'une consultation pour un motif X,Y,Z euuu, parce que bon chez les dépressifs c'est relativement facile parce qu'on sait qu'on doit se méfier de ça donc dès qu'on a identifié une dépression, on la suit etc..., le

problème c'est tous ceux qui ont des symptomatologies masquées euuu, des demandes qu'on sait pas interpréter comme étant témoins d'une souffrance derrière, existentielle, c'est là où c'est compliqué. C'est là où c'est compliqué, parce qu'aborder le problème n'est pas chose simple parce que les gens ne viennent pas pour ça au départ, c'est là où arriver à leur donner un signal en disant bah j'ai peut-être écouté quelque chose euuu, n'hésitez pas à revenir sivoilà. Tout est un petit peu dans la subtilité quoi hein. Ne pas trop faire et ne pas assez faire, c'est toute la difficulté. Donc c'est pas une affaire simple hein.

Le questionnaire est terminé, vous avez des choses à ajouter sur le sujet ?

Qu'est-ce que j'ai à rajouter là-dessus ? Bah je sais pas, je pense que, j pense quand même, si ce qu'il faut rajouter c'est quand même ce que fait la société par rapport à ça. Parce que c'est vrai que le médecin de premier recours il n'est pas tout seul, quelque part, il est pas tout seul. Bon nombre de situations se jouent pas mal des fois au niveau professionnel. Euu je pense que des mesures de prévention au niveau professionnel...alors je sais que les médecins du travail le font mais c'est quand même pas simple. Quand y'a des conflits dans le milieu du travail, on voit bien comment ils font, ils n'ont pas beaucoup de moyens hein. On sait bien qu'il y a des conflits dans le milieu du travail qui conduisent à des gestes hein. Donc voilà, c'est des mesures de prévention en amont mais au niveau de la société, qu'elle soit professionnelle, qu'elle soit ...collective, au bien autre quoi. C'est

les mesures de prévention, moi là-dessus, je pense que c'est..., alors ils en parlent beaucoup mais je suis pas sûr qu'il y ait grand chose de fait. On voit bien, les deux grosses situations quand même qui conduisent au suicide, c'est souvent soit des conflits que les gens n'arrivent plus à supporter, soit des conflits sentimentaux ou personnels. Les deux gros pourvoyeurs c'est ça. Après y'a les dépressions endogènes ou des choses comme ça mais l'historique est différent, c'est souvent des gens qui ont déjà fait des dépressions ou TS, donc ceux là c'est pas compliqué d'aborder carrément la situation avec eux. Tous les autres c'est ça, c'est le gars qui vient parce qu'il a mal au ventre et qui dit pas qu'au boulot ça va pas et puis un jour on apprend qu'il a fait un geste parce qu'il n'avait pas d'autre solution pour s'en sortir que ça, pour appeler au secours quoi. Donc voilà, bah c'est effectivement la médecine du travail qui est un peu débordée euuu. J pense qu'ils sont sensibilisés à ça mais est-ce que comme nous ils arrivent à être optimums à ce niveau là, c'est pas évident hein. Je crois que c'est quelque chose qui concerne tout le monde hein. C'est vrai que nous on est en première ligne et c'est pas simple. Les chiffres sont parlants de toute façon. Ça et puis chez les ados également, c'est compliqué les ados aussi, l'accès également au parcours de psychiatrie, qui n'est quand même pas simple en France. C'est pas simple. On peut avoir un avis cardio en urgence facile, mais un avis psy pour évaluer une situation...ici on a un psychiatre qui prend relativement rapidement pour faire ça mais c'est quand même pas simple quoi, à part passer par les urgences et l'hospitalisation avec le frein que ça comporte, le recul que ça comporte, c'est pas

évident, donc c'est vrai que si on avait des possibilités d'hôpital de jour de psychiatrie où on décroche son téléphone et on arrive à faire évaluer les gens très très vite euu, les structures comme ça, à ma connaissance ça n'existe pas en dehors des classiques urgences quoi hein. Et encore, à Lorient on a quand même une antenne de psychiatrie aux urgences hein, y'a un psychiatre en permanence, donc c'est déjà un progrès important hein. Quand on les envoie, on est sûr qu'ils sont vus par le psychiatre pour évaluation euuu mais c'est quand même un frein supplémentaire parce que ça passe par un passage aux urgences, une structure hospitalière, avec l'angoisse qu'ont les gens qu'ils soient gardés hospitalisés alors que parfois arriver à avoir un avis très rapide c'est une étape intermédiaire qui serait peut-être intéressante.

Médecin K

Alors je fais ma thèse sur la prévention du suicide des patients en médecine générale. Je vais essayer de voir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leurs patients, sur quels indices, quand, comment ? Quels sont les facteurs facilitateurs et les freins au diagnostic ?

J'ai choisi ce sujet en voyant que selon les études 60 à 70 % des patients faisant un geste suicidaire avaient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent et 36 % dans la semaine précédant leur geste. Donc quand on voit ces chiffres, on se dit que le médecin généraliste a sûrement un rôle de prévention à jouer auprès de ses patients

Donc les objectifs de mon étude sont, pour l'objectif primaire c'est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, et puis les objectifs secondaires sont de mettre en évidence des signes cliniques diagnostiques, qui pourraient peut-être servir d'ébauche à un éventuel outil diagnostic en médecine générale.

Tout d'abord je vais vous poser quelles questions pour vous connaître un peu mieux et puis après on ira un petit peu plus

dans le sujet. Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

Et bien je suis médecin généraliste, je suis installée depuis 84. Je ne sais pas qu'est-ce que je peux dire autrement...

Si vous aviez par exemple à décrire votre pratique, qu'est-ce que vous diriez ?

Ma pratique ...enfin, je fais de la médecine, de la médecine générale donc la médecine euuu du tout-venant quoi hein, donc euuu aussi bien de la psychiatrie, que de la pédiatrie, que de la gériatrie. Moi je vois peut-être plus de personnes âgées que ma collègue, je pense, peut-être parce que je suis là depuis plus longtemps, donc il y a des personnes que je connais déjà depuis bien longtemps et puis euu je pense que je ne travaille pas très très vite donc c'est plus, enfin bon, c'est plus de la visite de personnes âgées, avec plein plein de choses, parler tout ça.

Par exemple, quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-ce qu'elle est modulable ? Et si oui selon quels critères ?

Ma durée de consultation ? Et bien normalement donc nos rendez-vous, bah c'est tous les quarts d'heure, quand y'a du monde, mais moi je ne regarde pas, enfin je ne regarde jamais ma montre, et si je vois qu'il faut plus d'un quart d'heure, et bien il faudra plus d'un quart d'heure. Bon alors obligatoirement ben il y

a de l'attente quoi. Alors c'est sûr que si je vois quelqu'un qui a besoin de discuter et bah je prendrais plus de temps. Si je vois que vraiment ça a été trop long euuu, je lui demanderais de revenir à un moment où je suis sûre que ça ne pose pas de problème que je reste discuter une demi-heure, trois-quarts d'heure avec lui. Je sais que, bon, j'ai vu un peu un dépressif euu il y a une quinzaine de jours bon ben, c'est sûr que ça va durer peut-être une demi-heure hein, mais bon je ne regarde pas ... Je pense que si je regarde ma montre, je vais être stressée encore plus, donc j'évite Les gens ne sont pas contents peut-être mais enfin bon...

Quelle est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

C'est peut-être pas vraiment à moi de le dire... Oh moi je pense que j'aime bien écouter les gens quoi, j'aime bien les écouter. Mon défaut, certainement que je suis trop longue, trop longue, et peut-être un petit peu ...peut-être peur de mal faire quoi, donc je m'entoure toujours de beaucoup de choses, enfin, faut que ça soit (rires)... faut que j'aie bien cerné le problème, j'essaie de bien cerner le problème quoi, parce que je pense que j'ai ... je ne peux pas faire les choses vite.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine, et en particulier la médecine générale ?

Enfin, moi je pense...au départ je voulais être assistante sociale. Ça c'était mon truc. Et comme j'étais trop jeune pour pouvoir entrer dans cette école, ou je sais plus comment c'était la formation, je suis allée en première année de médecine et puis comme je suis quand même assez bosseuse si mes parents m'ont mis en première année ... si je suis allée en première année de médecine, et bien je continue, je continue et puis voilà. Et donc après, je pense que c'est la médecine générale qui me plaisait, surtout le contact avec les gens, oui le côté social quoi, le côté social j'y pense.

Selon vous le médecin généraliste a t il un rôle à jouer dans la prévention du suicide ?

Oh, oui hein.

Lequel ?

Bah il faut, enfin il faut essayer de deviner le moment où il y a un risque de passage à l'acte, justement. Enfin, il faut essayer de bien connaître des gens quoi. Mais bon c'est pas toujours très facile hein parce que parfois on voit des gens c'est la première fois, la première fois qu'ils viennent, la première fois. Bon ben, même en essayant de discuter un bon bout de temps avec eux, on ne se rend pas toujours compte hein. Mais je pense que maintenant les gens quand même, les jeunes qui ont des problèmes psy, je pense ... avant ils venaient beaucoup plus chez le médecin en consultation, j'y pense que là maintenant

quand ils sont en difficultés, ils vont dans les centres, au CMP, en psychiatrie donc, comme à Quimperlé euuu, ils vont directement là bas. J'sais pas, de bouche à oreille ils doivent se...ou alors quelqu'un leur ...enfin quelqu'un de leur famille euuu... C'est pas... enfin je pense que c'est moins le médecin maintenant, que ça n'a été. Enfin bon, peut-être qu'aussi ils vont voir d'autres médecins plus jeunes, peut-être que ma collègue elle n'a pas dit pareil ...? Enfin, y'a des gens qui vont directement, qui sont en situation ..., enfin qui sont vraiment...très déprimé et puis très... en situation à risque et ils vont directement voir l'infirmier du CMP là, en psychiatrie à Quimperlé.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients suicidaires ou dépressifs ?

