

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

Thèse pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Nicolas POUSSET

Né le 29.10.1980 à Conflans-Sainte-Honorine

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2014

TITRE

Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la
crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux.

JURY

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Bertrand DE TOFFOL
Madame le Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT
Madame le Docteur Brigitte DELCHER

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

Thèse pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Nicolas POUSSET

Né le 29.10.1980 à Conflans-Sainte-Honorine

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2014

TITRE

Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la
crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux.

JURY

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Bertrand DE TOFFOL
Madame le Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT
Madame le Docteur Brigitte DELCHER

Titre :

Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux.

Résumé :

La prévention du suicide s'est considérablement développée en France depuis le début du XXI^e siècle avec le lancement de la Stratégie nationale d'action face au suicide, suivie quelques semaines plus tard de la conférence nationale de consensus des 19 et 20 octobre 2000. Ces deux projets ont conduit dans les années suivantes, à la mise en place d'un vaste programme de formations régionalisées à destination des professionnels médicaux et sociaux mobilisés autour de la problématique suicidaire. Ces formations destinées à faciliter le repérage des situations à risque suicidaire s'appuient sur le modèle de la triple évaluation R.U.D (Risque, Urgence, Danger) du potentiel suicidaire. Sans que l'on ne puisse dire pourquoi, il est constaté que la mobilisation des médecins généralistes à ces formations est faible. Ces obstacles à la formation ont conduit à imaginer l'idée de partager individuellement avec les médecins généralistes un résumé des dernières informations et recommandations en matière de prévention suicidaire, ceci afin d'en mesurer l'impact sur leur pratique et savoir s'il leur permet de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire de leurs patients et d'améliorer leur prise en charge.

Une étude avant-après a été réalisée sur une période de 6 mois auprès d'un échantillon de 23 médecins généralistes anneciens. Elle montre une augmentation absolue de 9% (progression de 53%) du taux de médecins capables de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire après notre intervention et une amélioration statistiquement significative de 17% (progression de 52%) des modalités de prise en charge du patient suicidaire.

Ces résultats favorables devraient encourager la réalisation d'études complémentaires sur des échantillons plus grands afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une éventuelle intervention pédagogique individuelle à plus grande échelle.

Mots clés : Suicide, prévention, repérage, généraliste, médecine générale, crise suicidaire.

Title :

Evaluation of an intervention by management awareness of suicidal crisis with liberal GPs.

Abstract :

Suicide prevention has considerably expanded in France since the beginning of the twenty first century with the creation of the National Strategy of Suicide Prevention, followed, a few weeks later, by the National Consensus Statement on October 19 and 20, 2000. Many years later, both projects have led to setting up a large program of regionalized training intended for medical and social professionals mobilized around the suicidal issue. The objective of these trainings is to facilitate the identification of suicide risk situations and they are based on the model of the triple assessment R.U.D (Risk, Emergency, Danger) of suicidal potential. Unexpectedly, it is observed that the mobilization of GPs in these formations is low. These hurdles to training led to imagine the idea of sharing with individual GPs a summary of the latest information and recommendations on suicide prevention, in order to measure the impact on their practice and know if it allows them to detect more accurately the suicidal potential of their patients and improve their care.

A before-after study was conducted over a period of six months from a sample of 23 GPs working in Annecy. It shows an absolute increase of 9% (53% progression) rate GPs who can detect suicidal potential more accurately after our intervention and a statistically significant improvement of 17% (52% progression) in the care of their suicidal patient.

These positive results should encourage further studies on larger samples in order to estimate the feasibility and efficacy of possible individual larger-scale educational intervention.

Keywords : Suicide, prevention, identification, general practitioner, general medicine, suicidal crisis.

Mes sincères remerciements s'adressent à,

Professeur Philippe GAILLARD,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Professeur Vincent CAMUS,

Sensible à l'honneur que vous m'accordez en acceptant de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de mes remerciements les plus sincères et l'expression de ma profonde reconnaissance.

Professeur Bertrand DE TOFFOL,

Conscient de la chance que j'ai eu d'avoir pu effectuer un stage dans votre service au cours de mon internat, j'ai pu y apprendre la rigueur scientifique et les principes d'une médecine de pointe. Je vous suis très reconnaissant de ce que vous m'avez transmis et vous remercie aujourd'hui d'accepter de juger ce travail.

Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT,

Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance pour m'avoir confié cette thèse et accepté de la diriger. Grace à votre soutien et vos recommandations, j'ai pu mener à bien l'ensemble de ce travail. J'aimerais également vous dire à quel point j'ai apprécié votre disponibilité dans les délais serrés de relecture des documents que je vous ai adressés. Je vous remercie vivement de m'avoir accompagné lors de cette heureuse et marquante étape de ma vie.

Docteur Brigitte DELCHER,

Lors de mon stage ambulatoire d'autonomisation de niveau I, j'ai eu la chance et le privilège de vous avoir comme maître de stage. Votre accueil chaleureux et bienveillant, votre humanité et votre professionnalisme m'ont beaucoup touchés. Votre exigence pour une médecine de proximité et de qualité constitue pour moi un modèle que j'essaie de reproduire chaque jour. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté mon invitation à composer le jury de ce travail de thèse.

Mes remerciements pour leur participation,

À mon amie **Marie**. Ta disponibilité ainsi que ton patient travail de relecture et de correction ont permis de rendre cette thèse plus légère, plus lisible et plus intéressante pour tous. Je t'en remercie infiniment.

À **Cécile**. Tu as gentiment accepté de relire attentivement une partie de ce document. Je te fais part ici de toute mon amitié et de mes remerciements pour ta participation à ce travail.

À **Asma** du CHU de Grenoble. Tu m'as proposé ton aide méthodologique pour la rédaction du protocole de recherche et pour son analyse statistique. Je t'en remercie vivement.

À tous les médecins généralistes et psychiatres, dont je ne peux révéler les identités, qui ont acceptés de me rencontrer ou de partager leur expérience. Qu'ils soient assurés de ma reconnaissance pour leur disponibilité et remerciés d'avoir participé à ce travail.

Un très grand merci,

À **Christelle**. Tu partages ma vie et embellis chacun de mes jours. Ton soutien et ta compréhension m'ont été d'une grande aide tout au long de ce travail qui a rythmé ces derniers mois un peu chaotiques. Nous pouvons désormais nous tourner vers un horizon un peu plus calme, plein de nouvelles perspectives et de belles promesses.

À **mes parents**. Votre présence attentive depuis tant d'années, votre patience et votre détermination m'ont permis d'en être là aujourd'hui. Cela en valait donc vraiment la peine. Merci pour tout.

À ma sœur **Fabienne**. Je te dois très probablement mon orientation professionnelle dans le domaine médical. Tu as toujours été là pour m'encourager et me conseiller depuis le moment si improbable au cours duquel je me suis orienté en médecine. Ta bienveillance de grande sœur a toujours constitué une aide précieuse pour moi.

À vous tous qui me faites le plaisir d'assister aujourd'hui à la soutenance de cette thèse et qui pour certains venez de très loin: **Jean et Camille, Bernard et Brigitte, Yveline et Camille, Michel et Danny, Marie et Fabien, Marie-Flore, Clothilde et Constance, Bernard Delcher**.

À mes cousins et à toute ma famille.

À mes amis : **Eric, Aurélia, Bichon, Magali, François, Romain, Carine, Vazgen**.

À mes amis photographes : **Sylviane et Arnaud, Xavier, Jean Louis, Philippe B., Erwan**.

À mon ami plongeur **Pierre-Albert**.

À mes différents chefs et maîtres de stage pour leur enseignement, dont le Docteur M-F. Rivière, le Docteur Hefteh, le Docteur Saudeau, le Docteur Aaron, le Docteur Rousseau, le Docteur Bandalý.

À tous ceux qui ont cru en moi.

À la mémoire de ma grand-mère,

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Professeur Mathias BUCHLER, Relations internationales

Professeur Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale

Professeur François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Professeur Philippe ROINGEARD, Recherche

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER -
B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER -
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl.
MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – J.C. ROLLAND – Ch.
ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE – J.
THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUP ART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie

Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM. BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adulte
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique; médecine d'urgence

	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUT AIN Annick	Génétique

MM. VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique	Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre.	Médecine Générale
MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique
M. BAKHOS David	Physiologie
Mme BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric	Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM. GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab	Dermatologie

TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie–virologie; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël	Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M. PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline	Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M. ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM– UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M. BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier
Mme CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier
M. GAROT Denis	Praticien Hospitalier
Mmes MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier

MERCIER Emmanuelle

Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire

Orthophoniste

MM. GOUIN Jean-Marie

Praticien Hospitalier

MONDON Karl

Praticien Hospitalier

Mme PERRIER Danièle

Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle

Praticien Hospitalier

M. MAJZOUB Samuel

Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

Table des matières

1.	Introduction.....	22
2.	Le suicide.....	23
2.1.	Terminologie.....	23
2.2.	Histoire et évolution du concept.....	24
2.3.	La signification humaine du suicide.....	28
2.4.	Approche psychopathologique.....	31
2.5.	Approche physiopathologique.....	34
2.5.1.	Système sérotoninergique.....	35
2.5.2.	Système noradrénergique.....	35
2.5.3.	Autres pistes de recherches.....	36
2.5.4.	Approche épigénétique.....	36
2.5.5.	Rôle des antidépresseurs.....	37
3.	Epidémiologie des conduites suicidaires.....	37
3.1.	Données générales sur les conduites suicidaires.....	38
3.2.	Epidémiologie de la morbidité suicidaire en France.....	38
3.2.1.	Particularités épidémiologique des TS.....	38
3.2.2.	Données générales sur les TS et IS.....	39
3.2.3.	Données démographique des IS et TS.....	39
3.2.3.1.	Incidence spécifique des IS et TS selon le genre.....	39
3.2.3.2.	Incidence des IS et TS selon le groupe d'âge.....	40
3.3.	Épidémiologie de la mortalité suicidaire en France.....	42
3.3.1.	Particularités épidémiologiques de la mortalité suicidaire.....	42
3.3.2.	Données générales sur la mortalité suicidaire.....	43
3.3.3.	Evolution temporelle de la mortalité suicidaire.....	43
3.3.4.	Données géographiques sur la mortalité suicidaire.....	44
3.3.5.	Données démographique sur la mortalité suicidaire.....	45
3.3.5.1.	Incidence de la mortalité suicidaire selon le genre.....	45
3.3.5.2.	Incidence de la mortalité suicidaire selon le groupe d'âge.....	46
4.	La crise suicidaire.....	48
4.1.	Modèle de la crise suicidaire.....	48
4.2.	Le risque suicidaire.....	52
4.2.1.	Facteurs de risque primaires (individuels).....	53
4.2.1.1.	Troubles psychopathologiques.....	53
4.2.1.2.	Autres facteurs de risques primaires.....	56
4.2.2.	Facteurs de risque secondaires (environnementaux).....	57

4.2.3.	Facteurs de risque tertiaires (démographiques).....	60
4.2.4.	Les indices comportementaux à risque.....	60
4.2.5.	Les facteurs protecteurs.....	61
4.3.	L'urgence suicidaire.....	63
4.4.	La dangerosité suicidaire.....	65
5.	Prévention suicidaire.....	66
5.1.	Définition et éthique de la prévention.....	66
5.2.	Spécificité de la médecine générale.....	67
5.3.	Prévention primaire.....	69
5.4.	Prévention secondaire.....	71
5.5.	Prévention tertiaire (ou postvention).....	72
6.	Intervention en situation de crise suicidaire.....	73
6.1.	Méthodes et outils d'évaluation existants.....	73
6.2.	Stratégies interventionnelles en situation de crise suicidaire.....	75
6.3.	Les programmes de prévention actuels.....	77
6.4.	Régionalisation du programme national de formation.....	82
6.4.1.	Le cas de la région Centre.....	82
6.4.2.	Le cas de la région Rhône Alpes.....	83
7.	Présentation de l'étude.....	85
7.1.	Hypothèse et objectifs de l'étude.....	85
7.1.1.	Hypothèse.....	85
7.1.2.	Objectifs.....	85
7.2.	Méthode.....	86
7.2.1.	Groupe d'intervention.....	86
7.2.2.	Modalités de notre intervention.....	86
7.2.3.	Description de l'indicateur ou critère de jugement principal.....	87
7.2.4.	Méthodologie statistique.....	88
7.3.	Résultats.....	89
7.3.1.	Description de la population.....	89
7.3.2.	Description de l'intervention.....	90
7.3.3.	Résultats de l'objectif principal, Test RUD.....	91
7.3.3.1.	Résultats de l'évaluation psychiatrique de référence.....	91
7.3.3.2.	Résultats de l'évaluation généraliste.....	91
7.3.3.3.	Traitement statistique du Test RUD, test du Chi2 de McNemar.....	92
7.3.4.	Résultats de l'objectif secondaire, Test PEC.....	94
7.3.4.1.	Résultats de l'évaluation psychiatrique de référence.....	94
7.3.4.2.	Résultats de l'évaluation généraliste.....	94

7.3.4.3.	Traitement statistique du Test PEC, test du Chi ² de McNemar	95
7.3.5.	Évaluation de la satisfaction.....	95
7.3.6.	Résultats des médecins non répondants à M6.....	96
7.3.6.1.	Résultats à M0 du Test RUD des médecins non répondants à M6.....	97
7.3.6.2.	Résultats à M0 du Test PEC des médecins non répondants à M6.....	97
7.3.7.	Résultats à M0 des médecins déjà formés préalablement à l'étude	97
7.4.	Discussion	98
7.4.1.	Discussion sur notre population	98
7.4.2.	Discussion sur notre intervention	98
7.4.3.	Discussion sur l'amélioration des pratiques des médecins généralistes	99
7.4.3.1.	Discussion sur les résultats obtenus à M0 et M6.....	99
7.4.3.2.	Discussion sur les médecins généralistes non répondants à M6.....	99
7.4.4.	Discussion sur la satisfaction des médecins généralistes.....	100
7.4.5.	Discussion sur l'outil d'évaluation RUD.....	101
8.	Conclusion.....	102
9.	Annexes.....	105
9.1.	Annexe 1 : Facteurs de risque suicidaire, d'après (Vandevorde J. 2013).....	105
9.2.	Annexe 2 : Facteurs associés aux TS, d'après (Beck F 2011).....	111
9.3.	Annexe 3 : Echelle d'idéation suicidaire, d'après (Beck AT. 1988).....	112
9.4.	Annexe 4 : Echelle d'intentionnalité suicidaire, d'après (Beck AT 1974).....	114
9.5.	Annexe 5 : PRIME-MD et T4.....	115
9.5.1.	PRIME-MD d'après (Whooley MA. 1997).....	115
9.5.2.	T4 (PRIME-MD) d'après (Brody DS. 1998).....	115
9.6.	Annexe 6 : Stratégie face à un patient en crise (Vandevorde J. 2013).....	116
9.7.	Annexe 7 : Outil d'évaluation élaboré selon le modèle RUD.....	119
9.8.	Annexe 8 : Cas cliniques fictifs soumis à M0 et à M6.....	121
9.9.	Annexe 9 : Questionnaire complémentaire soumis à M6.....	126
9.10.	Annexe 10 : Données recueillies.....	127
9.10.1.	Évaluation des médecins généralistes.....	127
9.10.2.	Évaluation psychiatrique de référence.....	130
9.10.3.	Évaluation à M0 des généralistes non répondants à M6.....	131
9.11.	Annexe 11 : Information des généralistes sur le lancement de l'étude.....	133
9.12.	Annexe 12 : Durée des entretiens à M0.....	134
10.	Bibliographie.....	135

Table des illustrations

Figure 1.....	44
Figure 2.....	45
Figure 3.....	50
Figure 4.....	51
Figure 5.....	81
Figure 6.....	84
Graphique 1	40
Graphique 2	41
Graphique 3	46
Graphique 4	47
Graphique 5	59
Graphique 6	90
Graphique 7	92
Graphique 8	94
Graphique 9	96
Tableau 1	64
Tableau 2	75
Tableau 3	89
Tableau 4	92
Tableau 5	93
Tableau 6	95

"Il ne suffit pas de produire la chair humaine pour qu'elle vive,
il faut à l'homme une raison de vivre."

Pierre Legendre, 1996

I. Introduction

Par son caractère irrémédiable et définitif, le suicide s'inscrit comme une rupture déterminée du cours de la vie, ce qui lui confère toute sa brutalité et toute sa gravité. Il est une tragédie qui concerne directement ou indirectement chacun d'entre nous et est à l'origine d'importants bouleversements individuels, collectifs et sociaux au sein des familles et de l'entourage du sujet.

La nature complexe et multidimensionnelle du suicide en fait un phénomène énigmatique qui fascine et interroge. Après avoir été successivement au fil de l'histoire motif de condamnation, de réprobation, de tolérance, de relative approbation, puis finalement sujet d'étude avec la naissance de la suicidologie dans les années 1960, il fait aujourd'hui l'objet de mesures de prévention, en particulier depuis sa déclaration à la fin des années 1990 comme priorité nationale de santé publique.

Pourtant, les préjugés à son propos constituent encore aujourd'hui des arguments puissants pour en faire dans l'esprit collectif un geste accidentel, sinon impulsif, imprévisible et inéluctable. L'étendue des connaissances acquises sur son origine et ses principes permettent de contredire sérieusement ces idées reçues et fournissent aujourd'hui des outils diagnostics et préventifs efficaces pour sauver des vies.

Le polymorphisme du comportement suicidaire rend impossible toute tentative d'attribution à une catégorie biomédicale prédéfinie. Aucune discipline ne peut prétendre à elle seule détenir les réponses et les solutions à ce geste multifactoriel. Les approches doivent être pluridisciplinaires et les théories se compléter pour mener une réflexion d'ensemble. Son apprentissage et sa maîtrise doivent passer par un travail complexe d'observation et de recherche clinique portant sur l'ensemble de ses caractéristiques. Il convient d'en étudier d'une part ses aspects individuels, en particulier psychopathologiques et biologiques, et d'autre part son profil épidémiologique, c'est à dire ses caractéristiques démographiques et sa distribution spatiale et temporelle. Depuis les années 1960, la méthode de l'autopsie psychologique s'est attachée à recueillir post-mortem, les caractéristiques psychiques et sociales des individus morts par suicide pour permettre d'identifier avec précision, les facteurs de risques psychopathologiques et socio-démographiques les plus fréquemment impliqués dans l'origine des suicides. Ainsi la connaissance du sens d'une tentative, des signes présuicidaires et des facteurs de risque de récurrence assure une meilleure prédictibilité des gestes suicidaires.

L'ensemble de ces avancées cliniques a justifié la tenue d'une conférence de consensus, réunie les 19 et 20 octobre 2000 à Paris, afin de créer un guide standardisé de gestion de crise suicidaire. Celui-ci est basé sur les stratégies d'identification des facteurs de risques et sur les modalités de la prise en charge des conduites suicidaires par les équipes médicales. Elle fait apparaître notamment que le suicide est la résultante d'une rupture d'équilibre entre un individu et son environnement, c'est à dire une interaction conflictuelle entre des facteurs de risques individuels (physiques et psychiques) et socioéconomiques (degré d'intégration sociale). Les conclusions établies lors de cette conférence ont permis de codifier des outils pratiques de prévention et de détection du risque, destinés en particulier à l'usage des médecins.

C'est sur cette base de travail et sur la continuité d'action des programmes nationaux contre le suicide que ce sont développées dans plusieurs régions de France, des formations à destination des professions médicales, paramédicales et socioéducatives impliquées dans l'accompagnement des individus en souffrance. Il est constaté que la mobilisation des médecins généralistes à ces formations est faible et qu'elles ne bénéficient pas du succès attendu auprès de ces professionnels de premier recours, ceux-ci étant pourtant directement consultés dans une tentative de suicide sur deux (Badeyan G 2001).

Partant de ce constat, il a été envisagé l'idée de partager avec les médecins généralistes le résumé de ces formations afin d'en mesurer l'impact sur leur pratique et savoir s'il leur permet de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire de leurs patients. Chaque médecin s'est vu proposer, avant et après notre intervention, d'évaluer le potentiel suicidaire de deux séries de cinq cas cliniques fictifs. Les deux séries de cas cliniques présentées à six mois d'intervalle étaient identiques afin de nous permettre une observation comparative individuelle des pratiques des médecins aux deux instants. L'analyse des résultats tentera de définir si ce un modèle pédagogique d'aide au diagnostic, peut améliorer la détection des idées suicidaires (IS) des médecins généralistes de ville.

2. Le suicide

2.1. Terminologie

Le terme anglais "suicide" apparaît avant le mot latin "suicidium", et semble être utilisé pour la première fois au XVIIe siècle par le théologien moraliste Juan Caramuel dans son étude "Quaestio de suicidio". En français, le néologisme fait son apparition au XVIIIe siècle dans les *Observations sur les écrits modernes* publié par l'abbé Desfontaines et intègre le dictionnaire de l'Académie en 1762 (Volant E. 2012). Le mot "suicide", de la même étymologie que "homicide", "parricide", etc., est dérivé du pronom [sui-]: du latin "soi" et de [-cide]: du verbe latin *cædere*, signifiant "tuer".

De façon à s'accorder sur les termes employés dans ce travail nous proposerons les définitions suivantes de la terminologie suicidaire :

L'équipe de Beck (Wenzel A. 2009) propose les définitions suivantes :

- Le suicide est une mort causée par soi-même avec n'importe quelle intention de mourir à l'origine du comportement.
- La tentative de suicide est un comportement non fatal, autoinfligé, potentiellement préjudiciable, sous-tendu par n'importe quelle intention de mourir.
- L'acte, le comportement ou la conduite suicidaire regroupe à la fois le suicide et la tentative de suicide (Vandevoorde J. 2013).

Les propositions de l'ANAES (1998,2001) qui peuvent être retenues sont :

- Le suicidé est l'individu qui s'est donné la mort volontairement.
- Le suicidant est l'individu qui a déjà réalisé au moins une tentative de suicide.
- Le suicidaire est l'individu ayant des idées ou exprimant une intentionnalité suicidaire.

Le parasuicide, acte par lequel le sujet risque la mort, de manière consciente ou confuse, mais dont il diffère du suicide ou de la TS, dans le sens où l'intention directe n'est pas de se tuer. Ainsi l'automutilation, l'usage excessif de médicaments ou de toxiques, les conduites extrêmes et les sports à risque par exemple, appartiennent à la catégorie des parasuicides (Volant E. 2012).

Enfin, pour clôturer ce premier paragraphe consacré à l'approche lexicale, Jean-Jacques Lavoie rappelle un peu ironiquement que sur le plan étymologique, il conviendrait de dire "suicider" et non "se suicider", expression qui est un pléonasme montrant à quel point il s'agit dans cet acte de se tuer soi-même (Lavoie JJ. 1999).

2.2. Histoire et évolution du concept

Le concept de suicide a toujours fait l'objet de controverses dans ses nombreuses et fluctuantes interprétations spirituelles, philosophiques et sociales. Le caractère sacré de la vie affirmé dès le départ par l'idéologie chrétienne assigne le suicide au rang du plus répressible des péchés, condamné en conséquence par les plus lourdes sanctions corporelles et des mesures de rétention irrévocables. L'église chrétienne qualifie le suicide comme un acte de révolte contre notre créateur, un homicide blasphématoire compromettant la vie, que seul Dieu, qui nous l'a donnée, a le droit de nous reprendre. Au cours de la Renaissance et du siècle des lumières, les intellectuels et scientifiques de l'époque parviennent peu à peu à contredire ces thèses aliénistes et rigides pour enrayer la vision dogmatique du geste suicidaire.

Le code pénal napoléonien promulgué en 1810 la dépénalisation du suicide ouvrant pour la première fois la voie à la désacralisation de l'acte et la contestation officielle de sa conception moraliste et mystique. Cette première initiative politique constitue une rupture radicale dans la perception sociale du suicide et une opportunité d'engager une réflexion scientifique de fond sur la compréhension de sa nature psychologique.

La décrédibilisation des concepts religieux laisse également le champ libre aux réflexions sur la nature sociale de ce phénomène qui désormais interroge et intrigue plus qu'il n'effraie. Le premier à s'intéresser sérieusement aux déterminants sociaux des conduites suicidaires est Emile Durkheim. Fondateur de la sociologie moderne, il défend dans son livre "Le Suicide" publié en 1897, l'idée selon laquelle le suicide est un fait social à part entière. Cette théorie est la conclusion d'une enquête statistique au cours de

laquelle Durkheim récolte dans différents pays les données de mortalités de nombreux registres de statistiques officielles nationaux. Ces relevés lui permettent d'observer des corrélations entre certains attributs sociaux communs retrouvés a posteriori chez les individus suicidés et de calculer des coefficients de préservation ou d'aggravation de l'intentionnalité suicidaire. Mais les préoccupations de Durkheim vont bien au delà de ces révélations statistiques. Son hypothèse est de montrer que le bonheur de l'individu dépend avant toute chose des liens qui l'unissent à la société, ces liens ne devant être ni trop étroits, ni trop distants (Boudon R 2000). Ses travaux qui témoignent de la dimension éminemment sociale du suicide lui permettent d'affirmer l'existence d'une relation de causalité entre le suicide et le dysfonctionnement social. Ainsi l'une des causes fondamentales du suicide qui se dégage de son analyse est celle de l'intégration, facteur de protection des tendances suicidogènes. Le suicide, conclue-t-il, apparaît comme un indicateur objectif du degré de dérèglement social d'une société dans le sens où il "varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu" (Durkheim E. 2007). Un peu plus tard ses travaux sont complétés par l'un de ses élèves, le sociologue français Maurice Halbwachs, qui publie en 1930 "Les causes du suicide". Cette approche sociologique renouvelée du suicide a le mérite de s'intéresser d'avantage aux facteurs psychologiques individuels que ne l'avait fait la théorie durkheimienne. Elle permet d'identifier et de lier définitivement entre eux les deux principaux déterminants du comportement suicidaire de l'Homme, sa justification individuelle et l'altération des liens sociaux élémentaires. M. Halbwachs démontre ainsi très précisément la dimension sociale de la décision suicidaire, réponse d'un symptôme individuel à l'étendue de la perturbation sociale de l'individu. À l'aube du XXe siècle, ces deux précurseurs de la sociologie du suicide ont révolutionné l'appréhension du concept et largement influencé son approche contemporaine multidisciplinaire.

De remises en cause successives en bouleversements culturels, l'accroissement de la visibilité et de l'acceptation du suicide au sein de l'espace public fait comprendre qu'il est un fléau sur lequel il est sans doute possible d'agir. La première initiative de prévention du suicide voit le jour en Angleterre le 2 novembre 1953. Le révérend Chad Varah découvre que chaque jour, dans l'agglomération londonienne, le suicide fait trois nouvelles victimes et dix fois plus de tentatives. Il s'inquiète des difficultés rencontrées par les personnes isolées et socialement exclues pour exprimer leur souffrance et trouver une écoute attentive à un moment où elles en ressentent le besoin. Le pasteur anglican lance alors l'histoire de la téléphonie sociale pour venir en aide à tous les individus en détresse. Il fait passer dans le quotidien *Times* une annonce insolite : "Avant de vous suicider, appelez Man 9000". Dès le lendemain les appels affluent et bientôt submergé par les appels et confronté à la justesse de sa démarche, le pasteur se voit contraint de s'entourer de plusieurs bénévoles pour assurer la pérennité de son intervention. C'est ainsi qu'est créée l'association des "samaritains", qui permet d'assurer jours et nuits la permanence téléphonique pour les individus en besoin d'écoute. La demande sociale est si forte que sont fondés quelques années plus tard, le centre d'accueil "Recherche et Rencontre" (1958) et l'illustre institution

"SOS Amitié" (1961). Ces premières structures associatives apportent l'aide palliative à la prévention suicidaire que les organismes publics ne sont à l'époque pas encore en mesure de fournir.

C'est en 1969 qu'un rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) officialise enfin la reconnaissance publique du problème et déclare au sujet du suicide : "il est nécessaire d'étudier de près les différences de méthode qui se présentent d'un pays à l'autre en ce qui concerne la recherche et l'enregistrement des cas aussi bien que le calcul des taux". Cette volonté s'étend en France avec la création en 1961 de l'association internationale pour la prévention du suicide (AIPS). Celle-ci mobilise plusieurs professionnels et psychiatres pour créer à la fin des années 1960, un groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Le point de départ de la sensibilisation gouvernementale s'engage sous le mandat de Robert Boulin, alors ministre de la santé et de la sécurité sociale. Il établit une commission de réflexion suivie, en 1971 d'une étude de rationalisation des choix budgétaires montrant qu'une intervention politique, d'un intérêt évident sur le plan humain, est aussi économiquement rentable pour la collectivité (Campéon A. 2003).

À la fin du XX^e siècle, le suicide dispose désormais d'une visibilité sans précédent au sein de l'espace public et ce sujet aussi combattu que controversé, fait pour la première fois entendre la voix de certains de ses défenseurs. Parmi eux, l'auteur révolutionnaire et communiste libertaire Claude Guillon, proche d'un mouvement marginal d'euthanasie, coécrit et publie en 1982 avec Yves Le Bonniec le livre "Suicide, mode d'emploi : Histoire, technique, actualité". Dénoncé dès sa sortie, cet ouvrage subversif et provocateur déstabilise l'ensemble des acteurs mobilisés autour de la question du suicide. L'ouvrage qui décrit certaines caractéristiques historiques, philosophiques et socioéconomiques du suicide, aborde dans l'un de ses derniers chapitres, l'aspect pratique du geste en fournissant un guide du suicide qui fait l'inventaire du nom des médicaments mortels et leurs doses létales. Allant délibérément à contre courant des stratégies de prévention, qui commencent seulement à émerger face à la problématique suicidaire, les intentions de l'ouvrage sont évidentes : proposer à chaque individu suicidaire le choix du moyen le moins brutal et le plus efficace pour mettre fin à ses jours. Arme véritablement mortelle pour ses lecteurs à laquelle pas moins de 72 victimes lui sont attribuées (Iacub M. 2005), ce mass-murder littéraire dresse une levée de boucliers des familles concernées par le suicide, des professionnels et des associatifs engagés dans les actions de prévention. Faute de dispositif juridique en vigueur, ce plaidoyer pour la reconnaissance du suicide comme acte de liberté échappe à sa sortie à toute réprobation permettant de le condamner pénalement. L'évènement donne lieu à la création de l'association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS). Celle-ci engage avec les adversaires du livre plusieurs procédures judiciaires permettant au terme d'une bataille judiciaire de neuf ans, l'adoption d'une loi pénalisant la provocation au suicide, la publicité et la propagande faites en sa faveur. La loi pénale n'étant pas rétroactive, cette disposition législative ne punit pas les auteurs du livre mais permet son retrait légal le 31 décembre 1987, à la fin d'une campagne de promotion médiatique inespérée pour les auteurs. Cette mesure de censure controversée qui scandalise les défenseurs des libertés individuelles révèle

pourtant définitivement, la volonté et l'investissement des pouvoirs publics en matière de lutte contre le suicide.

Après cette intégration de la question du suicide dans le domaine législatif français, une accélération considérable des mesures entreprises à l'encontre du suicide voit le jour à partir des années quatre-vingt dix. Les premières mesures politiques d'importance s'engagent sous le second septennat de François Mitterrand, qui nomme le professeur de médecine légale et de droit de la santé Michel Debout au Conseil Économique et Social de 1991 à 1993. Un rapport est élaboré sur son initiative en 1993, prévoyant d'étudier le suicide de la manière la plus exhaustive possible. Sur ces décisions, une politique de recherche durable est mise en œuvre et soutenue par plusieurs centres d'observation régionaux permettant une approche locale de la problématique suicide. La reconnaissance institutionnelle du problème est donc officiellement établie en France à la fin du XX^e siècle et le suicide est décrété priorité nationale de santé publique en 1996. Le 5 février 1997 se tient symboliquement la première journée nationale du suicide.

La création de l'Union Nationale de la Prévention du Suicide (UNPS) par Michel Debout en 1999 fournit l'impulsion nécessaire au développement des premiers programmes régionaux de santé (PRS) en place depuis 1996. Les objectifs des PRS sont centrés sur l'élaboration d'une politique de santé régionalisée en lien avec tous les acteurs de terrains. Les PRS ont ouvert la voie en septembre 2000 à la mise en place du premier programme national de prévention : la Stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005). Cette stratégie se donne pour but un travail sur quatre axes prioritaires d'intervention : favoriser le dépistage de la crise suicidaire, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des suicidants et approfondir la connaissance épidémiologique.

En 2009, à la demande de Roselyne Bachelot, alors ministre chargée de la Santé, un rapport proposé par le sociologue David Le Breton permet de dégager de nouvelles pistes d'amélioration de la politique nationale préventive du suicide. Il propose de développer des compétences psychosociales spécifiques capables de lutter avant toute chose sur la souffrance psychique des individus. Il prend en compte le caractère extrêmement singulier du suicide, en proposant des actions spécifiques adaptées d'une part aux catégories socioprofessionnelles les plus vulnérables, et d'autre part à la prise en charge de l'entourage après un geste suicidaire (postvention). Il souhaite aussi améliorer la qualité des données épidémiologiques sur les suicides et les tentatives grâce au développement des programmes de recherche. C'est sur la base de ce rapport que le "Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014" est créé en septembre 2011 pour appliquer le contenu de ces initiatives et mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et des acteurs locaux.

Sur le constat préoccupant d'un cabinet indépendant d'évaluation et de prévention des risques professionnels, 44 signataires médecins, chercheurs et représentants du monde du travail lancent au printemps 2011 "l'appel des 44" pour interpeller la ministre de la Santé. En réponse à cet appel, Marisol Touraine crée le 9 septembre 2013 pour une durée de quatre ans, un Observatoire national du suicide.

Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur les conduites suicidaires, d'évaluer l'effet des actions de politiques publiques et de produire des recommandations en matière de prévention (Décret n° 2013-809 2013).

La question du suicide est donc désormais devenue incontournable dans le débat public. Les nouvelles techniques de l'information et de la communication offrent aujourd'hui une diffusion considérable des connaissances acquises sur le suicide et sur sa prévention. L'initiative téléphonique des années 1950 du pasteur Chad Varah trouve maintenant naturellement son adaptation dans le gigantesque réseau informatique mondial constitué par Internet et l'ensemble des réseaux sociaux. En 2014, lorsque l'on tape sur le moteur de recherche Google "Comment se suicider", la première occurrence qui est suggérée est d'appeler SOS Amitié au numéro indiqué. Le célèbre réseau social Facebook propose lui aussi également dans son mode d'emploi des directives sur la conduite à tenir si l'un de vos contacts publie un contenu de nature suicidaire.

Les mesures de prévention sont nombreuses, et on ne peut que constater avec évidence l'élan considérable des initiatives entreprises au cours de ces dernières années pour lutter contre le suicide. Après des siècles de stigmatisation, il reste à savoir si la mobilisation incrémentale de ces dernières décennies continuera à porter ses fruits sur la réduction du risque, et parviendra à contredire les dernières idées reçues qui persistent encore dans l'esprit de certains, par peur ou par manque de connaissances.

2.3. La signification humaine du suicide

L'ampleur des actions entreprises au cours de l'histoire pour lutter contre le suicide et lui faire reconnaître sa dimension universelle nous rappelle à chaque instant qu'il n'épargne aucun groupe humain. Le suicide se présente comme la fin d'une trajectoire personnelle d'hommes et de femmes, arrivés à la conclusion d'une vie qui ne fait plus sens que par le désespoir et la problématique qui les envahit. Aucun des cercles qui, normalement s'entrelacent harmonieusement, ne semble plus s'accorder. Les repères familiers que sont les proches, la santé, le travail, se repoussent brusquement et s'annihilent, l'individu est dépassé, exclu de toute cohésion sociale et de toute aide capable de lui apporter la solution pour faire changer son destin. Le suicide apparaît finalement dans l'environnement chaotique de l'individu comme l'unique et dernière solution à sa disposition pour ne plus souffrir, la mort n'étant pas un but, mais devenant le moyen de mettre un terme à cette souffrance intolérable. Le patient ne s'interroge pas vraiment sur la mort, il se demande comment exister, comment vivre mieux, autrement. L'idéation suicidaire semble avoir au moins furtivement à un moment de la vie, traversé l'esprit de chacun d'entre nous, il reste pourtant l'un des sujets les plus tabous qui soit, et le retentissement social qu'il laisse derrière lui est considérable. Si l'impact du suicide sur l'entourage est difficile à mesurer en

terme de nombre de personnes touchées, il est facilement concevable qu'il laisse à long terme un impact profond dans le psychisme des témoins.

Le suicide est à l'origine d'importants bouleversements et de réactions émotionnelles vives, capables de déclencher encore de nos jours dans l'opinion publique, les plus vives condamnations. Dans une culture populaire qui valorise l'énergie et le courage, et lorsqu'il n'est pas considéré comme une faute, le suicide est souvent jugé comme une lâcheté, une fuite ou une démission. Il est une question d'honneur dans nos sociétés contemporaines qui attendent de l'être humain une capacité à faire face aux épreuves que lui imposent la vie. Aujourd'hui comme hier, la vie est aussi souvent faite de compétition que d'entraide. Elle suppose des Hommes solides capables de surmonter l'adversité, les humiliations, les échecs et les accidents de la vie. Le bonheur est supposé être l'état normal de l'Homme, l'optimisme, le dynamisme et la joie de vivre apparaissent comme la ligne de conduite à suivre absolument. Les principes du fonctionnement social valorisent et mobilisent l'attention sur ceux qui réussissent alors qu'ils découragent souvent les échecs et désincitent les plus en difficulté dans l'accomplissement des objectifs que leur fixe la société. Les politiques publiques de prévention face au suicide s'avèrent d'ailleurs en contradiction totale avec les règles impitoyables et incontrôlables imposées par nos sociétés contemporaines. Il semble communément admis que la surcharge de travail, la pression par les objectifs, les techniques de management par le stress (*lean production*) aggravent les risques psychosociaux et représentent des variables prédictives significatives des idéations suicidaires. Cependant, l'environnement socioprofessionnel n'est pas l'étiologie unique de la phénoménologie suicidaire. On ne se tue pas en réponse à un seul facteur déclenchant, aussi catastrophique soit-il. Le suicide a, le plus souvent, une origine multifactorielle, nous y reviendrons plus loin dans ce travail.

Les données INSERM sur les conclusions de certaines enquêtes d'autopsies psychologiques réalisées dans l'entourage des sujets suicidés révèlent une prévalence 75 à 90% de troubles psychiatriques pour l'ensemble des individus suicidés. L'altération du jugement et du sens critique de l'individu suicidaire, donne à la majorité des conduites suicidaires, un caractère irrationnel justifiant toutes les formes de prévention. En revanche, que dire de la détermination et des motivations suicidaires des 25 à 10% d'individus restants ne présentant pas de pathologie psychiatrique. Cette décision non pathologique est-elle la résultante d'un choix libre et conscient de renoncement, qui demande respect et tolérance au nom de la liberté individuelle ? Pourquoi contredire systématiquement celui qui soutient que la souffrance l'emporte sur la joie, celui qui se demande pourquoi la vie devrait être de principe préférée à la mort ? Primo Levi défendait en 1971 dans son livre "Vers l'Ouest", que le pessimisme est au moins aussi rationnel que l'optimisme. Il n'est pas nécessairement indispensable de médicaliser tous les individus qui naissent sans amour pour la vie ou tous ceux qui l'ont perdu. Il n'existe pas de "bonnes" ou "mauvaises" raisons à ce que, d'un même évènement, certains éprouvent de la joie, d'autres de la peine (Quilliot R. 2013). L'explication n'est pas toujours pathologique et la transition entre ces deux

sentiments est faite d'une progressive continuité pour laquelle il est difficile de définir des normes ou des limites.