Ben pffff , qu'est-ce que je ressens euuu ? Ben disons que pfff, surtout on a peur de passer à côté de quelque chose euuu, on se dit toujours à la fin de la consultation "mince, est-ce qu'on a bien fait, pas bien fait ?" C'est pas très facile. Parce que c'est sûr qu'on a tous eu des patients qui étaient venus pour des situations d'angoisse, de stress, on leur a prescrit, hein du xanax, du stilnox, et puis euuu un mois après on avait un courrier bah comme quoi ils avaient pris ces comprimés là, alors qu'on ne les avait pas vus franchement suicidaires non plus, on les avait vus qu'un petit peu angoissés.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, suicide, TS ?

Euu, de dépression oui, mais pas suicide.

Comment l'avez-vous vécu et est-ce que cet épisode a changé votre relation au patient dépressif ou suicidaire, ou sa prise en charge ?

Euuu, non, non.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la tentative de suicide d'un patient ?

Oui.

Et vous y attendiez-vous ? Est-ce que vous vous souvenez de différents cas par exemple ?

Oh ben, je me souviens d'un cas là euu, ben moi non hein, je m'y attendais pas hein. Parce que je la suivais déjà depuis plusieurs mois hein, plusieurs mois, pour état dépressif suite au décès de son mari, euuu décès de maladie de son mari, et donc son mari était décédé peut-être quand même bien euuu je sais pas peut-être deux-trois ans auparavant, et elle n'avait jamais réussi à ... elle n'avait pas reconsulté après le décès de son mari et donc elle a décidé, enfin finalement, au bout de deux-trois ans, bon comme ça n'allait pas elle est venue me voir mais je ne l'avais jamais vu auparavant, enfin je la connaissais un peu comme ça par des amis communs, et donc je la voyais quasiment, je la voyait presque une fois par semaine, une fois par semaine ou

tous les quinze jours, régulièrement, elle était sous anti-dépresseurs et elle semblait, hein, elle semblait aller. Enfin, pas bien bien parce que bon elle n'arrivait pas vraiment à remonter la pente, m'enfin bon c'était cahin-caha, mais elle n'était pas...pour moi elle n'était pas suicidaire. Et donc euu un dimanche, parce que sa fille, oui c'est sa fille, devait avoir mon numéro de portable, par l'intermédiaire d'un ami, enfin bon, et puis, sa fille était en région parisienne et sa fille m'a appelé comme quoi elle appelait sa mère, elle appelait sa mère et sa mère répondait pas et donc c'était un peu bizarre donc j'ai appelé les pompiers, parce que personne ne pouvait rentrer dans la maison. Il lui restait des médicaments, il lui restait de la morphine euu, des médicaments qu'avait utilisé son mari quand il était malade, elle les avait tous pris. Mais moi je... vraiment là euu, je m'y attendais pas. Parce que bon, je l'avais quand même accompagné déjà depuis plusieurs mois hein.

Pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ?

Bah je pense que oui, peut-être que là bon, on avait décidé que bon, avec sa fille et elle aussi que je l'adressais pas à un psy euuu donc peut-être que si on l'avait adressé à un psy, peut-être qu'on aurait pu l'éviter. Enfin, elle avait toujours gardé ces médicaments-là, cette morphine-là de son mari, elle avait jamais voulu jeter quoi, donc elle avait peut-être toujours une idée derrière la tête... Et là euu, elle est même incapable de dire vraiment pourquoi ce jour là elle l'a fait quoi. Bon elle a récupéré

parce qu'avec la morphine là, on leur fait des... on leur fait de la... qu'est ce qu'on leur fait déjà, l'antidote ?

La naloxone ?

Oui naloxone. Donc voilà... Elle ne savait pas elle, qu'il y avait un antidote et puis qu'elle aurait pu récupérer. Bon peut-être que je pourrais lui poser la question, c'était peut-être plus profond que je ne le pensais et qu'il aurait fallu un suivi psychiatrique plus strict.

Vous avez eu d'autres cas ?

Et ben, y'en a eu certainement d'autres hein, mais... J'aurais dû étudier ou y réfléchir avant...parce que là.... Oui y'en a eu d'autres certainement, certainement...J'arrive pas, peut-être qu'il faut que tu me poses une autre question et après ça reviendra.

Avez-vous déjà été confrontée aux confidences suicidaires d'un patient ? Et si oui, quelle a été votre réaction ?

Oui, oui. Donc oh bah moi j'ai essayé de faire en sorte que cette personne là soit vue...soit hospitalisée tout de suite ou bien soit vue par un psy tout de suite. Parce que parfois bon on dit euu, on dit suicide mais enfin ça dure pas, c'est une phrase quoi, une phrase, c'est pas souvent quand même qu'on a tout un... toute une conversation avec plusieurs phrases où y'a le suicide et ça revient, et ça revient et ça revient. Ça moi j'ai pas eu souvent

quand même hein. Parfois c'est plus une petite phrase comme ça un peu bon, et on se dit faut faire attention quoi...

Et pour vous, quelle est la définition de la crise suicidaire ?

La crise suicidaire ? Bah je pense que c'est le moment où le patient commence à en parler.

Et selon vous, ça dure combien de temps ?

Enfin, crise suicidaire..., enfin ça montre quand même que c'est quelque chose de, quand même, de...fort quoi, de violent finalement, donc c'est quelque chose qui ne doit pas durer longtemps ... La crise suicidaire, moi je verrais ça juste euu, juste justement avant de se suicider quoi. Y'a des bouquins qui parlent de ça non ? De la crise suicidaire ?

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Enfin si je le vois... si je le vois bien bien bien déprimé quoi. Enfin, c'est surtout, on le cherche...oui enfin on pose pas de question...on laisse les gens dire, on laisse les gens dire quoi.

Et vous, justement, comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ? Est-ce que vous êtes gênée par exemple pour aborder le sujet ?

Ben..., je crois pas que je vais tellement lui poser la question hein.

Vous attendez que ça vienne de lui ?

Oui, oui, que ça vienne de lui quoi.

Et est-ce que vous pensez que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Oui, ben peut-être hein, peut-être. Oui, oui j'pense.

Chez un patient vous consultant, quels sont les indices qui vous permettent de diagnostiquer un risque suicidaire ?

Bah, un état dépressif quoi, vraiment important euuu, un petit peu désorienté euuu, comment je dirais ça ? C'est difficile à dire parce que pour moi chaque patient est différent, donc c'est pas ... Hein c'est difficile à ..., c'est difficile à expliquer. Oui donc euu très dépressif, euu très...., à ne plus tellement penser à sa vie de famille, à son travail, un peu déconnecté de la vie en général quoi. Enfin moi je trouve que bon...on en voit pas quand même tellement tellement qui parlent vraiment de suicide. Enfin, j'ai vu une dame, tout récemment aussi, donc je la suivais aussi pour état dépressif, et puis, elle parle, elle parle, elle parle mais bon, quand elle est dépressive, elle est dépressive, elle fait des crises de spasmophile, de tétanie, elle ne mange plus du tout du tout du tout, elle ne dort plus, et refuse bien-sûr l'hospitalisation. Bon elle

perd des kilos et des kilos, donc ça c'était pas le premier épisode et puis elle m'a dit, mais tout en parlant bah comme on fait là donc euuu " je vous avoue même que j'ai voulu me suicider les jours derniers". Et c'était la première fois qu'elle me le disait. Mais donc là ça a commencé à me faire un petit peu peur donc, euuu et elle refusait l'hospitalisation là encore et donc là j'ai réussi à lui avoir un rendez-vous rapide avec l'infirmier du CMP, de psychiatrie, de façon à ce qu'elle puisse avoir un rendez-vous rapide avec le psy. Mais finalement bon bah je ..., bon elle est restée à la maison hein. Mais elle m'a dit ça " je vous avoue que j'ai songé à me suicider" quelques petits points... et puis après on est reparti sur autre chose. Oui mais ça m'a ... c'est pour ça que là maintenant elle est vraiment suivie par le psy régulièrement. J pense qu'elle pouvait peut-être le faire hein. Mais, donc on n'est pas très tranquille après. Surtout quand elle refuse l'hospitalisation. Et quand elle arrive ici euu, quand ils arrivent encore, les patients quand ils arrivent accompagnés, hein, y'a quelqu'un de la famille ou bien qui les attend, mais quand ils sont tout seuls, on sait même pas où ils habitent et puis qu'ils ont des propos un peu euu. Je sais pas, tu en a vu toi ?

(rires) C'est pas le sujet..., on pourra en rediscuter après l'entretien.

Pour vous, quels pourraient être les freins au diagnostic de crise suicidaire ?

Ben, il prend peut-être pas le temps, d'écouter ou il connaît pas assez bien le patient , si c'est la première fois qu'il le voit. Oui, moi j'ai vu un jeune ici qui était venu euuu, enfin, il était venu me voir, je ne le connaissais pas du tout du tout, il était venu me voir parce qu'il savait que je suivais sa copine et c'était son ex-copine, et sa copine avait décidé de le plaquer et ... il ne vivait plus depuis. Il était dans un état ...Celui-là, il était peut-être suicidaire hein. Et il venait ici pour me..., enfin j pense qu'il voulait savoir avec moi si la copine avait expliqué pourquoi elle l'avait quitté. Mais il était vraiment malheureux, malheureux, malheureux, il pleurait, il partait pas euu. Bah on sait pas hein, c'était peut-être aussi une crise suicidaire hein.

Donc là par exemple, qu'est-ce que vous avez fait ?

Ben j'ai discuté mais je me sentais pas trop trop fière quand même à la fin de la consultation parce que... mais là qu'est-ce que je pouvais faire ? J'allais pas appeler les pompiers ou ...il était pas... devant moi il n'avait pas l'air d'être suicidaire mais enfin bon, il était quand même vraiment vraiment malheureux et très très perdu hein.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement les idées suicidaires ?

Oh ben, on est à l'affût quand même de ça oui. Oui mais enfin sans poser vraiment la question. Sans poser vraiment la question.

Evaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Ben, comme je disais, c'est pas toujours facile hein. M'enfin bon, y'a suicide et suicide aussi hein. Y'a des gens qui, hein on a tous été appelé pour des pendaions, des pendaions, bah c'étaient des gens qui n'avaient jamais consultés auparavant hein. Je suis en train d'essayer de me rappeler si donc justement avec des suicides aussi difficiles comme les pendaions si je les avais vus auparavant mais je ne m'en rappelle pas.

Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Si oui, que pourriez-vous faire de mieux et quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Bah oui, on peut toujours s'améliorer. Bah si on pouvait avoir des consultations peut-être plus rapides avec des psychiatres. Donc parfois oui aussi on prend pas le ..., donc si on avait plus de temps. Parce qu'il y a certains dépressifs qui ne parlent pas beaucoup beaucoup hein, avant de les décoincer ça prend du temps hein. Je sais que ma collègue elle a dû voir des dames, des jeunes un petit peu dépressifs et un petit peu proche du suicide. Enfin c'est sûr que peut-être que des..., il aurait fallu avant peut-être que je réfléchisse dans ma tête aux cas de suicides.

Le questionnaire est fini, avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Non... Enfin, on a des consultations difficiles hein et puis après on se dit mince euh, est-ce qu'on a bien fait, on aurait peut-être dû appeler quelqu'un de la famille euh, justement pour prendre en charge la... enfin pour qu'il y ait une présence quand même. C'est assez difficile quand même hein. Mais parfois, on est quand même vraiment piégé, parce que cette dame-là que je suivais depuis déjà quand même, hein, depuis plusieurs mois, et ben je l'avais pas vu venir hein.

Médecin L

Je fais ma thèse sur la prévention du suicide des patients en pratique de médecine générale. Donc j'évalue un petit peu comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leurs patients, sur quels indices, quels sont les freins au diagnostic, tout ça.

J'ai choisi ce sujet car je me suis aperçue en lisant la littérature médicale que 60 à 70 % des patients qui avaient fait un geste suicidaire avaient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur geste et 36 % l'avaient fait dans la semaine précédente. Donc c'est relativement important et laisse penser que le généraliste a peut-être un rôle à jouer dans la prévention du suicide de ses patients.

Comme on a un rôle dans la prévention de tout et le souci il est là.

L'objectif primaire est d'évaluer la façon dont les généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire, et puis éventuellement les objectifs secondaires seraient de mettre en évidence des critères diagnostiques, puisqu'il n'y a pas de critères diagnostiques précis de la crise suicidaire, et puis éventuellement peut-être un outil diagnostic utilisable en médecine générale.

D'abord quelques questions un peu générales pour mieux vous connaître. Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous ?

A me présenter à qui ?

A vous présenter...à moi.

Je dirais que je suis médecin généraliste depuis 13 ans, je suis associé depuis cinq ans. Euuuu, voilà. Au niveau activité, je suis plutôt dans une activité liée aux personnes âgées, maladies cardio-vasculaires, voilà. C'est-à-dire que ma clientèle se base surtout là-dessus. J'essaie d'avoir une relation simple et de confiance avec les gens, je pense que je passe pas mal de temps à parler avec eux. Voilà, globalement en tant que médecin, voilà ce que je fais. Après se présenter sur le plan privé c'est différent. Mais en tant que médecin voilà.

Quel est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Pour le défaut il va falloir trouver lequel, lequel est le plus important et la qualité il va falloir en trouver une, voilà. La plus grande qualité, j pense que je passe pas mal de temps honnêtement, j pense que j'ai un relationnel très, assez satisfaisant avec les patients, oui j'ai un bon relationnel. Voilà, une bonne écoute. Le défaut euh des fois au niveau décisions, je tergiverse, c'est-à-dire que je...je tranche pas assez vite. Voilà.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine et en particulier la médecine générale ?

Euuu alors la médecine, euu... parce que j'ai quasiment baigné dedans toute ma vie. Toute ma famille fait partie du milieu médical ou paramédical. Médecine générale parce que tout le reste non. Faire tout le temps la même chose ça m'embête. Faire que de la rhumato et que de la psy tu vois ça me ...j pense que j'me serais très vite ennuyé.

Comment décririez-vous votre pratique ? Par exemple, quelle est votre durée moyenne de consultation ? Est-elle modulable ? Selon quoi ? Etc...

Dans les consultations j'essaie de tenir un certain rythme parce que globalement dans la journée, faut pas non plus passer un temps infini, enfin bon c'est largement modulable, quand il y a besoin je pense que, comme je disais tout à l'heure une de mes qualités c'est que j'écoute donc je peux moduler mes heures de consultation, je pense que je suis assez disponible, peut-être des fois de trop, les gens le savent et me mangent un peu de temps. Mes consultations, c'est en général entre dix et vingt minutes en moyenne mais s'il faut une demi-heure, je mets la demi-heure quoi, ça ça ne me dérange pas du tout. Donc j'essaie de m'adapter en fonction des besoins et des patients parce que je pense qu'en effet il faut savoir les écouter quoi. Voilà, j'essaie d'être à l'écoute, quand-même.

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide ?

Oui, de toute façon on est le premier médecin donc euuu..., ça c'est évident ouais.

Et comment ? Quel rôle on pourrait avoir dans la prévention du suicide ?

C'est difficile parce que la prévention du suicide c'est, un déjà, premier truc c'est déjà qu'on soit au courant de ...Si on veut que les médecins généralistes soient plus impliqués dans la prévention du suicide, il faut que les psychiatres peut-être nous informent un peu plus, sur le devenir de nos patients, quand ils passent entre leurs mains je pense que déjà le problème c'est que beaucoup de psychiatres ne communiquent pas avec nous. Donc premier truc, je pense que déjà si on veut que l'on s'implique, j pense que les psychiatres qu'ils soient privés ou hospitaliers doivent nous communiquer plus d'éléments sur nos patients donc on n'a pas forcément les capacités d'évaluer directement les degrés de passages à l'acte dans certains cas c'est sûrement que les psychiatres en ont plus les moyens mais ils doivent savoir nous en faire part lorsqu'ils remettent les patients en ... en circulation en ville et lorsqu'ils les revoient, ils doivent régulièrement nous renvoyer des courriers pour nous tenir compte de leur état de santé et de l'évolution de leur état de santé. C'est toujours difficile au médecin généraliste de faire une évaluation ou de faire de la prévention du suicide lorsqu'ils voient

un patient psychiatrique, dépressif, quelle que soit la raison, psychotique ou névrosé, d'évaluer vraiment son risque suicidaire lorsqu'on le voit tous les trois ans... Parce qu'entre temps, il n'a été vu et son traitement n'a été vu uniquement par le psychiatre et qu'entre temps y'a pas eu de nouvelles. Donc on arrive, en réalité non pas sur la prévention, mais on arrive quand le passage à l'acte est en train de se faire donc je dirais que quelque part c'est très difficile quand on n'a rien avant quoi, j pense que ça c'est une réelle difficulté. Donc il faut aussi que les psychiatres communiquent davantage avec nous. A mon avis, j pense qu'il y a une grosse part qui leur revient pas forcément dans le suivi mais dans l'aide au suivi et dans une première évaluation. Après nous notre rôle c'est d'évaluer régulièrement, suivre l'évolution régulière, mais dans le cadre d'un suivi conjoint avec le psychiatre pour voir l'évolution, voilà, je pense que sans ça on ne peut pas faire.

Quel est votre ressenti personnel vis à vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Bah des dépressifs euuu, on en a hein, on en a mais le seul souci c'est qu'on a l'impression d'en avoir beaucoup, on a des dépressifs relativement passagères, des petits coups de blues, les vrais dépressifs du coup on a du mal peut-être à les sortir du lot. C'est pas forcément ceux-là qui se font le plus remarquer et donc faut aller à la pêche..., c'est pas toujours facile. Les gens ont du mal à revenir quand on leur demande de revenir et ils s'échappent d'eux-mêmes. Donc quand on arrive souvent on

arrive tard quoi, on arrive toujours tard. Donc c'est difficile de choper et de faire le bon tri et lorsqu'on arrive à le faire les patients ont du mal à revenir nous voir régulièrement, c'est-à-dire à revenir chercher de l'aide pour qu'on puisse réévaluer et voir l'évolution, les patients aussi ont du mal, je pense que le problème de la dépression, c'est que c'est toujours mal vu d'être dépressif donc il y a toujours une image très négative quoi de cette douleur, contrairement à d'autres.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, TS ou suicide ?

Non, j pense que honnêtement dans la famille, y'a pas de ...y'a pas, non, y'a pas de problèmes de ce type-là.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la TS d'un patient ?

Euuu c'est bizarre que ça soit non, mais en fait comme ça euuuu.... ah si oui, oui.

Vous y attendiez-vous ? Et pourquoi ?

Non, pas du tout.

Vous pouvez me raconter un petit peu, c'était dans quel cadre ?

Ça fait une bonne dizaine d'années, c'est un patient qui n'était pas forcément bien dans sa peau, depuis des années je crois, oui même c'est sûr, qui avait du mal à s'exprimer, qui gardait beaucoup de choses pour lui et qui a très mal supporté des pressions apparemment, on va dire professionnelles et qui un jour est passé à l'acte direct, sa femme même elle ne s'est rendue compte de rien elle est arrivée et l'a retrouvé un matin à 9h avec une balle dans la poitrine. Il était venu me voir dans les mois qui précédaient pour me dire qu'il n'était pas bien, qu'il nécessitait un suivi, je crois qu'il était sous anxiolytiques et sous antidépresseurs et puis après bah tous comptes faits, c'est comme je disais, il ne revenait pas suffisamment régulièrement même en lui disant revenez ou autre, parce qu'on va pas obliger les gens à revenir, et tous comptes faits ils ont du mal à revenir, donc il prenait ou prenait pas les traitements ou quoi que ce soit, il gardait tout pour lui et un jour ça a pété, il est passé à l'acte, il a pris son fusil de chasse et il s'est tiré une balle.

Et pensez-vous que vous auriez pu l'éviter ? Et si oui comment ?