Tous les suicides n'ont donc pas la même signification et ne bénéficient pas des mêmes possibilités d'intervention. Le rapport de l'Homme à la mort est d'une extraordinaire complexité. Elle lui fait peur et le fascine à la fois. Il semble tout faire pour l'éviter mais côtoie en permanence ses limites. L'ambivalence des comportements à risque, de pratiques sportives extrêmes, de la guerre, des combats, constitue autant d'exemples d'assimilées conduites pré-suicidaires. L'ultime paradoxe du suicide réside dans la faible proportion de décès en comparaison du nombre absolu d'impulsions et d'IS exprimées. C'est la mesure de l'espoir sur laquelle repose la base de toute la prévention. Un constat rassurant fait état d'environ moins d'un pour cent de suicidés sur le nombre total des individus ayant eu des idéations suicidaires (Shea SC. 2008). Pourtant, il est fondamental de comprendre que, d'une certaine manière, le suicide "fonctionne" ; il offre une solution à une souffrance personnelle intense. Lorsque la vie s'arrête, la souffrance s'arrête aussi.

S.C. Shea estime que le problème de fond de toute personne qui tente de déterminer si elle doit mettre fin à ses jours se résume souvent à deux questions, l'une pratique et l'autre éthique. Par la première, l'individu évalue à priori l'efficacité de son geste, autrement dit s'il mettra fin à sa souffrance et s'il n'existe vraiment plus aucune autre solution pour y parvenir. La seconde question interroge son éthique personnelle pour savoir si son suicide lui semble être la bonne chose à faire. Ce questionnement en deux temps qui préoccupe l'individu suicidaire, constitue l'obstacle final au passage à l'acte. La plupart d'entre eux repoussent leur geste jusqu'à ce que ces deux questions trouvent des réponses satisfaisantes.

La première question de l'individu suicidaire concerne donc le besoin logique de résoudre les problèmes responsables de sa souffrance. Le psychiatre américain Aaron T. Beck, créateur de l'échelle universelle d'évaluation de la dépression, est le premier à établir la forte corrélation existante entre le désespoir et le risque suicidaire à long terme (Beck A. 1975). Selon lui le désespoir détruit l'avenir, il anéantit toute possibilité de construction mentale fondée sur l'optimisme, l'éventualité d'une promesse d'avenir ou d'un changement favorable. Sans espoir, il n'y a plus d'avenir, sans projection d'avenir, il n'y a plus d'espoir. La souffrance du désespoir est particulièrement éprouvante et difficile à supporter sur le long terme, quelle que soit la solidité psychologique de celui qui la subit. L'absence de perspectives d'avenir rend difficile la possibilité de générer les émotions qui soutiennent la vie : l'énergie, l'enthousiasme, le dynamisme et la motivation. S'il n'y a réellement aucune possibilité de changement, pourquoi continuer à vivre ? C'est un argument logique et non défaitiste. L'autodestruction apparaît alors comme l'unique et ultime moyen de solutionner un problème perçu comme étant sans issue. Le suicide n'est pas une démission pour fuir une difficulté insoluble ou se soustraire à ses responsabilités, il est un dernier recours pour échapper fatalement à cette souffrance intolérable qui ne peut être soulagée à l'état vital.

La seconde question qui occupe le processus décisionnel de l'individu suicidaire précède souvent toutes les autres et sa réponse conditionne la possibilité de planifier le geste. L'éventualité d'un passage à l'acte peut être d'emblée compromis si l'individu considère le geste suicidaire comme allant à l'encontre de son éthique personnelle, ou s'il juge ses conséquences nuisibles pour son entourage. Souvent la lettre laissée par le suicidé apparaît comme la nécessité de justifier son geste de manière éthique ou le besoin d'aider son entourage à le comprendre, peut-être dans l'espoir que cela atténue leur peine. S.C Shea pense que chaque individu possède un code éthique interne capable d'orienter ses choix et ses décisions en accord avec lui-même. Si ce principe moral est parfois capable de compromettre l'intentionnalité suicidaire jusqu'à en faire échouer le passage à l'acte, il arrive néanmoins quelquefois qu'il en soit le catalyseur. Il y a dans certaines cultures l'idée que la mort est le seul moyen de préserver l'honneur et la dignité de l'être humain lorsqu'il a échoué ou lorsqu'il s'est comporté de façon indigne ou humiliante. Le suicide peut être aussi pour certains l'expression d'une sorte de désir d'absolu, la manifestation du rejet d'une vie médiocre, d'un monde incompatible avec ses convictions. Lorsqu'il se donne la mort par hara-kiri en suivant le rituel de l'éthique samouraï, Yukio Mishima devient une sorte de symbole de la désobéissance et du sacrifice vital pour l'honneur.

Il est donc évident que le rôle des facteurs externes, considérés comme étant à l'origine du développement d'IS, s'entremêle intimement avec celui occupé par les conflits internes de l'individu. Le geste fatal est la résolution d'un processus cognitif extrêmement complexe dans lequel l'individu cherche à justifier son suicide sur le plan pratique et sur le plan éthique.

2.4. Approche psychopathologique

Le débat interne qui anime l'individu suicidaire semble au moins aussi complexe qu'ambivalent. Comme nous venons de le voir, la réflexion portée par le patient suicidaire sur sa vie et son avenir est généralement approximative, contradictoire, voire totalement inexacte. La souffrance sans rémission appelle un inconfort existentiel insoutenable qui trouble progressivement les perceptions corporelles et psychiques de l'individu sur son environnement. Autour de lui, l'appréhension affective du monde est falsifiée, ses cognitions sont nuancées de pessimisme, son état de conscience réduit à son expression minimale.

Il existe donc bien généralement un processus cognitif pathologique à l'origine du développement d'IS. Les humains ont le potentiel d'utiliser différemment leur fonctionnement mental pour interpréter et traiter les informations venant de leur environnement. Il existe autant d'individus que de manières différentes d'appréhender une même situation inconfortable, incertaine ou stressante. David Burns rappelle que ce n'est pas le monde extérieur qui est responsable de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit. L'impact de facteurs de stress sur l'individu est donc davantage déterminé par l'interprétation qu'il en fait que par la nature même du stress.

Plusieurs auteurs ont tentés de décrire les styles psychopathologiques propres au développement du passage à l'acte suicidaire. Monique Séguin identifie en 2007 deux grands types de trajectoires de vie des patients suicidés. Environ 60% d'entre eux rencontrent des difficultés tardives de vie et développent une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM-IV telle que la dépression. Les autres individus rencontrent des difficultés plus précocement dans leur vie, tels que des traumatismes, violences sexuelles et physiques dans l'enfance, et ont tendance à développer à l'âge adulte des troubles de la personnalité de l'axe II du DSM-IV (Séguin M. 2007). En 2008, SC. Shea reprend ce constat et identifie un troisième groupe correspondant à celui des individus au développement normal de la personnalité.

Sachant que 65% des suicidés souffrent de dépression (DREES 2006), il semble logique d'insister particulièrement sur le premier des styles cognitifs décrit par ces auteurs. En reprenant les travaux sur la triade cognitive de Beck, SC. Shea montre que la plupart des états dépressifs sont caractérisés par le développement de quatre troubles cognitifs majeurs : le manichéisme, le catastrophisme, l'autodénigrement et la surgénéralisation (Shea SC. 2008). Ces pensées dysfonctionnelles contraignent l'individu dans des représentations et interprétations biaisées du monde privilégiant souvent une vision négative et pessimiste des choses, sinon une vision binaire en "tout noir ou tout blanc". La réalité renvoie au patient dépressif une image monochromatique mais sans nuances de gris, une image qu'il ne peut évaluer de manière distanciée ou neutre. Il a tendance à disqualifier systématiquement le positif et surgénéraliser le négatif pour le personnaliser, se l'attribuer et s'en rendre automatiquement responsable. Ceci amène l'individu à conclure hâtivement sur ses valeurs et sur ses capacités à affronter l'avenir. Elle lui donne le sentiment de ne plus avoir aucun contrôle sur sa vie et d'être à la merci de l'étendue de ses difficultés. Une telle sensation est à la fois culpabilisante et humiliante, et le seul aspect de sa vie dont il peut encore à ce moment là conserver le contrôle et l'autodétermination, est celui du choix de vivre ou de mourir.

Le second style cognitif qui nous intéresse inclut les sujets souffrants de troubles de la personnalité de type état limite, trouble histrionique, trouble narcissique faiblement compensé, ainsi que les troubles de la personnalité "acquis" de sujets souffrant d'addictions graves. Ces sujets à haut risque suicidaire présentent certaines caractéristiques communes et exacerbées avec les personnalités dépressives. Ils souffrent aussi de troubles plus caractéristiques. Parmi eux sont présent des troubles importants de la capacité à résoudre les problèmes et un seuil abaissé de tolérance à la douleur émotionnelle et à la frustration. Beaucoup d'entre eux trouvent donc rapidement que l'intensité de leur souffrance est insupportable, interminable et sans issue. La labilité émotionnelle de ce groupe de patients explique à la fois l'impressionnante brièveté d'installation du processus suicidaire – et donc son extrême dangerosité – , mais aussi la rapidité considérable de résolution de la crise, lorsque les conditions sont favorables.

Le dernier type cognitif étudié par SC. Shea concerne les individus à la personnalité mature non pathologique. L'auteur estime que la distinction fondamentale qui existe entre eux et les personnalités pathologiques du groupe précédent est celle d'une réduction du risque de passage à l'acte suicidaire impulsif. En effet, chez ces personnalités matures, de puissants outils de résolution des problèmes, comme l'observation distanciée et l'abstraction, sont utilisés de manière à prévoir les conséquences possibles de leur acte suicidaire. Contrairement aux sujets aux personnalités pathologiques, ceux-ci parviennent à faire preuve d'un contrôle de leurs impulsions et supporter de hauts niveaux de souffrance émotionnelle sur de longues périodes. Néanmoins, il convient de ne jamais minimiser le potentiel suicidaire de ce type d'individu. En effet, le passage à l'acte d'un sujet décidé, avec un excellent mode de fonctionnement et un système de défense individuel capable de masquer ses intentions, semble parfois moins prévisible que celui d'un sujet impulsif atteint d'un trouble de la personnalité, suivi et traité médicalement. S'il parvient à trouver une réponse positive aux deux questions pratiques et éthiques abordées précédemment, il peut agir avec une rapidité surprenante pour planifier son geste et le mettre en œuvre efficacement (Shea SC. 2008).

La connaissance des éléments de vulnérabilité humaine permet une approche contextuelle du suicide basée sur la détection des facteurs de risques individuels de passage à l'acte. Néanmoins, le modèle stress-vulnérabilité n'explique pas tout. Le geste suicidaire ne naît pas simplement de la confrontation, de ressources personnelles défaillantes et d'un stress externe. Il est un processus mental chronologique évolutif au cours duquel le sentiment de péril qu'éprouve le sujet face à son environnement progresse peu à peu, jusqu'à atteindre une dimension pathologique explosive. La compréhension des mécanismes de cette dynamique suicidaire a inspiré certains auteurs à appréhender le phénomène suicidaire de manière séquentielle. Cette approche prétend identifier les signes précurseurs les plus couramment observés avant un passage à l'acte pour en former une entité syndromique caractéristique : le syndrome présuicidaire.

Les pensées dysfonctionnelles qui caractérisent ce syndrome présuicidaire sont pour certaines semblables aux distorsions cognitives de la triade de Beck évoquées précédemment : sentiment de désespérance, bilan inquiétant sur sa vie, évaluation affective tendancieuse colorée par la noirceur, sentiment de coercition interne, etc. J. Vandevorde rappelle que ces pensées modifient radicalement les perceptions intuitives du sujet sur son environnement et admet l'évidente inefficacité à convaincre les patients du sens de la vie, tant que ces pensées sont toujours présentes (Vandevorde J. 2013). Un travail du même auteur mené sur la reconstitution du processus suicidaire permet d'établir que 50% des suicidants présentent avant le geste une "mise en état", c'est à dire un comportement qui va lever l'inhibition motrice. Cet état prédissociatif se traduit par exemple par une prise d'alcool ou de drogue, un état d'agitation, une recrudescence narcissique sous forme d'une focalisation excessive sur soi-même, ou bien au contraire une indifférence la plus totale.

J. Vandevorde identifie cinq critères principaux de la conduite suicidaire imminente :

- La sensation de contrôle moteur,
- L'altération de l'état de conscience,
- Le débat cognitif entre les pensées de vie et de mort,
- L'état émotionnel,
- La présence d'un évènement déclenchant.

Au regard de ces cinq critères, l'auteur décrit trois modèles d'états psychologiques présuicidaires :

- L'état psychologique "kinesthésique" caractérisé par un passage à l'acte impérieux sur un mode d'automatisme moteur et un niveau de conscience minimal.
- L'état psychologique "cognitif" caractérisé par une infiltration morbide de la pensée. Le suicide a fait l'objet d'un long débat interne, le geste est décidé et cohérent.
- L'état psychologique "émotionnel" au cours duquel une grande confusion émotionnelle existe, une conscience perturbée et un risque d'impulsivité très élevée.

Si l'approche séquentielle du phénomène suicidaire offre un angle d'abord intéressant sur la psychopathologie et la construction mentale du suicide, l'identification d'un modèle clinique présuicidaire invite à beaucoup de prudence. Les combinaisons psychopathologiques qui interviennent dans le suicide sont très variables d'un patient à l'autre et ne nous orientent pas sur leur nature ou sur leur rôle. Leur présence dans les antécédents de suicide ne nous dit pas s'ils facilitent par eux-mêmes le geste suicidaire ou s'ils sont, au même titre que le suicide, l'expression de déterminants communs. En effet, la majorité de ces troubles et notamment les différentes formes de dépression n'aboutissent pas tous à un geste suicidaire (Jeammet Ph. 2001).

2.5. Approche physiopathologique

L'histoire et l'évolution du concept de suicide abordé précédemment nous ont appris que les interprétations historiques qui ont tenté de fournir une explication aux conduites suicidaires ont longtemps minimisés le rôle de la physiopathologie par rapport à celui des facteurs de stress externes et des conflits internes. Pourtant les pensées et les comportements humains sont le fruit d'une organisation complexe de processus interdépendants environnementaux, psychologiques et biologiques.

Lorsqu'il assure la prise en charge d'un patient sans antécédent médical particulier, traité par amantadine en prophylaxie du virus grippal, le docteur Shawn Christopher Shea fait un étonnant constat. Les effets indésirables de l'amantadine, au même titre que ceux d'autres médicaments (varénicline) ou d'autres substances toxiques (cocaïne, LSD), peuvent induire au niveau biochimique des circuits neurophysiologiques générateurs d'IS chez un patient sans aucun trouble psychiatrique sous-jacent. L'auteur relève qu'une substance exogène capable de dicter à l'individu de mettre fin à ses jours soulève

la question essentielle de la responsabilité des facteurs biochimiques endogènes dans la survenue des conduites suicidaires.

2.5.1. Système sérotoninergique

La chercheuse scandinave Marie Asberg, est la première en 1976 à observer que la plupart des états dépressifs sont marqués par une perturbation biochimique intrinsèque singulière faite d'une concentration anormalement basse d'un neurotransmetteur, la **sérotonine** (T. P. Asberg M. 1976). M. Asberg montre une vingtaine d'années plus tard que la concentration du principal catabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (**5-HIAA**), représentation indirecte du taux de sérotonine, est abaissé dans le liquide céphalorachidien des patients dépressifs ayant fait une tentative de suicide par rapport à ceux sans antécédent de geste suicidaire (Asberg M. 1997). La diminution du 5-HIAA semble donc bien incriminée dans le suicide comme indicateur d'une défaillance du système sérotoninergique.

Deux études montrent par ailleurs qu'un niveau anormalement bas de 5-HIAA est particulièrement fréquent chez les patients qui ont recours à un suicide impulsif et des moyens violents pour se suicider, comme la pendaison, la noyade, une arme à feu (Brown GL. 1982) (Traskman-Bendz L. 1992).

Un modèle expérimental vient étayer en grande partie ces travaux déjà un peu anciens. La réduction de biodisponibilité cérébrale en sérotonine par déplétion de son précurseur, le **tryptophane**, provoque chez des sujets déprimés en rémission une augmentation de l'impulsivité et de l'anxiété, uniquement dans le sous-groupe ayant des antécédents d'IS. (Cleare AJ 1995). De nombreux travaux se sont également intéressés aux récepteurs et aux transporteurs de la sérotonine. Les résultats sont divergents mais plusieurs d'entre eux retrouvent, dans certaines aires cérébrales spécifiques, une augmentation du nombre des récepteurs sérotoninergiques peut-être compensatrice de l'effondrement du taux de sérotonine, ainsi qu'une diminution des capacités de transport du 5-Hydroxytryptamine Transporter (**5-HTT**), son transporteur synaptique.

Si les preuves scientifiques sont nombreuses pour confirmer le lien entre le dysfonctionnement sérotoninergique central et les gestes suicidaires (surtout impulsifs, violents et à haute létalité), le mystère demeure encore quant à son rôle dans l'acte suicidaire car son étiologie et son évolution sont encore mal connues.

2.5.2. Système noradrénergique

Bien que largement moins étudié que le système sérotoninergique, le système noradrénergique pourrait également être impliqué dans les conduites suicidaires. En effet, les neurones noradrénergiques ont une double influence sur la transmission sérotoninergique : ils exercent une action excitatrice sur le neurone sérotoninergique et modulent la libération de sérotonine de celui-ci par l'intermédiaire des récepteurs α_2 adrénergiques. Certains travaux mettent en évidence une baisse des taux de **noradrénaline** au niveau du tronc cérébral accompagnée d'une diminution du nombre de neurones noradrénergiques et

d'une augmentation des récepteurs α_2 -adrénergiques (Batt A. 2004). La noradrénaline étant libérée en réponse au stress, la réduction de ses capacités excitatrices sur le neurone sérotoninergique entraînerait logiquement un retentissement négatif sur la libération de sérotonine à l'origine du sentiment de désespoir associé à la vulnérabilité suicidaire (Courtet Ph. 2008).

2.5.3. Autres pistes de recherches

Un groupe d'experts réunis par l'Inserm en 2004 a permis de recueillir les résultats d'études de plusieurs équipes de recherche sur le cortisol et l'axe **hypothalamo-pituitaire-surrénalien**. Ils suggèrent l'implication d'une hyperactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire surrénalien parfois associé à une réponse basale anormale au test à la **dexaméthasone**. Des taux anormalement élevés de **cortisol** plasmatique ont également été observés dans certaines conduites suicidaires (Batt A. 2004).

Parallèlement à ces découvertes, les chercheurs se sont intéressés aux indices fournis par les variations du **taux de cholestérol** dans la survenue de conduites suicidaires. Plusieurs études épidémiologiques et méta-analyses de type traitement hypocholestérolémiant contre placebo ont mises en évidence une corrélation entre une faible cholestérolémie et une issue suicidaire, une mort accidentelle ou des actes de violence (Alvarez JC. 2000).

2.5.4. Approche épigénétique

Dans le champ de la recherche génétique, les difficultés méthodologiques sont majeures. L'hétérogénéité phénotypique du suicide et le caractère par nature rétrospectif des études n'ont permis qu'une compréhension partielle de l'influence des gènes et/ou des systèmes géniques sur le comportement suicidaire. Les études génétiques épidémiologiques (études familiales de jumeaux et d'adoption) suggèrent l'existence d'une vulnérabilité génétique au comportement suicidaire (Brent DA 1996) (S. N. Roy A. 1983). Ce risque familial est cependant spécifique et indépendant (ou additif) de l'héritabilité du trouble de l'humeur (Brent DA. 2002). La transmission familiale du risque suicidaire n'est donc pas liée à la transmission des troubles psychiatriques, mais plus probablement à la transmission de traits de personnalité impulsifs et agressifs au sein des familles (Kim CD. 2005). Le suicide n'est donc pas précisément héréditaire mais il est très probablement soumis à une prédisposition familiale d'origine **multigénique**. Cependant on pourrait s'attendre à ce que la modification d'un gène codant pour les protéines impliquées dans le métabolisme de la sérotonine (tryptophane hydroxylase, 5-HTT) puisse produire les mêmes effets qu'un déficit sérotoninergique d'origine cellulaire. La même symptomatologie serait à prévoir, c'est à dire une modification de traits de personnalité tels que l'impulsivité, le déficit de contrôle de la colère ou l'altération des processus décisionnels. Plusieurs méta-analyses confirment d'ailleurs avec force cette hypothèse (Anguelova M 2003) (Rujescu D 2003) (Bellivier F 2004) (Lin PY 2004) (Li D 2007).

2.5.5. Rôle des antidépresseurs

Revenons enfin brièvement sur le rôle que peuvent jouer certaines substances pharmacologiques, et en particulier les antidépresseurs, dans le déclenchement d'un geste suicidaire. Le début des années 2000 a en effet été marqué par l'apparition d'une polémique au sujet du potentiel suicidogène éventuel des antidépresseurs. Plusieurs études de cohortes de grande taille ont rapporté la possibilité d'une émergence des idées suicidaires chez 3% à 17% des patients après l'initiation du traitement, avec de très rares cas de passages à l'acte (Courtet Ph. 2014). Néanmoins, il y a un paradoxe à ce que les antidépresseurs, médicaments efficaces dans le traitement de la dépression, puissent être responsables de suicide, alors que ce geste est principalement le fait de patients déprimés. Si certains passages à l'acte suicidaire ont été observés en début de traitement par levée d'inhibition, les études au long cours montrent que ce risque persiste même à long terme. Il est de surcroît légèrement supérieur avec les antidépresseurs qu'avec le placebo dans les essais contrôlés en double aveugle. Toutefois, la prévalence du suicide et des TS s'avère constamment supérieure chez les patients déprimés non traités, que chez des sujets ayant reçu des antidépresseurs (Rouillon F. 1993) Les facteurs prédictifs de l'émergence des IS ne sont donc pas plus liés au traitement qu'au trouble psychiatrique sous-jacent (sévérité de la dépression) ou aux facteurs de vulnérabilité suicidaire classiques (tentative de suicide passée, addictions, trouble de personnalité) (Courtet Ph. 2014).

3. Epidémiologie des conduites suicidaires

Jean Bouyer définit l'épidémiologie comme "l'étude de la fréquence des pathologies et plus généralement de la distribution des états de santé dans les populations humaines et de leurs déterminants" (Bouyer J 1993). L'épidémiologie du suicide vise donc à connaître les facteurs qui affectent la fréquence et la distribution du suicide. Son but est d'en identifier les groupes démographiques et sociaux les plus à risque en vue de le prévenir et d'explorer les circonstances sociales et autres qui y prédisposent.

Tentatives de suicide et décès par suicide constituent deux entités radicalement distinctes puisque les données épidémiologiques concernant respectivement leur fréquence et leur distribution démographique diffèrent énormément. De plus, les statistiques sur le suicide évoquent essentiellement les décès par suicide, alors qu'ils ne constituent que la partie émergée de l'iceberg.

La plupart des statistiques portent sur les cas rapportés de suicide et dépendent donc étroitement de la manière dont la société les définit et les comptabilise. On peut constater ainsi que les variations prévisibles entre les différentes sources de données sont inhérentes à leurs modes de production et non pas le fruit d'erreurs systématiques ou fortuites. Il n'est pas choquant qu'elles ne se recouvrent pas

totalemment, puisqu'elles ne parlent pas toujours de la même chose; en revanche il convient de repérer avant toute consultation, le but dans lequel elles ont été établies et résister à la tentation de vouloir les comparer systématiquement (Batt A. 2007). Les indicateurs épidémiologiques étant différents entre pays, les statistiques sur le suicide sont donc difficilement utilisables pour comparer les pays entre eux, raison pour laquelle nous nous intéresserons seulement dans ce travail aux données épidémiologiques recueillies en France.

3.1. Données générales sur les conduites suicidaires

L'OMS montre en 2004 en étudiant la morbidité suicidaire que 5 900 personnes sur 100 000 ont des pensées suicidaires. Les taux de tentative de suicide (TS) sont de 300 pour 100 000 hommes, la tranche d'âge 25-44 ans étant particulièrement touchée, et de 600 femmes sur 100 000, avec une majorité dans la tranche d'âge 15-24 ans (Batt A. 2007). L'ensemble représenterait en France chaque année environ 220 000 tentatives de suicide (Douiller A. 2010).

Un antécédent de TS représente l'un des éléments biographique le plus à risque. En effet, 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les dix ans (1 % par an) (Walter M. 2003), ce qui multiplie par 100 le risque suicidaire par rapport à la population générale (Papet N. 2007).

Concernant le suicide, les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) montrent que chaque année en France près de 11 000 personnes mettent fin à leurs jours, ce qui représente en moyenne un décès sur 50 ou un décès toutes les 50 minutes (CepiDc 2014).

3.2. Epidémiologie de la morbidité suicidaire en France

3.2.1. Particularités épidémiologique des TS

La morbidité suicidaire (ou TS) est un paramètre d'étude fondamental pour la compréhension du phénomène suicidaire. Il est donc important de disposer d'informations quantitatives et qualitatives sur ses différents aspects. Toutefois, la prévalence réelle des TS est difficile à évaluer précisément car toutes les tentatives n'aboutissent pas systématiquement à une hospitalisation ni même à la consultation d'un service d'urgence, surtout lorsque les dommages corporels sont mineurs. L'absence de recensement systématique fait donc craindre la sous estimation des chiffres d'incidence obtenus. Inversement, certains gestes suicidaires graves, qui auraient conduit il y a quelques années à des suicides, sont désormais susceptibles d'être étiquetés comme des tentatives compte-tenu de la rapidité des secours et des performances de la réanimation qui permettent aujourd'hui de sauver des vies supplémentaires (Batt A. 2007).

En France, l'estimation des tentatives de suicide est issue de plusieurs sources. Elle provient d'une part des déclarations des médecins généralistes constituant le réseau "sentinelle" et d'autre part des résultats

d'études du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux. Les enquêtes menées auprès de la population générale, telles que le "Baromètre Santé", sont également une source d'information.

Les données épidémiologiques présentées ci-dessous s'inspirent en grande partie des travaux récents du statisticien et sociologue François Beck qui publie dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) du mois de décembre 2011 un rapport d'analyse officiel complet sur les IS et TS en France en 2010.

3.2.2. Données générales sur les TS et IS

Si l'on se réfère aux données du Baromètre Santé 2010 portant sur une population âgée de 15 à 85 ans, 3,9% des individus interrogés déclarent avoir eu des IS au cours de l'année écoulée, 0,5% déclarent avoir tenté de se suicider pendant cette année et plus d'un français sur 20 (5,5%) au moins une fois dans la vie (Beck F 2011).

Les TS donnant lieu à un contact avec le système de soin sont estimées à 220 000 chaque année, 20 à 30% d'entre elles sont traitées en ambulatoire (Dumel F. 2001), un peu moins de la moitié débouche sur une hospitalisation (90 000 hospitalisations/an) et le taux de ré-hospitalisation pour le même motif est de 14 % à un an, et de 23 % à 4 ans (Dir. Gle. santé 2013).

3.2.3. Données démographique des IS et TS

3.2.3.1. Incidence spécifique des IS et TS selon le genre

Les dernières données obtenues concernant les IS et TS montrent que le genre est une variable importante.

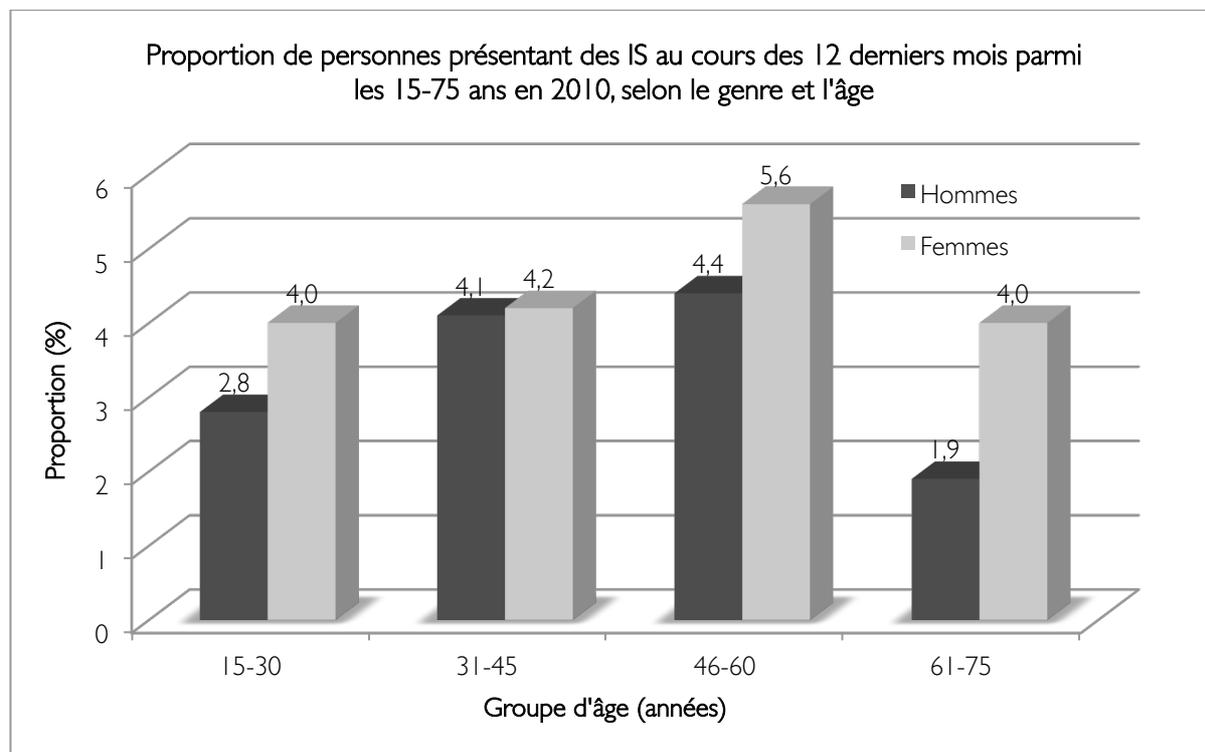
Les femmes sont en 2010 en proportion plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir pensé au suicide au cours de l'année (4,4% chez les femmes et 3,4% chez les hommes). Ces différences s'observent essentiellement pour les tranches d'âges les plus jeunes ou les plus âgées, alors qu'entre 26 et 54 ans, les niveaux d'IS sont relativement proches entre hommes et femmes (Beck F 2011).

Les taux des TS chez les femmes sont trois fois plus élevés, (Batt A. 2007), les femmes étant plus nombreuses (0,7%) que les hommes (0,3%) à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (Beck F 2011). Comme nous l'avons montré précédemment, la prévalence des TS au cours de la vie estimée à 5,5% respecte cette différence puisqu'elle est de 7,6% pour les femmes et 3,2% des hommes (Beck F 2011). Ces données sont conformes à celles des études précédemment menées en France ainsi qu'aux données d'hospitalisation. Les femmes représentent effectivement 65% des séjours d'hospitalisation pour tentative de suicide (Chan Chee C 2011).

3.2.3.2. Incidence des IS et TS selon le groupe d'âge

L'étude des IS en 2010 montre que 3,9% des 15 à 85 ans interrogés déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, elle est d'ailleurs maximale entre 46 et 60 ans (Beck F 2011) (Graphique 1).

Graphique 1



Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Dans l'enquête réalisée auprès des plus de 18 ans par la MACIF-prévention, 17 % disent avoir envisagé sérieusement, souvent ou assez souvent de se suicider (MACIF-Prévention 2006). Ces données semblent en augmentation par rapport aux 14 % obtenus en 2000 au cours d'une enquête identique (Batt A. 2007).

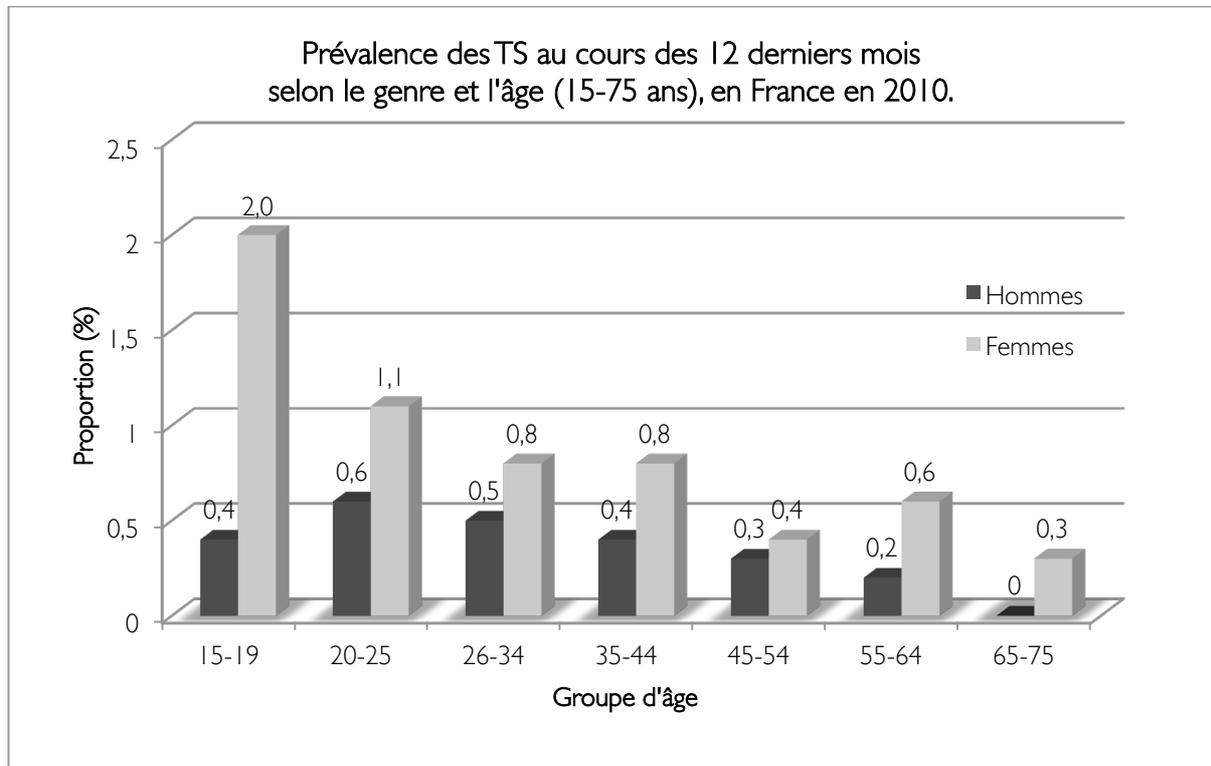
La même enquête MACIF-prévention identifie 7 % de TS parmi les individus du même échantillon (MACIF-Prévention 2006). Comme pour les IS, ces chiffres sont également en augmentation par rapport à ceux de 2 % obtenus en 2000 (Batt A. 2007).

L'étude de 2010 du sociologue François Beck (Beck F 2011), dont il est question un peu plus haut, montre que 0,5% des 15 à 85 ans déclarent avoir fait une TS au cours des 12 derniers mois. Ces résultats semblent globalement plus importants que ceux de 0,3% obtenus cinq ans auparavant.

L'âge au cours des TS est également une variable importante puisque celles-ci sont plus élevées entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6%) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0%). Dans cette population

jeune, les TS sont dix fois plus nombreuses que les suicides aboutis (Batt A. 2007) et leur taux a tendance à diminuer ensuite avec l'âge (Beck F 2011) (Graphique 2).

Graphique 2



Source : BEH 13 décembre 2011 / n°47-48 (Beck F 2011)

Les populations jeunes sont donc majoritairement touchées par les TS, qui sont dix fois plus nombreuses que les suicides aboutis. Comme nous le verrons plus loin, le suivi après une TS est primordial pour éviter les récurrences. Pourtant, seulement un tiers des jeunes suicidants sont hospitalisés, et parmi eux seulement 30 à 50 % voient un psychiatre durant leur hospitalisation (Batt A. 2007). On peut se demander si ce constat n'est pas à mettre en relation avec les 30 à 40 % de récurrence observés par Michel Walter en 2003.

Une dernière donnée importante fournie par la comparaison des enquêtes barométriques quinquennales 2000, 2005 et 2010 confirme que la prévalence des TS au cours de la vie est stable depuis les années 2000 pour les individus entre 15 et 75 ans (Beck F 2011).

3.3. Épidémiologie de la mortalité suicidaire en France

3.3.1. Particularités épidémiologiques de la mortalité suicidaire

Si le dénombrement des cas de décès par suicide semble au premier abord plus accessible que le recensement exhaustif de toutes les TS, la réalité révèle qu'un certain nombre de suicides échappe également aux méthodes d'identification employées.

Les données épidémiologiques sur le suicide sont obtenues à partir des statistiques nationales de mortalité, elles-mêmes établies depuis les causes de décès mentionnées sur le certificat réalisé par le médecin constatant le décès. Or, certains décès sont qualifiés par le médecin certificateur en tant que causes inconnues de décès ou morts violentes dont l'intention n'est pas déterminée. Ces situations surviennent en général dans des cas pour lesquels le médecin n'a pas pu conclure, ou bien lorsque la certification médicale de décès n'a pas été assez précise. Ces causes concurrentes de décès pouvant masquer un suicide s'élèvent, selon certaines études, à 35% pour les causes "indéterminées quant à l'intention" et à 25% pour les causes "inconnues" par absence de retour d'information de la part des services médicaux-légaux (Batt A. 2007). Dans un rapport de la commission européenne coordonné par l'Inserm et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), Eric Jouglà considère que les biais pour l'établissement des statistiques de mortalité surviennent essentiellement à cette étape de certification médicale. Il évaluait la sous-estimation des données officielles de décès par suicide à environ 20% (Jouglà E 2003).

Un travail plus récent tenant compte de l'évolution des méthodes de certification et de codification des décès est publié en décembre 2011 dans le n°47-48 du BEH. Il porte sur les 10 423 décès par suicide de l'année 2006 et conclut à une sous-estimation de 9,4% du nombre officiel des décès (+8,7% pour les hommes et +11,5% pour les femmes). L'étude précise également l'absence de modification des statistiques régionales après prise en compte des taux standardisés corrigés de décès (Aouba A. 2011).

Jean Baelcher rappelle malgré tout que "les suicides ne sont pas des données de fait qu'une technique améliorée de collecte permettrait de saisir plus fidèlement : ils sont construits par ceux qui les perçoivent. Les statistiques ne sont ni justes, ni fausses, ce sont des points de vue" (Baechler J. 1975) Quoiqu'il en soit, le suicide est certainement sous évalué mais les chiffres à notre disposition sont tout à fait utilisables. Un certain nombre de suicides reste sans doute méconnu mais cela n'affecte pas l'essentiel des statistiques et n'empêche pas des études comparatives pourvu que les biais de déclaration restent relativement stables.

Rappelons enfin que l'on ne peut établir de politique de prévention efficace que sur ce qui a été quantifié objectivement au départ et sur sa variation chronologique, c'est à dire uniquement si l'on dispose sur le suicide de données épidémiologiques exploitables et comparables dans le temps. C'est en effet à partir des variations de cette mesure (dynamique épidémiologique) qu'il est possible d'évaluer l'efficacité - ou non - de la méthode préventive mise en œuvre. C'est par exemple le cas de la réduction de la mortalité routière qui démontre que la politique de prévention est efficace. Un sujet qui n'est pas

quantifié "n'existe pas" statistiquement et ne permet pas de moduler l'intervention ni d'optimiser la stratégie préventive.

3.3.2. Données générales sur la mortalité suicidaire

Avec 10 524 morts par suicide en 2011 (CepiDc 2014), la France se situe parmi les pays de l'union européenne à fréquence élevée de suicide et occupe la cinquième place derrière la Finlande, la Belgique, l'Autriche et le Luxembourg (Jouglu E 2003). Le suicide est responsable de plus d'un décès sur cinquante, soit près de 2% de l'ensemble des 544 885 décès ou encore, un taux de 16,2 décès pour 100 000 individus et représente trois fois plus de morts que la mortalité routière (3 645 victimes en 2012).

3.3.3. Evolution temporelle de la mortalité suicidaire

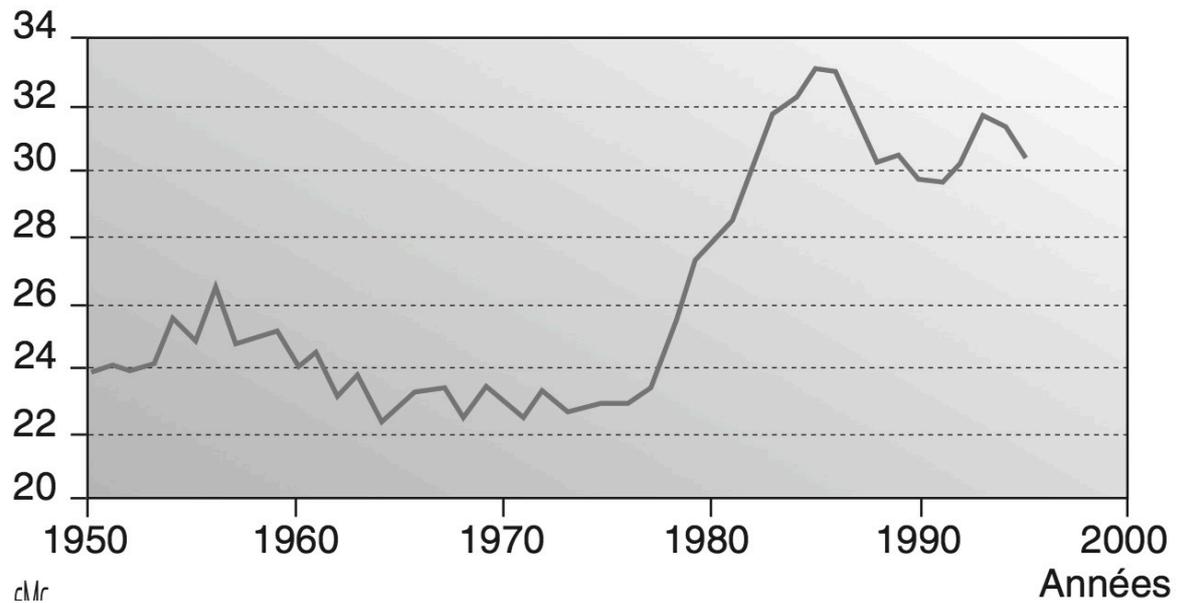
La transformation du paysage socioéconomique français de ces cinquante dernières années a probablement contribué à modifier la distribution des taux de suicide dans le temps.

La période d'après guerre, caractérisée par les Trente Glorieuses et une intégration socioprofessionnelle favorable, comptabilise entre les années 1945-1975 un taux de suicide relativement bas de l'ordre de 24 pour 100 000. La mortalité suicidaire enregistre ensuite une très forte croissance de plus de 40 % entre 1977 et 1985, période annonçant les débuts de la crise économique, de l'inflation et des premières difficultés liées au chômage (Figure 1). Il serait à l'évidence réducteur de tracer un lien de cause à effet direct, simple et univoque entre conjoncture économique et suicide, mais plusieurs analystes ont démontré que l'effet du contexte macrosocial était susceptible de faire progresser ou diminuer significativement le nombre des suicides (Batt A. 2007).

Depuis le milieu des années 1980 et jusqu'à maintenant, la tendance générale semble à la baisse. Pierre Surault constate en effet que le taux de suicide a baissé de près de 20% entre 1985 et 1998 (Surault P. 1995). Il poursuit aujourd'hui sa décroissance puisque son taux pour 100 000 est passé de 20,3 en 1990 à 16,2 en 2011 (25 pour les hommes et 7,8 pour les femmes) (CepiDc 2014). Eric Jouglu rappelle cependant à juste titre que ces résultats doivent être lus au regard du taux total de décès, toutes causes confondues, qui est lui même en baisse (Jouglu E. 2008).

Figure 1

Taux de suicide masculin



Source : Chauvel, 1997

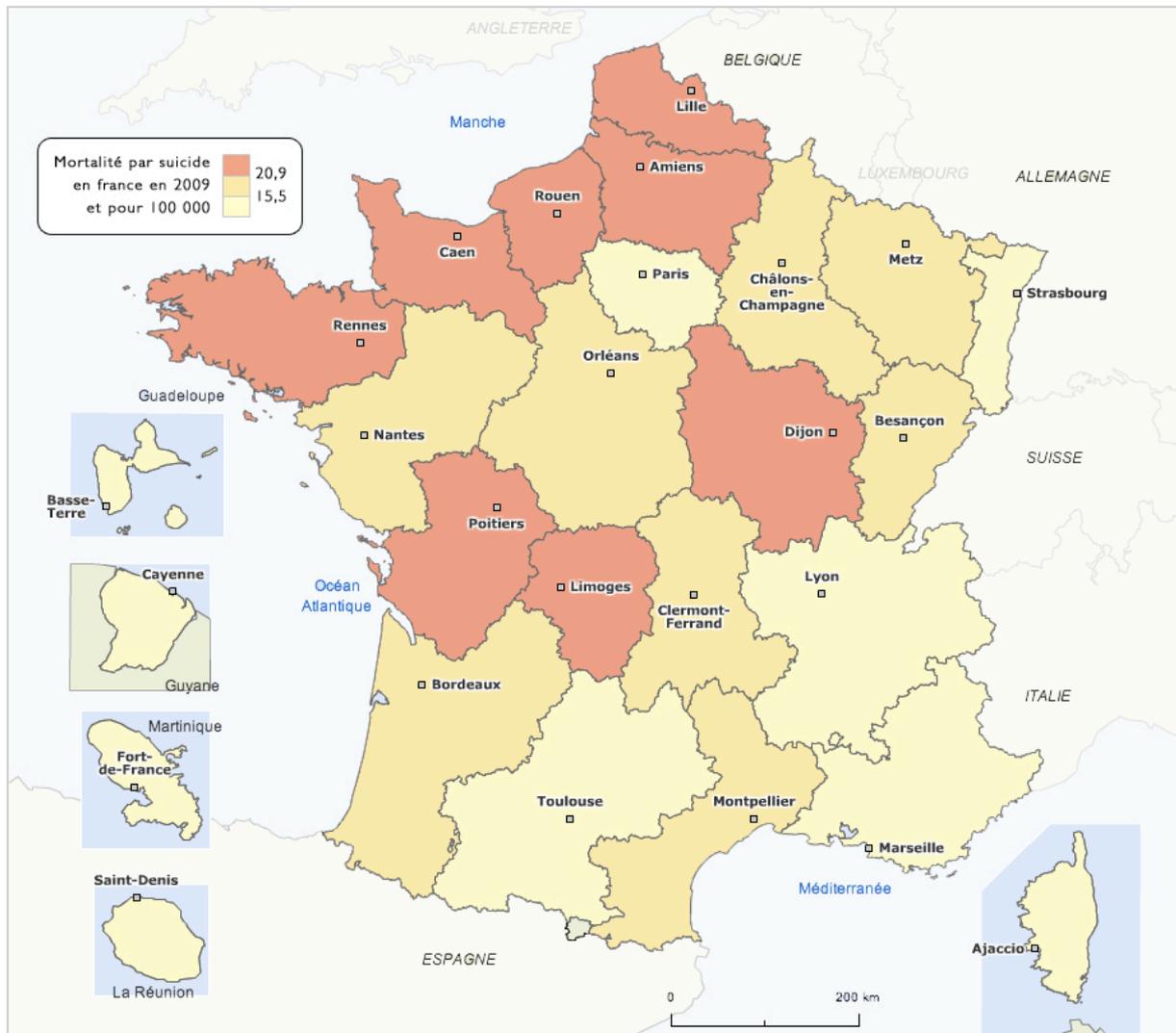
Évolution des taux de suicide masculins 1950-1995 (pour 100 000 (d'après (Surault P. 1995), Inserm (1991-1995), Chauvel (1997)

3.3.4. Données géographiques sur la mortalité suicidaire

L'évolution du suicide depuis la fin du XIX^{ème} siècle présente une grande mobilité géographique et confirme l'absence d'enracinement prolongé dans une région donnée (Batt A. 2007).

Le lieu de vie semble déterminant dans la prise en compte des statistiques régionales de décès par suicide puisque les taux varient fortement selon les régions pour les hommes et les femmes. On constate aussi que la hiérarchie des régions est peu modifiée après prise en compte des taux corrigés de décès par suicide (Aouba A. 2011). La distribution géographique du suicide s'effectue donc globalement selon un gradient décroissant Nord-Ouest/Sud-Est, certaines régions du Nord-Ouest et du centre de la France étant en forte surmortalité alors que les régions Sud-Est apparaissent moins touchées. Les cinq régions aux plus fortes mortalités dans la statistique nationale sont en 2009, les régions Bretagne, Limousin, Poitou-Charentes, Basse-Normandie et Nord-Pas-de-Calais (Figure 2).

Figure 2



Source : Inserm

3.3.5. Données démographique sur la mortalité suicidaire

3.3.5.1. Incidence de la mortalité suicidaire selon le genre

Si comme nous l'avons décrit précédemment, les TS sont majoritairement d'origine féminine, les hommes sont les plus touchés par le suicide. Sept décès sur dix concernent le sexe masculin, soit une proportion d'environ trois quart.

En 2011, Les suicides représentent 7 887 décès pour les hommes, contre 2 800 pour les femmes, soit un sex-ratio (H/F) de 2,8. Le taux bruts de décès masculin par âge (25 pour 100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (7,8 pour 100 000). Cette surmortalité masculine est retrouvée à tous les âges de la vie et est maximale dans le groupe d'âges 25-34 ans, où le taux de décès est multiplié par 4,6 chez les hommes par rapport à celui des femmes (CepiDc 2014).

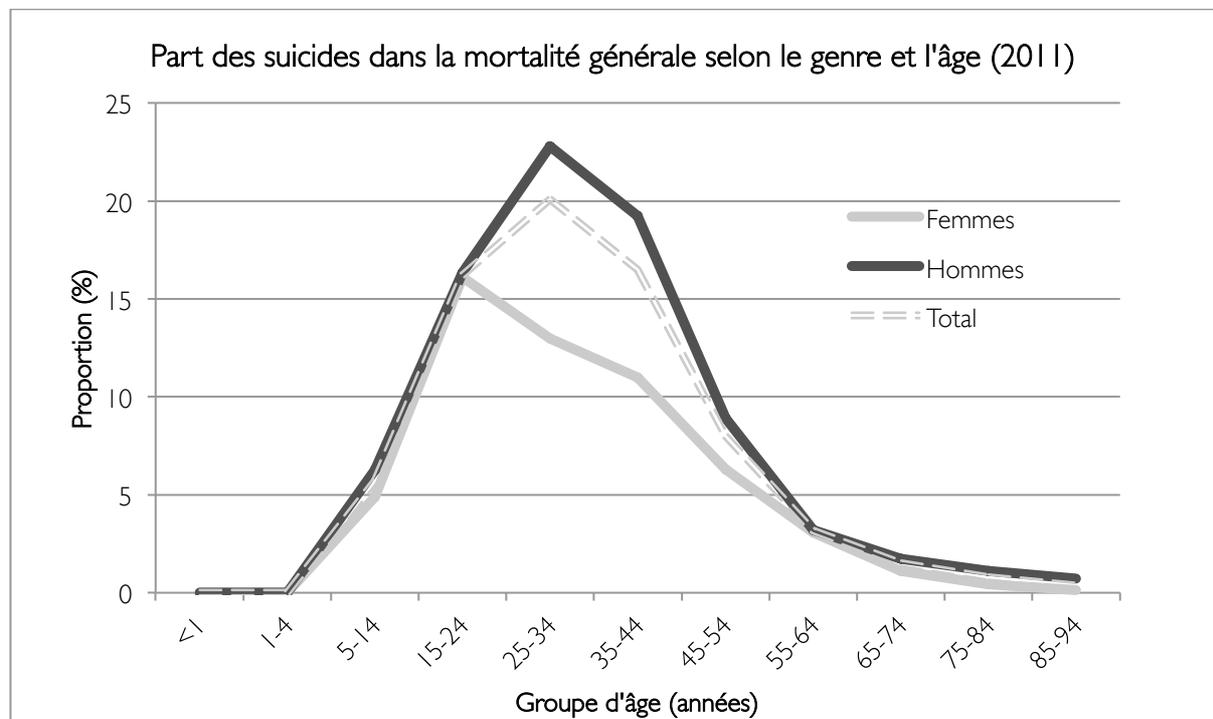
Certains auteurs tentent d'expliquer cette particularité par les moyens mis en œuvre, très différents selon le genre, et qui sont plus létaux chez les hommes (pendaison, arme à feu, etc.) (Jouglà E 2003).

Agnès Batt met en avant l'explication proposée par certains psychiatres qui attribuent la résistance féminine au suicide à leur plus grand investissement social et l'existence de certains facteurs de protection qui sont absent chez l'homme (rôle et responsabilité maternelle) (Pritchard C. 1990) (Murphy GE. 1998). D'après le médecin canadien Dr Alain Lesage, les hommes pourraient présenter aussi davantage de difficultés à exprimer leur souffrance et à demander de l'aide. Les signes de détresse qu'ils émettent seraient moins bien décodés, ce qui en situation de crise les priveraient d'un soutien qui pourrait s'avérer essentiel. D'autres auteurs incriminent la représentation sociale des hommes, qui ne s'autorisent parfois aucune défaillance et s'engagent, pour des questions de fierté ou de virilité, à tirer parfois des conséquences radicales de leur insuffisance.

3.3.5.2. Incidence de la mortalité suicidaire selon le groupe d'âge

Les données Inserm montrent que le suicide représente en 2011 la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route, soit 16,2% de la mortalité toutes causes confondues, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans (20,1%). **La part** du suicide représente donc presque 19% de l'ensemble des décès de cette tranche d'âges (15-34 ans), cette proportion étant beaucoup plus importante que la part du suicide dans la mortalité de l'ensemble de la population tous âges confondus (1,93%) (CepiDc 2014). Cette différence s'explique par l'existence de taux de mortalité par maladie beaucoup plus faibles chez les jeunes que chez les populations plus âgées (Graphique 3).

Graphique 3

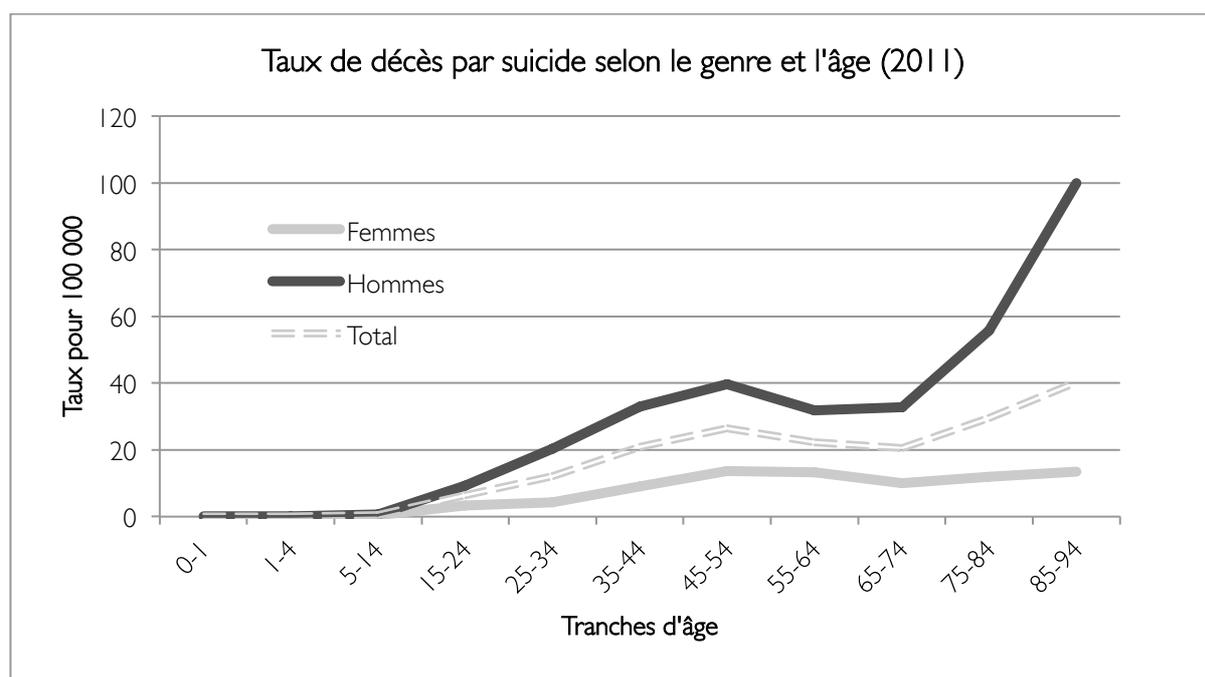


Source : (CepiDc 2014)

La part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue donc sensiblement avec l'âge mais il n'en est pas de même pour leur nombre et leur taux. Il est constaté en effet que ce sont les jeunes qui se suicident le moins et que les taux de suicide augmentent avec l'âge de façon non linéaire mais globalement progressive pour les deux sexes, plus fortement chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, alors que les TS suivent une courbe globalement décroissante avec l'âge, l'inverse s'observe pour la courbe des taux de mortalité suicidaire. Le ratio observé entre suicides accomplis et TS augmente donc aussi avec l'âge (Loebel JP 2005) (Safer DJ. 1997).

Les taux de décès par suicide les plus élevés s'observent en effet pour les populations les plus âgées. Quel que soit le sexe, ils augmentent fortement avec l'âge en triplant entre 24 et 35 ans, restent relativement stables jusqu'à 74 ans, puis progressent à nouveau à partir de 75 ans. Ils représentent pour 100 000 habitants : 6,4 entre 15 et 24 ans, 26,4 entre 45 et 54 ans et 40,3 après 84 ans (Graphique 4). Ces données justifient une attention particulière pour ces populations fortement exposées et une mobilisation spécifique de la prévention sur ces sujets à risque.

Graphique 4



Source : (CepiDc 2014)

Le nombre de suicides le plus élevé s'observe pour la tranche d'âge 45-54 ans avec 22% (2343 décès) du total des décès par suicides tous âges confondus. 5% (549 décès) des suicides surviennent avant 25 ans, 67% (7016 décès) entre 25 et 64 ans et 28% après 64 ans.

Les sujets de plus de 85 ans occupent seulement 6% du total des décès par suicides et confirme bien qu'un raisonnement par taux ne peut être comparé avec un raisonnement par le nombre. À l'inverse de

ce qui peut être observé pour les populations jeunes, le faible nombre relatif de suicides des personnes âgées de plus de 85 s'explique par un taux de mortalité médicale beaucoup plus important dans cette tranche d'âge.

4. La crise suicidaire

Les 19 et 20 octobre 2000 s'est tenue à Paris à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, la dernière conférence de consensus sur la reconnaissance et la prise en charge des conduites suicidaires, intitulée "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge". L'objectif de ce travail est d'établir un consensus international sur les critères de définition de la crise, fournir des outils d'aide au diagnostic ainsi que des recommandations sur sa prise en charge. L'introduction de la conférence rappelle les difficultés de repérage de la crise suicidaire, en particulier ses aspects très variables et les troubles parfois inapparents et peu spécifiques qui la définissent. Les conclusions apportent quant à elles un certain nombre de recommandations sur le développement de compétences au diagnostic de la crise et à l'évaluation du potentiel suicidaire selon les trois principaux axes : Risque, Urgence et Danger, mieux connus sous l'acronyme **RUD** :

- Le **Risque (R)** suicidaire concerne la recherche des principaux facteurs de risque de l'individu dans son contexte personnel, familial et social.
- L'**Urgence (U)** situe le patient dans le processus suicidaire en recherchant une IS, un scénario, son éventuelle planification dans le temps et l'événement déclencheur.
- Le **Danger (D)** renvoie à l'accessibilité immédiate et à la létalité du moyen envisagé.

Dans une perspective clinique, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte dangerosité; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de dangerosité bas. Certaines études montrent que le risque suicidaire est 7 fois plus élevé chez les sujets cumulant plus de trois FR par rapport aux sujet n'en présentant aucun (Dumel F. 2001). Néanmoins en terme pratique, c'est le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de consensus (Walter M. 2003).

4.1. Modèle de la crise suicidaire

La notion de crise suicidaire s'est récemment imposée par la volonté de distinguer le suicide comme une entité nosologique à part entière et non plus comme une composante constitutive spécifique de la maladie mentale ou la complication d'un trouble psychiatrique.

La crise suicidaire se définit comme un état temporaire et réversible, d'une durée moyenne de six à huit semaines, caractérisé par une rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même ou avec son environnement, et dont le risque majeur est le suicide. Il n'existe pas de critère diagnostique officiel et défini de la crise suicidaire, mais son repérage peut s'appuyer sur l'existence d'une triade symptomatique assez caractéristique :

- un contexte de vulnérabilité : dépression, impulsivité (tendance à la démesure, non contrôle de l'affectivité), affections psychiatriques sous jacentes, troubles de personnalité et addictions;
- la manifestation d'un état de crise : asthénie, anxiété, tristesse, irritabilité, agressivité, trouble du sommeil, anhédonie (incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes), sentiment de désintérêt diffus, dévalorisation, impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes;
- l'expression et la verbalisation d'idées et d'intentions suicidaires directes ou indirectes.

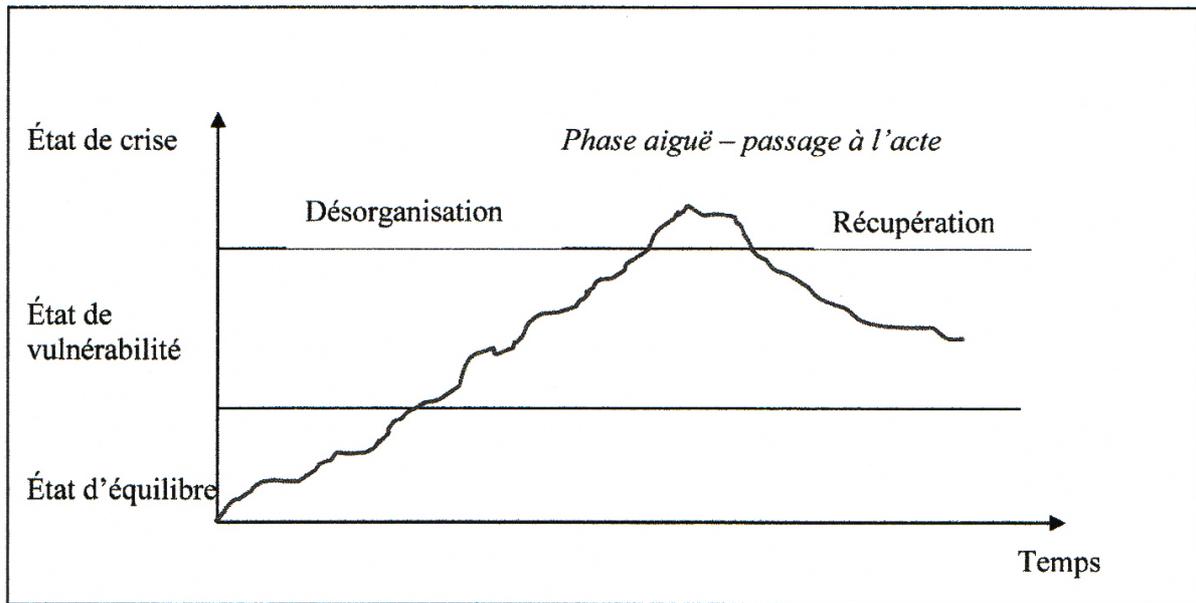
Le développement critique suit un processus selon lequel l'individu passe d'un état d'équilibre (homéostasie) à un état de vulnérabilité, puis à un état de crise caractérisée par une période de déséquilibre intense.

Face aux événements éprouvants de la vie, chaque individu développe un ensemble de réponses comportementales faites de stratégies et mécanismes adaptatifs qui lui permettent de maintenir un état d'équilibre physique et psychique stable.

Lorsque l'individu a épuisé son répertoire de réponses (solutions) habituelles et ses capacités d'adaptation, il entre dans un état de vulnérabilité. Dans ces circonstances, le stress interne induit par l'accumulation des facteurs de stress externes, leur répétition ou leur chronicisation, devient perçu comme une menace pour l'individu et peut le faire entrer dans un état de crise. Celle-ci correspond à un moment d'échappement et de désorganisation où l'individu perçoit les événements stressants comme une difficulté insurmontable dépassant ses ressources d'adaptation. L'insuffisance de ses moyens de défense le conduit à un état de rupture critique et à une situation de souffrance.

Cette phase critique peut être représentée comme une trajectoire parasite, qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse. L'idéation suicidaire devient alors de plus en plus envahissante et la phase aiguë de la crise coïncide avec l'éventualité d'un passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties prévisibles de la crise (Anaes 2000)(Figure 3).

Figure 3



Source : (Lafleur C., Séguin M. 2008)

Cependant, si le risque majeur de la sortie de crise est le suicide, les alternatives de résolution de crise sont variées et propres à chacun. À la condition de l'avoir repérée et en présence d'une prise en charge efficace, la crise peut évoluer favorablement. Le suicide ne représente qu'une des issues possibles. Les autres manifestations peuvent être la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques, ou toute autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par cette situation difficile (Walter M. 2003).

Certains auteurs ont montré par ailleurs que l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en diminuer l'impact sur son bien-être, contribue à réduire le sentiment de désespoir et l'idéation suicidaire (Edwards MJ 2001). Cette capacité, bien connue sous le nom de "*coping*", ouvre la voie à d'évidentes perspectives en matière de prévention.

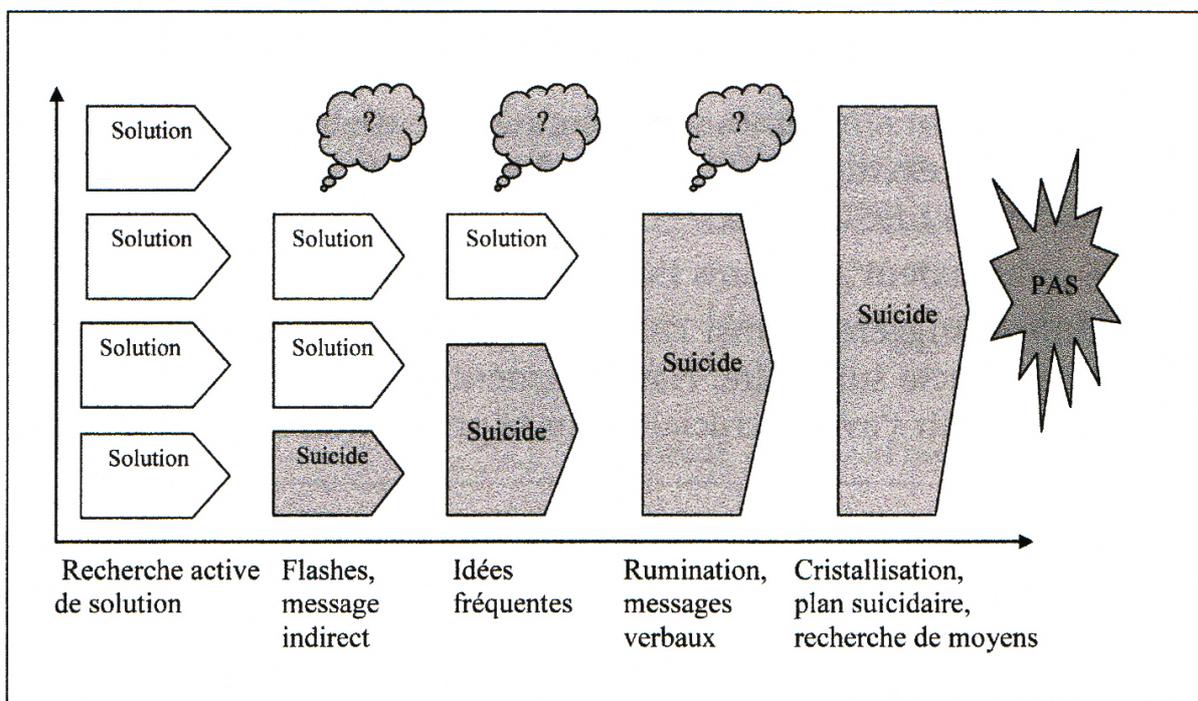
Christian Lafleur et Monique Seguin identifient la période de crise par quatre caractéristiques sémiologiques majeures (Lafleur C., Séguin M. 2008) :

- la douleur psychique dépasse les ressources adaptatives;
- les événements deviennent insurmontables par les méthodes habituelles de résolution des problèmes;
- le sujet vit une période de désorganisation et d'inconfort;
- le sujet rompt avec ses attachements de base (image de soi, famille, culture, religion, croyance).

Plusieurs auteurs s'accordent pour identifier les étapes de l'envahissement progressif d'un esprit hanté par les idées suicidaire (Vandevorode J. 2013) (Figure 4):

1. Une recherche active de solutions et de stratégies pour enrayer la crise.
2. L'apparition de flashes et d'IS.
3. La rumination des IS.
4. La cristallisation et la planification d'un scénario (abandon de la dimension imaginaire de l'idée de suicide)
5. L'élément déclencheur et la prise de décision : le passage à l'acte.

Figure 4



Source : (Lafleur C., Séguin M. 2008)

On distingue généralement deux composantes de la pensée suicidaire : le facteur nommé "désir et idéation" et le facteur nommé "plan et préparation" (Joiner T. 2003) (Witte T. 2006). Contrairement aux IS, la planification implique une image mentale et l'utilisation d'une représentation d'actions scénarisant le passage à l'acte. À cet effet, elle constitue une élaboration plus poussée du geste et un ancrage plus profond dans l'imaginaire du sujet. Les plans sont plus stables et plus résistants dans le temps, ils sont également moins accessibles à une intervention thérapeutique (Vandevorode J. 2013). Il semblerait que le déroulement du processus suicidaire permette au patient de s'habituer à l'idée de mourir, de réduire sa peur du passage à l'acte (M. K. Witte T. 2008). La progression des IS alimenterait progressivement le sentiment d'être capable de se donner la mort.

Certaines approches plus théoriques font état de l'existence d'un hypothétique syndrome présuicidaire annonciateur de l'imminence d'un passage à l'acte (notion déjà abordée précédemment, cf. paragraphe 2.4). Jérémie Vandevorde suggère aussi l'idée d'une sorte de "mise en état" présuicidaire accentuant la crise de base et capable de lever l'inhibition motrice des quelques minutes précédant le passage à l'acte. Les niveaux de preuve de ces modèles théoriques restent cependant assez faibles et aucune recherche n'a jusqu'à maintenant permis d'identifier un modèle de "comportement type" pouvant permettre de prédire avec précision l'imminence d'un passage à l'acte.

La plupart des signes cliniques identifiés dans la crise suicidaire ne sont donc ni spécifiques de celle-ci, ni forcément pathologiques lorsqu'ils sont pris isolément. Ils ne permettent pas de prévoir avec certitude l'issue de la crise. Elle sera parfois favorable avec rémission spontanée, parfois défavorable dans le cas d'un passage à l'acte. C'est le regroupement de ces signes, leur association ou leur survenue comme rupture par rapport au comportement habituel, qui doivent alerter l'entourage sur la possibilité d'un passage à l'acte (Anaes 2000). Il n'y a pas de modèle de crise totalement imprévisible, il n'y a pas non plus de modèle stéréotypé, le cheminement est propre à chaque individu. La bonne connaissance de ses particularités rend possible l'évaluation de son potentiel suicidaire et la possibilité d'une intervention efficace.

4.2. Le risque suicidaire

En suicidologie, le terme "facteur de risque" (FR) désigne pour un groupe d'individus donné, une variable qui entraîne une probabilité de survenue plus élevée de geste suicidaire que celle observée dans la population générale. La mesure du risque prend en compte les caractéristiques personnelles, familiales et sociales des sujets en mesurant le poids des différents facteurs déstabilisants ainsi que celui des facteurs protecteurs.

La détermination d'un FR s'effectue au niveau d'une population. Sa valeur ne peut donc pas être appliquée avec fiabilité au niveau individuel comme "*prédicteur de risque*" ou pour identifier à posteriori la cause d'un geste suicidaire pour un patient donné.

En effet, le suicide ne répond malheureusement pas à une relation de cause à effet directe dans laquelle la présence d'un FR donné conduit à un risque précisément mesurable de passage à l'acte. Il en est de même pour les facteurs protecteurs qui, s'ils présentent le danger de faussement rassurer, n'apportent aucune garantie de survie à l'individu suicidaire.

Le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, interrogé sur le terme "suicidologie", suggère d'ailleurs d'éviter le recours simpliste à une causalité linéaire, de l'ordre "il s'est suicidé parce qu'il était chômeur", alors que la majorité des individus exposés au chômage ne se suicident pas. De la même manière, et si comme nous l'avons vu précédemment, le fait d'appartenir au sexe masculin constitue un FR, il est évident que le seul fait d'être un homme ne peut représenter une cause. L'intérêt des

connaissances acquises sur le risque suicidaire repose donc sur l'utilité des FR à alerter le médecin, non pas sur le fait que le patient est à risque plus élevé, mais sur le fait qu'il y a de bonnes raisons de suspecter qu'il *pourrait* être à risque plus élevé (Shea SC. 2008).

Aujourd'hui, plus d'une centaine de FR sont identifiés (Annexe 1). Hormis le sexe et l'âge, qui apparaissent dans quasiment tous les résultats d'études consacrées à la question, les FR sont globalement les mêmes pour le suicide et pour les TS (Dejong T. 2010) (Kapur N. 2006). Les données de FR nous sont fournies des études épidémiologiques et des enquêtes d'autopsie psychologiques qui permettent, par l'interrogatoire de l'entourage du suicidé, une reconstruction rétrospective du style de vie et des caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide.

Si pour des raisons pratiques, les médecins adoptent généralement un recensement quantitatif et additionnel des FR, celui-ci ne donne pas obligatoirement l'évaluation la plus juste du risque léthal. Ces différents facteurs sont en effet en interaction les uns avec les autres, et aucun d'entre eux n'est nécessaire ni suffisant à la survenue d'un geste suicidaire. Le plan d'évaluation n'est donc pas exactement un modèle additif mesurant le risque final à partir de l'addition des différents FR mais plutôt un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments (Anaes 2000).

Les paragraphes suivants aborderont les FR tels qu'ils ont été décrits et organisés lors de la conférence de consensus d'octobre 2000. La classification distinguera les FR individuels (primaires), les FR sociodémographiques (secondaires et tertiaires), et les facteurs protecteurs (FP). Cette classification didactique présente l'avantage d'être facilement utilisable par le clinicien en pratique quotidienne et insiste aussi sur l'aspect interactif des FR entre eux, l'impact de l'un étant conditionné par la présence ou l'absence des autres.

4.2.1. Facteurs de risque primaires (individuels)

Ils ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel, sont en interaction les uns avec les autres et présentent la caractéristique d'être, pour la plupart, influençables par les traitements. Agnès Batt rappelle à ce propos qu'il ne suffit pas simplement d'identifier des FR et de traiter mécaniquement une pathologie selon les recommandations actuelles de la science pour faire baisser le taux de suicide. Cette attitude ne doit pas dispenser d'une approche dynamique individuelle propre au sujet plongé dans son contexte relationnel où les registres culturels et sociaux jouent selon l'approche durkheimienne, un rôle déterminant (Batt A. 2007).

4.2.1.1. Troubles psychopathologiques

Les troubles psychopathologiques concernent le rôle de la pathologie mentale dans la problématique suicidaire. Ils nécessitent à eux seuls une attention particulière puisque rappelons le, 90% des suicidés

présentent une pathologie psychiatrique avant le passage à l'acte et 65% un état dépressif (DREES 2006). Les états dépressifs, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la schizophrénie, les comorbidités addictives, les troubles de la personnalité, les troubles des conduites alimentaires, l'impulsivité constituent, entre autres, les groupes psychopathologiques les plus souvent impliqués dans la problématique suicidaire.

Le **syndrome dépressif caractérisé** semble, selon plusieurs études et enquêtes d'autopsie psychologiques, concerner 60 à 70% des individus morts par suicide (Courtet Ph. 2014) (DREES 2006). Les troubles de l'humeur apparaissent ainsi en tête des maladies le plus souvent associées à la suicidalité (Brown G. 2000) (Bernal M. 2007). Si moins de 12% des patients dépressifs passent à l'acte (Wenzel A. 2009) (Lesage A. 2001), ils ont en revanche un risque accru de suicide 20 à 30 fois supérieur à celui de la population générale (Anaes 2000) (Guze SB. 1970) et sont également plus menacés par une TS (Beautrais AL 1996) (Rihmer Z. 2005).

Le profil de syndrome dépressif le plus à risque semble être celui d'une dépression mélancolique, surtout d'évolution récente, avec éventuellement présence d'idées d'autoaccusations délirantes, d'une agitation anxieuse ou d'insomnie grave (Walter M. 2003). L'intensité du désespoir évaluée par la *Beck Hopelessness Scale* paraît être l'un des déterminants les plus significatifs du risque suicidaire chez le patient dépressif (Wenzel A. 2009). Le danger est également augmenté en cas de conduites addictives associées à la maladie dépressive ou en cas d'attitudes de vie dominées par l'isolement (Walter M. 2003). Par ailleurs, le trouble bipolaire de type II (épisodes hypomaniaques et épisodes dépressifs majeurs) serait associé à un risque suicidaire plus élevé que le trouble unipolaire dépressif ou le trouble bipolaire de type I (Anaes 2000).

Les **troubles schizophréniques** représentent dans le champ de la pathologie mentale, le deuxième facteur contributeur majeur aux conduites suicidaires. Une étude menée par l'Inserm à partir des années 1993 met en évidence un risque 8 à 19 fois supérieur à celui de la population générale (Casadebaig F. 2000) (Wenzel A. 2009). On retient en effet un chiffre de 10 à 13 % de décès par suicide chez les patients schizophrènes, avec un nombre de TS qui concernerait 18 à 55 % des patients (Anaes 2000). Le processus suicidaire des patients schizophrènes ou souffrant de troubles schizoaffectifs se développe soit à la phase initiale de la maladie (bouffée délirante aiguë inaugurale), soit à la phase d'état (prise de conscience des difficultés induites par la maladie), ou bien lors d'une phase dépressive (dépression post-psychotique, souffrance morale résultant d'années de souffrance, de frustration et de la perte d'estime de soi) (Walter M. 2003).