Aucune réponse...bah c'est toujours difficile à posteriori on peut toujours dire oui on aurait pu l'éviter, maintenant euuu c'est pas toujours facile on va dire sûrement qu'on pourrait l'éviter mais comment ? Est-ce que le patient était prêt à aller voir un psychologue, est-ce-qu'il était prêt à aller voir un psychiatre, est-ce qu'il était prêt à se faire hospitaliser ? Est-ce qu'il disait tout sur son mal-être ou quoi que ce soit c'est difficile hein. C'est

difficile de dire qu'on pouvait le prévoir alors que les gens qui vivaient tous les jours avec lui n'ont rien vu venir quoi.

Avez-vous déjà été confronté aux confidences suicidaires d'un patient ? Si oui, quelle a été votre réaction ?

Oh oui, enfin bon là c'est euu... et ma réaction à ce moment-là euuu...bah souvent quand même on essaie d'évaluer la réalité, enfin...si les gens disent qu'ils en ont marre réellement euu... ça c'est clair, que la vie n'a plus aucun intérêt, ça ils nous le disent, ils nous le disent, à ce moment, en général on leur conseille alors d'aller voir quelqu'un, on essaie aussi d'évaluer la réalité des choses. Faut savoir s'il y a quelque chose qui les retient, parce qu'on peut avoir à un moment ou un autre ce sentiment-là et on va dire que tous comptes faits, c'est très passager et quand on y réfléchit, y'a beaucoup plus de chances de trouver quelque chose qui les motive à vivre plutôt que quelque chose qui les motive à passer à l'acte donc il faut essayer vraiment de trouver si cette envie de mourir est réelle ou si ce n'est qu'un signe d'appel qui veut dire j'ai besoin d'aide, bon j'avais pas y passer mais prenez pas ma plainte à la rigolade quoi, alors que la personne, on le sait très bien, ne va pas le faire. Par contre c'est clair, si c'est un homme ou une femme, je ne vais pas réagir pareil. Si c'est un homme qui me le dit, je vais faire beaucoup plus attention que si c'est une femme. Je vais le prendre beaucoup plus au sérieux. Parce que je pense franchement que quand un homme le dit, y'a de fortes chances qu'il est peut-être un peu plus loin dans sa démarche et je dirais même plus, qu'il y a des fortes chances

qu'il ne le dise pas de toute façon. Donc si un homme est vraiment dépressif et qu'on voit qu'il n'est vraiment pas bien, il va falloir être plus vigilant, pour un homme il faut être beaucoup plus vigilant que pour une femme. La femme va beaucoup plus en parler et faire des tentatives de suicide, qui vont pas réussir. Elle va prendre des moyens différents, mais on va dire que ça va être souvent au départ beaucoup beaucoup d'appels. Un jour elle peut très bien passer à l'acte hein, de façon définitive au bout d'un certain nombre de fois, l'homme dès la première fois ça peut être fatal. C'est à dire qu'il va peut-être pas nous laisser de chances, il va pas nous laisser de moyens de rattraper. C'est ce qui s'est passé d'ailleurs avec la personne dont je parlais tout à l'heure, y'a pas eu de tentatives de suicide, y'a eu un suicide. Les tentatives de suicide, on les trouve beaucoup plus chez les femmes quoi.

Pour vous, quelle est la définition d'une crise suicidaire ?

C'est un mal-être qui euuu, c'est une sensation de mal-être de la personne qui euuu qui conduit à...à réévaluer son intérêt de vivre et son...son...ouais, son intérêt de vivre, donc voilà. Et euuu enfin, quand une personne ne voit plus de...de solution à sa douleur, ben des fois, hop on passe à l'acte quoi. Alors ça peut être le suicide direct ou une tentative de suicide. Après l'acte suicidaire ça peut-être la tentative ou bien le suicide direct quoi.

Et pour vous, ça dure combien de temps une crise suicidaire ?

Oh, à mon avis, j pense que ça peut durer longtemps hein, ça dépend des personnes, ça peut être aussi très court, c'est très variable. J pense qu'il n'y a pas de temps définissable, ça peut être plus ou moins long selon les gens quoi.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Bah en général, j'essaie de... quand ils viennent pour ou quand je considère qu'il y a un syndrome dépressif, je regarde s'il y a des idées suicidaires.

Et vous posez cette question pour tous les dépressifs ?

J pense que euuu... Je pense que non, je ne demande pas forcément à tous de façon claire. Les raisons je sais pas, ça dépend de la consultation hein. Y'a pas de raisons pour lesquelles on fait un truc ou pas quoi.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Et ben faut dire le mot. Je demande s'ils ont déjà pensé à mettre fin à leurs jours.

Etes-vous gênés pour aborder le sujet ?

Non,... non parce que ça ne me gêne pas, parce que j'ai pas d'à priori là-dessus et que le but c'est de crever l'abcès quoi. Pour savoir si les gens disent oui et puis ben d'un côté si euuu...dire non jamais... et puis peut-être que justement ils peuvent être dépressifs mais justement le fait d'entendre le mot, d'une part ça va les secouer un peu et ça va un petit peu les aider à se révolter, et quebah on va voir leur réactions euuu, j pense qu'il faut les mettre devant cette possibilité-là, enfin le fait qu'on y pense aussi quoi, que c'est quelque chose de normal auquel on peut penser quoi.

Pensez-vous que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ?

Non, autrement j'en parlerais pas. J pense que justement c'est peut-être l'inverse. J pense que c'est parce qu'on n'en parle pas qu'il va peut-être plus facilement pass...que lui il va y penser et ne va jamais ouvrir l'abcès Si on lui en parle ça aide à crever l'abcès quoi. Donc je pense qu'il faut en parler.

Quels pourraient être selon vous les freins au diagnostic de la crise suicidaire ?

Bah c'est clair hein, de notre part on l'a pas bien écouté. On va dire que la demande était ...enfin des fois aussi c'est euuu une demande un peu cachée, les gens viennent pour un motif puis c'est en fin de consultation, les trente dernières secondes, ils nous sortent un truc quoi, et puis par manque de temps on se fait

coincer, oui le temps, le temps d'écoute. J pense que principalement ça peut être ça, le temps d'écoute. Je pense que le problème majeur c'est celui-là, le temps. Le temps et notre disponibilité. C'est vraisemblablement un facteur humain, ...notre fatigue.

Chez un patient que vous avez diagnostiqué comme étant en crise suicidaire, qu'est-ce que vous faites ?

Oh en général, bah en général j'essaie d'avoir un avis complémentaire. J'essaie 1) de le mettre en garde, de lui dire que je suis à son écoute, et je lui propose souvent d'aller voir quelqu'un d'autre, un psychiatre ou qui que ce soit, quitte à prendre un rendez-vous, éventuellement d'aller voir à l'hôpital quand vraiment le danger est plus important. Euuuu s'il est avec de la famille qui me l'amène, je stimule nettement la famille pour qu'on l'emmène rapidement pour avoir un avis, pour être sûr et pour qu'il y ait une prise en charge que ce soit au niveau écoute ou autre hein euuu, avec d'autres personnes pour qu'ils apportent d'autres réponses mais je pense que rapidement il faut demander une aide, une aide à une tierce personne. On est là que pour détecter, on n'est pas là pour trai... enfin pour prendre en charge tout seul quoi. J pense qu'on n'a pas les capacités et on n'a pas les moyens de passer une heure, une heure et demie avec un patient.

Comment faites-vous pour évaluer le degré d'urgence de la situation ?

Bah on se renseigne par rapport à ... on essaie d'évaluer les choses par rapport au passé de la personne si y'a des facteurs de risque associés l'entourage, la présence ou non d'un entourage, le niveau d'isolement de la personne et puis la façon dont la personne voit les choses, c'est-à-dire, si elle est beaucoup plus formelle sur un vrai passage à l'acte euuu, j pense qu'il faut être assez rapide quoi, assez rapide pour demander une aide Après euuu le traitement euu... le traitement il va pas marcher dans les cinq minutes hein, donc faut sécuriser au départ quoi. Le traitement euuu c'est bien d'apporter un traitement mais ça va pas marcher comme ça...c'est pas parce qu'il va sortir avec une boîte de médicaments dans la poche que ça va forcément le traiter et puis ça peut être aussi un moyen de passer à l'acte. Donc le traitement médicamenteux, c'est à double-tranchant.

Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ?

Oh bah oui.

Qu'est-ce que vous pourriez faire de mieux et quelles sont les mesures qui pourraient vous aider ?

Alors les mesures, c'est un meilleur contact avec les psys, ça c'est le premier, j'y reviens toujours. Parce qu'on n'est pas non plus juste là pour dépatouiller tout le monde et que personne nous aide c'est quand même aussi notre sentiment réel.

Sûrement la formation, c'est l'information et la formation, euuuu après un outil d'évaluation euuuu, clair et simple, sûrement hein, parce que bah nous, faut qu'ça soit du rap...malgré tout on est là pour faire des choses rapides. Enfin, on est médecin généraliste hein, donc il faut qu'on soit rapide, simple, et efficace hein. Il faut qu'on arrive à détecter les choses rapidement de façon simple, pour qu'on puisse adresser à quelqu'un mais aussi avoir le retour, le retour rapide sur ce qui s'est passé, sur le diagnostic et ensuite un retour prolongé sur le suivi, ce qu'on a quasiment jamais.

Le questionnaire est fini, avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

C'est pas une prise en charge facile hein, et puis la psychiatrie c'est un peu particulier quoi, c'est pas là où on est le mieux formés. C'est pas ce qui nous atti... c'est un état d'esprit particulier, c'est une médecine un peu particulière. Pour le reste globalement on touche, on sent, on regarde, on voit euuu, onnnn, on fait des examens puis hop on a un diagnostic, là c'est différent quoi, c'est une autre approche. C'est plus compliqué quoi. Et puis c'est euuu, y'a toujours des à-prioris de notre part et de la part des patients quoi. Parce que tout ce qui est psychiatrique euuu, la dépression, c'est toujours euuu, même si les choses évoluent, ça a toujours une très mauvaise connotation quoi. Tout ce qui touche à la psychiatrie euuu, les gens ne veulent pas avoir cette étiquette dans le dos quoi. Personne ne veut l'avoir, dépressifs, anxieux, "être hospitalisé à l'hôpital des fous, à l'asile,..." voilà.