Les **conduites addictives**, en particulier l'alcoolisme, constituent un élément de risque important de survenue de conduite suicidaire. L'abus d'alcool ou la dépendance multiplie par 8 le risque de crise suicidaire (Anaes 2000). Ce risque est bien sur à distinguer des équivalents suicidaires caractérisés par

certaines conduites d'alcoolisation massive et de franchissement des limites corporelles aboutissant au coma éthylique. Certaines recherches montrent que 20 à 60 % des suicidants présentent une dépendance alcoolique et 30 à 50 % des tentatives de suicide sont précédées d'une consommation d'alcool. La gravité des TS médicamenteuses est augmentée par l'intoxication éthylique, qui maximise les effets toxiques des médicaments ingérés dans une intention suicidaire (Anaes 2000). L'effet désinhibiteur des substances consommées rend par ailleurs plus difficile le repérage des IS et leur confère une dimension imprévisible.

Les **troubles de la personnalité** sont présents chez 40 à 70% des suicidés avant leur passage à l'acte (Schneider B 2006), avec un risque plus important pour les troubles de type état limite et antisocial (Hardy P. 2006).

Les symptômes exprimés chez les personnalités pathologiques les rendent particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires. Comme cela a été abordé précédemment (cf. paragraphe Approche psychopathologique), les troubles sont majoritairement constitués de traits d'impulsivité, d'intolérance à la frustration ainsi que de difficultés majeures dans la gestion du stress et dans la modulation des émotions. Les patients se retrouvent ainsi très fréquemment confrontés à une souffrance émotionnelle vive à laquelle il leur semble impossible d'échapper autrement que par le suicide.

De nombreux autres processus pathologiques sont fréquemment impliqués dans la problématique suicidaire.

C'est le cas des **troubles anxieux** qui augmenteraient de 6 fois le risque suicidaire (Wenzel A. 2009), avec une prévalence particulièrement élevée pour l'anxiété sociale, le trouble anxieux généralisé, et le syndrome de stress post-traumatique (Cogle J. 2009) (Bernal M. 2007).

L'impulsivité, déjà décrite dans le paragraphe ci-dessus consacré aux troubles de personnalité, est également un élément essentiel. Elle n'est pas un facteur spécifique mais elle facilite le passage à l'acte, tout particulièrement lorsqu'elle est associée à l'anxiété ou à la dépression (Anaes 2000).

Un **antécédent personnel de suicide** représente un facteur de très haut risque puisqu'il est largement supérieur à celui de 12% estimé pour les patients dépressifs. La TS apparaît comme le meilleur signe prédictif d'un geste fatal ultérieur. Agnès Batt suggère d'ailleurs de considérer la TS et le suicide comme l'expression d'un continuum entre deux comportements autodestructeurs interdépendants (Batt A. 2007). Il est montré que 30 à 40% des suicides sont précédés d'une ou plusieurs TS et que 10 % des suicidants parviendront à se suicider dans un délai de 10 ans. On admet que, globalement, le taux de suicide chez les suicidants augmente de 1 % chaque année, au cours des dix premières années, la première année étant celle à plus fort risque (Walter M. 2003). Le risque relatif de suicide est multiplié par 40 par rapport à la population générale (Courtet Ph. 2010).

Les **antécédents familiaux de suicide** constituent aussi un facteur de risque non négligeable. Le poids de ces facteurs est bien évidemment inversement proportionnel au degré de parenté, mais il est

décrit qu'un antécédent familial du premier degré de décès par suicide multiplie par 4 le risque relatif de suicide observé dans la population générale (Gunnell G 1994). Enfin, certaines études montrent également que 4 à 10% des suicidants avaient des antécédents familiaux de suicide au premier degré (Bioulac S. 2000) (Roy A. 1983).

La forte incidence des troubles psychopathologiques incriminés dans la survenue d'un événement suicidaire justifie l'acquisition de connaissances approfondies sur les facteurs de vulnérabilité les plus prédictifs du comportement suicidaire. Ces acquis sont un préalable indispensable au reste de l'évaluation de crise pour permettre l'identification la plus précise possible du processus suicidaire.

Un résumé des principaux facteurs de risques psychopathologiques décrits ci-dessus est disponible dans l'annexe I à la fin de ce travail.

4.2.1.2. Autres facteurs de risques primaires

Les autres FR primaires des conduites suicidaires concernent essentiellement les maladies somatiques. Olivier Cottencin montre que la comorbidité somatique qui peut se retrouver chez 16 à 70% des suicidés est un facteur bien identifié de chronicisation, d'aggravation et d'augmentation du risque suicidaire (Cottencin O. 2009). Ainsi, de nombreuses affections organiques ont été identifiées comme facteur de passage à l'acte. C'est le cas des pathologies cancéreuses, infection VIH, troubles neurologiques dégénératifs, pathologies coronariennes, insuffisances rénales dialysées, etc. D'une façon générale, toute maladie somatique grave, d'évolution chronique, source de douleurs, de séquelles, de handicap ou engageant le pronostic vital de l'individu, devrait être considérée à risque suicidaire. François Dumel rapporte en effet qu'un quart des sujets suivis pour une ou plusieurs pathologies chroniques présente des idées suicidaires, et 5% d'entre eux sont suicidants (Dumel F. 2001). La pathologie somatique peut, chez ces personnes, décompenser une structure psychique normale ou au préalable déjà fragilisée et vulnérable. Les différentes étapes d'une maladie grave (annonce, évolution, phases d'aggravations) nécessitent la mise en place de mécanismes d'adaptation, de défense et de moyens pour y faire face (coping). C'est souvent lorsque le patient n'y parvient plus que le risque suicidaire augmente. Olivier Cottencin et Frédérique Warembourg identifient deux types de patient à risque suicidaire (W. F. Cottencin O. 2010) :

- les patients souffrant d'une pathologie somatique sévère et qui, lors d'un moment de désespoir ne trouvent pas d'autre alternative que le suicide. Le processus suicidaire se développe alors sur la base d'un trouble de l'adaptation, plus que sur l'authenticité d'un réel syndrome dépressif;
- les patient atteints simultanément d'une maladie somatique et d'un trouble psychiatrique pour lesquels l'idée suicidaire ne résulte pas d'un trouble adaptatif, mais se développe au dépend d'une intrication médico-psychiatrique pathologique.

Enfin, une attention particulière est à apporter à la plainte douloureuse, qui est par définition une notion subjective difficilement identifiable cliniquement ou par les examens médicaux complémentaires. Celle-ci est source de diverses formes d'expressions corporelles et psychiques (angoisse, somatisation d'un état dépressif, communication d'une détresse, résignation, dimension identitaire, etc.) qui sont susceptibles d'activer une idéation suicidaire et auxquelles il faudra bien sûr, porter beaucoup d'attention (Batt A. 2007).

4.2.2. Facteurs de risque secondaires (environnementaux)

Les FR secondaires concernent les caractéristiques biographiques de l'individu dans son contexte social, économique et environnemental. Ils sont très fréquemment observables dans la population générale et n'ont donc qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Ils sont également peu sensibles à une prise en charge médicale (Anaes 2000).

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, l'approche sociologique durkheimienne a probablement été la première à incriminer la responsabilité de la problématique sociale sur la santé et le mal-être des individus. Depuis les premières études de risque sur le suicide, le cheminement des connaissances a été marqué initialement par la prise en compte des FR individuels, puis successivement par celle des parcours de vie (pathway), des parcours de vie inscrits dans leur contexte (integrated pathway) et enfin des facteurs susceptibles d'affecter ces parcours de vie (Williams M. 2002).

Certaines études de psychiatrie sociale ont précisé le sens générique et approximatif du terme "FR secondaires" pour le substituer à la notion conjoncturelle "d'**événement de vie**" (EV). Les EV sont définis comme la survenue dans la vie du sujet d'un changement extérieur suffisamment rapide et important pour entraîner une discontinuité dans le cours de sa vie (Tatossian A. 1985) et une rupture notable de la stabilité quotidienne. De nombreux travaux ont observé une corrélation temporelle évidente entre la survenue d'un EV négatif et celle d'une conduite suicidaire. Il n'existe pas non plus ici de relation causale directe entre ces deux phénomènes, mais les EV semblent avoir les propriétés de précipiter ou amplifier une crise suicidaire lorsqu'il existe un contexte de vulnérabilité sous-jacent (Anaes 2000). On constate en effet que 80% des suicidés ont connu un EV éprouvant dans les trois mois précédent leur geste (difficulté d'ordre professionnelle ou financière, discorde familiale, séparation, décès dans l'entourage) (Heikkinen M. 1994). Les EV sont de plusieurs ordres.

En premier lieu surviennent les **antécédents psychotraumatiques**. Les faits les plus souvent retrouvés dans la survenue d'un geste suicidaire sont les antécédents de violences sexuelles ou physiques (Beck F 2011) telles que l'inceste ou la maltraitance infantile par exemple (Molnar B 2001). Une étude anglaise récente souligne également le poids du "bullying" sur les TS (Meltzer H, 2011). Le bullying est un néologisme anglo-saxon qui désigne une violence à long terme (agression répétée s'inscrivant dans la durée), physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs qui agissent dans une volonté délibérée de nuire. Le but est de faire peur, d'humilier ou encore d'établir un rapport

de domination. La victime est souvent choisie en fonction d'une différence (apparence physique, handicap, difficulté d'apprentissage...) ou d'une certaine fragilité (Beck F 2011).

Le manque de **cohésion familiale** est un facteur circonstanciel retrouvé fréquemment comme agent déstabilisant des conduites suicidaires. Les pertes parentales précoces, les décès dans l'entourage, les conflits familiaux ou la violence conjugale sont autant de circonstances capables d'induire chez un sujet vulnérable une rupture psychique. Un environnement relationnel familial hostile peut en effet augmenter significativement le risque suicidaire en conduisant certains membres de la famille à négliger consciemment ou inconsciemment certains dispositifs de sécurité ou de protection intrafamiliaux (Shea SC. 2008).

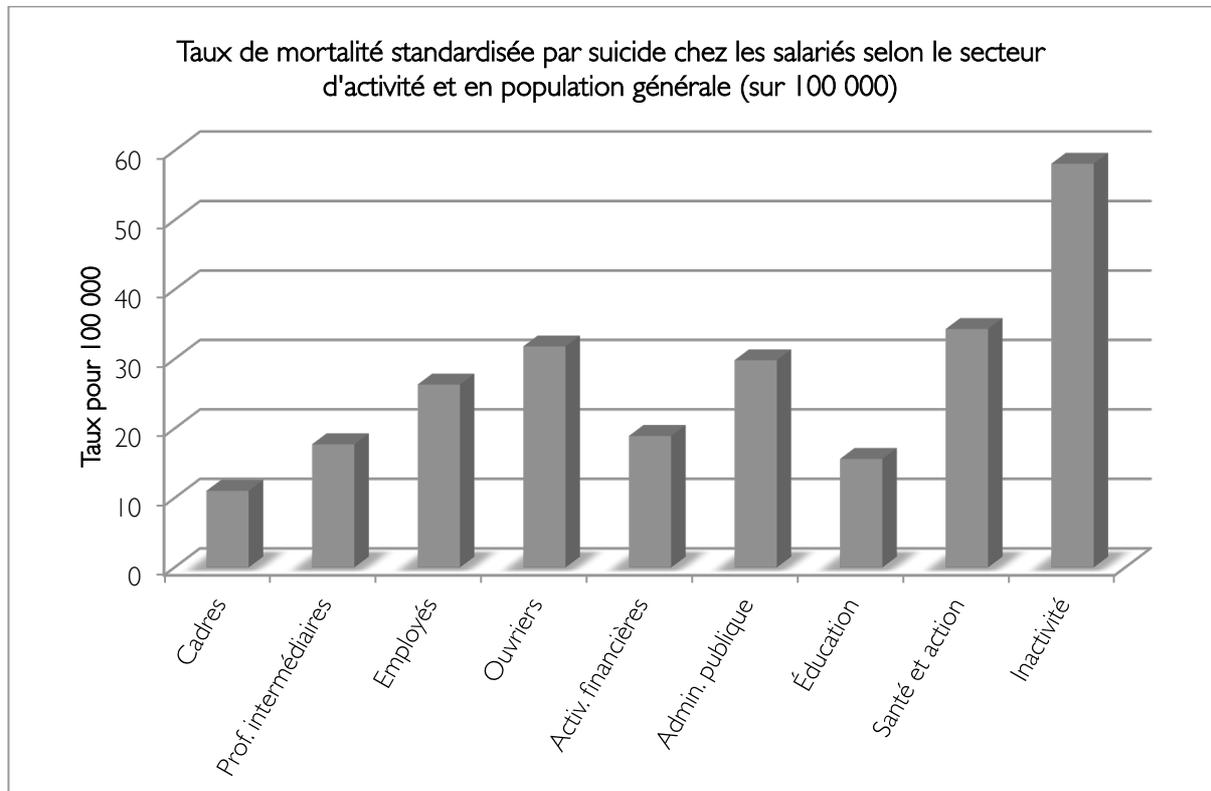
L'une des corrélations statistiques la plus remarquable concerne l'absence de conjoint. Le risque le plus élevé se trouve chez les couples séparés. Les personnes divorcées ont le deuxième taux de risque, suivies de celles dont le conjoint est décédé. Les personnes qui n'ont jamais été mariées arrivent ensuite dans ce classement (Fremouw W.J. 1990). Si l'on en croit d'ailleurs une étude de Philippe Besnard, les séparations fragiliseraient davantage les hommes que les femmes (Besnard P. 1997). La raison pourrait être que les femmes divorcées sont plus nombreuses à avoir la garde de leurs enfants que les hommes divorcés.

Le **degré d'intégration sociale** est un facteur aussi important que déterminant dans l'installation du processus suicidaire. Ainsi, un niveau d'éducation faible est lié à une surmortalité par suicide principalement chez les célibataires (Lorant V 2005). L'isolement, qu'il soit relationnel (célibat, divorce, veuvage) ou social (déracinement, migration, placements en institutions), joue également un rôle incontestable. Le chômage apparaît comme un risque majeur, lequel pourrait s'expliquer entre autres par la diminution du revenu, la perte d'identité sociale ou de l'estime de soi (Batt A. 2007).

Si le **travail** est le plus souvent un facteur d'intégration sociale préservant du suicide, la qualité du contexte professionnel et le mal être au travail constituent en revanche des risques psychosociaux qui peuvent énormément influencer l'évolution d'une crise suicidaire. Il existe d'importantes disparités selon la hiérarchie sociale et les catégories socioprofessionnelles. Il existe un différentiel de mortalité par suicide selon les catégories socioprofessionnelles. Celui-ci met en évidence une relation inverse entre le statut social et la mortalité masculine (Surault P. 1995). Un rapport publié par l'Inserm en 2010 (INVS 2010) portant sur la période 1976-2002, relève que pour 100 000 individus, le taux de mortalité standardisé par suicide le moins élevé s'observe pour les cadres d'entreprise (11,0). Les inactifs (58,1) et les ouvriers (31,8) connaissent les taux de suicide les plus élevés, les ouvriers étant trois fois plus touchés que les cadres (Graphique 5). D'autres catégories professionnelles sont également particulièrement concernées, comme les policiers, les militaires (35) ou les professions libérales en général (27,1) (Bourgoin N. 1999). Le suicide représenterait 14% (Léopold Y. 2003) des décès pour les médecins

généralistes en activité (31,3) soit un risque relatif multiplié par plus de 2 par rapport à la population générale (Courtet Ph. 2011).

Graphique 5



Source : (INVS 2010)

Les individus à **faible niveau de revenu** ou rencontrant des **difficultés financières** sont également plus à risque de réaliser un geste suicidaire. Il en va de même avec les personnes confrontées à la **justice**, la convocation au tribunal devenant même dans certains cas un facteur précipitant le geste (Capitain JY. 2009). Les **minorités sexuelles** sont également surexposées, et en particulier les jeunes qui affrontent souvent des discriminations importantes au moment de l'adolescence (Touraine M. 2013). Enfin, l'**engagement religieux**, s'il peut parfois préserver du suicide (nous y reviendrons plus tard), représente dans certains cas un facteur de risque. Il arrive en effet que certains suicidaires considèrent leur mort comme un rapprochement avec l'être cher disparu et que ce geste soit envisagé dans l'objectif d'apaiser leur peine. Le suicide s'inscrit quelquefois dans un type particulier de préoccupation religieuse excessive. Les ruminations se concentrent alors sur l'idée que le patient pense devoir réaliser une action pour prouver son amour à Dieu ou pour expier une faute. Ces conduites minoritaires peuvent être parfois aussi associées à une forme d'automatisme mental capable de dicter les conduites d'un sujet souffrant d'un délire mystique d'origine schizophrénique.

Les EV sont donc nombreux à peser dans la problématique suicidaire (annexe 2). Il est important de faire la distinction entre les EV prédisposants, qui interviennent généralement précocement dans la vie du sujet, et les EV précipitants qui surviennent quelques semaines ou quelques mois avant le geste suicidaire et qui agissent comme un véritable catalyseur.

Un résumé des principaux facteurs de risques environnementaux est décrit sous forme de tableau dans l'annexe I.

4.2.3. Facteurs de risque tertiaires (démographiques)

Les facteurs de risque tertiaires sont peu nombreux et concernent les caractéristiques démographiques des individus. Comme le montrent les données épidémiologiques, l'âge (grand âge et jeune âge) et l'appartenance au sexe masculin sont les variables démographiques les plus discriminantes du comportement suicidaire. Ces facteurs ne peuvent être modifiés par les traitements et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires (Anaes 2000).

Comme nous l'avons abordé précédemment, les taux élevés de suicides masculins accomplis, peuvent s'expliquer par la nature des moyens choisis pour se suicider. En effet, les hommes utilisent plus fréquemment des armes à feu ou d'autres méthodes violentes et plus radicales pour se tuer (Shea SC. 2008).

4.2.4. Les indices comportementaux à risque

Si d'après ces quelques données sémiologiques, la crise suicidaire semble de façon générale assez bien définie et codifiée, elle peut néanmoins parfois présenter une facette inhabituelle et particulièrement imprévisible. Cet obstacle à la prévisibilité ne vient pas pour autant de l'absence d'indices laissés par l'individu suicidaire sur l'imminence de son geste, mais provient plus souvent des difficultés des soignants et de l'entourage à décoder ces signes atypiques précurseurs de suicide. Il est montré en effet que les suicides impulsifs (raptus suicidaires) représentent moins de 1% du total des décès par suicide et que 80% des suicidants laissent des indices (plus ou moins subtils) annonçant leurs intentions suicidaires (Terra JL 2003). Shawn Christopher Shea rappelle d'ailleurs que de trop nombreux suicides sont qualifiés à tort d'*impulsifs*, alors que le patient a seulement agi de manière résolue et déterminée en prenant le médecin et l'entourage au dépourvu (Shea SC. 2008).

Dans certains de ces cas difficiles, la crise peut prendre l'aspect d'un syndrome pré-suicidaire de Ringel (Ringel E. 1976), dont nous avons précédemment appris à reconnaître les signes. Dans d'autres circonstances, il peut être observé des comportements moins révélateurs comme un syndrome de désinvestissement (refus alimentaire, refus de soin, négligence personnelle) qui peuvent être assimilés à d'authentiques équivalents suicidaires.

Daniel Bordeleau décrit cette phase pré-suicidaire comme le moment où le mouvement de balancement entre la vie et la mort est le plus faible pour que l'ego puisse exercer son rôle décisionnel (Bordeleau D.

1998). L'individu suicidaire peut décider ainsi de mettre en place un véritable processus de "clôture de sa vie" au cours duquel il dit adieu aux êtres chers (visites, coups de téléphone, lettres) ou adopter un comportement de départ au cours duquel il met en ordre divers éléments de son quotidien (don d'objets personnels, rédaction d'un testament, dépossession ou rangement de ses affaires) (Terra JL 2003). Ces signes parfois très discrets ou peu pris au sérieux sont en vérité de vrais signes d'alerte de l'imminence d'un geste suicidaire.

Il convient aux médecins d'être particulièrement vigilant aux motifs de consultations visant à obtenir une ordonnance inhabituelle ou lorsque le motif semble imprécis ou difficilement identifiable, cela pouvant être une occasion pour le patient de parler de ses intentions si le médecin lui offre la possibilité d'aborder le sujet. La présentation clinique de la dépression est en effet parfois d'expression corporelle, ce qui rend sa détection difficile. Une étude récente montre d'ailleurs qu'un quart des patients dépressifs consultant en médecine générale se présente avec des symptômes médicalement inexplicables. La somatisation représenterait une incapacité d'expression du trouble psychiatrique (Dumel F. 2001).

Les dates anniversaire d'un événement grave (décès ou suicide d'un proche) nécessitent en elles-mêmes beaucoup d'attention puisqu'en raison de leur valeur symbolique, elles sont parfois précisément choisies par l'individu pour programmer son suicide.

D'autres signes, à la fois anodins en apparence et pourtant très évocateurs, peuvent permettre d'identifier un état clinique présuicidaire. Les prétextes fondés sur l'impression d'aider, de soulager les autres ou d'alléger leur fardeau ("il s'en sortiront mieux sans moi", "je n'embêterais plus personne"), sont également à prendre sérieusement en compte (Vandevoorde J. 2013).

Certaines attitudes troublantes ressenties comme une rupture inhabituelle dans le comportement du sujet peuvent aussi précéder le passage à l'acte, comme par exemple une altération du sens des valeurs, des plaisanteries cyniques, d'une communication inhabituelle sur la mort, ou encore la recherche soudaine de moyens létaux.

Enfin, et de façon contradictoire, une accalmie suspecte qui tend à rassurer l'entourage est en général très trompeur. Une amélioration inattendue de l'état clinique peut en effet cacher une issue fatale. La sérénité du patient peut être consécutive à sa décision de se suicider. Le patient est soulagé, il a l'impression que la fin de ses souffrances est proche. La décision la plus importante de sa vie est prise (Shea SC. 2008).

4.2.5. Les facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs se situent à l'opposé des facteurs de risque. Ils peuvent être définis comme les caractéristiques personnelles et environnementales qui aident à diminuer le risque suicidaire. S'il existe beaucoup d'études sur les FR, les travaux consacrés aux éléments protégeant les sujets à risque d'un passage à l'acte sont assez peu nombreux. Les FP sont peut-être aussi nombreux que les FR, mais leur mise en évidence relève probablement plus de l'intuition que de preuves scientifiques concrètes. L'estime de soi, le bien-être psychologique et émotionnel, l'humeur positive par exemple, sont autant de

FP dont le bénéfice n'est pas à démontrer. Plus précisément, Robin Overall distingue quatre domaines du fonctionnement mental capables de protéger un sujet du risque suicidaire (Overall R. 2006) (Vandevorde J. 2013) :

- les processus cognitifs : bonnes capacités de résolution des problèmes et des conflits, plasticité des stratégies adaptatives (coping), habilité à trouver des solutions, optimisme, acceptation des choix personnels ;
- les processus émotionnels : capacité à percevoir, intégrer, comprendre et gérer ses propres émotions ;
- les processus sociaux : développer et maintenir un réseau social fort, capacité à s'appuyer sur des personnes de confiance, solidité du support familial ;
- les processus liés à l'action : aptitude à se projeter dans l'avenir, trouver un but ou un sens à sa vie, s'exercer à l'autonomie et l'indépendance, avoir confiance en sa capacité à changer le cours des choses.

Sortant de ce cadre sémiologique, il apparaît que les convictions religieuses profondément ancrées ont tendance à minimiser le risque suicidaire. En effet, toutes les religions semblent depuis leurs origines condamner unanimement le meurtre de soi. Une étude canadienne datant de 2005 (Gravel R. 2005) montre qu'une pratique religieuse est associée à un moindre risque de tentative de suicide, même après prise en compte du support social. Pour d'autres, ce n'est pas tant le type de religion qui intervient mais plutôt le degré de croyance qui serait davantage protecteur (Courtet Ph. 2010). Quoiqu'il en soit, les patients désirant mourir semblent susceptible d'être influencés par le contexte religieux ou leur croyances. Avec elles, ils se construisent une représentation éthique spirituelle qui leur donne un sens à la question du pourquoi de la vie et de leur rôle sur terre.

L'autre raison éthique majeure qui retient l'individu suicidaire dans l'accomplissement de son geste est la notion de fidélité familiale, et en particulier celle de responsabilité parentale vis à vis de ses enfants. Elle offre souvent une dernière chance de rationalisation à l'individu et un dernier rempart à l'accomplissement de son geste.

Néanmoins, même si les patients semblent avoir des raisons éthiques légitimes pour ne pas se tuer, un FP - aussi puissant soit-il - n'apporte aucune certitude sur les garanties de survie de l'individu suicidaire. La douleur émotionnelle est parfois telle que la position éthique est submergée par l'entrevue d'un soulagement à la souffrance. C'est pourquoi au cours de l'entretien avec son patient, le clinicien doit savoir déterminer si celui-ci dispose de soutiens sociaux et familiaux immédiatement disponibles. Il doit également savoir insister sur les FP capables de dissuader le patient de passer à l'acte. Une relation thérapeutique positive et une qualité optimale du support thérapeutique sont d'ailleurs reconnues comme des éléments protecteurs. Le rôle de soignant dans ces situations est parfaitement décrit par Shawn Christopher Shea qui explique que "*notre travail est d'aider les patients à trouver les "tonneaux qui*

flottent" et des alternatives au suicide. Les espoirs de nos patients proviennent en partie de leurs propres souvenirs. Dans ce cas, c'est la renaissance des souvenirs de succès antérieurs, de moments au cours duquel ils ont triomphés de grands défis. Nous sommes là pour rallumer la flamme de leur mémoire et les diriger vers cette sensation de maîtrise qui soutient la vie et sème l'espoir." (Shea SC. 2008, 66)

4.3. L'urgence suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire permet de mesurer le poids et l'organisation de la problématique suicidaire. Elle permet de rendre compte de l'imminence du passage à l'acte, du degré d'élaboration du scénario et constitue un élément déterminant de l'orientation et de l'urgence de l'intervention. La prise en charge sera en effet différente selon que le sujet exprime l'intention de se suicider dans la journée et qu'il a en sa possession un moyen pour le faire, ou qu'il a quelques flashes suicidaires qui lui traversent ponctuellement l'esprit, mais sans planification particulière.

L'Anaes recommande d'explorer l'urgence suicidaire à plusieurs niveaux (Anaes 2000) :

- le niveau de souffrance psychique : intensité du désespoir, dévalorisation, impuissance, culpabilité ;
- le degré d'impulsivité : instabilité comportementale, agitation, panique ;
- le degré d'intentionnalité.

La dernière question est celle du degré d'intentionnalité; elle semble être la plus déterminante de la probabilité de passage à l'acte à court terme et mérite que l'on y revienne plus précisément. Celle-ci est déterminée par deux critères qui sont la **fréquence** des IS et l'évolution de la **planification** suicidaire, chacun étant soumis à trois variables (références 2014).

Les étapes de la progression des IS et de leur fréquence sont :

- 1) Flashes suicidaires de faible intention : en théorie l'étape la moins à risque et la plus éloignée du passage à l'acte. Les idées sont diffuses, brèves et non ruminées.
- 2) Pensées suicidaires occasionnelles : l'idée suicidaire est récurrente. Le sujet envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas obsédé quotidiennement.
- 3) Pensées suicidaires fréquentes : l'individu pense au suicide régulièrement. Il commence à planifier son passage à l'acte.

Les étapes de l'évolution de la planification suicidaire sont :

- 1) L'élaboration : pour la personne, le suicide est devenu la seule option, tout du moins l'option principale. Cependant, elle ne sait ni comment, ni quand elle va le faire. La décision est prise, mais les éléments de planification manquent encore (où, quand, comment, avec quoi).

- 2) La planification est définie : La personne menace de passer à l'acte au delà de 48 heures. Elle a en main le moyen qu'elle a choisi ou elle a accès à ce moyen (médicaments, corde, arme, etc.) A ce moment, un contrat de "non-passage à l'acte" peut, en fonction du contexte global, être éventuellement établi entre le clinicien et le patient.
- 3) La finalisation : La personne menace de passer à l'acte dans les prochaines 48 heures. Elle a le moyen légal à sa disposition, connaît le lieu et le moment précis de son geste. Ici aussi, un contrat de "non-passage à l'acte" peut-être envisagé si la situation s'y prête.

Au terme de l'évaluation de ces critères sur trois variables, il doit être possible de définir, sur trois variables également, un niveau faible, moyen ou élevé d'urgence suicidaire. Dans son consensus, l'Anaes suggère une aide à l'évaluation de l'urgence en proposant un guide du degré d'urgence établi en fonction d'un "profil type" de patient concerné (Tableau I).

Tableau I

URGENCE FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> Relation de confiance établie avec le praticien Désir de parler et recherche de communication Idée suicidaire mais sans scénario précis Évaluation des stratégies pour faire face à la crise Le sujet est psychologiquement souffrant mais pas anormalement troublé
URGENCE MOYENNE	<ul style="list-style-type: none"> Équilibre émotionnel fragile Intention suicidaire claire Présence d'un scénario suicidaire mais dont l'exécution est différée Le suicide est perçu comme la seule solution aux difficultés Besoin d'aide et communication de son désarroi Isolement
URGENCE ELEVEE	<ul style="list-style-type: none"> Passage à l'acte planifié et décidé Décision rationalisée ou émotivité ou agitation ou athymie Inertie dépressive ou état de grande excitation Douleur et souffrance omniprésentes ou complètement tues Accès immédiat au moyen de se suicider Sentiment d'avoir tout essayé Isolement majeur

Source : (Anaes 2000), (Vandevoorde J. 2013)

Enfin, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la recherche du facteur précipitant (perte d'un proche, conflits) capable d'accroître de façon considérable l'urgence suicidaire et agissant comme un déclencheur du passage à l'acte (Walter M. 2003).

Si l'ensemble de ces données permet d'étayer efficacement le raisonnement clinique du médecin sur le risque immédiat de passage à l'acte, il ne permet pas de prédire avec certitude les délais du risque suicidaire. Agnès Batt rappelle d'ailleurs que la gravité des IS dépend tout autant de leur intentionnalité que de leur chronicité (Batt A. 2007). Compte-tenu de la variabilité des types de crises suicidaires, il faut reconnaître que les performances de ces outils souffrent d'un manque de spécificité qui n'exclue pas la possibilité de certains faux positifs ou de faux négatifs dans les évaluations.

4.4. La dangerosité suicidaire

L'éventualité d'un scénario suicidaire mortel doit être mesurée par l'évaluation de la létalité du moyen suicidaire envisagé, et par l'accessibilité à ce moyen pouvant augmenter sensiblement la dangerosité du mode suicidaire.

Cette évaluation est paradoxale et complexe, car il n'existe pas d'échelle validée disponible mesurant le degré de létalité prévisible - ou le taux d'*efficacité suicidaire* - d'une méthode donnée. L'estimation du risque léthal de tel ou tel moyen est donc laissée à l'appréciation personnelle de chaque clinicien, qui devra définir lui-même un risque objectif à partir de données non mesurées. De même, il existe, assez peu d'études statistiques portant sur la prévalence des différents modes suicidaires employés.

Ces contradictions sont peut-être à mettre en rapport avec une forme de réticence induite par la pénalisation de toute initiative susceptible d'être assimilée à une incitation en faveur du suicide, ou du meilleur moyen pour y parvenir.

Cependant quelques informations sont disponibles. Les données Inserm de 2010 montrent qu'en France, le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison, qui représente 54% des décès pour les hommes et 32% pour les femmes. En seconde place, les femmes ont plus souvent recours à l'intoxication médicamenteuse volontaire (31% contre 10% pour les hommes), alors que les hommes privilégient les armes à feu (18% contre 3% pour les femmes). Enfin, la part des décès par saut d'un lieu élevé est de 5,9%. Eric Jouglà constate par ailleurs, que les modes suicidaires ont peu évolués depuis vingt ans (Jouglà E 2003).

Le professeur Jean-Louis Terra estime qu'une mesure efficace pour diminuer les taux de suicides en France serait de limiter l'accessibilité aux moyens suicidaires les plus dangereux (encadrement des ventes libres de médicaments, disponibilité des armes à feu). Il est en effet constaté qu'un foyer sur cinq dispose au moins d'une arme à feu et que sa présence au domicile multiplie par 5 la probabilité de suicide (Terra JL 2003). Le suicide représente d'ailleurs la première cause de mortalité par arme à feu, soit en 1999, presque 80% du total des décès par arme à feu (Péquignot F. 2004).

Ces chiffres révèlent donc l'importance à accorder à l'accessibilité aux moyens dangereux dans la prévention du suicide. Prenons pour exemple connu le cas de la Grande-Bretagne, qui a vu son taux de suicide par intoxication au gaz de ville disparaître presque totalement depuis que le gaz a été appauvri en dioxyde de carbone dans les années 1970. En France, une mesure législative de 2002 a instauré une

procédure administrative qui autorise les forces de l'ordre à soustraire son arme à feu à un individu ayant un projet de suicide (ou d'homicide)(Rabord M. 2003). La réduction de l'accessibilité aux moyens suicidogènes constitue donc un axe de prévention qu'il est important de développer d'autant qu'il ne semble pas être observé de report de mortalité vers un autre moyen de suicide (Lavoie M. 2001).

5. Prévention suicidaire

5.1. Définition et éthique de la prévention

La légitimité d'une prévention active du suicide est soulevée très tôt par Albert Camus, lorsqu'il écrit en 1942 dans le *Mythe de Sisyphe*, "il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie." (Camus A. 1942). La question fait encore débat aujourd'hui. Devons-nous coûte que coûte intervenir dans le champ de la prévention du suicide et comment pouvons-nous organiser et justifier une prévention fiable, absolue et responsable ? Nous sommes habitués à ce que les principes philosophiques et scientifiques tendent à justifier continuellement notre existence. Pourtant les psychologues et les médecins qui luttent contre le suicide sont souvent capables de reconnaître que leur combat, s'appuie en dernier ressort, sur des convictions philosophiques intuitives qu'ils ne peuvent prouver, mais qu'ils assument. Ils sont convaincus que la vie vaut mieux que la mort, et la santé mentale consiste à aimer la vie malgré les souffrances inévitables qu'elle nous inflige (Quilliot R. 2013). Comme nous l'avons évoqué précédemment, il n'existe pas de raison valable et unanime capable de légitimer l'existence ou de justifier préférentiellement que quelque chose existe, plutôt que rien.

La question de la légitimité de la prévention du suicide vient donc éternellement se heurter à celle de la notion de liberté individuelle. Le contenu de ce travail confirme pourtant l'évidence. L'immense majorité des suicides n'est pas le résultat d'un choix libre, actif et réfléchi. Roland Quilliot nous fait d'ailleurs remarquer que ce qui prouve que l'envie de se donner la mort n'est pas une volonté véritable, réfléchie et méditée, c'est le constat épidémiologique que les TS sont près de vingt fois plus nombreuses que les suicides effectifs, signe que dans la plupart des cas, le désir de mort est un désir ambigu. Le sujet voudrait en fait vivre, mais vivre autrement; il appelle à l'aide, il essaie de se laisser une chance d'en réchapper, et il suffit souvent d'un rien pour qu'il renonce à son projet (Quilliot R. 2013). La justification de l'intervention dans la crise suicidaire s'appuie donc sur le fait que la personne est ambivalente et qu'un soulagement de la souffrance - aussi minime soit-il - peut différer l'acte.

Quoi qu'il en soit, il est utopique d'espérer un jour pouvoir déjouer la totalité des passages à l'acte. L'efficacité de certains systèmes de défense individuels est susceptible de masquer les intentions suicidaires les plus déterminées et les plus résolues. Les patients relevant d'un tel fonctionnement

peuvent surprendre n'importe quel clinicien et mettre en échec avec habileté et intelligence la plupart des systèmes préventifs existants.

Dans ces circonstances, l'attitude la plus juste semble bien être celle de la prévention, qui non seulement rend service à la plupart des patients suicidaires, mais qui prend également en compte l'intérêt de tous ceux qui l'entourent, en particulier l'environnement familial.

Le mot prévention qui vient historiquement du latin "praevenire", prend son sens médical assez tardivement au siècle dernier pour exprimer l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour éviter les maladies (prévention primaire), pour empêcher une aggravation des maladies (prévention secondaire), et pour permettre la réinsertion des malades dans une vie proche de la normale (prévention tertiaire). La prévention du suicide s'est logiquement adaptée au sens générique du mot "prévention" pour désigner également aujourd'hui une intervention en trois temps, (primaire, secondaire et tertiaire) situés en amont et en aval du geste suicidaire. Les objectifs de cette intervention sont triples (LeFacteurHumain 2014) (Batt A. 2007) :

- **Prévention primaire** : agir en premier lieu sur l'information de la population et sur la réduction des situations à risque, en travaillant en amont de l'apparition des facteurs de risque. Il s'agit de prévention au sens propre du terme puisque l'on intervient à la source avant même que la situation ne se dégrade, pour prévenir cette dégradation. En matière de problématique suicidaire, la prévention primaire tout ce qui contribue à informer la population sur le suicide, réduire l'incidence des troubles mentaux, encadrer l'accessibilité aux moyens létaux, prévenir le risque psychosocial (éducation, organisation et conditions de travail), etc.
- **Prévention secondaire** : c'est la volonté d'empêcher le geste suicidaire par trois recours : la gestion des problèmes sociaux et relationnels dans les groupes ou les situations à risque, l'identification et le traitement de la maladie mentale, la réponse adaptée à la crise suicidaire.
- **Prévention tertiaire (postvention)** : elle a un but curatif et consiste à intervenir lorsque le dommage a déjà eu lieu : aide à la reconstruction psychique et à la réintégration sociale du suicidant, prévention de la récurrence, cellules de soutien psychologique s'adressant à l'entourage vivant le deuil.

5.2. Spécificité de la médecine générale

Le rôle du médecin généraliste dans la gestion des conduites suicidaires est multiple. Il doit être capable d'identifier un risque suicidaire avant le passage à l'acte, intervenir auprès des patients dont le risque suicidaire est identifié et également assurer le suivi et la coordination des patients suicidants dans leur prise en charge spécialisée, ambulatoire ou hospitalière.

Les médecins généralistes sont particulièrement impliqués dans la prise en charge des troubles psychopathologiques. Selon l'observatoire de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en

2007, la réaction à des situations éprouvantes est au quatorzième rang des consultations (4,2 %), l'insomnie, l'anxiété, l'humeur dépressive et la dépression ont des prévalences respectives de 3,46 %, 3,19 %, 2,60 % et 2,29 %. On constate néanmoins que la prévalence du suicide en médecine générale est assez faible, avec un cas sur 5000 actes en moyenne (Colas C.E 2010).

Cependant, les conséquences graves engendrées par l'accomplissement d'un geste suicidaire incitent à reconsidérer complètement certaines données statistiques. Serge Fanello indique qu'en 2002, 92% des médecins généralistes interrogés reconnaissent avoir été confrontés au suicide d'un de leurs patients, au moins une fois au cours de leur carrière, et 98% à une TS, le dernier suicide enregistré dans leur patientelle remontant même à moins d'un an pour 30% d'entre eux (Fanello S. 2002).