Ça met des freins quoi, les mots, je pense que les mots mettent des freins... au diagnostic et à l'attitude des gens quoi, l'image qu'eux-mêmes peuvent avoir de leur propre maladie ou l'image que leur entourage se fait d'eux.

Une question que j'ai oubliée d'aborder il me semble, chez un patient qui vous consulte pour une raison X ou Y, quels sont les indices qui vous permettent de vous dire qu'il y a peut-être un risque suicidaire ?

Euuu, je pense qu'il y a l'isolement, l'alcoolisme, je pense que ce sont des éléments qui favorisent le passage à l'acte de toute façon l'alcoolisme c'est un suicide à petit feu hein c'est pour ça qu'à la question de tout à l'heure sur la durée de la crise suicidaire, bah dans l'alcoolisme hein, ça dure des années, ça peut être considéré par certaines personnes comme un suicide à petit feu hein, donc c'est difficile. Donc l'isolement, l'alcoolisme, ... et puis dans son attitude, on va dire son attitude mélancolique et surtout son changement de comportement par rapport à d'habitude, j pense que c'est ça. J pense que nous... quand on est médecin généraliste, qu'on voit régulièrement les patients, c'est pour ça qu'il faut voir régulièrement les patients et qu'il faut que les psychiatres nous les ré adresse pour qu'on puisse les voir, c'est les changements, on va dire les changements d'attitudes, j crois qu'il y a des choses qui ne s'expliquent pas. Voilà, je pense qu'il y a des choses qui ne s'expliquent pas, c'est parce qu'on connaît les gens dans leur comportement habituel quand ils vont bien, qu'on peut dire là aujourd'hui il va pas bien.

Et c'est pour ça que si les patients sont vus par les psychiatres tous les trois mois, qu'on ne sait déjà pas forcément quel est leur traitement, qu'on ne les voit pas et qu'on ne voit pas comment ils sont, comment est leur évolution, les hauts et les bas, quand ils nous reviennent on n'a pas de point de repère. Donc on est complètement dans l'inconnu. C'est tout quoi, et ça il faut pas qu'on y soit. Surtout qu'on nous demande tout le temps d'être les premiers. Etre les premiers à détecter si, les premiers à détecter ça et on en fait jamais assez. Et il faut connaître tout le monde.

Médecin M

Je fais ma thèse sur le thème de la prévention du suicide en médecine générale et je cherche à voir comment les médecins généralistes évaluent le potentiel suicidaire de leur patient lors d'une consultation, sur quels indices, quand, comment, etc...

J'ai choisi ce thème en voyant que 60 à 70 % des patients ayant fait un geste suicidaire avaient vu leur médecin dans le mois précédant et 36 % dans la semaine précédente donc ça me fait dire que peut-être le médecin généraliste a un rôle à jouer pour prévenir tout ça.

Donc l'objectif primaire comme je l'ai dit c'est d'évaluer la façon dont les généralistes diagnostiquent les patients en crise suicidaire et les objectifs secondaires sont d'essayer de mettre en évidence des critères diagnostiques de la crise suicidaire puisqu'ils n'existent pas (il y a juste des critères pour la dépression mais pas pour la crise suicidaire) qui pourraient éventuellement servir d'ébauches à un outil diagnostique utilisable facilement en médecine générale.

Alors, je vais commencer par quelques questions assez générales. Si vous aviez à vous présenter que diriez-vous ?

Sur la profession en fait ?

Oui

Donc je suis généraliste installée depuis dix ans et demie, sur la commune de Gestel avec une patientèle euuu je dirais très large allant du tout petit nourrisson à la personne âgée privilégiant quand même les enfants et adultes jeunes, les patients de moins de cinquante ans.

Quel est selon vous votre plus grande qualité et votre plus grand défaut ?

Euuu la plus grande qualité, je dirais peut-être l'écoute. Euuu les patients me parlent facilement en consultation, je pense que ça c'est ce qui ressort le plus, et du coup bah le défaut euuu la gestion du temps(rires), donc je me laisse vite dépasser lors des consultations, j'ai du mal à gérer, à canaliser parfois les consultations, ça peut avoir du bon aussi hein de laisser parler, mais du mauvais aussi pour la gestion du planning, les patients ne sont pas toujours contents. Mais c'est au niveau professionnel et au niveau personnel aussi hein, l'histoire du temps.

Pourquoi avez-vous choisi la médecine et en particulier la médecine générale ?

Alors la médecine pour euuu, pour le soin, en fait depuis petite je voulais être infirmière moi et arrivée en terminale c'est un médecin qui m'a dit de tenter en fait, de faire la fac de médecine donc je me suis dirigée en médecine et je voulais être chirurgien

au départ, et j'ai découvert la médecine générale en faisant mon stage en sixième année, c'était encore l'ancien..., l'ancienne formation avec une semaine de stage tous les six mois et j'ai vraiment découvert la médecine générale à ce moment là, la médecine générale libérale. Donc je me suis réorientée, j'avais passé l'internat, j'ai pas été reçue et donc en faisant les premiers stages de résidente, je me suis dit que c'était ça qui me convenait et que je ne retentais pas du tout l'internat mais que je prenais la médecine générale.

Comment décririez-vous votre pratique ?

Alors la consultation, ça peut varier de dix minutes à parfois plus d'une demi-heure. Euuu, on essaie d'établir, enfin de demander au patient le motif de consultation pour essayer de gérer un petit peu, donc euuu consultation simple, certificat, etc...c'est un quart d'heure, consultation d'emblée sur trente minutes sur les consultations de nourrissons et consultations de gynéco, dossiers administratifs à remplir, patients suivis pour dépression aussi, on leur accorde d'emblée trente minutes. Les secrétaires savent gérer et les patients normalement ont été un petit peu orientés pour prévenir d'une consultation plus longue. Après voilà, à la consultation on gère aussi le nourrisson maintenant on ne va plus sur les maternités mais ça m'est arrivé d'aller sur la maternité de la clinique du Ter faire les visites de sortie des nourrissons à la gestion de la personne âgée en EHPAD euu, donc entre les deux c'est vaste, les objectifs sont très variés.

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la prévention du suicide ? Et si oui lequel ?

Oui, le médecin généraliste c'est le médecin, comme on dit, de premier recours, le premier contact avec le patient, soit le patient directement soit la famille qui peut alerter le médecin sur des difficultés de gestion du patient. Après la crise suicidaire est difficile à évaluer au sein de la consultation, parce que c'est vrai que souvent on dit que le passage à l'acte c'est un patient qui n'en a pas parlé. En fait il faut essayer d'établir un bon contact avec le patient, ce qui est plus facile quand on connaît le patient depuis plusieurs années. On voit s'il a des difficultés environnementales, au niveau familial, professionnel, relationnel et on peut voir la situation clinique du patient se dégrader petit à petit, ce qui est plus difficile à évaluer quand on ne connaît pas du tout le patient ou quand on a un patient qui...qui n'est pas ouvert au dialogue.

Quel est votre ressenti personnel vis-à-vis des patients dépressifs ou suicidaires ?

Alors bah là c'est pareil, ça dépend de la relation qu'on a avec le patient, est-ce que c'est quelqu'un qu'on suit depuis longtemps ? Est-ce que ... Selon la situation familiale, est-ce que c'est un parent avec des enfants, est-ce qu'il est célibataire ? ... Ça joue aussi, sur la relation qu'on peut établir avec lui. Après, c'est vrai que les patients suicidaires euuu, moi j'en ai pas eu beaucoup, j'ai eu plus des patients dépressifs sans réelles idées suicidaires

qu'on essaie de déterminer en lui posant la question. Euuu, c'est toujours difficile d'évaluer, est-ce qu'on peut le laisser repartir de la consultation seul ou est-ce qu'on prend contact avec l'entourage pour les prévenir de faire attention, de le surveiller, euuu... Est-ce qu'on l'hospitalise, est-ce qu'il va être d'accord pour l'hospitalisation ? C'est pas toujours évident non plus d'orienter les patients sur une hospitalisation. Ils ont souvent peur hein de l'hospitalisation, surtout en psychiatrie, ça fait très peur.

Avez-vous déjà eu une ou des expériences personnelles ou familiales de dépression, suicide, ou TS ?

Dépression oui, au niveau familial, au niveau d'une de mes grands-mères, mais j'étais jeune à ce moment-là donc.

Vous n'exerciez pas encore ?

Voilà, non non. C'était au début de ... donc j'étais petite même quand ça a commencé et c'est vrai que ça a eu un impact sur ma formation professionnelle parce que quand j'ai dû choisir mes stages lors de l'externat, j'ai enlevé tous les stages de psychiatrie parce que voilà, ça m'avait marqué le fait d'aller la voir euuu, on faisait encore les électrochocs à ce moment là et de me retrouver à la visiter en milieu psychiatrique et de voir les malades psychiatriques ça m'avait vraiment beaucoup marqué. Donc voilà, au début de mes choix de stages, j'ai tout viré... (rires) Je l'ai regretté après, quand je me suis retrouvé en étant interne à

travailler aux urgences ou dans le service de gériatrie aussi où on est confronté à des gestions difficiles, des fonctionnements mentaux difficiles à gérer et j'ai regretté une fois. Donc après ben on apprend un petit peu sur le tas quoi. Voilà. Donc ça a été je dirais la seule expérience personnelle.

Cet épisode a t'il modifié votre relation au patient ou sa prise en charge ?

Donc ça l'a modifié, oui, au départ puisque c'était un choix de ne pas du tout passer par les services psychiatriques et un regret après mais c'est vrai que j'étais orientée chirurgie à ce moment là donc j'avais pas forcément besoin de ces stages là mais par contre pour la pratique de médecine générale, c'est vrai que ça m'a manqué. Après si, dans le ressenti personnel, au niveau familial mais même au niveau amical. J'ai eu à gérer, il y a ...ça va faire trois ans, un divorce pour une copine, où là y'a eu aussi un passage avec un état dépressif, des envies suicidaires aussi, donc à gérer à distance par contre parce qu'elle est dans la région de Rennes, voilà donc on a géré par téléphone.