Ces informations montrent l'importance des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'identification et la prise en charge des conduites suicidaires. Plus de trois quarts d'entre eux (78%) considèrent comme difficiles le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire : les éléments qui leur permettent d'estimer ce risque sont avant tout l'existence d'antécédents suicidaires (87% des répondants) et l'isolement affectif (83 %). La verbalisation d'idées ou de projets suicidaires (72%) ainsi que la présence d'un désespoir (77 %) permettent aussi le repérage (Fanello S. 2002).

Certaines données sont d'une importance capitale pour rendre compte du manque d'efficacité des systèmes de prévention existant actuellement en médecine générale. Les résultats de plusieurs enquêtes et en particulier d'autopsies psychologiques indiquent qu'un nombre important de suicidants et de suicidés ont consulté un médecin (le plus souvent un généraliste) dans les jours précédant le geste suicidaire, sans que le diagnostic ait été porté : 60 à 70% ont consulté le mois précédant et 36% la semaine précédant le passage à l'acte (Dumel F. 2001). A aucun moment, le potentiel suicidaire du patient n'a été suspecté ou pris en compte par le clinicien. François Dumel insiste à cet égard sur le fait que la motivation profonde de la consultation doit toujours être attentivement recherchée. Comme nous l'avions évoqué plus tôt dans ce travail, une symptomatologie atypique ou inexplicée peut très bien masquer un risque suicidaire. Le patient espère du médecin une ultime aide, "une perche tendue", si celui ci est capable de lui fournir. Or ce n'est pas toujours possible. La capacité de gestion de crise suicidaire est très liée à la sensibilité personnelle de l'intervenant. La gêne ou la réticence de certains cliniciens à aborder les sujets d'ordre psychologique est parfois à l'origine de nombreux retards diagnostiques ou de non reconnaissance du risque suicidaire. Pourtant, le contenu même de l'intervention semble presque élémentaire. La durée limitée de la crise suicidaire, l'ambivalence et l'instabilité du fonctionnement psychique du sujet en crise font qu'une simple écoute attentive peut permettre un soulagement modeste de la souffrance et suffire à réduire l'intentionnalité suicidaire pour différer le passage à l'acte (Terra JL 2003).

Néanmoins, un constat rassurant montre malgré tout que 2/3 des médecins généralistes interrogés souhaitent être mieux informés sur les possibilités de prise en charge de leurs patients et qu'ils sont

particulièrement favorables au développement de collaborations avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social (Fanello S. 2002).

5.3. Prévention primaire

L'objectif de la prévention primaire consiste à décrypter l'énigme du suicide au niveau collectif. La relation entre les faits sociaux et le suicide doit-être identifiée pour pouvoir être modifiée. . Or comme nous le savons, il n'existe pas de certitude absolue sur les liens de causalité entre les variables sociales, les indices macroéconomiques et le suicide. Au niveau d'une population on peut constater au mieux des corrélations entre le suicide et le contexte socioéconomique (chômage, niveau de richesse), mais il n'existe pas de modèle pronostique statistiquement fiable pour déterminer s'il représente un facteur de causalité individuel. Ce n'est pas non plus un indicateur précis de risque, en ce sens qu'il ne permet pas de quantifier le risque de certains groupes présentant une caractéristique donnée comme étant tant de fois supérieur à celui de la population générale.

Au niveau individuel, les indicateurs socioéconomiques correspondent majoritairement aux facteurs de risque secondaires qui, comme nous l'avons expliqué, ont une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Ils représentent souvent la "goutte d'eau", le facteur précipitant, l'impondérable permissif du geste fatal. De par leur nature, il est très difficile d'agir dessus médicalement. Ces préoccupations nécessitent une prise de conscience des professionnels de santé et des éducateurs impliqués dans la prévention du suicide et justifient la mobilisation urgente des équipes de santé publique et de tous les décideurs politiques pour entreprendre les actions nécessaires situées en amont de la souffrance et du mal être.

Les possibilités d'action sont nombreuses et complexes. Nous en aborderons seulement quelques unes ici, celles qui nous semblent les plus pertinentes, car il serait trop long de toutes les détailler. En effet, les domaines de la prévention primaire sont multiples et peuvent concerner l'organisation sociale, le registre culturel et éducatif, l'information auprès du public, la promotion de la santé, la prévention des accidents ou encore la réduction de l'incidence et le traitement des troubles psychiques, etc.

Comme nous avons pu l'aborder dans ce travail, la méthode de l'autopsie psychologique, développée aux Etats-Unis par Edwin Scheidemann à partir des années 1960, a permis d'obtenir une aide précieuse dans la connaissance des caractéristiques de décès par suicide. Les principes de cette méthode d'expertise rétrospective consistent à interroger, après un suicide, le maximum de proches et connaissances du sujet décédé, afin de reconstituer les circonstances de son acte (préparation, préméditation, moyens utilisés, rédaction de lettres d'adieu, etc.), mais aussi le paysage familial depuis l'enfance, l'environnement social (support social, isolement), le parcours de vie, les relations, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents de conduites suicidaires, les

événements de vie négatifs, les éventuels contacts avec les services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches face au suicide (Batt A. 2007). L'intérêt de cette technique réside dans la détermination des caractéristiques environnementales et psychopathologiques les plus souvent impliquées dans la survenue du suicide et dans la possibilité d'en établir au niveau collectif des corrélations sur des variations concomitantes. Ceci permet une meilleure connaissance du phénomène suicidaire et de ses déterminants et rend possible une intervention en prévention primaire au niveau d'une population et en prévention secondaire à l'échelle individuelle au moment de la crise suicidaire.

Au delà de ce travail, un effort doit être engagé au niveau de la population générale pour repérer, évaluer et prendre en charge systématiquement l'ensemble des troubles psychiatriques, afin d'en réduire l'incidence. C'est une tâche cruciale pour les cliniciens et particulièrement pour les généralistes qui interviennent en premier recours pour la majorité des patients en souffrance. La possibilité d'un travail en réseau avec les psychiatres devrait fournir le soutien et l'aide nécessaire au généraliste dans sa mission, et lui garantir le bien-fondé de son action, de ses choix et de ses prescriptions. Les programmes de formations régionales qui ont suivies en 2001 le lancement de la "*Stratégie nationale d'action face au suicide*", devraient aujourd'hui être poursuivis et très largement étendus à toutes les régions. La rédaction d'articles accessibles aux patients, de guides ou de répertoires contenant les coordonnées des structures ressources sont également des pistes utiles de prévention.

La limitation des accès aux moyens létaux constitue également une stratégie démontrée et efficace de prévention primaire (Harris L. 2005). Ainsi, l'interdiction du port d'arme, le changement de conditionnement et l'encadrement des ventes libres de médicaments sont autant de moyens simples permettant d'agir par anticipation à l'encontre du geste suicidaire.

La prévention primaire du suicide passe également par des moyens efficaces de sensibilisation et d'information des populations sur le suicide en général et sur une médiatisation adaptée des cas particuliers de suicide. En effet, plusieurs études ont démontré qu'une médiatisation abusive, injustifiée ou sensationnaliste des cas de suicides peut entraîner une majoration préjudiciable de la détresse pour certains individus vulnérables et un effet d'imitation des conduites. Inversement une information appropriée sur le suicide permettrait de faire connaître les ressources d'aide disponibles pour les sujets en souffrance et ainsi de sauver des vies (OMS 2002). Ainsi, certaines recommandations ont été établies sur ces principes. L'information doit être limitée autant que possible, la description détaillée du moyen utilisé et de la façon dont la personne y a eu accès doit être évitée et il doit être aussi rappelé que le suicide n'est jamais causé par un seul facteur ou événement. Enfin, un suicide ne doit pas être présenté comme une solution aux problèmes personnels et l'accent doit être si possible mis sur le deuil que vivent les proches de la personne décédée (AQPS 2012).

Les données épidémiologiques décrites dans les chapitres précédents nous apprennent que la majorité des suicidés ont eu à affronter au moins un EV stressant dans le trimestre précédant leur mort. Si dans nos sociétés, on ne peut empêcher l'apparition de facteurs de stress, ceux-ci pourraient être mieux supportés si chaque personne vulnérable avait à sa disposition des outils de gestion du stress lui permettant de minimiser les impacts d'un EV stressant sur sa santé. Ces outils devraient être disponibles dans l'urgence, mais aussi et surtout dans la durée. Ainsi les personnes fragiles pourraient s'initier au développement personnel, apprendre à s'affirmer et à favoriser les liens sociaux pour mieux appréhender les facteurs de stress et s'y adapter (coping) afin de ne plus se laisser submerger par leurs émotions (Batt A. 2007). Ceci étant, la société ne sera jamais un monde idéal gouverné par les seuls bons sentiments. Si les actions de prévention primaire parviennent parfois à réduire le nombre de facteurs de stress ou permettent le plus souvent une amélioration des capacités d'adaptation des individus, elle a peu de prise sur les problématiques individuelles (personnelles) et relationnelles, ces dernières pouvant être liées à des enjeux de pouvoir entre individus, inhérents à toute organisation sociale. Et même lorsque les meilleures conditions sociales et environnementales sont réunies, la prévention primaire ne peut contrer complètement un phénomène aussi multifactoriel que le suicide. Il est essentiel d'être capable de se prémunir à tous les niveaux du risque suicidaire, en intégrant la prévention secondaire et tertiaire dans un plan général de prévention organisé autour de la prévention primaire (LeFacteurHumain 2014).

5.4. Prévention secondaire

Les actions de prévention secondaire se situent à l'échelle individuelle et au niveau des "groupes à risque". Elle consiste à répondre à la crise suicidaire dans sa phase active (idéation suicidaire), pour en interrompre le processus avant sa concrétisation. Elle a également un rôle de repérage, d'évaluation de l'intensité de la crise, et une mission de prise en charge des patients présentant une maladie psychiatrique ou n'importe quel facteur de risque primaire, secondaire et tertiaire.

Entre les idées de suicide, l'intention suicidaire et le passage à l'acte, les propriétés dynamiques de la crise offrent au clinicien la possibilité de s'interposer à chaque étape de son processus d'installation et d'y intercaler une action de soin visant à en bloquer le mécanisme. Rappelons que huit patients sur dix laissent filtrer à leur entourage des indices précurseurs de leurs intentions suicidaires (Terra JL 2003). Cela laisse le champ libre à de nombreuses possibilités d'intervention, encore faut-il être capable de détecter ces signes avant-coureurs. Dans un registre assez équivalent à celui décrit à propos de la médecine générale, l'exemple suivant montre l'importance des difficultés rencontrées par les médecins pour identifier la crise suicidaire. En 2006, une équipe de chercheurs de l'université de Manchester étudie 6367 cas de suicides survenus entre 2000 et 2004 chez des patients présentant un trouble mental. Ils observent que 49% de l'échantillon était en contact avec un service de soins la semaine précédant leur geste, dont 19% les dernières 24 heures. Le potentiel suicidaire immédiat évalué à ce

moment là était estimé bas ou nul pour 86% d'entre eux (Vandevorde J. 2013). En 2005, une thèse de médecine de l'institut médico-légal de Saint Etienne rapporte que les comportements suicidaires sont très souvent précédés d'une augmentation de la fréquence des consultations chez le médecin généraliste, d'une fréquence plus élevée d'hospitalisation et d'une surconsommation de médicaments psychotropes (Bonne E. 2005). Un contact préalable inhabituel avec le système de soins primaire ou spécialisé, représente donc un signe prédictif suffisamment informatif pour suspecter la survenue d'un geste suicidaire. De ce constat, François Dumel conclue d'une part que la résolution suicidaire de ces patients n'est pas encore affirmée, puisqu'ils attendent encore un soulagement ou "quelque chose" de quelqu'un, et d'autre part que si le médecin avait pu décoder le sens de cette visite et proposer une prise en charge appropriée, le destin de ces patients aurait été différent (Dumel F. 2001).

Les caractéristiques de la crise suicidaire sont donc très difficiles à cerner et il existe de nombreuses combinaisons psychopathologiques différentes qui peuvent conduire au projet suicidaire. La surveillance des comportements inhabituels et la connaissance des principaux FR tels qu'ils sont décrits dans ce travail devraient malgré tout aider les médecins à repérer plus facilement les zones de vulnérabilité, les processus dysfonctionnels et les ensembles psychopathologiques à potentiel suicidaire. Il est d'une importance capitale d'être en mesure de contrer le processus de crise avant l'accomplissement du premier geste suicidaire car rappelons nous que dès le premier geste effectué, 30 à 40% des patients récidivent et 10 % des suicidants parviennent à se donner la mort avant 10 ans (Walter M. 2003).

5.5. Prévention tertiaire (ou postvention)

La prévention tertiaire ou, comme il est possible de le rencontrer parfois, la "postvention", repose sur les soins aux suicidants et la prise en compte du caractère pathologique de la TS pour prévenir la récurrence. Elle s'attache aussi à protéger et soutenir les personnes vivant le deuil dans l'entourage du suicidant, afin de soutenir le processus de deuil, réduire le niveau de détresse et prévenir le risque d'imitation (Batt A. 2007).

La TS, à l'inverse du suicide accompli irréversible et définitif, est le seul comportement sur lequel il est possible d'agir au niveau individuel en prévention tertiaire. Elle donne un sens particulier au potentiel décisionnel de l'individu en souffrance puisqu'elle apporte la preuve évidente, suspectée jusqu'alors, de sa capacité à passer à l'acte. Cet accident est une alerte qui doit déclencher une prise en charge médicosociale immédiate, optimale et efficace, car la récurrence constitue un risque majeur prévisible à court terme et représente la sanction la plus lourde d'une prévention tertiaire inefficace.

Le message d'avertissement délivré par chaque TS doit sonner comme un signal d'alerte pour les médecins et l'entourage, il est impératif que chaque acteur de prévention puisse décoder le geste et percevoir en lui l'étendue de la souffrance exprimée par le patient. Aucune tentative de suicide n'est anodine, quel qu'en soit le nombre, la fréquence, la méthode mise en œuvre ou l'âge à laquelle elle est effectuée. Une TS chez l'adolescent, n'est jamais une conduite insignifiante qui doit être mis sur le

compte d'une "crise d'adolescence". De même, la dangerosité du moyen utilisé ne devrait pas entrer en ligne de compte pour évaluer la gravité d'une TS. La mort ou certaines lésions corporelles graves (parfois même non anticipées au départ), peuvent être obtenues avec n'importe quel moyen. Certaines études démontrent d'ailleurs qu'il n'existe pas de corrélation entre le mode de TS et le risque suicidaire ultérieur (Davidson F 1986). De la même manière, il est absolument impératif de revoir les principes désuets qui signalent en matière de risque une différence sémantique entre les termes de suicidants et suicidés. En effet, il n'y a pas d'un côté une catégorie d'individus décidés à mourir et de l'autre une qui ne le voudrait pas (Batt A. 2007).

D'un autre côté, il semble démontré que le niveau de létalité ne soit pas corrélé au nombre de TS effectuées (Pettit JW. 2004). Sur ces résultats, le groupe de travail de Jeremy Pettit élabore une théorie selon laquelle les récidivistes se mettent davantage en situation de stress que les non récidivistes. Pour déclencher une nouvelle TS, ce stress doit à chaque fois dépasser l'intensité du stress qui a conduit à la TS précédente. Ces constats encourageants laissent l'espoir pour les équipes soignantes de pouvoir intervenir à n'importe quel moment d'un processus suicidaire même lorsque celui-ci semble depuis de nombreuses années, très enraciné dans le psychisme du suicidant.

Le comportement suicidaire ne doit donc jamais être banalisé et tout suicidant devrait être systématiquement évalué en urgence par un psychiatre. La suite du projet thérapeutique doit s'inscrire dans une collaboration psychiatre-médecin généraliste dans laquelle l'investissement des familles peut parfois présenter un intérêt dans le soutien et la surveillance psychologique des suicidants sur le long terme.

6. Intervention en situation de crise suicidaire

6.1. Méthodes et outils d'évaluation existants

La connaissance des principaux facteurs de risque suicidaire permet aux cliniciens entraînés d'identifier les sujets les plus à risque de suicide. Mais ils ne peuvent pas prédire avec certitude quel patient mourra par suicide, ni même utiliser ces informations pour sauver les vies de façon systématique. Certains auteurs ont constaté que les cliniciens surévaluent souvent le potentiel suicidaire de leurs patients en privilégiant la prudence et le principe de précaution selon l'approche théorique "*better safe than sorry*". Cette attitude que l'on pourrait considérer à la fois légitime et déontologiquement responsable, ne doit pas masquer les préoccupations éthiques sur le destin psychiatrique réservé à tort aux faux positifs, ni négliger les considérations économiques de cette surmédicalisation. Nous devons donc nous contenter d'indicateurs certes imparfaits, mais qui présentant au moins l'intérêt de s'appuyer sur les avancées

scientifiques actuelles qui permettent de justifier notre intervention sur le plan éthique et déontologique (Vandevoorde J. 2013).

De nombreuses échelles d'évaluation du potentiel suicidaire ont été créées depuis les origines de la pratique suicidologique. Nous ne pouvons les décrire toutes dans ce travail, mais nous aborderons les plus pertinentes et les plus maniables en pratique clinique psychiatrique quotidienne ou en médecine générale.

La première méthode qui nous intéresse particulièrement et qui a été largement détaillée dans ce travail est l'échelle d'évaluation R.U.D proposée en 2008 par Christian Lafleur et Monique Seguin dans leur ouvrage intitulé "*Intervenir en situation de crise suicidaire*" et reprise comme modèle d'évaluation de référence par la conférence de consensus d'octobre 2000. Nous n'y reviendrons pas davantage ici.

Le Dr Aaron Beck établit en 1979 la "*Suicide Ideation Scale*", ou échelle d'idéation suicidaire, composée de 19 questions et pouvant être employée pour évaluer les intentions suicidaires d'un patient. Elle peut également être utilisée pour surveiller la réponse du patient à des interventions dans le temps (annexe 3). La "*Suicide Intent Scale*", ou échelle d'intentionnalité suicidaire, également mise au point en 1974 par le Dr Beck, est une échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Il s'agit d'un questionnaire applicable aux suicidants servant à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur sans pouvoir prédire pour autant le risque de nouvelle TS (annexe 4). L'intérêt de ces deux échelles proposées par Aaron Beck est indéniable en recherche, mais leur utilisation systématique en pratique clinique peut constituer un obstacle à la communication et compromettre la relation de soins. En effet la durée de réalisation du questionnaire et le caractère formel de l'évaluation peuvent nuire à la relation de confiance établie entre un médecin et son patient, ce dernier pouvant ressentir une gêne et un sentiment péjoratif d'être évalué et jugé mécaniquement sans considération de son existence en tant qu'individu.

D'autres tests semblent davantage répondre aux critères nécessaires en médecine générale à un entretien individuel lors d'une consultation, et paraissent adaptés au temps disponible lors de celle-ci. C'est le cas de la combinaison des deux outils *PRIME-MD* et *T4*, proposés respectivement par Mary Whooley (Whooley MA. 1997) et David Brody (Brody DS. 1998) à la fin des années 1990. Le *PRIME-MD* est un test à deux questions ayant une sensibilité de 96% et une spécificité de 57%, et le *T4* est un test à quatre questions présentant une sensibilité de 97% lorsqu'il est couplé au *PRIME-MD* (annexe 5). À l'inverse des tests précédents, créés spécifiquement pour la détection du potentiel suicidaire, le *PRIME-MD/T4* est une échelle d'évaluation du syndrome dépressif, mais elle est particulièrement efficace et maniable pour l'exercice de la médecine générale. Il a d'ailleurs été montré qu'un quart des patients ayant au moins trois réponses positives au test *T4* présentent des idées suicidaires (Dumel F. 2001).

Enfin pour l'exemple, Jérémie Vandevorde propose la liste des principaux autres instruments existants pouvant également être utilisés dans l'évaluation du risque suicidaire (Tableau 2) :

Tableau 2

Nom de l'instrument	Auteurs / références
The Columbia suicide severity rating scale	Posner et al., 2008 et 2011
The Pierce suicide intent scale	Pierce, 1977
La méthode d'entretien pour le passage à l'acte suicidaire (MEPS)	Vandevorrd e et al., 2010, 2012
The suicide assessment scale	Nimeus et al., 2000, 2006 ; Waern et al., 2010
The depressive symptom inventory – suicidality subscale (DSI-suicides)	Joiner et al., 2002
The interSePT scale for suicidal thinking (ISST)	Lindenmayer et al., 2003
The suicide attemp self-injury interview (SASII)	Linehan et al., 2006
The suicide risk assessment interview shedule (SRAIS)	Bantjes et Van Ommen, 2008
Échelle RSD	Ducher et al., 2009

Source : (Vandevorde J. 2013)

6.2. Stratégies interventionnelles en situation de crise suicidaire

La crise suicidaire est un mécanisme dynamique qui progresse par étape, justifiant pour chacune d'elles une intervention différente. L'intervention en situation de crise suicidaire comprend trois temps : l'établissement d'un lien de confiance par l'implication relationnelle, l'évaluation du potentiel suicidaire et la décision de l'action de soins. Ces mesures interventionnelles doivent être disponibles immédiatement pour évaluer de la façon la plus juste le type de crise et en premier lieu son risque, son urgence et sa dangerosité. Nous ne reviendrons pas sur cette triple évaluation du potentiel suicidaire, mais nous nous intéresserons davantage à la stratégie préventive et à la conduite de l'entretien en situation de crise suicidaire.

Dans la conférence de consensus sur la crise suicidaire, Monique Seguin décrit un modèle reconnu de stratégie d'intervention en crise suicidaire décrit en 1990 par Donna Aguilera (Aguilera DC. 1995). Cette stratégie dite du "modèle convergent", qui fait aujourd'hui figure d'autorité auprès des professionnels de la santé et des paramédicaux, repose sur un modèle d'orientation cognitive dans lequel l'intervention doit porter sur le ou les facteurs de déstabilisation envahissant les mécanismes de défense de l'individu à l'origine de la crise. La stratégie doit donc (Séguin M., 2001a) :

- permettre un rééquilibrage émotionnel par l'expression de la souffrance et de la détresse;
- favoriser une restructuration cognitive en proposant une perception plus réaliste des événements;
- prendre en considération et mobiliser la composante de soutien social;
- inciter l'individu à utiliser des mécanismes de maîtrise qui ont déjà fonctionné dans le passé, sinon;
- aider la personne à se doter de nouveaux mécanismes de maîtrise.

Les objectifs spécifiques du désamorçage de la crise sont de repousser l'échéance du passage à l'acte, soutenir la personne suicidaire pendant la phase aiguë de la crise et lui transmettre le sentiment qu'avec de l'aide elle pourra s'en sortir. La crise suicidaire intervient en phase de vulnérabilité à un moment où l'individu suicidaire est généralement ambivalent, impulsif et affecté d'une certaine rigidité cognitive. La stratégie d'intervention est donc centrée à ce moment là sur l'évènement vécu par l'individu dans le but de dissiper la crise et lui donner la possibilité de mieux évaluer sa situation (sans distorsion cognitives) et considérer qu'il existe d'autres solutions acceptables et satisfaisantes à sa souffrance. Jérémie Vandevorde propose un protocole stratégique d'intervention face à un patient en crise. Il décrit un entretien dont la dynamique globale consiste à "ventiler" les émotions et à briser la fixation des pensées sur le suicide qui sont perçues comme l'unique solution aux problèmes (annexe 6).

L'intervenant devra se préoccuper en premier lieu d'établir avec la personne suicidaire un contact bienveillant pour mettre en place un lien de confiance, de façon à favoriser sans retenue l'expression des émotions et de la souffrance, nécessaire à la diminution de la détresse. Toutefois, l'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne en crise repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant. Il s'agit avant tout de reconnaître la douleur et la souffrance, de se positionner comme témoin de la souffrance de l'autre pour qu'il puisse voir qu'elle sera entendue et comprise. La création d'un lien de confiance passe aussi par une reformulation compréhensible et adaptée au patient de la crise suicidaire et de ses déterminants (facteurs précipitants, mécanismes de contrôle). Elle permet de désacraliser et démystifier l'évènement et constitue un préalable indispensable à une intervention efficace. Le meilleur moyen pour établir un bon contact avec le sujet consiste aussi à aborder directement avec lui l'éventualité d'une idéation suicidaire. Il faut absolument reconsidérer les croyances archaïques et les idées reçues selon lesquelles parler du suicide peut inciter le patient à passer à l'acte. Le Professeur Jean-Louis Terra rappelle d'ailleurs que parler du suicide, c'est avant tout ouvrir la porte au dialogue, écouter la souffrance de l'autre et en accepter l'existence. En discuter permet à la personne d'exprimer une idée, une émotion qui l'habite et de dissiper graduellement l'angoisse (Terra JL 2003).

Le renforcement positif est également un des piliers de la relation thérapeutique, il vise à transmettre au patient un sentiment d'efficacité personnelle pour réduire le sentiment d'impuissance qui envahit son psychisme. Il peut également prendre la forme d'un appui particulier du clinicien sur les facteurs de protection qui constituent souvent le dernier rempart au passage à l'acte de l'individu en crise. Il peut s'agir aussi de déterminer la qualité des soutiens immédiatement disponibles pour le patient. Il est en

effet souvent utile d'avoir une discussion avec le patient et sa famille, et important de pouvoir parler ouvertement des préoccupations suicidaires et d'un plan de sécurité pour le suicidant (Shea SC. 2008). Quoi qu'il en soit, plusieurs études démontrent l'importance de la relation médecin-patient dans la prise en charge de la crise suicidaire. La recherche de stratégies concrètes est fondamentale pour fournir une qualité d'intervention satisfaisante. Soignant et soigné doivent s'accorder sur un plan d'intervention, sur la fréquence des consultations et sur la durée du suivi. En l'absence de trouble mentaux sévères ou d'impulsivité, et lorsque la relation de confiance est bien établie entre le médecin et le patient, la mise en place d'un contrat de non-suicide est une technique parfois efficace pour différer le passage à l'acte suicidaire. L'entourage du patient peut même prendre part à ce contrat et contribuer à la négociation de cet accord. Toutefois, dans de rares situations où l'urgence suicidaire élevée compromet la sécurité immédiate du patient, et lorsque son accord ne peut être obtenu, les propositions d'intervention doivent faire preuve d'une certaine directivité pour permettre d'assurer le suivi médical du patient dans des conditions de sécurité optimales. C'est le cas de l'hospitalisation sous contrainte pour soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) ou sur demande d'une réquisition de l'état (SDRE) lorsqu'aucun tiers n'a pu être trouvé.

Étant donné la complexité et la pluralité des formes de crise suicidaire, les modèles d'intervention s'appuient davantage sur des considérations théoriques que sur des recommandations strictement pratiques. Il faut mettre en garde les cliniciens sur le danger de vouloir généraliser et appliquer cet outil de façon uniforme à toutes les situations psychopathologiques. S'il est admis que les bases de l'entretien doivent reposer sur les notions de confiance, de communication émotionnelle et sur la clarification de la nature des projets de soins impliquant le patient et son entourage, il est indispensable de pouvoir adapter et personnaliser systématiquement le cadre conceptuel de l'entretien au profil de chaque individu et à la diversité des situations rencontrées.

6.3. Les programmes de prévention actuels

La succession des programmes nationaux développés en France depuis le début des années 2000 pour lutter contre la problématique suicidaire a vraisemblablement contribué à faire baisser les taux de suicides de 20% en 25 ans (Aouba A. 2009). Les objectifs communs de ces stratégies visent essentiellement à améliorer les compétences des intervenants impliqués dans la prévention, identifier et gérer la crise suicidaire, et coordonner la mise en œuvre des actions préventives.

La **Stratégie nationale d'action face au suicide** voit le jour le 19 septembre 2000, et repose déjà sur la notion de crise suicidaire qui sera développée quelques semaines plus tard lors de la conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000. Elle s'appuie également sur le modèle de la triple évaluation du potentiel suicidaire, selon l'acronyme R.U.D. développé par Lafleur et Seguin. Son action est planifiée pour cinq ans de 2000 à 2005 et comporte 4 axes principaux de travail :

- favoriser la prévention;
- diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux;
- améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants;
- mieux connaître la situation épidémiologique.

Le dispositif propose le développement d'actions de proximité et s'inscrit en appui technique des programmes régionaux de santé (PRS) en place depuis 1996. Il permet le lancement simultané dans toutes les régions d'actions modélisées et validées, indispensables à une égalité d'accès à des soins de qualité. Le programme d'action est une stratégie évolutive, basée sur une approche pluriprofessionnelle et interministérielle, destinée à donner une cohérence à la coordination des actions et des interventions entreprises face à cette problématique (Rabord M. 2003). Cette stratégie d'action s'inscrit dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fixe dans son annexe - l'objectif n°92 - , une intention quantifiée de réduction du nombre des décès par suicide de 20% à l'horizon 2008 (Dir. Gle. santé 2013). En 2006, l'évaluation de la portée de cette mission met en évidence l'ampleur des actions développées dans ce programme. Près de 1,5 millions d'euros sont consacrés à cette cause au niveau national et près de 20 millions d'euros sont mis à disposition des régions.

Dans le même temps, la **promotion des dispositifs de veille et d'alerte** tend progressivement à s'organiser. Des efforts sont faits pour sensibiliser la population générale au risque suicidaire et mobiliser en particulier les membres de l'entourage des suicidants afin de les impliquer dans les dispositifs de veille et de soutien aux proches. A partir de 2001, la Stratégie nationale d'action face au suicide et la Conférence de consensus qui a suivi ont servi de base à la mise en place d'un vaste programme de formations régionales visant à améliorer les compétences des intervenants mobilisés autour de la question du suicide. Ces formations intégrées dans les orientations annuelles du Développement Professionnel Continu (DPC) ont pour objectif de développer, entretenir et actualiser les connaissances des professionnels de santé intervenant en situation de crise suicidaire. Ces initiatives concernent bien évidemment les médecins généralistes qui occupent une place centrale dans le dispositif de veille et d'alerte du risque suicidaire, mais également toutes les personnes ressources qui gravitent dans l'environnement d'un sujet suicidaire (services de santé scolaires, infirmières, enseignants, éducateurs, etc.). Ceux-ci disposent désormais d'un langage commun, ainsi que d'un système d'évaluation et d'intervention standardisé essentiels pour permettre un travail en réseau efficace (Terra JL 2003). Nous reviendrons un peu plus tard sur les caractéristiques de ces programmes de formations.

La continuation des actions de prévention de la stratégie 2000-2005 s'est inscrite dans l'axe 4.1 "Dépression et suicide" du plan **Psychiatrie et santé mentale** 2005-2008, qui paraît le 11 février 2005. Il intègre la prise en charge des pathologies psychiatriques les plus souvent impliquées dans le phénomène suicidaire et a pour objectif d'établir un lien de cohérence entre la prise en charge de ces

maladies et les stratégies préventives prévues par le programme de prévention "Programme national d'action contre le suicide", crée quelques années plus tard.

Le **Programme national d'action contre le suicide** est lancé le 10 septembre 2011 pour une durée de trois ans et fait suite au rapport établi en 2009 par le sociologue David Le Breton, sur demande de la ministre chargée de la santé et des affaires sociales, Madame Roselyne Bachelot. Il s'inscrit également dans la continuité de la stratégie nationale d'actions contre le suicide 2000-2005, et propose des pistes d'amélioration de la stratégie préventive primaire et secondaire, mais aussi de la prévention tertiaire (postvention) des proches ou des victimes. Il insiste particulièrement sur les contextes de vie, en prenant en compte les différentes périodes de vulnérabilité (jeunes, personnes âgées, situations de handicap) et les risques psychosociaux au sein des milieux spécifiques (professionnel, milieu agricole, scolaire ou carcéral). Le programme d'actions comporte 49 mesures regroupées en six axes (PNAS 2011) :

- le développement de la prévention et de la postvention;
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage;
- l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide;
- la formation des professionnels;
- le développement des études et de la recherche;
- le suivi et l'animation du programme d'actions par les Agences régionales de santé (ARS).

Le Programme national d'action contre le suicide propose donc d'agir sur les trois axes principaux de la prévention en allant au devant des suicidants (prévention primaire et secondaire) et en assurant le suivi de ces populations et de leur entourage (prévention tertiaire).

Le 9 septembre 2013, est créé l'**Observatoire national du suicide**, organisation ayant vu le jour grâce à plusieurs professionnels de santé, syndicalistes et intellectuels, signataires au printemps 2011 de "l'appel des 44" visant à interpeller la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Une mission est alors créée, elle a pour but, pendant quatre ans, de coordonner et améliorer les connaissances sur les conduites suicidaires, d'évaluer l'effet des actions de politiques publiques et de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Cet observatoire est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers. L'observatoire est présidé par le ministre de la santé et se réunit deux fois par an. Ses objectifs principaux sont les suivants (Décret n° 2013-809 2013) :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention;

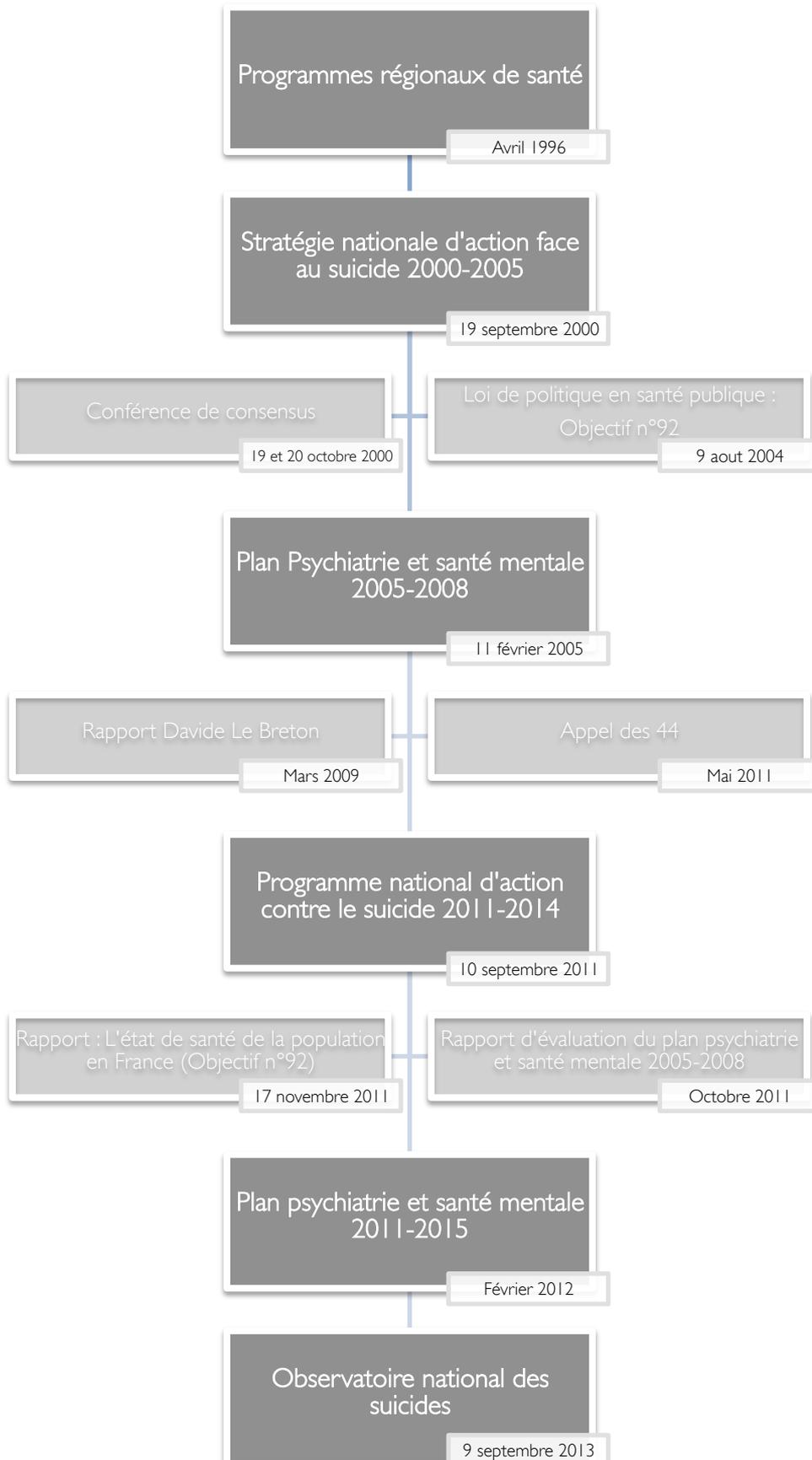
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

L'observatoire travaille notamment en relation avec la Direction générale de la santé (DGS), l'InVS, l'Inserm, l'Inpes et l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) (Bernus D. 2013), ce qui pourrait permettre d'évaluer les progrès accomplis de façon à ajuster et accompagner les actions de prévention de manière optimale.

Pour plus de clarté, l'apparition chronologique des principaux programmes de prévention développés et actifs en France depuis le début des années 2000 peut être résumée et schématisée à l'aide de l'organigramme ci-dessous. Les cellules les plus foncées représentent les programmes de prévention les plus importants et les plus emblématiques, les cellules les plus claires indiquent les initiatives ou les rapports intervenus entre ces programmes. (figure 5).

Chronologie des principaux programmes de prévention du suicide en France

Figure 5



6.4. Régionalisation du programme national de formation

6.4.1. Le cas de la région Centre

Comme nous venons de le voir, la France a adopté au début des années 2000 une Stratégie nationale d'action face au suicide et a été à l'initiative d'une conférence sur la crise suicidaire qui ont permis la mise en place d'une stratégie commune de gestion de la crise suicidaire. Avec l'appui de la Direction Générale de la Santé, le Professeur Jean-Louis Terra et Madame Monique Séguin élaborent sur ces recommandations, le contenu d'un vaste programme national de formations, qui se diffuse rapidement à l'ensemble des 26 régions françaises. La régionalisation de ce programme national permet d'une part, de toucher au plus près l'ensemble des intervenants impliqués sur le sujet, et d'autre part d'éviter que les régions ne réalisent chacune isolément des actions de prévention non consensuelles et/ou non validées. Ces formations, permettent en effet la diffusion d'un outil international validé d'évaluation du potentiel suicidaire pour tous les intervenants impliqués dans la gestion de crise suicidaire.

Ces formations conduites par des binômes d'enseignants universitaires de psychiatrie et de psychologie, s'adressent à différents types de professionnels mobilisés autour de la question du suicide. Elles s'adressent aux intervenants de première ligne ou "*personnes ressources*" des milieux sanitaires et sociaux (enseignants, animateurs, infirmières, gardiens de la paix), mais aussi aux professionnels médicaux qui prennent en charge des patients en situation d'urgence élevée (psychiatres non universitaires, médecin généralistes).

Les formations durent habituellement deux jours, auxquels s'ajoute souvent une journée à distance destinée à la consolidation des acquis et au partage d'expériences pratiques. Le contenu de la formation associe des données théoriques et des mises en situation à l'aide de jeux de rôles sur une trame clinique portant sur la thématique suicidaire (GEPS 2013).

En région Centre, ces formations ont pris leur essor au sein du Programme Régional de Santé intitulé "Prévention du suicide" mis en place depuis 2003. Leurs objectifs et leurs contenus sont identiques à ceux des autres formations régionales, mais les données épidémiologiques de la région Centre ont de quoi encourager particulièrement les organisateurs. Les données Insee rapportent en effet que les suicides représentent en 2009 en région Centre 19,1 décès pour 100 000 habitants (Insee 2014), ce qui place la région en surmortalité significative par suicide par rapport au niveau national (17/100 000). Devant ce constat, l'Agence régionale de santé a fait de la prévention du suicide l'un de ses objectifs prioritaires en région Centre et indique vouloir maintenir et renforcer le dispositif des formations "personnes ressources sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire". Un guide répertoire intitulé "*Souffrance psychique et prévention du suicide*", publié en février 2007, recense tous les acteurs de la région Centre intervenant dans ce domaine.

Le problème principal soulevé par ces programmes pédagogiques est l'hétérogénéité des secteurs d'activité participant à ces formations. Comme le révèle en 2012 un rapport d'évaluation de la politique de lutte contre le suicide de la région Pays de la Loire - proche voisine de la région Centre -, sur la

totalité des 1306 professionnels formés depuis la mise en place du dispositif, aucun médecin généraliste n'a jamais participé à l'une de ces formations. Ce même document montre pourtant que les professionnels qui assistent à ces formations le font généralement au regard de l'expression d'un besoin individuel lié à leur pratique professionnelle, et non nécessairement en rapport avec une pratique spécifique d'intervention auprès de groupes à risques ou en zones géographiques à plus forte prévalence suicidaire (Boule JP. 2012). Rappelons pourtant que les généralistes, consultés dans un cas de TS sur deux (Badeyan G 2001) reconnaissent aussi pour trois quarts d'entre eux rencontrer des difficultés importantes dans l'identification et la prise en charge des conduites suicidaires. Deux tiers des praticiens souhaiteraient même être mieux informés sur les possibilités de prise en charge de leurs patients (Fanello S. 2002). Pour l'union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), cet obstacle à la formation trouve son explication par l'absence d'indemnisation, réhibitoire pour les médecins qui au delà de la perte de revenus soulèvent aussi le problème de la difficulté de gestion d'activité du cabinet pendant leur absence (ARS 2012).

Au delà des aspects financiers et organisationnels, l'ambivalence d'un tel raisonnement doit malgré tout faire prendre conscience que les capacités du clinicien à préserver la vie de ses patients suicidaires sont étroitement liées à la qualité et au renouvellement de ses connaissances. L'expérience de Götland en Suède est souvent citée en exemple pour montrer comment la formation des médecins généralistes peut avoir un impact direct sur la prévention du suicide. Elle montre qu'il est indispensable de mener une action continue et renouvelée régulièrement (ARS 2012).

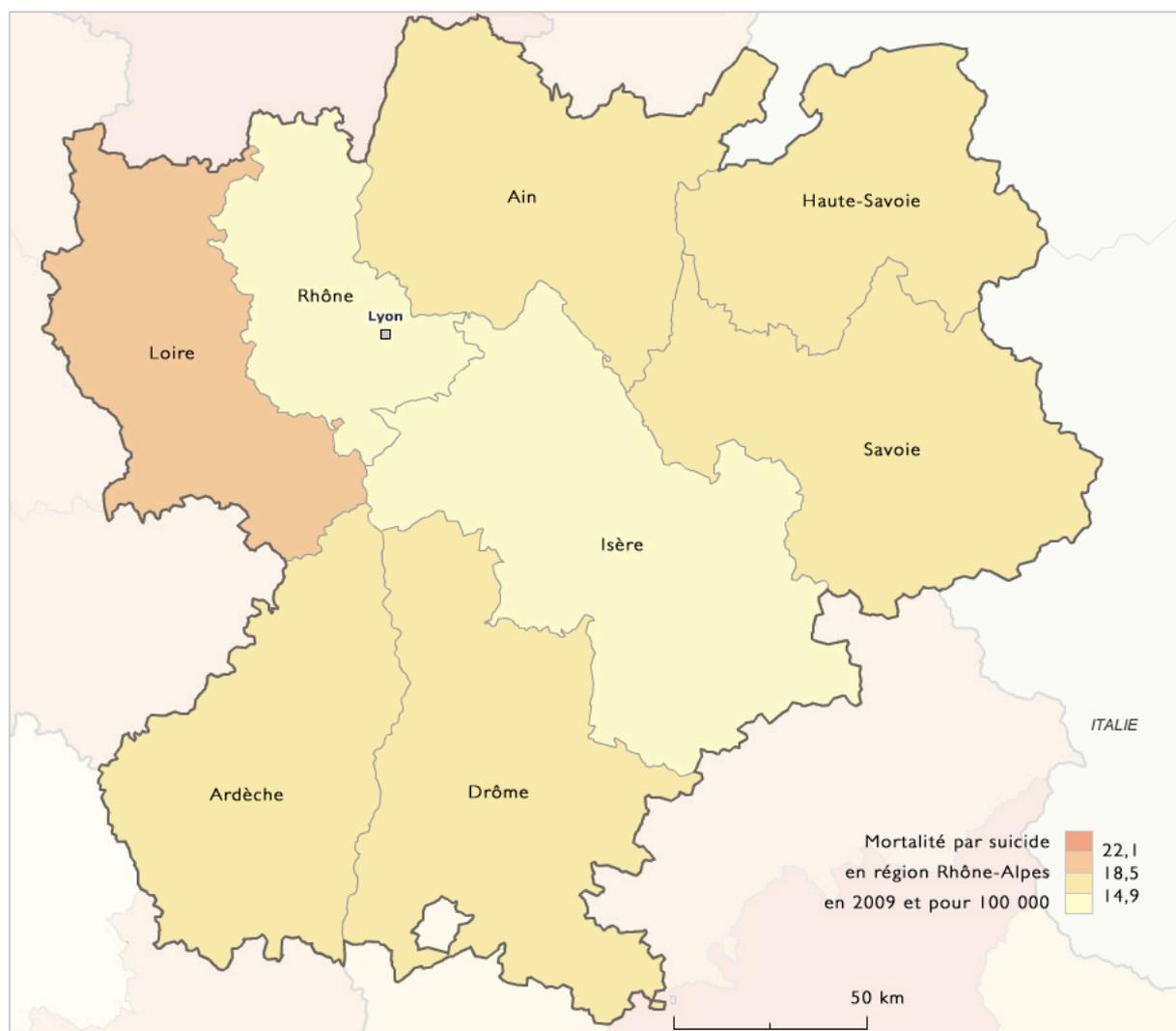
6.4.2. Le cas de la région Rhône Alpes

La région Rhône-Alpes, autant que la région Centre, s'est particulièrement impliquée dans la prévention du suicide par la création d'associations spécialisées et par la mise en place de programmes d'intervention innovants à l'échelle locorégionale. Les deux régions ont en commun le développement de certaines initiatives, comme le projet "SOMATRACE", système de surveillance multiprofessionnel et multisecteurs de la santé mentale en lien avec le travail. La région Centre et la région Rhône-Alpes sont les deux régions pilotes de ce programme, qui depuis 2006, permet d'observer et de décrire le risque suicidaire selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité. L'objectif de ce travail est d'aboutir à la mise en place d'actions de prévention spécifiques adaptées à chaque catégorie socioprofessionnelle (Bernus D. 2013).

L'expérience du "*Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires*" (CRPCS), développée en Rhône-Alpes à la fin des années 1990 avec la mise en place des Programmes Régionaux de Santé, offre également un bon exemple des moyens préventifs développés localement face à la problématique suicidaire. Ce service, déployant ses missions au sein du centre Jean Bergeret à Lyon, agit d'une part en tant que coordonnateur régional autour des réseaux professionnels de santé et des associations, d'autre part comme aiguilleur des travaux de recherche menés par le Conseil Scientifique et enfin comme agent d'intervention et de formation mobilisé auprès des professionnels et des *personnes ressources*.

Les effets de cette politique préventive volontariste en région Rhône-Alpes sont peut-être en partie à mettre en lien avec les données épidémiologiques rassurantes qui caractérisent globalement la région en terme de mortalité suicidaire. En effet, le taux brut de décès par suicide en région Rhône-Alpes en 2010 est de 13,8 pour 100 000 habitants (Insee 2014), ce qui situe la région en position privilégiée par rapport à la moyenne nationale estimée à 16,2 pour 100 000 (CepiDc 2014) (Figure 6). Cependant, les données épidémiologiques régionales sur la mortalité suicidaire sont à nuancer au regard du taux exceptionnellement bas observé pour le département du Rhône (7,1/100 000). Cette observation montre que la région est caractérisée par d'importantes disparités en matière de mortalité suicidaire. En effet, certains départements ayant des taux très bas (comme le Rhône) font baisser la moyenne régionale, masquant de ce fait les résultats plus préoccupants d'autres départements. C'est le cas du département de la Haute-Savoie, qui enregistre, le second plus fort taux de la région, juste derrière le département de La Loire, avec une valeur de plus de trois points supérieure à la moyenne régionale, ce qui justifie en partie les objectifs attendus et les motivations de la réalisation de ce travail.

Figure 6



Source : Inserm

7. Présentation de l'étude

Les difficultés d'accès pour les médecins généralistes aux formations issues de la Stratégie Nationale d'action face au Suicide et de la conférence de consensus de 2000 ont donc contribué à envisager ce travail de thèse afin d'essayer de trouver un moyen qui permettrait de transmettre aux médecins généralistes les informations de manière plus adaptée à leur exercice.

Le contenu de ces formations, associant données théoriques et mises en situation à l'aide de jeux de rôles, nous a conduit à envisager de faire partager une expérience similaire aux médecins généralistes rencontrés pour ce travail.

D'une part, le résumé du contenu théorique de la formation leur est remis sous forme d'un tableau d'évaluation clinique, basé sur l'algorithme R.U.D, dont les principes et le fonctionnement leur est expliqué en détail. D'autre part, leur pratique est évaluée avant et après la remise de ce résumé, à l'aide d'une mise en situation basée, sur une série de cinq cas cliniques fictifs, portant sur la thématique suicidaire, et pour lesquels les médecins ont la charge de coter le potentiel suicidaire selon le modèle R.U.D. La cotation R.U.D effectuée par les médecins généralistes avant puis après notre intervention est ensuite comparée à une cotation de référence attribuée par plusieurs psychiatres sur ces mêmes cas cliniques.

L'analyse des résultats nous permettra de savoir si notre intervention (apport du résumé théorique de formation) a sensibilisé les médecins généralistes à la détection des idées suicidaires et si elle a modifié ou non leurs pratiques, en leur permettant d'évaluer plus précisément le potentiel suicidaire de ces patients fictifs.

7.1. Hypothèse et objectifs de l'étude

7.1.1. Hypothèse

Notre hypothèse est que le potentiel suicidaire d'un patient pourra être mieux évalué par le médecin généraliste si celui-ci dispose d'un résumé de la formation ainsi que de son outil RUD d'aide au diagnostic.

7.1.2. Objectifs

Pour répondre à cette hypothèse nous proposons, comme objectif principal, de mesurer l'effet de notre intervention pédagogique sur l'amélioration de détection du potentiel suicidaire par les médecins généralistes.

Nous proposons comme objectifs secondaires d'évaluer l'impact de notre intervention sur le type de prise en charge proposée à un patient suicidaire. La satisfaction des généralistes sur le sujet d'étude et sur sa méthodologie fera également l'objet d'une analyse. Enfin, leur avis sera recueilli sur l'outil de diagnostic RUD que nous leur avons proposé (annexe 8). Nous essayerons de savoir s'ils considèrent qu'il leur a apporté une aide pratique intéressante pour leur exercice.

Nous essayerons également d'analyser les résultats des médecins testés à M0 mais n'ayant pas répondu à M6 afin de tenter de comprendre les raisons de l'abandon de leur participation en cours d'étude.

7.2. Méthode

Il s'agit d'évaluer les pratiques d'un groupe de médecins généralistes anneciens par une étude prospective multicentrique, non contrôlée et sans groupe contrôle. Une étude avant-après intervention pédagogique a été réalisée.

7.2.1. Groupe d'intervention

La **population ciblée** initialement concerne les médecins généralistes libéraux. Les **critères d'inclusion** déterminés pour choisir un échantillon exhaustif sont celles d'être médecin généraliste exerçant dans la ville d'Annecy, sans **critère d'exclusion**. L'**échantillon étudié** correspond aux médecins généralistes diplômés exerçant dans la ville d'Annecy entre le 5 mars 2013 et le 5 octobre 2013 et ayant répondu positivement à la proposition. La **méthode de recrutement** du groupe d'intervention est basée sur la sélection des 65 médecins généralistes répertoriés dans l'annuaire exerçant dans la ville d'Annecy.

Cinq psychiatres sélectionnés de façon arbitraire au sein du service de psychiatrie du CHU de Tours ont accepté d'évaluer indépendamment les 5 cas cliniques soumis aux généralistes pour nous permettre d'établir un modèle théorique de référence. Les évaluations des médecins généralistes seront comparées à ce modèle de référence pour nous permettre de déterminer si elles sont valides ou non.

7.2.2. Modalités de notre intervention

Un courrier postal est envoyé aux 65 médecins de la ville d'Annecy, pour les informer de notre travail, et les prévenir qu'ils seront contactés quelques semaines plus tard pour obtenir leur réponse à la demande de participation (annexe 11). Une fois les accords de participation recueillis, les entretiens se déroulent au cabinet médical du praticien concerné sur la période du 3 au 19 avril 2013. L'étude débute au temps M0 et prend fin au temps M6 (6 mois après).

À M0 et avant notre intervention pédagogique, une évaluation initiale des pratiques du médecin est effectuée par un **test** proposé au médecin et composé de 5 cas cliniques fictifs portant sur la

thématique suicidaire (annexe 8). Les réponses du médecin à ce test à M0 mesurent donc ses acquis et son expérience en matière d'évaluation du potentiel suicidaire, ceci indépendamment de toute communication de notre part sur le sujet. Pour chacun des 5 cas cliniques, le médecin évaluateur devra :

1. Évaluer le potentiel suicidaire de 5 cas cliniques selon 3 items (R.U.D), le Risque, l'Urgence et le Danger, chacun d'eux étant soumis à 3 variables : faible, moyen ou élevé. Dans la suite de ce travail, cette première partie du test sera nommée par commodité : "**Test RUD**". Il correspond à notre objectif principal.
2. Choisir parmi 5 propositions, le mode de prise en charge du patient qui lui semble le plus approprié par rapport à la situation clinique décrite. Cet item est donc soumis à 5 variables. Dans la suite de ce travail, cette seconde partie du test sera nommée par commodité : "**Test PEC**", l'acronyme de "prise en charge". Il correspond à une partie de nos objectifs secondaires.

Les résultats de l'évaluation de référence du test établi par les psychiatres ne sont pas portés à la connaissance du médecin à la fin du questionnaire. La discrétion est donc maintenue vis-à-vis du médecin concernant les réponses "*pertinentes*" au test de façon à ne pas influencer ses réponses à M6.

Durant la suite de l'entretien à M0 nous fournissons au praticien une synthèse du guide de recommandation de la dernière conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000 sur la gestion de la crise suicidaire. Nous illustrons notre intervention en lui distribuant un guide simplifié des conclusions de cette conférence basé sur le modèle R.U.D, modèle non validé mais recommandé comme moyen diagnostique de référence pour évaluer la potentialité suicidaire (annexe 7). Le médecin gardera cet outil afin qu'il puisse s'en servir pour sa pratique.

Six mois plus tard (M6), la même série de 5 cas cliniques est de nouveau soumise à chaque médecin, qui devra coter selon les mêmes modalités le potentiel suicidaire, et proposer une prise en charge pour chaque cas clinique. Le questionnaire est envoyé à chaque médecin par voie postale accompagnée d'une enveloppe préaffranchie permettant un retour sans frais, de manière à limiter le risque de non réponse.

7.2.3. Description de l'indicateur ou critère de jugement principal

Le recueil des données est prospectif sur une période de six mois. Celles-ci sont recueillies immédiatement à M0 et réceptionnées par voie postale quelques jours après l'envoi du second test à M6.

La comparaison des résultats du test va permettre une recherche d'information sur la pratique réelle des médecins (et non sur les pratiques déclarées) par la confirmation ou l'infirmité d'une modification des procédures diagnostiques (et non sur des résultats en terme de mortalité suicidaire). Notre résultat cherchera donc à décrire une **évolution d'un point de vue quantitatif** de la pratique des

médecins interrogés, et permettra de savoir s'il y a ou non, adhésion aux recommandations proposées et amélioration des pratiques.

Concernant la validation de l'objectif principal, la grille de notation RUD accompagnant chaque cas clinique est constituée de 3 items à 3 variables (faible, moyen, élevé). Nous considérons que la variable faible vaut pour un score de 1, la variable moyen pour un score de 2 et la variable élevée pour un score de 3. La grille permet donc d'obtenir un score de potentialité suicidaire à 6 points allant de 3 à 9, la potentialité suicidaire étant croissante entre 3 et 9. Un score de 3 correspond au potentiel suicidaire le plus faible et un score de 9 au potentiel suicidaire le plus fort.

Le critère de validation est le suivant : un cas clinique est considéré comme validé si son score RUD évalué par le généraliste est égal au score de référence (moyenne des scores des cinq évaluateurs psychiatres pour ce cas).

Concernant la validation de l'objectif secondaire sur la prise en charge, l'item correspondant est soumis à 5 variables. Nous déterminons que le score minimal qui peut être obtenu est 1 et le score maximal est 5. Les valeurs obtenues pour chaque variable sont :

- Suivi par le médecin généraliste en ambulatoire : 1 point
- Prise en charge spécialisée par un psychiatre en ambulatoire : 2 points
- Adresser la personne au centre hospitalier par ambulance : 3 points
- Entreprendre des soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) : 4 points
- Recours à l'agent de la paix pour transport au centre hospitalier (SPDRE) : 5 points

Selon les mêmes principes le critère de validation est le suivant : un cas clinique est considéré comme validé si son score de PEC évalué par le généraliste est égal au score moyen de référence.

Les scores de référence psychiatrique ont été établis sur la même base de calcul. Pour chacun des cas clinique, si la moyenne de l'évaluation des 5 psychiatres est une valeur décimale, elle est arrondie à l'unité la plus proche : les fractions décimales inférieures à 0,5 sont négligées, celles supérieures ou égales à 0,5 sont comptées pour 1.

7.2.4. Méthodologie statistique

Considérant que nous étudions un échantillon exhaustif composé de tous les médecins d'Annecy, le calcul du nombre de sujet nécessaire n'est pas indispensable.

Que ce soit pour l'objectif principal (Test RUD) ou pour l'objectif secondaire (Test PEC), nous sommes en présence de variables binaires prenant la valeur "réussite" (+) ou "échec" (-) au cas clinique en question.

Nous travaillons sur les mêmes sujets avant et après notre intervention, les médecins constituent donc deux échantillons appariés. Nous utiliserons donc le test non paramétrique du Chi2 de McNemar avec correction de continuité de Yates, pour mesurer si la proportion de la variable "réussite" a évolué entre les deux instants M0 et M6 et savoir si la "réussite" est statistiquement plus fréquente à M6 après notre intervention qu'à M0 avant notre intervention.

Les résultats seront considérés comme significatifs si la probabilité p-valeur est inférieure à 0,05 (risque $\alpha < 5\%$), autrement dit s'il peut être établi avec une probabilité d'au moins 95% un lien entre notre intervention et l'amélioration des pratiques des médecins généralistes.

L'hypothèse nulle (H0) est définie par l'indépendance de notre intervention sur la variable "réussite" à M6, c'est-à-dire sur l'inefficacité statistique de notre intervention sur l'amélioration des pratiques des médecins testés. L'hypothèse alternative (H1) est définie par une amélioration statistiquement significative au risque de 5%, du taux de détection du potentiel suicidaire après notre intervention par rapport à celui observé avant notre intervention (test unilatéral).

Les analyses statistiques sont réalisées à l'aide du logiciel XLSTAT version 2013.4.05

7.3. Résultats

7.3.1. Description de la population

Parmi les 65 médecins contactés initialement, 31 d'entre eux ont répondu positivement à la demande de participation à l'étude, 25 médecins ont exprimés leur refus de participer et 19 médecins ne répondent pas ou ne parviennent pas à être contactés. Le taux de refus est de 38% et le taux de non réponse de 29%.

Sur l'ensemble des 31 médecins ayant choisi de participer, nous recueillons les 31 tests complétés à M0 mais seulement 23 tests remplis à M6 malgré deux relances téléphoniques successives. Le taux de réponse complète n'est donc que de 74% sur le groupe des médecins participants et 35% sur l'ensemble de l'échantillon de départ.

Parmi les 23 répondants, 7 sont des femmes (44%) et 16 sont des hommes (56%). Cette répartition n'est pas tout à fait superposable à celle de l'ensemble des médecins de la ville d'Annecy : en effet, les femmes médecins représentent 35% de l'effectif médical annecien (Tableau 3).

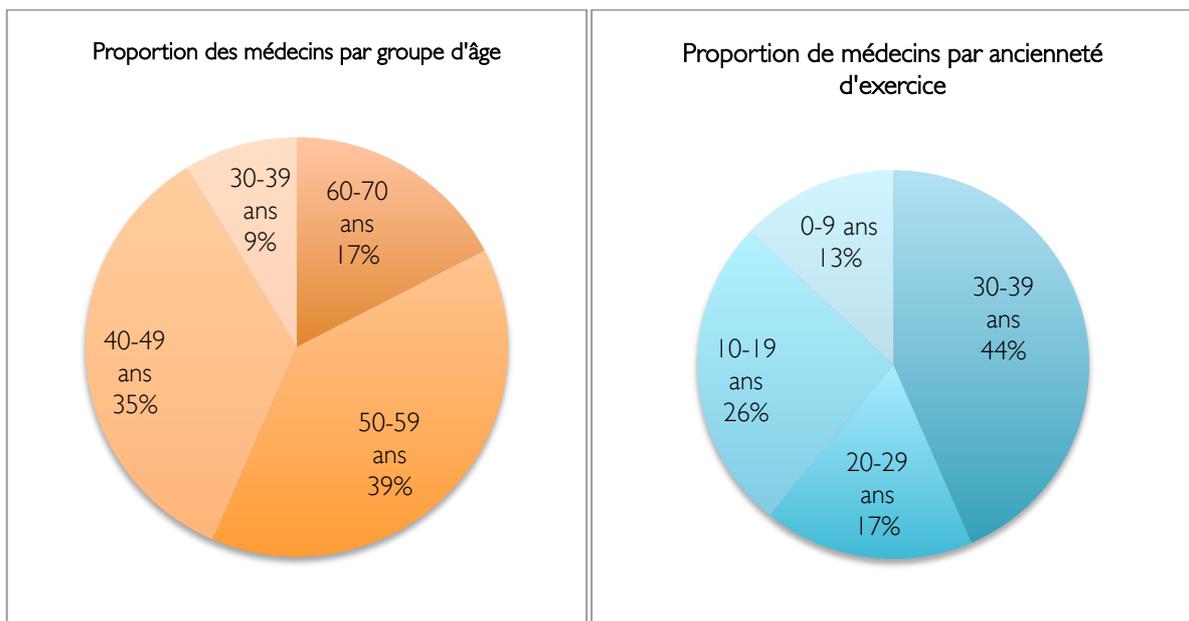
Tableau 3

Genre des médecins généralistes anneciens

	Échantillon	Population
Femmes	7 (44%)	17 (35%)
Hommes	16 (56%)	48 (65%)

L'âge moyen déclaré des médecins généralistes est de 50 ans, avec un minimum de 31 ans et un maximum de 64 ans. L'ancienneté d'exercice des généralistes extrapolée sur l'année déclarée de soutenance de thèse est en moyenne de 22,5 années avec un minimum de 3 ans et un maximum de 36 ans d'exercice. Près de deux médecin sur trois (61%) ont au moins vingt ans d'expérience en médecine générale, alors que seulement 3 d'entre eux ont moins de 10 ans d'activité (Graphique 6). Ils sont seulement 8 (35%) à avoir participé à au moins une formation continue sur le suicide au cours de leur carrière.

Graphique 6



Au total, 23 tests de 5 cas cliniques sont analysés ce qui correspond à 115 résultats RUD et 115 résultats PEC obtenus à M0, et autant à M6. Rappelons que l'évaluation RUD ou PEC d'un cas clinique est validée si son score est identique à celui de l'évaluation psychiatrique (moyenne arrondie à l'unité la plus proche).

7.3.2. Description de l'intervention

La première rencontre avec les médecins généralistes (M0) se scinde en deux étapes : dans un premier temps, la présentation des cas cliniques afin d'évaluer les pratiques du médecin et dans un deuxième temps, l'intervention pédagogique.

Nous débutons l'entretien par l'explication des objectifs et des intérêts de l'étude ainsi que ses modalités de réalisation. Nous remettons ensuite au médecin les 5 cas cliniques fictifs accompagnés de leur grille d'évaluation du potentiel suicidaire et du mode de prise en charge. Le sens élémentaire de chaque item (risque, urgence, danger) est brièvement expliqué à chaque médecin afin de s'assurer de la bonne compréhension des critères d'évaluation. Toutefois, pour que l'évaluation initiale soit la plus objective

possible, aucun détail n'est apporté au médecin sur le contenu de ces trois items (types de facteurs de risque, fréquence des idées suicidaires, etc.). Le temps nécessaire est laissé au médecin pour lire et évaluer successivement les 5 cas cliniques.

Nous terminons notre intervention en partageant avec le médecin le résumé des dernières recommandations issues de la conférence de consensus "*La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*" puis nous lui distribuons l'outil d'évaluation RUD (annexe 7) en précisant les principaux FR à rechercher, la indices permettant de mesurer le degré d'élaboration du scénario suicidaire ainsi que sa dangerosité.

La durée moyenne de notre intervention est de 23 minutes avec un minimum de 9 minutes et un maximum de 60 minutes. Elle est supérieure ou égale à 20 minutes pour trois quarts des médecins rencontrés (17 sur 23) et inférieure à 10 minutes pour 2 médecins (annexe 12).

7.3.3. Résultats de l'objectif principal, Test RUD

7.3.3.1. Résultats de l'évaluation psychiatrique de référence

Le score moyen par psychiatre de l'évaluation du Test RUD (5 cas cliniques réunis) est de 7 sur une valeur maximale de 9 points.

Les scores moyens obtenus pour chaque cas cliniques sont respectivement pour les cas n°1 à n°5 : 5, 8,2, 8,2, 6,8, 6,8 (Graphique 7). Les valeurs arrondies retenues pour déterminer le score validant seront respectivement pour les cas n°1 à n°5 : 5, 8, 8, 7, 7.

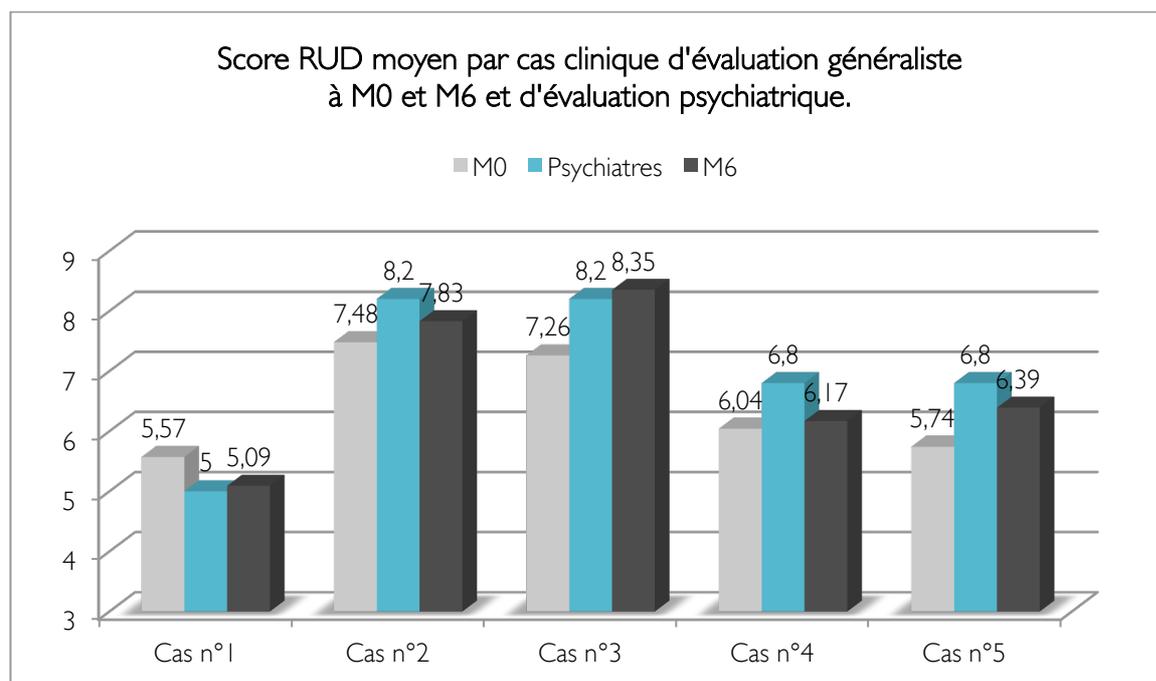
La mesure de dispersion des résultats autour de la moyenne des 25 cas cliniques (5cas x 5psychiatres) nous est fournie par le calcul de l'écart type. Il est calculé à 0,214 et est maximal pour le cas n°1 (0,219) et minimal pour le cas n°3 (0,049), signifiant pour ce dernier des réponses un peu plus consensuelles.

7.3.3.2. Résultats de l'évaluation généraliste

Le score moyen par généraliste de l'évaluation du Test RUD est de 6,42 à M0 avec un minimum de 5,8 pour 3 médecins et un maximum de 7,4 pour un seul médecin. Ce score moyen est de 6,77 à M6 avec un minimum de 5,2 obtenu par un seul médecin et un maximum de 8,0 obtenu par trois médecins. La moyenne du Test RUD par médecin est donc supérieure en M6 de 0,35 points (+6%) à celle observée en M0.

Les scores moyens obtenus pour chaque cas cliniques sont respectivement pour les cas n°1 à n°5 à M0 : 5.57, 7.48, 7.26, 6.04, 5.74, et à M6 : 5.09, 7.83, 8.35, 6.17, 6.39 (Graphique 7).

Graphique 7



Sur l'ensemble des 115 cas cliniques soumis, 6 ont été cotés à M0 avec un score minimal de 3 sur 9 (dont 2 fois pour un médecin) et 5 cas à M6. Inversement, 20 cas cliniques ont été cotés à M0 avec un score maximal de 9 sur 9 (dont 2 fois pour 4 médecins) et 28 cas à M6 (dont 3 fois pour 2 médecins et 2 fois pour 6 médecins).

L'écart type autour de la moyenne des 115 cas cliniques est similaire en M0 (0,273) et en M6 (0,275) signifiant une dispersion équivalente des résultats entre la première évaluation réalisée à M0 et la seconde effectuée à M6. L'écart type est maximal en M0 pour le cas n°4 (0,291) et en M6 pour le cas n°1 (0,295) et il est minimal en M0 pour le cas n°2 (0,189) et en M6 pour le cas n°3 (0,115).

7.3.3.3. Traitement statistique du Test RUD, test du Chi² de McNemar

Pour tenir compte de l'appariement entre les deux échantillons, il faut faire apparaître les cas cliniques qui appartiennent aux mêmes paires. Pour chaque paire de cas, on peut observer selon s'il y a "réussite" (+) ou "échec" (-), l'une des 4 configurations possibles (Tableau 4) :

Tableau 4

M0	M6	Nombre de paires
+	+	6
+	-	14
-	-	71
-	+	24

Pour faciliter l'analyse statistique, ces données peuvent être présentées sous la forme d'un tableau de contingence dont le total est celui du nombre de cas cliniques soumis. La statistique suit une loi du Chi2 à 1 degré de liberté (Tableau 5).

Tableau 5

M0 \ M6	+	-	
+	6	14	20
-	24	71	95
	30	85	115

Les paires concordantes (+\+ et -\-) n'apportent pas d'information sur la liaison entre l'intervention et la modification de jugement. Nous devons donc nous intéresser à la répartition des paires discordantes (-\+ et +\-). Les conditions d'application du test de McNemar sont vérifiées puisque la somme des paires discordantes est supérieure à 10.

Nous observons que la fréquence de réussite à l'évaluation est plus élevée en M6 (30/115 soit 26%) qu'en M0 (20/115 soit 17%). Cette différence concerne 10 cas cliniques, et représente une progression de 53%, ce qui peut-être considéré comme important. Cette augmentation est la conséquence du fait que la validation de certains cas a changée entre M0 et M6. Elle résulte du bilan entre ceux qui sont passés de l'échec à la réussite et ceux qui sont passés de la réussite à l'échec. Cela peut être 10 passages de l'échec à la réussite et aucun de la réussite à l'échec (ce qui serait une amélioration significative), mais cela peut être aussi 95 passages de l'échec à la réussite et 85 dans l'autre sens (ce qui ne serait plus en soi, une intervention très favorable). Le test de McNemar se propose donc d'évaluer la validité statistique de ce changement.

La valeur seuil d'acceptabilité d'un résultat de Chi2 à 1 degré de liberté au risque α de 5% est de 3,841. Les données présentées dans le tableau 5 nous permettent de calculer un résultat de Chi2 à **2,132** et une p-value à **0,144** ($>0,05$). Le Chi2 calculé est donc inférieur à sa valeur seuil de 3,841 et la p-value supérieur au risque α que nous nous sommes fixés.

Ce résultat ne nous permet pas de rejeter l'hypothèse nulle H0. Il n'est donc pas possible de conclure à une fréquence de réussite au Test RUD statistiquement plus élevée en M6 qu'en M0, malgré la différence importante observée sur l'échantillon entre ces deux moments. **Nous ne pouvons donc pas montrer qu'une amélioration significative de la détection du potentiel suicidaire est observée après notre intervention.**

7.3.4. Résultats de l'objectif secondaire, Test PEC

7.3.4.1. Résultats de l'évaluation psychiatrique de référence

Le score moyen par psychiatre de l'évaluation du Test PEC (5 cas cliniques réunis) est de 2,96 sur une valeur maximale de 5 points.

Les scores moyens obtenus pour chaque cas cliniques sont respectivement pour les cas n°1 à n°5 : 2, 3, 5, 2,6, 2,2 (Graphique 8). Les valeurs arrondies retenues pour déterminer le score validant seront respectivement pour les cas n°1 à n°5 : 2, 3, 5, 3, 2.

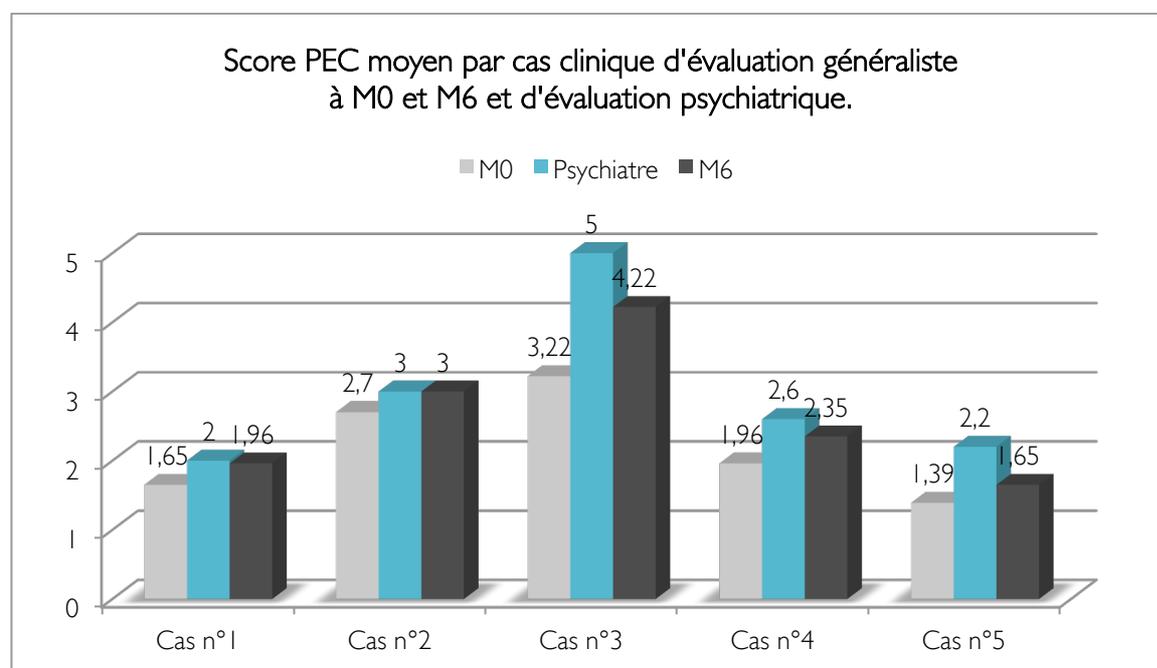
L'écart type à la moyenne pour les 25 cas est calculé à 0,4 et est maximal pour le cas n°5 (0,34) et minimal pour les cas n°2 et 3 (0,00) pour lesquels les réponses sont unanimes.

7.3.4.2. Résultats de l'évaluation généraliste

Le score moyen par généraliste de l'évaluation du Test PEC est de 2,18 à M0 avec un minimum de 1,4 et un maximum de 3,0. Ce score moyen est de 2,63 à M6 avec un minimum de 2,0 obtenu par deux médecins et un maximum de 3,4. La moyenne du Test PEC par médecin est donc supérieure en M6 de 0,45 points (+21%) à celle observée en M0.

Les scores moyens obtenus pour chaque cas cliniques sont respectivement pour les cas n°1 à n°5 à M0 : 1,65, 2,70, 3,22, 1,96, 1,39, et à M6 : 1,96, 3,00, 4,22, 2,35, 1,65 (Graphique 8).

Graphique 8



Sur l'ensemble des 115 cas cliniques soumis, 36 ont été cotés à M0 avec un score minimal de 1 sur 5 (dont 3 fois pour quatre médecins et 2 fois pour sept médecins) et 20 cas à M6 (dont 3 fois pour un

médecin et 2 fois pour trois médecins). Inversement, 5 cas cliniques ont été cotés à M0 avec un score maximal de 5 sur 5 et 15 cas à M6.

L'écart type sur la moyenne des 115 cas cliniques en M0 (0,504) est supérieur à celui obtenu en M6 (0,473) signifiant une dispersion des résultats plus importante sur le premier test que sur le second, dans lequel les décisions semblent plus consensuelles après notre intervention. L'écart type est maximal en M0 pour le cas n°3 (0,172) et en M6 pour le cas n°1 (0,169) et il est minimal pour le cas n°5 à la fois en M0 (0,085) et en M6 (0,099).

7.3.4.3. Traitement statistique du Test PEC, test du Chi2 de McNemar

Le type de données nous permet de procéder à un raisonnement statistique identique à celui employé pour le Test RUD.

Ces données sont également présentées sous la forme d'un tableau de contingence dont le total est celui des 115 cas cliniques. La statistique suit ici aussi une loi du Chi2 à 1 degré de liberté (Tableau 6).

Tableau 6

M0 \ M6	+	-	
+	18	20	38
-	40	37	77
	58	57	115

Intéressons nous ici aussi à la répartition des paires discordantes (-\+ et +\-). Les conditions d'application du test de McNemar sont vérifiées puisque la somme des paires discordantes est supérieure à 10.