Et cet épisode-là a modifié votre pratique ?

Bah peut-être d'être plus à l'écoute...et de faire plus attention justement, alors c'est vrai que les couples qui se séparent il y en a beaucoup, de poser peut-être plus d'emblée la question du ressenti vraiment psychologique de la personne, et poser d'emblée la question des idées noires, idées suicidaires.

Avez-vous déjà été confronté au suicide ou à la tentative de suicide d'un patient ?

Oui, alors le premier patient c'était, alors ça doit faire sept ou huit ans, donc là j'ai été appelé pour constater, enfin faire le certificat légiste avec la gendarmerie. Donc en fait, on est rarement exposé à ça. Euuu, c'était le médecin du SAMU qui était sur les lieux qui a été appelé sur un arrêt cardiaque et donc comme j'étais médecin de garde, on m'a demandé de me rendre sur le lieu, c'était un de mes patients, qui n'avait pas consulté depuis euuu plusieurs mois au cabinet et en fait que j'avais suivi dans le cadre d'un épisode dépressif mais qui c'était amélioré, et à priori dans le cadre d'une maladie bipolaire.

Est-ce que vous vous y attendiez ?

Bah non parce que j'avais pas de suivi récent. C'est vrai que la dernière fois que je l'avais vu, il allait mieux, il avait retrouvé du travail euu il était stable à priori dans sa vie affective et en fait il s'est suicidé parce qu'il se séparait. Après y'a eu d'autres cas ?...Oui l'année dernière une patiente d'une quarantaine d'années qui était suivie aussi pour un état dépressif que l'on avait, enfin je pensais, à priori stabilisé, avec alors plus un état d'angoisse très important, pour moi c'était plus l'état anxieux qui dominait plus que le syndrome dépressif, et en fait, on avait réussi à stabiliser les angoisses, et voilà, pourtant j'avais posé la question, enfin j'avais essayé d'évaluer le risque suicidaire, et...enfin j'ai pas les dates pour vérifier mais je pense que c'est le soir même ou le

lendemain soir de la consultation qu'elle est passée à l'acte à la maison.

Et vous vous y attendiez ?

Non, non pas du tout. Et y'a une autre jeune femme, alors pareil entre quarante et quarante-cinq ans, sur un état dépressif marqué, donc état dépressif qui évoluait depuis... on avait fait le premier diagnostic cinq ans auparavant, elle était venue consulter donc là pour des problèmes somatiques hein des douleurs abdominales, une altération de l'état général et au bout du bilan complet digestif, j'avais déjà commencé à aborder l'état dépressif, mais la patiente..., enfin le diagnostic n'était pas compatible avec l'état de la patiente, elle voulait pas du tout adhérer à ça donc on a fait tout le bilan digestif et il a fallu qu'elle se rende à l'évidence que le bilan digestif était strictement normal, elle avait rencontré plusieurs spécialistes qui n'avaient rien trouvé, et qu'il fallait qu'elle se rattache du coup à mon diagnostic. Elle a été traitée pendant deux ans par des anti-dépresseurs, elle a consulté aussi une psychiatre, elle avait réussi à ...à guérir, voilà, ou à être en rémission, parce que sur les états dépressifs c'est difficile hein, donc à être en rémission, elle avait stoppé tout traitement pendant deux ans, et elle est revenue consulter euuu il y a un an et demie, pour une rechute avec les mêmes plaintes somatiques que la première fois, des épigastalgies, une perte de poids, une anorexie, donc elle a été plus favorable à ce qu'on parle de nouveau d'un deuxième épisode dépressif, on a refait quand même le bilan digestif pour

la rassurer aussi et être sûr de ne pas passer à côté d'une maladie organique et elle a adhéré plus facilement au traitement mais malgré la remise en route des traitements anti-dépresseurs, anxiolytiques, et somnifères parce qu'il y avait une insomnie très marquée, l'état n'a pas évolué favorablement et là voilà, au bout de quelques semaines elle a exprimé des idées suicidaires. Elle les a exprimé plus facilement parce qu'elle y avait déjà été confronté une première fois quelques années avant et je l'ai vite orienté sur l'UMP à Lorient dans un premier temps puis elle a été prise en charge au CMP Blanqui sur Lorient avec un suivi rapproché hein hebdomadaire, elle continuait à me voir quand même, et j'ai vu l'infirmière psychiatrique qui m'avait demandé de réévaluer un petit peu les choses n'ayant pas accès au psychiatre rapidement, ce en quoi j'ai été très surprise parce que je pensais que quand on orientait les patients directement dans un circuit spécialisé, ils pouvaient être pris en charge plus rapidement et en fait voilà, y'avait pas eu possibilités d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre en urgence donc moi je l'ai revue un jour et donc là elle m'a exprimé vraiment voilà... des idées... donc je l'avais vu un vendredi, j'avais pris contact avec l'infirmière psychiatrique en disant qu'il y avait urgence, que pour le week-end, on gérait les choses parce que la patiente ne souhaitait pas être hospitalisée d'emblée, on avait géré les choses le week-end avec son époux qui était là, sûr pour le week-end et qui était bien au courant de la situation. Et je l'ai revu le lundi, donc on a laissé passer le week-end et je l'ai revu le lundi matin, et là elle était très mal, j'ai appelé sur Caudan pour la faire prendre en charge et là elle a été hospitalisée l'après-midi et en fait au CMP ils

m'avaient appelé mais ne lui avait donné un rendez-vous que le mardi après-midi, donc avec l'infirmière psychiatrique qui réévaluait les choses avant de passer la main au psychiatre. Je me suis sentie un peu démunie à ce moment là parce que je pensais avoir fait le nécessaire pour qu'elle soit prise en charge en milieu spécialisé et en fait eux n'ont pas fait forcément accélérer la prise en charge sur une hospitalisation. Et voilà, après ça a été facile parce que là la patiente a adhéré à l'hospitalisation d'emblée, ce qui n'est pas toujours facile, et on a pu avoir une place d'emblée voilà, sans passer par l'UMP, donc une hospitalisation directe en milieu spécialisé.

Pour vous, quelle est la définition d'une crise suicidaire ?

Alors, oui, ... une crise suicidaire c'est un état dépressif euuu ...rapidement aggravatif avec expression euuu... d'idées de mort, mais d'idées de mort avec un scénario construit. C'est-à-dire, c'est vrai que souvent quand je pose la question aux patients s'ils ont des idées suicidaires, certains vont dire oui ... ça m'a traversé l'esprit et quand on leur pose la question comment, avec quoi ? Voilà, certains n'ont pas d'idées, ils ont pensé à la mort mais voilà, ça s'arrête là, ils n'ont pas d'idées. Certains vont exprimer...voilà ils ont des médicaments,...qu'ils ont pensé prendre plus de médicaments que ce qui était prescrit, ils l'ont fait parfois en doublant ou triplant les doses mais sans aller plus loin d'autres expriment voilà ...un suicide, une pendaison, le train, la voiture...

Et selon vous, ça dure combien de temps la crise suicidaire ?

Alors là, je n'sais pas (rires). Je n'sais pas s'il y a des critères vraiment... euuu...établis, sur un délai, c'est... quand y'a des scénarios c'est rapidement à prendre en charge.

Vous pensez que ça dure combien ? Quelques jours, quelques semaines, quelques mois ? Enfin, une fourchette quoi.

Je dirais sur vraiment la crise suicidaire, quand on sent qu'il y a éventuellement un passage à l'acte possible, je dirais quelques jours, voilà...oui quelques jours.

Quand recherchez-vous des idées de suicide chez un patient ?

Euuu, je dirais pour tout tableau dépressif, donc pour tous les patients dépressifs, je leur pose la question, dans le suivi des états anxio-dépressifs aussi.

Il y a d'autres cas où vous posez la question éventuellement ?

Quand je trouve les patients en difficultés dans leur environnement, donc difficultés familiales, décès, séparations, et

au niveau professionnel, licenciements, problèmes de harcèlement au travail.

Et chez un patient vous consultant, pas forcément pour une dépression mais toutes causes confondues, quels sont les indices qui vous mettent la puce à l'oreille par rapport à un risque suicidaire éventuel ?

Un patient qui va être plutôt apathique,... un patient que je connais ou que je ne connais pas ?

Les deux, par exemple, d'abord pour un patient que vous connaissez.

Alors un patient que je connais c'est dans son comportement euuuu un patient qui va être apathique, un patient...pour lequel on sent un changement dans son discours, un patient qui se renferme, voilà donc là on va essayer d'évaluer un peu les choses, l'alerte donnée éventuellement par la famille, voilà.

Et pour un patient que vous ne connaissez pas ?

Chez un patient que je ne connais pas, alors là ça serait plus difficile, un patient que j' connais pas du tout et qui vient pour une plainte somatique ça dépend un peu de la plainte et ça dépend de la cohérence entre la plainte et l'examen clinique, voilà. Après ça peut être un patient qu'on revoit sur une plainte, euuu je dirais, somatique récidivante euuu avec un examen clinique normal, des

examen complémentaires normaux, on va essayer de rechercher autre chose mais voilà, un patient chez lequel on n'évalue pas, à priori, d'état dépressif euuu... évaluer une crise suicidaire euuu, j'y viendrais pas d'emblée.

Comment et en quels termes parlez-vous du suicide à vos patients ?

Alors je leur pose la question en premier lieu, d'idées noires, est-ce qu'ils ont des idées noires ? Et s'ils me répondent oui, je creuse. Je leur pose la question qu'est-ce qu'ils appellent "idées noires", s'ils ont du mal à en parler j'évoque d'emblée "est-ce que vous avez eu des idées de mort ?", sans forcément dire suicide, donc des idées de mort euuu, sous quelle forme ? Est-ce que vous avez pensé à quelque chose ? Est-ce que vous avez envisagé quelque chose ?

Est-ce que vous êtes gênée pour aborder le sujet ?