Nous observons que la fréquence de réussite à l'évaluation est plus élevée en M6 (58/115 soit 50%) qu'en M0 (38/115 soit 33%). Cette différence concerne 20 cas cliniques, et représente une progression de 52%, ce qui est aussi important que la progression observée pour le Test RUD.

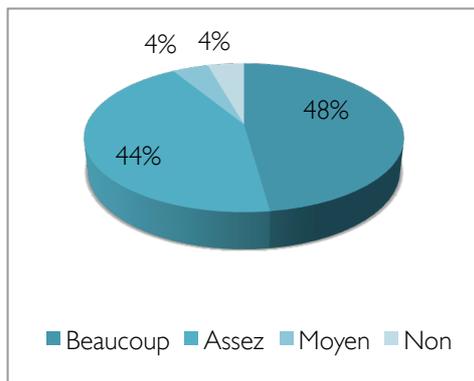
Rappelons que la valeur seuil d'acceptabilité d'un résultat de Chi2 à 1 degré de liberté au risque α de 5% est de 3,841. Les données présentées dans le tableau 6 nous permettent de calculer un résultat de Chi2 à **6,017** et une p-value à **0,014** (<0,05). Le Chi2 calculé est donc supérieur à sa valeur seuil de 3,841.

Ce résultat nous permet donc de rejeter au risque de 5% l'hypothèse nulle H0, et de montrer qu'une amélioration de la modalité de prise en charge du patient est statistiquement significative après notre intervention.

7.3.5. Évaluation de la satisfaction

La satisfaction des participants est évaluée grâce à plusieurs questions à la fin du test à M6. Les questions concernent l'avis des médecins évaluateurs sur le sujet de l'étude, sur sa méthodologie et sur l'utilité estimée de l'outil RUD qui leur est proposé comme aide pratique dans leur activité de consultation

(annexe 8). Au total les 23 questionnaires de satisfaction ont été correctement remplis par les participants.



Graphique 9

L'avis des médecins sur sujet d'étude est évalué avec la question : "Avez-vous été intéressé par le sujet d'étude ?" Les réponses disponibles sont : non, moyennement, assez, beaucoup. La satisfaction des participants pour le sujet d'étude est massive puisque 21 médecins estiment que le sujet les a beaucoup ou assez intéressé, ce qui représente plus de 91% des participants (Graphique 9). Deux médecins

ont été moyennement ou non intéressé par le sujet mais ont malgré tout participé à l'étude jusqu'à la fin et rendu l'intégralité de leurs résultats.

L'avis des médecins sur la méthodologie de l'étude est évalué avec la question : "Avez-vous trouvé la méthode d'étude adaptée ?" Les réponses possibles sont : non, oui, sans avis. Là encore, la majorité des médecins pensent que la méthodologie d'étude est adaptée au sujet traité, puisque seulement 2 d'entre eux se considèrent sans avis, alors que 21 médecins répondent positivement à la question, et 8 de ces derniers renseignent leur adresse mail pour recevoir les résultats et la conclusion de l'étude. .

L'avis des médecins concernant l'utilité de l'outil RUD est évalué avec la question : "*L'outil RUD vous aura-t-il apporté une aide pratique intéressante pour votre exercice ?*" Les réponses disponibles sont : non, oui, sans avis. La satisfaction des participants pour l'outil RUD est globalement bonne puisque 20 médecins (87%) considèrent qu'il leur a apporté une aide pratique intéressante au cours de leurs consultations. Aucun des médecins ne se déclare insatisfait de l'outil RUD, et 3 d'entre eux se déclarent sans avis.

7.3.6. Résultats des médecins non répondants à M6

Nous avons analysé les résultats des médecins ayant accepté de participer à l'étude mais n'ayant pas rendu l'intégralité de leurs résultats. Il s'agit en effet de huit médecins ayant réalisé l'évaluation à M0 mais dont nous n'avons pas pu recueillir les résultats à M6 et ce, malgré deux relances téléphoniques successives. Ces données (annexe 10) ne nous permettent pas de mesurer l'amélioration des pratiques de ces médecins, mais elles peuvent néanmoins être comparées avec le reste des résultats obtenus à M0 pour tenter de comprendre les raisons pour lesquelles ces cliniciens n'ont pas poursuivi l'étude jusqu'à la fin.

Ce groupe de huit médecins correspondant à 26% du total des participants volontaires à l'étude est constitué de 7 hommes et 1 femme. Les membres du groupe sont âgés en moyenne de 54 ans, avec un minimum de 43 ans et un maximum de 65 ans. L'ancienneté d'exercice est en moyenne de 25,4 années,

avec un minimum de 14 ans et un maximum de 36 ans d'exercice et 7 d'entre eux (87%) ont plus de 15 ans d'expérience professionnelle.

Un constat surprenant montre que la moitié de ces médecins (4 sur 8) déclare avoir déjà participé à au moins une formation professionnelle continue sur le suicide au cours de leur carrière. Ce résultat est très différent de celui observé dans l'échantillon des 23 médecins répondant à M0 et à M6 et pour lequel seulement 35% d'entre eux affirmaient avoir participé à une formation sur le suicide.

Dans ce sous-groupe, 8 tests de 5 cas cliniques sont analysés à M0 ce qui correspond à 40 résultats RUD et 40 résultats PEC.

7.3.6.1. Résultats à M0 du Test RUD des médecins non répondants à M6

Le score moyen de l'évaluation du Test RUD à M0 est de 6,78 par médecin, avec un minimum de 6,2 pour 2 médecins et un maximum de 7,4 pour un seul médecin. Il est donc plus élevé dans ce sous-groupe et plus proche de 62% du score de référence psychiatrique (7,0) que dans l'échantillon des 23 médecins (6,42).

L'écart-type autour de la moyenne des 40 cas cliniques est similaire pour ce sous-groupe en M0 (0,271) à celui observé à M0 (0,273) dans l'échantillon des 23 médecins signifiant une dispersion équivalente des résultats entre ces deux groupes.

7.3.6.2. Résultats à M0 du Test PEC des médecins non répondants à M6

Le score moyen du Test PEC à M0 est de 2,38 par médecin avec un minimum de 1,8 et un maximum de 2,8 pour deux médecins. Il est donc également plus élevé dans ce sous-groupe et plus proche de 26% du score de référence psychiatrique (2,96) que dans l'échantillon des 23 médecins (2,18).

L'écart-type autour de la moyenne des 40 cas cliniques est en M0 dans ce sous-groupe légèrement inférieur (0,495) à celui observé en M0 (0,504) dans l'échantillon des 23 médecins.

7.3.7. Résultats à M0 des médecins déjà formés préalablement à l'étude

Nous avons isolé ici tous les médecins rencontrés à M0 ayant répondu positivement à la question "Avez vous déjà suivi une formation sur le suicide ?" (annexe 8). Parmi les 31 questions posées, nous avons obtenu 12 réponses positives. Nous avons comparé à M0 les moyennes par médecin du Test RUD et du Test PEC de ces 12 médecins déjà formés par rapport aux moyennes des 19 autres médecins rencontrés n'ayant jamais suivi de formation.

Le score moyen du Test RUD à M0 est de 6,53 alors qu'il est de 6,49 par médecin formé pour un médecin non formé. Le score moyen du Test PEC à M0 est de 2,43 par médecin formé tandis qu'il est de 2,11 pour un médecin non formé. Les scores d'un médecin formé sont donc tous les deux supérieurs à ceux d'un médecin non formé et sont également plus proches des scores de référence obtenus par les psychiatres pour le Test RUD (7,0) et le Test PEC (2,96). Ces données suggèrent que les médecins

préalablement formés à notre intervention à M0, évaluent globalement mieux le potentiel suicidaire de leur patients et sont susceptibles de proposer une meilleure prise en charge médicale que les médecins n'ayant jamais suivi de formation sur le suicide.

7.4. Discussion

7.4.1. Discussion sur notre population

Dans notre étude, l'évaluation n'a pu porter que sur 23 questionnaires. Le taux de réponse peu élevé de la population de départ (35%), nous a conduit à tester un échantillon de taille réduite qui peut affecter la puissance statistique de l'étude. Ce petit échantillon ne nous a pas permis de prévoir un groupe contrôle dans ce travail, la puissance statistique en aurait été encore plus réduite.

Le taux de refus de participation à l'étude était assez élevé (38%) et pourrait correspondre à la part de médecins non intéressés par le sujet ou bien ne pouvant se rendre disponible pour nous recevoir pour ce travail.

La répartition par genre des médecins répondants n'est pas tout à fait équivalente à celle de l'ensemble des médecins de la ville d'Annecy. Nous n'avons pas décidé de comparer l'ancienneté d'installation des médecins anneciens avec celle de notre échantillon. Ces deux critères introduisent un biais de recrutement qui nous empêche de prétendre étudier un échantillon strictement représentatif de la population médicale généraliste de la ville d'Annecy.

7.4.2. Discussion sur notre intervention

La durée moyenne de notre intervention à M0 auprès des généralistes est de 23 minutes et est supérieure ou égale à 20 minutes pour trois quarts des médecins rencontrés, ce qui est comparable au temps habituellement choisi par les généralistes pour réaliser une consultation de médecine générale. La durée moyenne de notre intervention auprès des médecins non répondants à M6 est de 26 minutes c'est-à-dire supérieure de 3 minutes à celle de l'échantillon des 23 médecins. Cela peut paraître paradoxal puisque l'on pourrait s'attendre à ce que les médecins qui n'ont pas terminé l'étude soient moins intéressés ou moins disponibles pour consacrer du temps à la réalisation de ce travail. Pourtant, les médecins qui nous ont reçu le plus longtemps sont aussi rappelons le, ceux qui sont en proportion mieux formés sur le suicide (50% contre 35%). Les médecins de ce sous-groupe, souvent déjà sensibilisés au suicide, nous ont donc accordé quelques minutes supplémentaires pour développer l'échange et approfondir sur le sujet. Ceci n'a parfois pas été possible avec le groupe des 23 médecins répondant à M6, car nous avons quelques fois été vivement encouragés à abréger notre intervention à cause d'un manque de temps de certains cliniciens. Les durées minimales d'entretien de ces deux groupes étayent ce constat puisqu'elle est de 20 minutes pour le sous-groupe non répondant à M6 et seulement de 9 minutes pour le groupe des 23 médecins.

7.4.3. Discussion sur l'amélioration des pratiques des médecins généralistes

7.4.3.1. Discussion sur les résultats obtenus à M0 et M6

Les résultats sont encourageants car on observe chez les médecins testés après notre intervention, une progression importante de plus de 50% à la fois de la précision de l'évaluation du potentiel suicidaire (53%) mais aussi de l'amélioration de la prise en charge du patient suicidaire (52%), cette dernière étant même validée statistiquement. Ces résultats sont à considérer au regard de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes testés, qui est pour 2/3 d'entre eux supérieure à 20 ans. Cela signifie en effet qu'il est possible d'influencer en partie une pratique médicale déjà ancienne et bien établie avec des habitudes, des repères et des modes de fonctionnements individuels. Par ailleurs, seulement 8 médecins interrogés disent avoir déjà participé à une formation continue sur le suicide. Cette faible proportion préserve d'une part du risque que ces formations puissent influencer les résultats de notre évaluation à M0, et suggèrent d'autre part que notre intervention apporte quelque chose de nouveau sur le plan pédagogique dans le champ des connaissances médicales du médecin en pratique suicidologique.

La conduite d'entretien court et dirigé que nous avons employé à M0, n'est pas une situation comparable à celle qui a été utilisée par les médecins pour répondre individuellement aux cas cliniques à M6. En effet, notre présence à M0 et le type de notre intervention basée sur un modèle d'intervention brève avec le médecin ont éventuellement contribué à précipiter les réponses de certains médecins à M0, alors que ces derniers ont disposé en revanche de tout le temps qu'il leur était nécessaire à M6 pour répondre à ces mêmes cas cliniques.

Concernant la cohérence des réponses et la valeur de l'évaluation psychiatrique de référence, notons que même si elle ne bénéficie pas d'une validité scientifique démontrée, l'homogénéité des réponses fournies par les psychiatres est à chaque fois meilleure que celle des réponses proposées par les médecins généralistes. Le calcul des écarts-types nous en apporte la preuve. Les décisions spécialisées concernant l'évaluation du potentiel suicidaire (0,214) et le mode de prise en charge (0,4) sont toujours plus univoques que celles émises par les généralistes pour ces mêmes questions (M0: 0,273, M6: 0,275 en RUD et M0: 0,504, M6: 0,473 en PEC). Le mode de rédaction des cas cliniques (cas brefs, peu explicites, etc.) pourrait expliquer certaines différences d'interprétation qui sont observées. Il convient néanmoins de souligner qu'il existe un recentrement des résultats des généralistes sur le mode de prise en charge à M6 par rapport à M0, ce qui traduit une tendance pour ces médecins à des choix de réponses plus consensuelles après notre intervention pédagogique. Pour renforcer encore la puissance de l'étude, il aurait pu être envisagé de recueillir un plus grand nombre d'évaluations psychiatriques pour ces cas cliniques, afin de donner plus de force au score que nous avons utilisé comme référence.

7.4.3.2. Discussion sur les médecins généralistes non répondants à M6

Hormis le fait que le sous-groupe des huit médecins non répondants à M6 soit majoritairement composé d'hommes (1 seule femme), il est comparable à notre échantillon des 23 médecins en terme

d'âge (54 ans contre 50) et d'ancienneté d'exercice (25 ans contre 22). Le constat le plus surprenant vient de la proportion importante de médecins de ce sous-groupe à avoir déjà participé à une formation médicale continue sur le suicide (50% contre 35% dans le groupe des 23 médecins).

L'absence de réponse à M6 des ces médecins pourrait s'expliquer par le fait que notre seconde intervention a été faite par correspondance et non par entretien individuel comme il en a été le cas à M0. En effet, les cas cliniques à M6 ont été envoyés par courrier postal à chacun des 31 médecins ayant répondu à M0 et deux relances téléphoniques successives ont été utilisées pour tenter de mobiliser les médecins non répondants ou retardataires. Cette méthode de communication présente peut-être l'inconvénient d'être moins convaincante qu'un entretien individuel. Si nous avions procédé par rendez-vous comme nous l'avons fait à M0, nous aurions probablement obtenu plus de réponses, sauf dans le cas d'un refus du médecin de nous rencontrer à nouveau.

La seconde hypothèse sur l'absence de réponse à M6 pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de médecins plus souvent déjà formés et pouvant considérer que notre intervention est moins bénéfique pour eux. La comparaison des résultats recueillis à M0 pour ce sous-groupe avec ceux des 23 médecins va d'ailleurs dans ce sens. En effet, que ce soit pour le Test RUD ou pour le Test PEC, le score moyen par médecin à M0 dans ce sous-groupe est meilleur et plus proche (Test RUD : 62%, Test PEC : 26%) du score moyen de référence obtenu par les psychiatres. Ceci suggère que, dans ce sous-groupe, les médecins évaluent plus fidèlement le potentiel suicidaire de leurs patients et parviennent à mieux les prendre en charge que dans le groupe de 23 médecins ayant suivi l'étude jusqu'à la fin. Nous pouvons supposer de ces résultats qu'une proportion élevée de généralistes sensibilisés à la gestion de la crise suicidaire en formation continue permet une amélioration globale de l'évaluation du potentiel suicidaire et permet une prise en charge plus adaptée des patients suicidaires de médecine générale. Ces médecins seraient par ailleurs peut-être moins réceptifs ou moins disposés à participer pleinement à de nouvelles études et formations sur le sujet. Ces hypothèses pourraient faire l'objet de nouvelles recherches. Ces hypothèses nécessiteraient d'être validées statistiquement par d'éventuelles études ultérieures sur le sujet.

7.4.4. Discussion sur la satisfaction des médecins généralistes

L'enquête de satisfaction montre que presque tous les participants sont satisfaits de notre travail, que ce soit sur le thème abordé, la méthodologie d'intervention ou l'outil RUD que nous mettons à leur disposition. Cependant, il existe peut-être à ce niveau un biais de sélection caractérisé par le fait que les participants à l'étude puissent être des médecins déjà sensibilisés ou intéressés par la problématique suicidaire. Notre échantillon ne serait dans ce cas pas représentatif de la population médicale généraliste annecienne. Néanmoins, nous ne pouvons pas évaluer l'importance de ce biais ni quantifier son retentissement sur les résultats, et il est de toute façon inenvisageable pour ce type d'étude de ne pas recueillir préalablement le consentement des médecins participants à l'étude. Inversement, il est aussi possible que davantage de médecins se soient considérés intéressés par le sujet, sans que nous puissions

obtenir leur participation (manque de temps, opposition systématique à toutes les formes d'études et d'enquêtes épidémiologiques, etc.) ou recueillir l'intégralité de leurs résultats. Ces deux phénomènes impondérables se compensent probablement en partie et nous permettent d'envisager de les négliger pour interpréter les données.

La satisfaction des médecins pour la méthodologie de l'étude et le thème abordé suggère qu'il est possible d'envisager de poursuivre et de développer ce type de stratégie d'intervention pédagogique au cabinet de médecine générale pour d'éventuelles études à venir, ou de prochaines politiques de prévention. Cette méthode pédagogique individuelle s'avère efficace bien que complexe à mettre en œuvre à plus grande échelle. Elle exigerait une disponibilité accrue de la part des formateurs et davantage de moyens humains et financiers. Pour pallier à ces difficultés et augmenter la probabilité de réussite d'une campagne d'information à grande échelle, il pourrait être envisagé de transmettre l'outil RUD, par voie postale, par email ou par le biais d'un DVD directement au cabinet d'un grand nombre de médecins généralistes. Celui-ci serait accompagné de son mode d'utilisation et d'une simplification des dernières recommandations en matière de prévention suicidaire. D'autres stratégies pourraient consister à former des internes de médecine générale sur le sujet avec l'objectif qu'ils puissent transmettre leurs connaissances aux maîtres de stages qui les reçoivent pendant leurs stages d'internat de niveau 1 et de niveau 2. Enfin, certains médecins généralistes formés pourraient servir de relayeur d'information auprès de leurs confrères départementaux lors des réunions professionnelles locales (groupes de pratiques Balint).

Toutes ces méthodes permettraient de contourner la problématique supposée du manque de temps disponible des généralistes pour se rendre aux formations régionales. Elles présenteraient aussi l'avantage de pouvoir être renouvelées facilement et régulièrement selon le même procédé, de manière à consolider les connaissances de chaque médecin.

Cependant, de notre point de vue, les formations régionales sur trois jours faisant intervenir des formateurs en tant que personne physique, permettent un apprentissage beaucoup plus approfondi des connaissances et bénéficient d'une interactivité nécessaire aux formateurs pour répondre aux questions que se posent les participants. Les mises en situation (jeux de rôles) marquent aussi davantage l'esprit qu'un résumé ou un guide d'évaluation envoyé par la poste ou distribué par mail, et dont l'avenir probable se situe au fond d'un tiroir ou d'une corbeille dans les minutes qui font suite à sa réception.

7.4.5. Discussion sur l'outil d'évaluation RUD

L'absence de validation scientifique de l'outil d'évaluation RUD que nous avons testé vient contrebalancer les services qu'il pourrait potentiellement rendre aux médecins et aux patients. En effet, près de 90% des médecins rencontrés considèrent que ce guide leur a apporté une aide intéressante dans leur pratique médicale. Or, les échelles de risque validées sont actuellement encore insuffisantes et en l'absence de protocole formel, les médecins essaient de se constituer parfois à tort ou de manière intuitive, leurs propres critères diagnostics du potentiel suicidaire. Notre engagement moral et

déontologique dans ce cas doit privilégier l'apport de recommandations quelles que soient leurs formes, pourvu qu'elles permettent de sauver quelques vies supplémentaires.

Après la formation et l'explication des modalités d'utilisation de l'outil RUD, les trois notions RUD (risque, urgence, danger) semblent bien comprises comme étant des éléments permettant d'évaluer la crise suicidaire. Les facteurs de risques paraissent également bien compris et leur repérage ne semble pas poser de problème. L'une des difficultés rencontrées lors de la présentation de l'outil RUD réside dans le terme "urgence", qui semble parfois prêter à confusion avec le terme "risque", termes entre lesquels les médecins ne parviennent que difficilement à faire la distinction.

Le problème principal évoqué par les médecins rencontrés lors de ce travail est que, même pour un médecin généraliste formé et disposant d'outils de dépistage appropriés, ce type de prise en charge occupe beaucoup plus de temps que celui habituellement accordé à une consultation de pathologie somatique. Ce type de suivi nécessite aussi parfois des consultations répétées et rapprochées dans le temps en attendant que le patient en crise suicidaire puisse être considéré en situation de sécurité. L'absence de nomenclature pour la reconnaissance en tant qu'acte spécifique particulièrement complexe et exigeant, représente peut-être un obstacle à l'amélioration des pratiques de médecine générale dans ce domaine.

8. Conclusion

Le comportement suicidaire est un phénomène multifactoriel, l'ensemble de ce travail rend compte de cette notion fondamentale. Il est le plus souvent l'effet d'une pathologie, mais aussi parfois la réponse à une question plus profonde centrée sur le sens de l'existence dans nos sociétés modernes.

L'identification de la crise suicidaire, la triple évaluation du potentiel suicidaire et les modalités d'intervention thérapeutiques sont les missions fondamentales de la médecine générale dont l'action se situe en premier recours de nombreuses situations de détresse psychologique. L'intervention en situation de crise suicidaire associe écoute, reconnaissance de la souffrance, reformulation émotionnelle et nécessite parfois des actions concrètes plus directives pouvant conduire à l'hospitalisation sous contrainte, dans le but de préserver la vie du patient d'un risque imminent et non contrôlable.

Depuis 25 ans, la réduction du taux de suicide indique qu'il est un sujet de préoccupation sur lequel il est possible d'agir et pour lequel des efforts d'amélioration des pratiques professionnelles peuvent être encore envisagés. En effet, les efforts déployés jusqu'à maintenant pour lutter contre ce problème ont eu des effets bénéfiques, mais dans des proportions dont nous ne pouvons nous satisfaire complètement.

Notre étude montre que l'apport individuel des dernières recommandations en matière de prévention suicidaire et la proposition d'utilisation d'un outil d'évaluation diagnostique basé sur le RUD permettent d'observer une amélioration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des patients suicidaires. Ces formations individuelles ont été réalisées sur un groupe de 23 médecins généralistes anneciens au

cours d'un entretien d'une vingtaine de minutes directement au cabinet du praticien. Nous avons observé que notre intervention a permis une amélioration importante de plus de 50% à la fois de la précision de l'évaluation du potentiel suicidaire de chaque patient, mais aussi de la pertinence du mode de prise en charge proposé par le médecin face à la situation clinique rencontrée. L'interprétation des résultats montre également que l'évaluation suicidaire et les choix du mode de prise en charge adoptés par les médecins sont plus consensuels après notre intervention.

La majorité des médecins évalués ont plus de 20 ans d'expérience professionnelle ce qui suggère qu'il est possible de développer et de consolider des pratiques professionnelles anciennes et qu'il est même souhaitable d'intervenir à tout moment dans la carrière du médecin puisque notre évaluation initiale montre que les meilleures pratiques s'observent principalement pour les médecins déjà formés sur le suicide.

Les bonnes pratiques médicales passent donc d'abord par un apprentissage initial de qualité, ainsi qu'une formation continue, régulière et renouvelée des professionnels de santé. En effet, les mesures visant à modifier les comportements professionnels n'ont pas un effet immédiat et durable sur la pratique. Au contraire, leur effet est progressif (effet d'apprentissage) et décline avec le temps (effet de perte des acquis). D'autres études montrent que les médecins généralistes formés à l'intervention en situation de crise suicidaire rencontrent moins de difficultés, et consacrent moins de temps à gérer ce motif de consultation que les médecins non formés.

À condition de disposer des moyens nécessaires, la satisfaction massive des médecins généralistes vis-à-vis de notre travail nous encourage à envisager l'extension et le développement de cette stratégie de formation individuelle au cas par cas. D'autres pistes sont envisageables pour contourner les obstacles qui retiennent les médecins généralistes de participer aux formations régionales. Elles pourraient consister à faire parvenir par correspondance aux cliniciens le résumé des dernières recommandations de prévention accompagné de l'outil d'évaluation RUD. Celui-ci semble constituer un instrument pratique intéressant capable d'aider le clinicien à mesurer plus précisément le potentiel suicidaire et susceptible de le guider et de lui faire gagner du temps dans son évaluation. Ce travail sous-entend aussi l'intérêt que pourrait représenter la création de protocoles standardisés de prise en charge des TS en médecine libérale, de façon à uniformiser la prise en charge médicale des suicidants et éviter les retours à domicile trop précoces de ces patients.

Il est nécessaire de poursuivre et de prolonger la réflexion sur le phénomène suicidaire afin de permettre dans l'avenir, la découverte de nouvelles stratégies préventives à mettre en place pour faire baisser les taux. Ceci doit passer par une implication forte de tous les professionnels de santé et un travail efficace en réseau avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social. L'amélioration des stratégies de lutte contre le suicide implique aussi la poursuite et le renforcement des politiques publiques de prévention ainsi que la mise en place de mesures capables d'encourager durablement l'investissement des acteurs de terrain et des formateurs. Ce sont eux qui permettront de diffuser et de populariser les informations actualisées les plus pertinentes et les plus concrètes en matière de

prévention suicidaire. Parallèlement à ces mesures, une lutte active contre la discrimination et le tabou pesant sur la maladie mentale contribuerait à faciliter le diagnostic des troubles mentaux et améliorer leur prise en charge afin de réduire le taux des conduites suicidaires.

Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux..

Ce qui était connu

- L'épidémiologie des conduites suicidaires en France
- Les facteurs de risque, d'urgence et de danger suicidaire.
- Difficultés d'accès pour les médecins généralistes aux formations régionales sur la prévention suicidaire

Ce que cette étude apporte

- Augmentation absolue du taux de médecins capables de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire
- Significativité statistique de l'amélioration du mode de prise en charge du patient suicidaire
- Satisfaction globale des médecins vis-à-vis de l'utilité de l'outil RUD proposé

Les zones d'incertitude

- La validité statistique de la reproduction de ce travail sur un échantillon de plus grande taille
- La faisabilité et l'évaluation d'efficacité d'une intervention pédagogique individuelle à grande échelle
- La place à donner à ces méthodes de formation dans le cadre du futur "DPC obligatoire"

9. Annexes

9.1. Annexe I : Facteurs de risque suicidaire, d'après (Vandevoorde J. 2013)

Facteurs de risque psychiatriques		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Nature de la pathologie (presque toutes les pathologies constituent en réalité un facteur de risque)	Dépression Toxicomanie Alcoolisme Trouble des conduites alimentaires Trouble bipolaire Schizophrénie Trouble de la personnalité Trouble anxieux	Staikowski <i>et al.</i> (2008), Chignon <i>et al.</i> (1998), Bertolote <i>et al.</i> (2004), Schneider <i>et al.</i> (2006), Cogle <i>et al.</i> (2009)
Présence d'au moins une comorbidité Exacerbation des signes pathologiques Chronicité de la pathologie Non-compliance au traitement		

Facteurs de risque économiques		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Trait de personnalité	Impulsivité Agressivité et trouble du comportement Trouble de l'adaptation Recherche de sensations et prise de risque excessive Difficulté avec la loi Passivité	Jollant <i>et al.</i> (2005, 2007a, 2007b)
État sentimental	Désespoir et détresse Dysphorie Culpabilité Honte et humiliation Colère Anxiété et angoisse Labilité affective Émotivité Ennui État de malaise général Agitation	
Cognition	Estime de soi basse Inanité Perception d'échec Impuissance à trouver des solutions aux problèmes Réduction du sens des valeurs Croyance associée à la mort Désir de rejoindre un défunt Pessimisme Perception d'être une charge pour l'environnement Intention suicidaire Connaissance supposée de la létalité des moyens suicidaires	Weishaar (1996)
Vie fantasmatique	Idées suicidaires Scénario suicidaire	
État général et comportement	Fatigue Trouble du sommeil Prise de psychotrope Anhédonie Aprosexie Automutilation Hypomanie Baisse de l'activité sexuelle Incurie Fugue, fuite, voyage pathologique Recherche d'arme, conduite de préparation Accalmie suspecte Annonce suicidaire	

Facteurs de risque environnementaux		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Présence de moyens létaux à disposition		Humeau <i>et al.</i> (2007)
Milieu pénitentiaire		
Saison de naissance, saison, jour de la semaine		Rock <i>et al.</i> (2006), Cailhol <i>et al.</i> (2009)
Conditions atmosphériques		
Influence géo-démographique	Europe, région Nord-Ouest de la France	

Facteurs de risque sociaux		
Items cliniques	Sous-secteurs	Référence
Chômage		
Professions exposées	Policier Militaire Prostituée	
Crise économique		
Sexe	Plus d'hommes pour les suicides et plus de femmes pour les tentatives	
Âge		
Solitude et isolement		
Conduite d'évitement		
Déplacement géographique		
Problème d'intégration sociale	Immigration, émigration	
Difficulté professionnelle	Conduite d'échec, conflit, problème de hiérarchie, baisse des performances, conflit d'autorité, harcèlement	
Surinvestissement professionnel		
Hostilité envers les autres		

Facteurs de risque biologiques		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Épilepsie Début et annonce de maladie Affections neurocérébrales Hyposérotinergie Période pré-ménopausique Ménopause Grossesse Maladie grave Douleur chronique, maladie hyperalgique Génétilisme Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso- surrénalien Croissance fétale		Caspi <i>et al.</i> (2003) Mittendorfer <i>et al.</i> (2008) ; Riordan <i>et al.</i> (2006)

Facteurs de risque familiaux		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Hérédité Veuvage Célibat Divorce ou période de séparation affective Perte d'un membre de la famille Absence d'enfants Trouble psychiatrique dans la famille Antécédents de suicide Maladie d'un proche Violence intrafamiliale Violence psychologique Conjugopathie		Wyder <i>et al.</i> (2009) Bioulac <i>et al.</i> (2000) Bioulac <i>et al.</i> (2000)

Facteurs de risque historiques		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Tentative de suicide antérieure Hérédité Expériences de vie malheureuses	Ruptures Violence sexuelle Inceste Traumatismes Maltraitance Carence affective	Borges <i>et al.</i> (2008), Suominen <i>et al.</i> (2004), Kuo et Gallo (2005), Inoue <i>et al.</i> (2008)
Antécédents psychiatriques Foyer dissocié Autorité parentale défailante Placement en foyer Emprisonnement	Excessive ou absente	

Facteurs de risque conjoncturels		
Items cliniques	Sous-secteurs	Références
Situation de crise Deuil Difficultés financières Interruption volontaire de grossesse Dispute Rupture sentimentale Placement en institution		Heikkinen <i>et al.</i> (1994)

9.2. Annexe 2 : Facteurs associés aux TS, d'après (Beck F 2011)

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-64 ans, par sexe, France, 2010						
Variables explicatives	Hommes (n=10 249)			Femmes (n=12 336)		
	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Âge en classes (effectifs hommes/femmes)				**		
15-19 ans (n=790/789)	0,4	- 1 -		2,0	- 1 -	
20-25 ans (n=1 092/1 181)	0,6	1,3	[0,3-5,3]	1,1	0,4*	[0,2-0,9]
26-34 ans (n=1 762/2 103)	0,5	1,3	[0,3-5,9]	0,8	0,4*	[0,2-0,9]
35-44 ans (n=2 514/2 846)	0,4	1,4	[0,3-6,0]	0,8	0,6	[0,3-1,3]
45-54 ans (n=2 063/2 569)	0,3	0,9	[0,2-4,2]	0,4	0,2**	[0,1-0,6]
55-64 ans (n=2 119/2 914)	0,2	0,8	[0,2-3,1]	0,6	0,3**	[0,1-0,7]
Diplôme le plus élevé				**		
Aucun diplôme (n=866/1 074)	0,1	- 1 -		1,5	- 1 -	
Inférieur au baccalauréat (n=4 288/4 629)	0,6	2,1	[0,6-7,1]	0,9	0,9	[0,5-1,7]
Baccalauréat (n=1 870/2 454)	0,2	0,7	[0,2-3,5]	0,5	0,5	[0,2-1,0]
Supérieur au baccalauréat (n=3 316/4 245)	0,4	1,4	[0,3-5,3]	0,4	0,4*	[0,2-1,0]
Situation professionnelle	*			***		
Travail (n=6 990/7 750)	0,3	- 1 -		0,4	- 1 -	
Chômage (n=853/971)	0,7	1,7	[0,7-4,2]	2,2	1,9	[1,0-3,7]
Inactif (n=2 491/3 671)	0,5	2,1	[0,8-5,2]	1,1	1,8	[1,0-3,1]
Revenu par unité de consommation (UC)	**			***		
Moins de 1 100 € (n=2 609/3 788)	0,7	- 1 -		1,4	- 1 -	
1 100 à moins de 1 800 € (n=3 756/4 429)	0,3	0,5	[0,3-1,1]	0,5	0,6*	[0,3-1,0]
1 800 € et plus (n=3 367/3 342)	0,1	0,2**	[0,1-0,7]	0,4	0,7	[0,3-1,4]
Manquant (n=608/843)	0,2	0,3	[0,0-2,4]	0,5	0,5	[0,2-1,3]
Vit seul	***			**		
Non (n=7 762/9 677)	0,3	- 1 -		0,7	- 1 -	
Oui (n=2 578/2 725)	1,0	2,9**	[1,5-5,8]	1,5	1,6	[0,9-2,6]
Violences subies les 12 derniers mois (hors violences sexuelles)	***			***		
Non (n=7 703/9 321)	0,2	- 1 -		0,5	- 1 -	
Oui (n=2 634/3 080)	1,0	5,1***	[2,6-10,1]	1,9	2,7***	[1,7-4,2]
Violences sexuelles au cours de la vie	**			***		
Non (n=9 897/10 674)	0,3	- 1 -		0,6	- 1 -	
Oui (n=436/1 721)	1,4	1,5	[0,6-4,1]	2,1	2,7***	[1,7-4,3]
Fumeur quotidien	*			***		
Non (n=6 757/8 902)	0,3	- 1 -		0,5	- 1 -	
Oui (n=3 541/3 481)	0,6	0,8	[0,4-1,6]	1,5	1,9**	[1,2-3,0]
Consommation d'alcool (AUDIT-C)	***			***		
Non buveur (réf.) (n=896/1 735)	0,4	- 1 -		1,0	- 1 -	
Sans risque (n=3 547/7 684)	0,2	0,6	[0,2-2,0]	0,6	0,8	[0,4-1,4]
À risque ponctuel (n=4 384/2 489)	0,3	0,7	[0,2-2,1]	0,9	0,9	[0,5-1,8]
À risque chronique (n=1 479/465)	1,0	1,9	[0,7-5,3]	3,1	1,5	[0,7-3,4]

Source : BEH 13 décembre 2011 / n°47-48 (Beck F 2011)

9.3. Annexe 3 : Echelle d'idéation suicidaire, d'après (Beck AT. 1988)

Questions	Réponses	Points
1. Désir de vivre	Modéré à élevé	0
	Faible	1
	Aucun	2
2. Désir de mourir	Aucun	0
	Faible	1
	Modéré à élevé	2
3. Raisons de vivre/mourir	Le désir de vivre l'emporte sur la mort	0
	À peu près égal	1
	Le désir de mort l'emporte sur la vie	2
4. Désir de faire une TS	Aucun	0
	Faible	1
	Modéré à élevé	2
5. Désir passif de suicide	Prend les précautions pour préserver la vie	0
	Laisse aller la vie ou la mort sans préférence	1
	Ne prend aucune précaution pour préserver la vie	2
6. Durée des IS	Brèves, éphémères	0
	Sur d'assez longues périodes	1
	Continuelles (chroniques) ou presque continuelles	2
7. Fréquence des IS	Rares, occasionnelles	0
	Intermittentes	1
	Persistantes ou continues	2
8. Attitude envers les IS	Rejet	0
	Ambivalence, indifférence	1
	Acceptation	2
9. Contrôle de l'action suicidaire	Sentiment de contrôle	0
	Incertain de pouvoir la contrôler	1
	Non contrôle	2
10. Mesures visant à dissuader la tentative	N'essayerait pas en présence de moyens de dissuasion	0
	Préoccupé par une manœuvre de dissuasion	1
	Peu ou pas influencé par un moyen de dissuasion	2

11. Raisons d'effectuer une TS	Manipuler l'entourage, attirer l'attention, ou vengeance	0
	Combinaison du désir de manipuler et d'échapper à la souffrance	1
	Échapper à la souffrance et résoudre les problèmes	2
12. Planification d'une éventuelle TS	Non considérée	0
	Considérée mais les détails ne sont pas élaborés	1
	Détails élaborés et bien formulés	2
13. Disponibilité des moyens	Non disponible	0
	Pas immédiatement disponible	1
	Disponible immédiatement	2
14. Sentiment d'être capable de mener à bien son action	Peur, pas le courage, trop faible	0
	N'est pas sûr de sa capacité	1
	Certain de sa capacité à agir	2
15. Met de l'espoir dans une TS	Aucun	0
	Incertain	1
	Oui	2
16. Préparation pour une TS	Aucune	0
	Partielle	1
	Complète	2
17. Lettre d'adieu	Aucun	0
	Débutée mais non complétée, ou pensée	1
	Terminée	2
18. Dispositions anticipant la mort	Aucune	0
	A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre	1
	A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs	2
19. Évocation ou dissimulation du projet suicidaire	Idée révélée ouvertement	0
	Retenue	1
	Tente de tromper ou cacher son intentionnalité	2

Le score total pour les 19 articles est calculé.

Score minimum = 0

Score maximum = 38

Des scores plus élevés indiquent une plus grande idéation suicidaire

9.4. Annexe 4 : Echelle d'intentionnalité suicidaire, d'après (Beck AT 1974)

I – CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TS		
1. Isolement	Quelqu'un de présent	0
	Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (telephone)	1
	Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal)	2
2. Moment choisi	Intervention probable	0
	Intervention improbable	1
	Intervention très probable	2
3. Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui	Aucune précaution prise	0
	Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clef)	1
	Précautions actives (porte fermée à clef)	2
4. Appel à l'aide pendant ou après la tentative	A averti de son geste une personne pouvant la secourir	0
	A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste	1
	N'a contacté ou averti personne	2
5. Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : testament, cadeaux, assurance vie...)	Aucune	0
	A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre	1
	A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs	2
6. Lettre d'adieu	Pas de lettre	0
	Lettre écrite mais déchirée ou jetée	1
	Présence d'une lettre	2
II – PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT		
1. Appréciation de la létalité du geste par le patient	Pensait que son geste ne le tuerait pas	0
	N'était pas sûr que son geste le tuerait	1
	Était sûr que son geste le tuerait	2
2. Intention de mort	Ne voulait pas mourir	0
	Incertain	1
	Voulait mourir	2

3. Préméditation	Aucun	0
	Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative	1
	Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative	2
	Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative	3
4. Position actuelle vis-à-vis de la tentative	Patient heureux de s'en être sorti	0
	Patient incertain	1
	Patient déçu d'avoir survécu	2
III – DANGEROUSITE		
1. Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (exemple : si quelqu'un n'était pas venu par hasard lui porter secours)	Issue favorable certaine	0
	Mort improbable	1
	Mort probable ou certaine	2
2. La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale	Non	0
	Incertain	1
	Oui	2

Score : Intentionnalité faible : 0 à 3, intentionnalité moyenne : 4 à 10, intentionnalité élevée : 11 à 25

9.5. Annexe 5 : PRIME-MD et T4

9.5.1. PRIME-MD d'après (Whooley MA. 1997)

- Avez-vous ressenti, ces deux derniers mois, un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie?
- Vous êtes vous senti abattu, déprimé ou désespéré?