Certainement parce que je ne pose pas la question d'emblée est-ce que vous avez eu des idées suicidaires ? Je pose la question est-ce que vous avez eu des idées noires. Peut-être pour laisser aussi plus largement, euuu le démarrage d'un dialogue.

Est-ce-que vous pensez qu'en parler au patient peut l'inciter à le faire ?

Pour avoir été à des formations, on dit "non" euuu après c'est toujours la question, on peut avoir euuu, on peut avoir des idées suicidaires mais n'avoir aucun moyen pour les réaliser ou n'avoir pas envisagé de choses pour les réaliser. Donc euuu je pense pas qu'en posant la question... un patient qui a qui évolue sur une crise suicidaire, j pense que c'est pas le fait de lui avoir posé la question qui va l'inciter à passer à l'acte, s'il a déjà élaboré quelque chose, un scénario, s'il y a pensé franchement, s'il doit y avoir passage à l'acte, c'est pas le fait de poser une question qui déclenchera le processus. Mais peut-être que s'il est pas encore décidé, il cherchera peut-être euuu la main tendue pour euuu, pour sortir.

Quels pourraient être pour vous les freins au diagnostic ? Qu'est-ce qui pourrait empêcher le médecin finalement de diagnostiquer une crise suicidaire ?

Bah un patient qui ne parle pas du tout, qui ne va pas euuu..., qui va essayer de ...de changer de sujet de conversation, un patient qu'on ne connaît pas du tout ou avec lequel on a eu auparavant du mal à établir le contact et puis dans la gestion je dirais de l'emploi du temps, euu voilà euu, quand on est débordé, très en retard euu je pense qu'on peut passer à côté de quelque chose si le patient vient pour une plainte organique et si on n'a pas le temps de creuser... on va peut-être gérer la plainte organique sans évaluer plus si c'est un patient qui n'est pas connu déjà pour des antécédents dépressifs.

Chez un patient dépressif, recherchez-vous systématiquement des idées suicidaires ?

Oui, au moins au début, quand on le voit sur un état dépressif euuu, je dirais à son démarrage sur euuu, un état dépressif, sur par exemple l'humeur qui ne s'améliore pas rapidement, d'emblée oui, je pose la question. Par contre sur un état dépressif où on commence à s'éloigner, je dirais du démarrage, où on a une évolution favorable avec le traitement, il est pris en charge éventuellement en psychothérapie, par un psychiatre euuu, j'aurais tendance à relâcher un petit peu et ne pas poser la question à chaque consultation.

Évaluez-vous le degré d'urgence et si oui comment ?

Alors le degré d'urgence c'est déjà un patient qui exprime des idées suicidaires élaborées, donc on en revient toujours avec cette question hein déjà du "comment" ? Savoir est-ce qu'il en a les moyens ? S'il y a un risque suicidaire médicamenteux, est-ce qu'il a suffisamment de ... réserves à la maison ? Pour l'évaluer là c'est la difficulté de la prescription aussi quand on voit un patient pour lequel on a des doutes sans choses réellement évaluées, de prescrire les médicaments sur une durée courte, c'est le problème du conditionnement des boîtes en pharmacie et voilà, s'il y a d'autres moyens... c'est vraiment l'élaboration d'un scénario et savoir est-ce que c'est un patient qui est entouré ? Qui peut avoir quelqu'un en surveillance 24 heures sur 24 ? Ou est-ce que c'est un patient qui n'a pas un entourage

euu...favorable ? Est-ce que c'est un patient qui est déjà un petit peu désocialisé, qui ne travaille pas, qui est en arrêt ? Qui n'a pas de contacts avec des amis, qui vit seul ...

Est-ce que vous pensez que votre prise en charge est améliorable ? Et si oui, comment ? Que pourriez-vous faire de mieux ? Et quelles sont les mesures qui pourraient vous y aider ?

Améliorable, certainement. Savoir après est-ce qu'on peut avoir des tableaux aussi précis, pour évaluer, euuu améliorable dans le sens où on peut avoir recours aussi à des avis spécialisés rapides, c'est vrai que c'est toujours la question est-ce qu'on hospitalise en urgence ? Est-ce qu'on peut différer en passant par d'autres moyens ? Donc on a la chance sur Lorient d'avoir l'UMP sur Bodelio. C'est vrai qui permet de faire réévaluer en urgence par une équipe spécialisée et de pouvoir faire rentrer le patient rapidement dans un circuit de prise en charge, sans forcément être hospitalisé et après c'est la difficulté d'avoir un contact avec un psychiatre en libéral en urgence, même si on appelle c'est vrai que parfois on a du mal à à avoir un contact rapide et après bien c'est toute la difficulté, pour euuu les adultes est-ce qu'on peut prendre les devants sans l'accord du patient de contacter un adulte de l'entourage pour le mettre au courant, parce qu'il y a le secret professionnel, voilà Est-ce que faire des formations ça améliore la pratique ? Parce que les patients sont tous différents, le contact qu'on a avec eux est différent aussi

Le questionnaire est fini, avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

Bah le thème il est très intéressant (rires), c'est vrai qu'on est je pense encore sur un taux de suicide qui continue d'augmenter malgré euuu la prise en charge qu'on essaie de faire au mieux pour les patients, malgré les recommandations de la haute autorité de santé qui nous dit qu'on est un pays qui prescrit beaucoup d'antidépresseurs et d'anxiolytiques par rapport à nos pays voisins, alors je ne connais pas le taux de suicide dans nos pays voisins, est-ce que ... est-ce que c'est un recours trop rapide à des médicaments ? Est-ce qu'il y a une prise en charge différente, autre que médicamenteuse ? Est-ce qu'il peut y avoir une autre piste de recherche dans la prise en charge comme par exemple psychothérapies, groupes de parole...

VII. BIBLIOGRAPHIE

¹ *Fédération Française de Psychiatrie ANAES Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2000. Paris. Co-édition FFP-John Libbey Eurotext.*

² *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011 DREES.*

³ *Bernal,M.,Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T.,deGraaf, R., Bruffaerts,R., Lépine, J.P.,de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D.,Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., 2007. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J. Affect. Disord. 101, 27–34.*

⁴ *BEH 47-48 / 13 décembre 2011 Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France.*

⁵ *Kovess-Masfety V. et al., « What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey »BMC Public Health ,2007, 7: 188.*

⁶ *Lamboy B., Leon C. and Guilbert P., « Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005 », Rev Epidemiol Sante Publique , 2007, 55(3): 222-7.*

⁷ *Société Française de Médecine Générale, Observatoire de la médecine générale, omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php [06/02/13]*

⁸ *Dumesnil H., Cortaredona S.,Cavillon M., Mikol F.,Aubry C., Sebbah R.,Verdoux H.,Verger P. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », Etudes et Résultats n° 810, sept 2012.*

⁹ *Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L., 2002. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am. J.Psychiatry 159, 909–916.*

¹⁰ *Hirschfeld RMA, Russel JM., Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med 1997; 25 : 910-5.*

¹¹ *Bourgeois ML. Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. Neuro Psy 1998 ; avril : 20-4.*

¹² *Suicides et tentatives de suicide en médecine ambulatoire ORS Bourgogne, 2001.*

¹³ *C. Turbelin, L. Jehel, P.-Y. Boelle, A. Kieffer, T. Blanchon, A.Flahault Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire,Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 56, Issue 5, Supplement, September 2008, Page 292.*

-
- ¹⁴ Barré C., *Passage à l'acte suicidaire : la dernière consultation, à propos de 23 cas*, thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Nantes.2011.
- ¹⁵ Briffault X. et al., « Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France », *Encephale* 36 Suppl 2,2009,: D59-72.
- ¹⁶ Nutting,P.A.,Dickinson, L.M.,Rubenstein, L.V.,Keeley,R.D.,Smith, J.L.,Elliott, C.E.,2005. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Ann. Fam. Med.* 3, 529–536.
- ¹⁷ Feldman, M.D., Franks, P., Duberstein, P.R., Vannoy, S., Epstein, R., Kravitz, R.L.,2007. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann. Fam.Med.*5, 412–418.
- ¹⁸ Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A.An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation.*Acta Psychiatr Scand.* 1989 Jan;79(1):19-26.
- ¹⁹ Pasquier E, *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale, mémoire de DES de médecine générale, avril 2004, université Lyon Nord.*
- ²⁰ Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 1994:147-181. <http://www.erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>. [15/1/2013].
- ²¹ Portail géographique de la Bretagne, www.geobreizh.com, [08/01/2013].
- ²² Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2012, Tome II* <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> [06/02/2013].
- ²³ Beauté J,Bourgueil Y,Mousquès J (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) *Baromètre des pratiques en médecine libérale,Résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons"* Document de travail n°5, août 2007.
- ²⁴ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, *L'exercice de la médecine générale libérale, Etudes et Résultats n°610 novembre 2007.*
- ²⁵ Coryell, W., Young, E.A., 2005. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 66, 412–417.
- ²⁶ Bushnell J, Mc Leold D, Dowell A et al., Do patients want to disclose psychological problems to GPs ? *Fam Prac* 2005; 22(6):631-7.
- ²⁷ Encrenaz G, Kovess-Masféty V, Gilbert F, Galéra C, Lagarde E, Mishara B, Messiah A. Lifetime risk of suicidal behaviors and communication to a health professional about suicidal

ideation. Results from a large survey of the French adult population. *Crisis*. 2012 Jan 1;33(3):127-36.

²⁸ Konrad M, Ladislav V, Vital W, Understanding deliberate self-harm, the patient's views. *Crisis*, 1994; 15 : 172-8.

²⁹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie, *Etudes et Résultats* n° 315 juin 2004, onala.free.fr/drees315.pdf [06/02/2013].

³⁰ Ritter K, Stompe T, Voracek M, Etzersdorfer E. Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wien Klin Wochenschr*. 2002 Aug 30;114(15-16):685-90.

³¹ Jakoubovitch S (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F (Observatoire régional de la santé) ,Les emplois du temps des médecins généralistes, *Etudes et Résultats* n° 797, mars 2012.

³² Madelyn S. Gould; Frank A. Marrocco; Marjorie Kleinman; John Graham Thomas; Katherine Mostkoff; Jean Cote; Mark Davies Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs : A Randomized Controlled Trial *JAMA*. 2005;293:1635-1643.

³³ Lucena RJ, Lesage A, Elie R et al, Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists : a survey of practitioners' opinions and characteristics. *Can J Psychiatry* 2002 Oct; 47(8):750-8.

³⁴ Ventelou B, et al, 2005, Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, *revue française des affaires sociales*, 2005, 127-160.

³⁵ Fanello S, Paul B, Delbos V, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé publique*. Sept 2002. 14(3) : 263-73.

³⁶ Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C, Observatoire régional de la santé, Santé physique et Psychique des médecins généralistes, *Etudes et Résultats* n° 731, juin 2010.

³⁷ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P, La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale, *Médecine*, juin 2008, 279-283.

³⁸ Diraduryan N. Le médecin généraliste face aux patients suicidaires : attitudes pratiques et enjeux relationnels. Thèse d'exercice en médecine générale. Université de Tours, 2007. 155f.

³⁹ Carney P, Eliassen S & al. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J. Fam Pract* 1999, 48:958-964.

⁴⁰ Heikkinen ME, Aro H, Lönnqvist J., Life events and social support in suicide, *Suicide Life Threat Behav* 1993; 306 : 1641-4.

-
- ⁴¹ Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., Wang, P.S., 2005. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA* 293, 2487–2495.
- ⁴² Hagnell O, Rorsman B, Suicide in the Lundby : a controlled prospective investigation of stressful life events, *Neuropsychobiology*, 1980 ; 6 : 319-32.
- ⁴³ Paykel ES, Life stress, depression and attempted suicide. *J Human Stress* 1976 ; 2 :3-12.
- ⁴⁴ Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events : a controlled comparison, *Arch Gen Psychiatry*, 1975; 32 : 327-33.
- ⁴⁵ Oquendo, M.A., Currier, D., Mann, J.J., 2006. Prospective studies of suicidal behaviour in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta. Psychiatr. Scand.* 114, 151–158.
- ⁴⁶ Bioulac S, Bourgeois ML, Ekouevi D, et al, les facteurs prédictifs du suicide, étude prospective sur huit ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encéphale* 1999 ; XXVI : 1-7.
- ⁴⁷ Bonnin JM. La prédiction du suicide. Mise en place d'une étude prospective de 200 patients hospitalisés en psychiatrie à l'aide d'une liste systématisée de facteurs de risque. Thèse n° 3032 pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 21 juin 1990, Université Bordeaux II, 1990.
- ⁴⁸ Harris EC, Barraclough B., Suicide as an outcome for mental disorders : a meta analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170 : 205-28.
- ⁴⁹ Garré JB. Les récurrences suicidaires : réflexions sur un programme possible de prévention. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1998 ; 15 : 17-21.
- ⁵⁰ Alexopoulos, G.S., Bruce, M.L., Hull, J., Sirey, J.A., Kakuma, T., 1999. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 1048–1053.
- ⁵¹ Piel-Desruisseaux Dalby A, Prévention du suicide : Mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires. Bilan après un an au sein du pôle santé de Clisson, thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Nantes, 2011.
- ⁵² Hardy P, La prévention du suicide, rôle des praticiens et des différentes structures de soins. *Références en psychiatrie*. Paris : Doin, 1997.
- ⁵³ Harris, E.C., Barraclough, B., 1997. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 170, 205–228.
- ⁵⁴ Frappé P, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Initiation à la recherche, co-édition global média santé, CNGE, 2011.

⁵⁵ Couratier C, Miquel C. *Les études qualitatives : théorie, applications, méthodologie, pratique*. Paris, L'Harmattan, 2007:189-190.

RESUME

Introduction : Selon le rapport 2011 de la DREES sur l'état de santé de la population en France, en 2008, 10353 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%, on compterait après correction 11388 décès. Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (troubles anxieux, dépression, troubles bipolaires, schizophrénie...). La crise suicidaire est difficile à identifier, d'autant plus qu'il n'existe pas de critères diagnostiques. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. Ainsi, des études montrent que 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Notre étude s'intéresse aux facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires et essaie de trouver des pistes pour améliorer ses deux derniers points. Elle essaie aussi d'envisager des critères diagnostiques de la crise suicidaire.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins de soins primaires de la région Bretagne.

Résultats : De multiples facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire ont été identifiés : ceux liés aux patients, aux acteurs de santé, à la relation médecin-malade, à l'environnement du patient.

Les différents entretiens ont permis d'identifier comme principaux freins au diagnostic ou à la prise en charge de la crise suicidaire : les facteurs intrinsèques à la maladie psychiatrique comme le déni, le raptus, le sentiment d'incurabilité, la peur du patient, l'absence de recours aux soins primaires, la non compliance du patient, la fierté du patient, le patient déterminé, l'existence d'un projet de fin de vie, les préjugés ou fausses idées sur le suicide, la mauvaise écoute, la méconnaissance du sujet, le manque d'intérêt pour le sujet, la gestion du temps, la gêne, la fatigabilité et un problème personnel ou une dépression du médecin lui-même, une communication médecin-malade difficile, une non ou mauvaise connaissance du patient, la société, la famille, mais cette dernière a également été identifiée comme un facteur facilitateur du diagnostic et de la prise en charge, le psychiatre, avec deux grandes idées qui sont les difficultés d'accès au psychiatre et le manque de communication de la part des psychiatres.

En ce qui concerne les critères diagnostiques de la crise suicidaire, plusieurs sont ressortis dans cette étude : Tout d'abord la recherche de facteurs de risque de suicide tels que l'existence d'un syndrome dépressif, les conduites addictives, les événements de vie, et conflits familiaux, les difficultés financières ou les problèmes professionnels, l'accumulation de problèmes, les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicides ou suicides, et surtout la notion de changement dans la façon d'être, de communiquer, et dans le comportement du patient. Afin d'apprécier le degré d'urgence, les éléments importants à rechercher étaient selon les médecins interrogés l'existence ou non d'un scénario, d'un étayage familial, l'existence ou non de raisons de vivre et la gravité du syndrome dépressif.

Discussion : Ces facteurs et ces éléments diagnostiques sont importants à connaître pour mieux cibler la prévention du suicide en France qui pourrait passer par une formation adaptée des professionnels de santé et du grand public et par des structures de prise en charge psychiatriques intermédiaires entre l'hospitalisation et la prise en charge à domicile pour palier la surcharge des consultations en psychiatrie ambulatoire, et pour mettre au point un outil diagnostique de la crise suicidaire validé utilisable en médecine générale. Des études complémentaires seraient nécessaires pour augmenter la pertinence des facteurs et des critères diagnostiques trouvés dans notre étude et il serait également intéressant d'interroger des patients et des psychiatres sur le sujet.

Mots clés : Crise suicidaire, Diagnostic, Médecins de soins primaires, Facteurs.



UNIVERSITE DE POITIERS

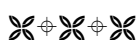
Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : Selon le rapport 2011 de la DREES sur l'état de santé de la population en France, en 2008, 10353 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%, on compterait après correction 11388 décès. Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (troubles anxieux, dépression, troubles bipolaires, schizophrénie...). La crise suicidaire est difficile à identifier, d'autant plus qu'il n'existe pas de critères diagnostiques. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. Ainsi, des études montrent que 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Notre étude s'intéresse aux facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires et essaie de trouver des pistes pour améliorer ses deux derniers points. Elle essaie aussi d'envisager des critères diagnostiques de la crise suicidaire.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins de soins primaires de la région Bretagne.

Résultats : De multiples facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge de la crise suicidaire ont été identifiés : ceux liés aux patients, aux acteurs de santé, à la relation médecin-malade, à l'environnement du patient.

Les différents entretiens ont permis d'identifier comme principaux freins au diagnostic ou à la prise en charge de la crise suicidaire : les facteurs intrinsèques à la maladie psychiatrique comme le déni, le raptus, le sentiment d'incurabilité, la peur du patient, l'absence de recours aux soins primaires, la non compliance du patient, la fierté du patient, le patient déterminé, l'existence d'un projet de fin de vie, les préjugés ou fausses idées sur le suicide, la mauvaise écoute, la méconnaissance du sujet, le manque d'intérêt pour le sujet, la gestion du temps, la gêne, la fatigabilité et un problème personnel ou une dépression du médecin lui-même, une communication médecin-malade difficile, une non ou mauvaise connaissance du patient, la société, la famille, mais cette dernière a également été identifiée comme un facteur facilitateur du diagnostic et de la prise en charge, le psychiatre, avec deux grandes idées qui sont les difficultés d'accès au psychiatre et le manque de communication de la part des psychiatres.

En ce qui concerne les critères diagnostiques de la crise suicidaire, plusieurs sont ressortis dans cette étude : Tout d'abord la recherche de facteurs de risque de suicide tels que l'existence d'un syndrome dépressif, les conduites addictives, les événements de vie, et conflits familiaux, les difficultés financières ou les problèmes professionnels, l'accumulation de problèmes, les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicides ou suicides, et surtout la notion de changement dans la façon d'être, de communiquer, et dans le comportement du patient. Afin d'apprécier le degré d'urgence, les éléments importants à rechercher étaient selon les médecins interrogés l'existence ou non d'un scénario, d'un étayage familial, l'existence ou non de raisons de vivre et la gravité du syndrome dépressif.

Discussion : Ces facteurs et ces éléments diagnostiques sont importants à connaître pour mieux cibler la prévention du suicide en France qui pourrait passer par une formation adaptée des professionnels de santé et du grand public et par des structures de prise en charge psychiatriques intermédiaires entre l'hospitalisation et la prise en charge à domicile pour palier la surcharge des consultations en psychiatrie ambulatoire, et pour mettre au point un outil diagnostic de la crise suicidaire validé utilisable en médecine générale. Des études complémentaires seraient nécessaires pour augmenter la pertinence des facteurs et des critères diagnostiques trouvés dans notre étude et il serait également intéressant d'interroger des patients et des psychiatres sur le sujet.

Mots clés : Crise suicidaire, Diagnostic, Médecins de soins primaires, Facteurs.