Ce test est considéré comme positif s'il est répondu oui à une des deux questions.

9.5.2. T4 (PRIME-MD) d'après (Brody DS. 1998)

- Avez-vous souffert d'un problème de sommeil ?
- Avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir ?
- Votre estime de vous est-elle bonne ?
- Votre appétit s'est-il modifié ces deux derniers mois ?

9.6. Annexe 6 : Stratégie face à un patient en crise (Vandevoorde J, 2013)

Préambule :

- Assurer la sécurité immédiate
- Déclencher le plan d'urgence contre le passage à l'acte
- Gagner du temps

1^è étape : créer un lien de confiance

- Présence chaleureuse, authentique et empathique
- Faire preuve de respect et être directif
- Attitude positive envers la personne, intérêt pour son problème, accueil de la souffrance
- Respect et non-jugement (éviter de faire la morale)
- Rester avec la personne
- Gérer les contre-transferts
- Garder son calme, normaliser la crise
- Parler calmement, phrases courtes, précises et ton bas ; transmettre l'apaisement
- Entreprendre une approche collaborative
- Proposer une aide à la recherche de solutions
- Évaluation constante du maintien de la confiance établie

2^è étape : évaluation de la sévérité et de la dangerosité des symptômes

- Se centrer sur la crise actuelle
- Aborder directement les intentions suicidaires et la mort
- Quadruple évaluation : Facteurs de risque, pathologie psychiatrique, éléments psychologiques, processus suicidaire en lui-même

3^è étape : Écouter l'histoire et comprendre la personne

- Écouter, comprendre, valider la souffrance
- Ralentir le rythme, prendre son temps
- Vérifier la perception des événements vécus
- Clarifier les événements et leur déroulement
- Classer les problèmes
- Relever les solutions déjà utilisées et le recours antérieur aux soins
- Identifier le message

4^è étape : gérer les sentiments

- Observer les réactions verbales et non verbales
- Mettre en mot les émotions
- Favoriser la ventilation émotionnelle
- Reconnaître la douleur psychique
- Enseigner la tolérance aux émotions négatives

5è étape : briser l'isolement

- Rechercher des personnes importantes dans le réseau naturel de la personne
- Repérer les organismes et les personnes identifiées
- Évaluer leur implication

6è étape : formuler la crise

- Normaliser les émotions, les pensées et les comportements
- Transmettre les informations qui permettront à la personne une reprise du contrôle de sa vie
- Partage de la compréhension de la crise entre la personne et l'intervenant
- Utiliser un modèle explicatif de la crise suicidaire
- Transmettre l'espoir

7è étape : briser la fixation attentionnelle sur le suicide

- Réduire la fixation attentionnelle sur le suicide et le tiraillement suicidaire
- Valoriser et utiliser les ressources de la personne
- Peser avec la personne l'efficacité des solutions déjà utilisées
- Engager le soutien social
- Mobiliser les pensées alternatives
- Remobiliser les souvenirs et les pensées positives
- Travailler sur les perceptions erronées
- Travailler sur les facteurs de protection et les éléments dissuasifs

8è étape : déterminer et proposer un plan d'action

- Déterminer les problèmes sur lesquels agir
- Établir un cadre de résolution des problèmes
- Offrir des solutions valables
- Établir un projet à court terme, un plan d'action positif (il doit être réaliste, facile, pas trop ambitieux et tenir compte des compétences de la personne afin d'éviter les échecs)
- Utiliser un plan de sécurité et/ou un contrat de non-suicide

9^e étape : déterminer les stratégies anti-suicidaire immédiates

- Cacher les armes
- Élaborer des stratégies personnalisées d'apaisement avec le patient (musique, douche chaude, appeler un ami, écrire ses sentiments, faire du sport, etc.)
- Donner le numéro de téléphone des urgences et celui d'un proche
- Convaincre le patient de ne jamais prendre de décision sous le coup des émotions
- Critiquer le geste
- Apprendre au sujet à lire ses comportements et ses idées
- Rappeler les informations sur la maladie et ses conséquences (notamment en terme de croyances erronées)
- Établir une carte de ses forces passées, de son courage, de ses points positifs, de pensées positives

10^e étape : formulation de la prochaine étape

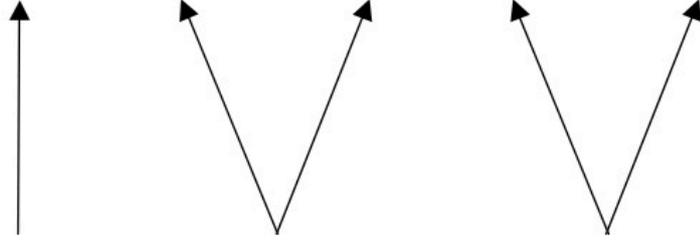
- Annoncer la phase d'approfondissement de l'évaluation à suivre
- Déterminer l'intervention pour les futurs soins, prévoir avec le patient le comportement en cas de future crise et les solutions prévues pour y faire face
- Proposer un plan et une orientation
- Établir une veille suicidaire si besoin

9.7. Annexe 7 : Outil d'évaluation élaboré selon le modèle RUD

Nom du patient : _____ Né(e) le : _____	R.U.D Guide de soins de l'estimation du risque suicidaire																	
Facteurs de Risque : Modèle intégratif																		
Primaires (individuels) <input type="checkbox"/> Pathologie psy: Dépression (risque x20), psychose, toxicomanie, éthylisme. <input type="checkbox"/> ATCDP/F de suicide <input type="checkbox"/> Difficulté à gérer le stress <input type="checkbox"/> Impuissance/perte d'espoir <input type="checkbox"/> Impulsivité/agressivité <input type="checkbox"/> Maladie somatique	Secondaires (sociaux) <input type="checkbox"/> Cohésion familiale : Manque de cohésion, séparation/abandon, perte d'un proche, violence physique/sexuelle. <input type="checkbox"/> Difficultés économiques <input type="checkbox"/> Difficultés judiciaires <input type="checkbox"/> Anomie, isolement social : chômage, lois, ... <input type="checkbox"/> Religion	Tertiaires (épidémio) <input type="checkbox"/> Sexe masculin <input type="checkbox"/> Âge > 75 ans																
Facteurs protecteurs <input type="checkbox"/> Sentiment de responsabilité vis-à-vis de sa famille : Enfants au domicile, grossesse. <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Bonne capacité à résoudre les problèmes <input type="checkbox"/> Soutient social <input type="checkbox"/> Relation thérapeutique positive																		
Trois niveaux d'Urgence (probabilité de mourir dans les 48h) : Plan "COQ" (comment-où-quand) (valable à un instant T pour une situation précise)																		
Pas de plan précis <input type="checkbox"/> Flashes sans intention <input type="checkbox"/>	↑	Faible <input type="checkbox"/>																
Plan partiellement défini <input type="checkbox"/> Pensées récurrentes <input type="checkbox"/> Engagement à ne pas passer à l'acte, solution(s) de secours <input type="checkbox"/>	↑	Moyen <input type="checkbox"/>																
Plan défini <input type="checkbox"/> Pensées quotidiennes <input type="checkbox"/> Menace de passage à l'acte en 24-48h <input type="checkbox"/> Absence d'alternative autre que le suicide <input type="checkbox"/>	↑	Élevé <input type="checkbox"/>																
Dangerosité du scénario suicidaire :																		
Létalité du moyen : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Accessibilité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																	
R.U.D (valable à un instant T pour une situation précise)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Risque</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Urgence</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Danger</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Faible (+)</td> <td style="text-align: center;">< 6 FdR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Moyen (++)</td> <td style="text-align: center;">6 à 14 FdR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Élevé (+++)</td> <td style="text-align: center;">> 14 FdR</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Risque	Urgence	Danger	Faible (+)	< 6 FdR			Moyen (++)	6 à 14 FdR			Élevé (+++)	> 14 FdR		
	Risque	Urgence	Danger															
Faible (+)	< 6 FdR																	
Moyen (++)	6 à 14 FdR																	
Élevé (+++)	> 14 FdR																	

⇒ Ceci est un guide de remplissage et de la CAT

R.U.D (valable à un instant T pour une situation précise)			
	Risque	Urgence	Danger
Faible (+)	< 6 FdR	Pense au suicide sans scénario précis	Moyen non déterminé
Moyen (++)	6 à 14 FdR	Scénario envisagé mais reporté	Moyen envisagé non accessible immédiatement
Élevé (+++)	> 14 FdR	Projet immédiat. Planification claire, passage à l'acte prévu dans les jours à venir	Moyen déterminé accessible immédiatement (Arme chargée au domicile, corde achetée)



Actions
Suivi par MG en ambulatoire.
Si pas de danger imminent et collaboration thérapeutique : Prise en charge par psychiatre en ambulatoire dans les meilleurs délais
Si danger grave non immédiat et refus de collaboration : Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
Si danger grave immédiat et collaboration : Adresser la personne au C.H par ambulance
Si danger grave immédiat et refus de collaboration : Recours à l'agent de la paix pour transport en C.H (SPDRE)

9.8. Annexe 8 : Cas cliniques fictifs soumis à M0 et à M6

Questionnaire de thèse Évaluation du risque suicidaire en médecine générale

Consigne : Pour les 5 cas suivants, mettre une croix dans chaque colonne grisée.

Cas clinique n°1 :

Une femme de 35 ans vient vous voir au cabinet pour vous exprimer qu'elle ressent depuis quelques semaines des difficultés professionnelles à gérer le stress imposé par sa direction pour accroître la rentabilité de l'entreprise.

Elle a un très bon poste dans une grande banque internationale et n'a pas de difficultés économiques particulières. Elle est mariée à un policier, a 2 enfants, un bon contexte familial et un sentiment de responsabilité vis-à-vis de toute sa famille.

Néanmoins depuis quelques temps elle perd un peu l'espoir à cause de ce problème, est triste, dort difficilement et mange moins. Quelques flashes suicidaires lui traversent l'esprit de temps en temps pendant ses moments de découragement, mais elle se ressaisit très vite et n'a clairement pas de plan défini en tête lorsque vous lui posez la question. Elle vous évoque brièvement que son mari ramène tous les soirs ses armes de service à la maison. Elle vous demande de l'aide.

R.U.D				Action	
	Risque	Urgence	Danger		
Faible					Suivi par MG en ambulatoire.
Moyen					Prise en charge spécialisée par psychiatre ambulatoire dans les meilleurs délais
					Adresser la personne au C.H par ambulance
Élevé					Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
					Recours à l'agent de la paix pour transport en CH (SPDRE)

SPDT : Soins psychiatriques sur demande d'un tiers

SPDRE : Soins psychiatriques sur demande d'une réquisition de l'état.

Cas clinique n° 2 :

Un homme de 22 ans, que vous suivez depuis quelques années pour un problème de toxicomanie à l'héroïne que vous essayez de substituer avec difficulté vient vous voir pour vous annoncer qu'il vient de passer 30 jours en détention pour s'être fait prendre par la police en possession de plusieurs dizaines de grammes d'héroïne.

Il va passer en jugement dans quelques jours mais à été libéré en attendant.

Il est célibataire, au chômage et en grande difficulté financière. Il a été mis à la porte de chez ses parents lorsqu'il a été emprisonné, il va maintenant devoir trouver un logement.

Pendant sa peine d'emprisonnement, il a tenté deux fois de se suicider dans sa cellule et y pense maintenant quotidiennement. Il a peur des armes, mais il sait qu'en sortant du cabinet, il va se rendre à la pharmacie la plus proche pour acheter des médicaments en vente libre comme solution finale "douce", s'il ne parvient pas à trouver une solution. Vous parvenez finalement à établir une collaboration thérapeutique.

R.U.D				Action	
	Risque	Urgence	Danger		
Faible					Suivi par MG en ambulatoire.
Moyen					Prise en charge spécialisée par psychiatre ambulatoire dans les meilleurs délais
					Adresser la personne au C.H par ambulance
Élevé					Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
					Recours à l'agent de la paix pour transport en CH (SPDRE)

Cas clinique n°3 :

L'un de vos patients, un homme de 35 ans vous consulte au cabinet pour vous annoncer qu'il vient de perdre sa femme et ses deux enfants dans un accident de voiture la semaine dernière. Il se retrouve maintenant tout seul, son père n'habitant pas la région et il n'a pas beaucoup d'amis.

Vous suivez cet homme depuis plusieurs années pour un diabète insulino-dépendant et une hypercholestérolémie familiale sévère découverte à la suite d'un AVC qui lui a laissé quelques séquelles (paralysie faciale et troubles praxiques de la main droite).

Il vit de petits boulots irréguliers en intérim et se demande maintenant, au delà de la peine qu'il ressent, comment il va pouvoir s'assumer économiquement.

Cet accident réactualise un évènement douloureux de son enfance lorsqu'il avait perdu sa mère dans les mêmes circonstances. Il semble impulsif, vous dit qu'il n'a pour l'instant aucune idée suicidaire mais que la seule façon de s'en sortir sera de se venger personnellement contre le chauffard responsable de l'accident.

Depuis le drame, il n'a plus aucun espoir et il s'est mis à boire "pour oublier" vous dit-il. Ce jour là, il est en état d'alcoolisation aiguë. Il met la relation thérapeutique en difficulté et vous prévient que vous n'avez pas intérêt à l'empêcher de se venger ni à le faire hospitaliser de force (encore moins prévenir la police), car il se sent très irritable et capable de tout. Il n'a pas d'arme à feu chez lui, mais un bon couteau fera l'affaire vous dit-il. Il va mûrir le projet.

R.U.D				Action	
	Risque	Urgence	Danger		
Faible					Suivi par MG en ambulatoire.
Moyen					Prise en charge spécialisée par psychiatre ambulatoire dans les meilleurs délais
					Adresser la personne au C.H par ambulance
Élevé					Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
					Recours à l'agent de la paix pour transport en CH (SPDRE)

Cas clinique n°4 :

Marion, 16 ans, vient vous voir au cabinet. Elle est accompagnée de sa maman, qui vous explique que Marion vient de se faire quitter par son premier petit ami avec qui elle était depuis 6 mois. Sa maman vous explique qu'en rentrant du bureau hier soir elle a trouvé dans la chambre de Marion à côté de sa table de nuit, une boîte entière de Xanax 0,25 qui était depuis de longue date dans la pharmacie de la maison.

Vous voyez Marion pour la première fois en raison du contexte d'urgence, elle n'a pas d'antécédents somatiques particuliers, elle a pas mal d'amis et des bons résultats scolaires. Elle a un frère aîné et un contexte familial étayant, serein et harmonieux.

En l'interrogeant elle vous explique que cette rupture récente la rend triste et la travaille beaucoup. Elle n'avait jamais pensé au suicide jusqu'à maintenant et elle était heureuse dans sa vie, mais hier elle était bien décidée à prendre la boîte de médicaments et s'asseoir sur le rebord du balcon pour se laisser tomber du 6ème étage lorsque les médicaments l'auraient endormie, "comme cela elle ne se serait rendue compte de rien", vous dit-elle.

R.U.D				Action	
	Risque	Urgence	Danger		
Faible					Suivi par MG en ambulatoire.
Moyen					Prise en charge spécialisée par psychiatre ambulatoire dans les meilleurs délais
					Adresser la personne au C.H par ambulance
Élevé					Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
					Recours à l'agent de la paix pour transport en CH (SPDRE)

Cas clinique n°5 :

Mr Dupond, 75 ans, que vous voyez tous les trois mois pour le renouvellement de son ordonnance dans le traitement de son cancer de la prostate bien contrôlé sous blocage androgénique, vous parle aussi cette fois-ci d'une certaine lassitude, une perte d'élan vital et une tristesse de l'humeur depuis quelques mois.

Cliniquement il n'a pas plus de signes fonctionnels que d'habitude, mais il n'a plus goût à faire son jardin et ses activités, et trouve qu'il est trop vieux pour être encore de ce monde.

Il vit maintenant seul depuis que sa femme est décédée il y a 3 ans, et a 2 enfants qui ne viennent jamais le voir et qui ne prennent pas plus de nouvelles. Il a une toute petite retraite et vit dans une petite maison en location, pour laquelle il a des difficultés à payer le loyer. Il est croyant et pratiquant et son attachement à Dieu lui a permis de tenir jusqu'à maintenant. Il vous avoue aussi un peu honteux qu'il se réfugie de temps en temps derrière la bouteille pour combler toute cette solitude.

Il pense souvent au viaduc sur lequel il allait faire sa promenade quotidienne il y a quelques temps encore et qui pourrait bien représenter une solution pour lui, mais il ne sait pas quand et pense ne pas avoir le courage suffisant pour faire le geste.

La relation thérapeutique que vous avez aujourd'hui avec Mr Dupond est très positive et il est coopératif dans les différentes options thérapeutiques que vous lui proposez face à ce problème.

R.U.D				Action	
	Risque	Urgence	Danger		
Faible					Suivi par MG en ambulatoire.
Moyen					Prise en charge spécialisée par psychiatre ambulatoire dans les meilleurs délais
					Adresser la personne au C.H par ambulance
Élevé					Entreprendre soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)
					Recours à l'agent de la paix pour transport en CH (SPDRE)

Questions complémentaires :

- Quel sont votre âge et votre année de thèse ?
- Avez vous déjà suivi une formation sur le suicide ?

9.9. Annexe 9 : Questionnaire complémentaire soumis à M6

Questions individuelles soumises à M6 en complément de l'évaluation des 5 cas cliniques présents dans l'annexe 8

Avez vous été intéressé par le sujet d'étude ?

- Non Moyennement Assez Beaucoup

Avez vous trouvé la méthode d'étude adaptée ?

- Non Oui Sans avis

L'outil RUD vous aura t-il apporté une aide pratique intéressante pour votre exercice ?

- Non Oui Sans avis

Si vous souhaitez recevoir les résultats et la conclusion de l'étude, merci de renseigner ici votre adresse mail (ou postale si vous n'en avez pas) :

Email :

9.10. Annexe 10 : Données recueillies

9.10.1. Évaluation des médecins généralistes

Généralistes	Évaluation des médecins généralistes								
	Évaluation à M0					Évaluation à M6			
	Cas	R	U	D	PEC	R	U	D	PEC
1	1	2	2	2	2	3	3	3	4
	2	2	1	1	2	3	3	3	2
	3	3	3	3	4	2	2	3	2
	4	3	3	3	3	3	3	3	3
	5	2	2	3	2	2	2	2	1
2	1	2	2	3	1	1	1	3	1
	2	3	3	2	3	3	3	2	3
	3	1	2	2	2	3	2	3	5
	4	2	1	2	1	1	1	1	1
	5	3	2	2	1	2	2	2	2
3	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	2	3	3	3	4	3	2	3	3
	3	2	2	1	2	3	3	2	4
	4	2	1	2	1	1	1	3	2
	5	2	1	3	2	3	2	2	1
4	1	2	2	2	2	2	2	2	1
	2	3	3	2	3	3	3	3	3
	3	2	3	2	2	3	3	3	4
	4	2	2	2	1	2	3	2	1
	5	3	2	3	2	2	2	2	1
5	1	2	2	2	1	1	1	1	1
	2	3	3	3	4	2	3	2	3
	3	2	1	1	2	3	3	3	5
	4	1	2	2	1	1	2	2	2
	5	2	2	2	1	3	2	2	2
6	1	2	2	3	2	1	1	3	1
	2	3	3	3	2	2	2	2	4
	3	1	2	2	1	2	1	2	2
	4	2	3	3	2	1	2	3	3
	5	1	1	1	1	1	1	2	1
7	1	2	2	2	2	1	2	3	2
	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	3	3	3	3	4	3	3	3	5
	4	1	1	1	1	1	3	3	3

	5	2	2	2	2	3	3	3	3
8	1	1	1	2	1	1	1	1	2
	2	2	2	2	2	3	3	3	4
	3	3	3	3	5	3	3	3	5
	4	1	3	2	1	2	3	3	3
	5	1	2	1	1	2	1	2	1
9	1	1	1	1	1	2	1	1	2
	2	2	2	2	2	3	3	3	2
	3	3	3	3	4	3	3	3	5
	4	2	2	3	2	3	3	3	4
	5	1	1	1	1	3	2	3	1
10	1	1	2	3	1	2	2	2	2
	2	2	3	2	2	2	2	1	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	5
	4	1	2	1	2	1	2	1	2
	5	2	1	1	1	1	1	3	2
11	1	3	3	3	3	2	1	1	2
	2	2	2	2	1	3	3	3	5
	3	2	2	2	2	2	3	3	3
	4	1	2	1	2	2	3	3	2
	5	2	2	2	2	1	3	3	1
12	1	2	2	3	1	1	2	2	1
	2	3	3	3	4	3	3	3	3
	3	3	3	3	5	3	3	3	5
	4	1	2	1	2	1	2	1	2
	5	3	2	2	1	3	2	3	2
13	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	2	3	3	2	3	2	2	2	2
	3	1	3	2	2	2	3	3	5
	4	3	3	3	3	1	2	2	3
	5	3	1	2	1	2	2	2	2
14	1	1	2	3	2	1	1	3	2
	2	3	3	1	3	2	3	2	3
	3	2	1	3	4	2	3	3	5
	4	1	3	3	3	1	3	3	3
	5	2	2	3	1	2	2	3	2
15	1	1	2	3	2	1	1	2	2
	2	3	2	1	3	2	2	2	2
	3	3	3	3	4	3	3	3	5
	4	2	1	3	2	1	2	2	2
	5	2	1	3	1	2	2	3	2

16	1	1	1	3	1	2	2	2	2
	2	3	3	2	3	3	3	3	3
	3	3	3	3	5	3	3	3	2
	4	2	3	3	2	2	1	1	2
	5	1	1	3	2	1	1	1	1
17	1	1	1	2	1	1	1	3	1
	2	3	2	2	2	3	3	2	3
	3	2	3	2	3	3	3	2	5
	4	1	2	3	2	1	3	3	3
	5	2	2	3	2	3	2	3	2
18	1	3	2	2	3	1	1	3	3
	2	2	2	1	2	3	2	2	3
	3	2	3	2	3	3	3	3	5
	4	3	3	3	3	1	1	2	1
	5	1	1	1	1	2	2	3	2
19	1	1	1	2	2	1	2	1	3
	2	3	3	1	1	3	3	3	4
	3	3	3	2	2	3	2	3	2
	4	1	3	1	1	2	3	3	2
	5	1	2	2	1	2	2	3	2
20	1	2	1	3	1	1	2	3	2
	2	3	3	2	3	3	3	2	2
	3	3	2	3	5	3	3	3	5
	4	1	2	2	2	1	2	3	2
	5	2	2	3	1	3	3	3	3
21	1	2	1	3	4	2	3	3	4
	2	3	3	3	4	2	2	2	3
	3	2	1	2	2	3	3	3	5
	4	2	3	3	3	3	2	3	3
	5	2	1	1	1	2	1	1	2
22	1	1	2	2	1	1	1	2	2
	2	3	3	2	3	3	2	3	4
	3	3	2	2	3	2	3	2	4
	4	1	2	1	2	2	2	1	3
	5	3	2	2	2	1	1	2	1
23	1	1	1	3	2	2	2	3	2
	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	3	3	3	3	5	3	3	3	4
	4	1	2	3	3	2	3	3	2
	5	2	3	3	2	2	2	3	1

9.10.2. Évaluation psychiatrique de référence

Psychiatres	Évaluation psychiatrique de référence				
	Cas	R	U	D	PEC
1	1	1	1	3	2
	2	2	3	2	3
	3	2	3	3	5
	4	1	3	3	3
	5	1	2	3	1
2	1	1	1	2	1
	2	3	3	2	3
	3	3	2	3	5
	4	1	2	2	2
	5	2	2	2	2
3	1	2	2	3	3
	2	3	3	3	3
	3	3	2	3	5
	4	2	3	3	3
	5	3	2	3	3
4	1	1	1	2	2
	2	3	3	2	3
	3	3	2	3	5
	4	1	2	3	2
	5	2	1	3	2
5	1	1	1	3	2
	2	3	3	3	3
	3	3	3	3	5
	4	2	3	3	3
	5	3	2	3	3

9.10.3. Évaluation à M0 des généralistes non répondeurs à M6

Médecins non répondants à M6					
Généralistes	Entretien à M0				
	Cas	R	U	D	PEC
1	1	1	1	3	2
	2	3	3	1	2
	3	2	3	3	5
	4	1	3	1	1
	5	1	2	3	2
2	1	2	2	3	2
	2	3	3	3	3
	3	3	3	3	4
	4	2	3	2	1
	5	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1
	2	3	3	3	3
	3	1	3	3	5
	4	3	3	3	2
	5	2	2	3	1
4	1	2	3	3	2
	2	3	3	2	3
	3	2	3	2	4
	4	2	2	2	1
	5	2	2	2	1
5	1	2	2	3	2
	2	3	3	3	3
	3	1	2	1	2
	4	2	2	2	1
	5	3	2	2	1
6	1	1	1	2	2
	2	3	3	3	3
	3	3	3	3	5
	4	2	2	2	2
	5	1	1	1	2
7	1	2	2	3	2
	2	3	3	2	3
	3	3	3	3	5
	4	3	2	2	2
	5	1	1	1	2
8	1	1	2	3	2

	2	3	3	3	3
	3	2	2	3	3
	4	3	2	3	2
	5	3	1	3	2

9.11. Annexe II : Information des généralistes sur le lancement de l'étude

Cher confrère,

Médecin généraliste remplaçant en Haute-Savoie et ancien interne de la faculté de Tours, j'effectue ma thèse conjointement avec le Dr Florence Dubois-Carmagnat (psychiatre aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours), sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.

À la question selon laquelle comment pouvons-nous sensibiliser les médecins généralistes à détecter et prévenir la crise suicidaire de leurs patients je propose un travail de thèse dont la réflexion portera sur la façon dont les médecins généralistes analysent le risque suicidaire et sur l'utilisation d'éléments d'interrogatoire standardisés permettant de reconnaître le patient suicidaire avant l'éventualité d'un passage à l'acte.

Le suicide est un problème qui nous concerne profondément, nous les médecins généralistes puisque il a été montré que l'idéation suicidaire et la dépression concernent 20% de tous les consultants, et que plus de 80% des patients morts par suicide étaient passés voir leur médecin généraliste la semaine précédant leur passage à l'acte.

Plusieurs formations selon le modèle JL Terra ont été mises en place en Indre et Loire depuis 2003 par le Dr Florence Dubois pour aider les professionnels de santé à détecter les patients suicidaires. Mais ces formations ont été difficile à organiser pour les médecins généralistes, et n'ont pas, en termes de fréquentation, bénéficiés du succès espéré. En partant du constat qu'il est peut-être difficile de faire déplacer les médecins généralistes et leur faire quitter leur cabinet sur 48 heures pour les faire participer à ces formations, j'ai élaboré un résumé du contenu de cette formation que je souhaite vous faire partager directement à votre cabinet, au cours d'un entretien d'une vingtaine de minutes environ.

Le début de l'entretien consistera à déterminer l'estimation du risque suicidaire que vous vous faites de quelques cas cliniques fictifs courts, simples et standardisés portant sur la thématique suicidaire. Il vous conviendra pour chaque cas de mesurer selon votre appréciation et votre expérience, le risque suicidaire de chaque patient correspondant au cas clinique qui vous sera lu.

Un cours résumé de la formation et un support d'analyse sous forme d'une plaquette descriptive simple et schématique vous seront ensuite remis. Cet outil diagnostique pratique pourrait faciliter votre entretien dans l'évaluation ultérieure de vos patients.

Chaque médecin, sera recontacté par entretien direct 6 mois plus tard, il lui sera demandé une nouvelle évaluation sur les mêmes cas cliniques que précédemment ainsi que sur l'aide que pourra lui avoir

apporté l'outil transmis. Les données seront ensuite recueillies et comparées individuellement avec les réponses données par ce même médecin, 4 mois plus tôt.

L'analyse des résultats essaiera de définir si ce modèle d'aide au diagnostic peut apporter un plus à la détection des idées suicidaires par les médecins généralistes de ville.

Pendant la période d'étude, votre objectif sera si vous le souhaitez, d'utiliser l'outil transmis pour votre patientèle si cela s'avérait nécessaire.

J'espère que ce projet d'étude vous apportera autant d'intérêt et de satisfaction que la formation a pu susciter chez nos confrères y ayant participé.

En espérant vous compter parmi les participants volontaire à cette étude, je vous recontacterai bientôt par téléphone pour, si vous l'acceptez, convenir avec vous d'un rendez-vous à votre cabinet et s'entretenir ensemble sur le sujet et ses modalités de réalisation, comme décrites ci dessus.

En comptant sur votre participation, je vous en remercie par avance.

Bien confraternellement.

Nicolas Pousset

9.12. Annexe 12 : Durée des entretiens à M0

Durée des entretiens à M0									
Généralistes	Temps (minutes)	Généralistes	Temps (minutes)	Généralistes	Temps (minutes)	Généralistes	Temps (minutes)	Généralistes	Temps (minutes)
1	19	7	30	13	20	19	20	25	20
2	45	8	25	14	20	20	20	26	20
3	30	9	15	15	9	21	25	27	25
4	18	10	35	16	30	22	20	28	30
5	20	11	60	17	40	23	20	29	20
6	20	12	10	18	17	24	20	30	20
								31	20

10. Bibliographie

- Aguilera DC. Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie. Édité par Masson. 1995.
- Alvarez JC., Cremniter D., Gluck N., Quintin P., Leboyer M. «Low serum cholesterol in violent but not in non violent suicide attempters.» *Psychiatry* 95 (2000): 103-108.
- Anaes. «La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus de l'ANAES.» Édité par Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2000.
- Andronikof A. «Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé.» *L'évolution psychiatrique* 66 (2001): 632-640.
- Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. «A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior.» *Molecular Psychiatry* 8 (2003): 646-53.
- Aouba A. «Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006.» *BEH*, 2011.
- Aouba A. «La mortalité par suicide en France en 2006.» *Études et résultats (CépiDc - INSERM)* 702 (09 2009).
- AQPS. «Prévention du suicide et traitement médiatique.» [aqps.info](http://www.aqps.info). Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). 03 2012. http://www.aqps.info/media/documents/AQPS_feuillet-PS.pdf.
- ARS. «Evaluation des politiques régionales de lutte contre le suicide.» Pays de La Loire, ARS, 2012.
- Asberg M. «Neurotransmitter monoamine metabolites in the cerebrospinal fluid as risk factors for suicidal behavior.» *Health & Human Services, Report of the Secretary's Task Force On Youth Suicide*, 1989, 193-212.
- Asberg M. «Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies.» *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997.
- Asberg M., Thoren P., Traskman L., Bertilson L., Ringberger V., «Serotonine depression : a biochemical subgroup within the affective disorders ? .» *Sience*, 1976.
- Badeyan G, Parayre C, Mouquet MC, Tellier S, Dragos S, Ellenberg E. «Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique.» *DREES*, 2001.
- Baechler J. *Les suicides*. Calmann-Levy, 1975.
- Batt A, Campeon A, Kearns N, Corcoran P. «Suicide et développement : un coût humain?» 2002.
- Batt A, Eudier F, Breurec JY, Baert A, Le Vaou P, Badiche A, et al. «Repetition of parasuicide: risk factors in general hospital referred patients.» *J Ment Health*, 1998.
- Batt A. «Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention.» 2007.

Batt A. «Intérêt de la démarche d'autopsie psychologique dans la prévention du suicide.» Centre d'expertise collective de l'Inserm, INSERM, 2004.

Baudelot C, Establet R. Suicide : l'envers de notre monde. Édité par Seuil. 2006.

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. «Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study.» *Am J Psychiatry*, 1996.

Beck A. «Hopelessness and suicidal behavior.» *Journal of the American Medical Association* 234 (1975): 1146-1149.

Beck AT, Schuyler D, Herman I. «Development of suicidal intent scales.» Dans *The prediction of suicide.*, de Resnick HLR, Lettieri DJ. Beck AT. Charles Press, 1974.

Beck AT., Steer RA., Rantieri WF. «Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version.» *Journal of Clinical Psychology* 44 (1988): 499-505.

Beck F, Guignard R, Du Roascoät E, Saïas T. «Tentatives de suicide et penées suicidaires en France en 2010.» *BEH*, 13 12 2011: 489.

Bellivier F, Chaste P, Malafosse A. «Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis.» *American Journal of Medical Genetics* 124 (2004): 87-91.

Benoit M. «Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ?» *La Crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge.* 2001.

Berk M, Dodd S, Henry M. «The effect of macroeconomic variables on suicide.» *Psychol Med*, 2006.

Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T., De Graaf 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. «Risk factors for suicidality in Europe : Resultats from the ESEMED study.» *Journal of Affective Disorder* 101 (2007): 27-34.

Bernus D. «Suicide : Plaidoyer pour une prévention active.» *Les avis du conseil économique, social et environnemental*, 2013.

Berretini WH, Numberger JI Jr, Narrow W, Simmons-Alling S, Gershon ES. «Cerebrospinal fluid studies of bipolar patients with and without a history of suicide attempts.» *Annals of the New York Academy of Sciences* 487 (1986): 197-201.

Besnard P. «Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle.» *Rev Fr Sociol*, 1997.

Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzales B. Castello. «Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur huit ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie.» *Encephale*, 2000.

Bioulac S., Bourgeois M., Ekouevi D.K., Bonnin JM., Gonzales B., Castello MF. «Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie.» *L'encéphale* 26 (2000): 79-84.

Bonne E. «La santé des suicidés : à propos de 308 cas de patients suicidés, recensés dans le Service de Médecine Légale de Saint-Etienne et à l'Institut de Médecine Légale de Lyon, entre le 1er mai et le 31 Octobre 2004. [thèse de médecine].» Saint-Etienne, 2005.

Bordeleau D. L'expérience suicidaire. Choix de vie ou de mort, Perspective archétypale. ESF, 1998.

Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso, et al. «Twelve-month prevalence of risk factors for suicide attempts in the World.» J Clin Psychiatry (Health Organization World Mental Health Surveys), 2010.

Boudon R, Bourricaud F. Dictionnaire critique de la sociologie. PUF, 2000.

Boule JP., Brun X., Oge C., Pichon C. «Évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide.» Département d'Évaluation des Politiques de Santé (DEPS), Direction du Projet Régional de Santé (DPRS), Agence régionale de santé Pays de La Loire (ARS), 2012.

Bourgeois ML. «Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide.» L'encéphale, 1996: 46- 51.

Bourgoin N. Suicide et activité professionnelle. Édité par Population (Paris). 1999.

Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel J, et al. «Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives. » INSERM, 1993.

Brent DA, Bridge J, Jonhson BA, Connolly J. «Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims.» Arch Gen Psychiatry, 1996.

Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Koldo D, et al. «Familial pathways to only-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters.» Arch Gen Psychiatry, 2002.

Brody DS., Hahn SR., Spitzer RL., Kroenke K., Linzer M., DeGruy FV., Williams JB. «Identifying patients with depression in the primary care setting : a more efficient method.» Archives of Internal Medicine 7, n° 21 (1998): 2469-2475.

Brown G., Beck A., Steer R., Grisham J. «Risk factors for suicide in psychiatric outpatients : A 20 years prospective study.» Journal of Consulting and Clinical Psychology 68, n° 3 (2000): 371-377.

Brown GL., Ebert MH., Boyer PF., «Agression, suicide and serotonine : Relationships to CSF amine metabolites.» American journal of psychiatry 139 (1982): 741-746.

Caldwell CB, Gottesman II. «Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide.» Schizophr Bull, 1990.

Campéon A. «Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide.» Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003.

Camus A. Le Mythe de Sisyphe. Gallimard, 1942.

Capitain JY. «La crise suicidaire et l'accompagnement des proches.» 2009.

Casadebaig F. Schizophrénies en France. Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes. INSERM, Vidon G, 2000.

Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. «Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method.» Psychol Med, 1999.

Cedereke M, Ojehagen A. «Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months.» Eur Psychiatry, 2005.

CepiDc. CepiDC - INSERM. 03 2014. <http://www.cepidc.inserm.fr/>.

Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. «État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France.» Santé Publique, 2011.

Chappert J.-L., Pequignot F., Pavillon G., Jouglu E. «Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention.» DRESS, 2003.

Chauvel L. Le destin des générations. PUF, 2002.

Cleare AJ, Bond AJ. «The effect of tryptophan depletion and enhancement on subjective and behavioural aggression in normal male subjects.» *Psychopharmacology* 118 (1995): 72-81.

Colas C.E, Charles R., Meyrand B. «La crise suicidaire en médecine générale : Une revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques.» *Médecine*, Février 2010.

Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. «Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies.» *Suicide Life Threat Behav*, 2001.

Consoli S. «La psychologie médicale face aux situations de détresse psychique et physique. La détresse psychique à l'hôpital et au sein des institutions : comment prévenir le suicide des personnes prises en charge ?» Colloque de la société de psychologie médicale et psychiatrie/GEPS 29-30 septembre. 2005.

Coryell W, Schlessler M. «The dexamethasone suppression test and suicide prediction.» *Am J Psychiatry*, 2001.

Cottencin O. «Dépressions sévères : comorbidités somatiques.» *L'encéphale*, 12 2009.

Cottencin O., Warembourg F. «Patients souffrant d'affections somatiques.» Dans *Suicides et Tentatives de suicide*, de Courtet Ph., 191. Flammarion, 2010.

Cogle J., Keough M., Riccardi C., Sachs-Ericsson N. «Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-replication. » *Journal of Psychiatric Research* 43 (2009): 825-829.

Courtet Ph., interviewer par Mathieu Vidard. «La prévention du suicide.» *La tête au carré*, édité par France inter. (06 juin 2011).

—. «Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles.» *EMC - Psychiatrie*. 2008. <http://www.em-consulte.com/article/68661/neurobiologie-des-conduites-suicidaires-voies-de-r>.

—. «Risque suicidaire et antidépresseurs : que préconiser ?» *Edipsy*. 10 03 2014. <http://www.edipsy.com/risque-suicidaire-antidepresseurs-que-preconiser-diaporama-avec-commentaires-audio-de-lauteur/>.

—. *Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier, 2010.

Dab W. «La prévention du suicide.» *Actualité et dossier en santé publique*, 2003.

Davidson F, Philippe A. «Suicides et tentatives de suicide.» *INSERM*, 1986.

Debout M. «Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide.» *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2003.

—. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. ENSP, 2005.

Décret n° 2013-809. [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). 09 09 2013. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027939042>.

Dejong T., Overholser J., Stockmeier C. «Apples to oranges ? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers.» *Journal of Affective Disorders* 124 (2010): 90-97.

Desplanques G. «L'inégalité sociale devant la mort.» Dans *La société française, Données Sociales*. INSEE, 1993.

Dir. Gle. santé. «État des lieux du suicide en France.» *Santé des populations et prévention des maladies chroniques.*, Dir. Gle. santé, 2013.

—. *sante.gouv.fr*. 04 07 2013. <http://www.sante.gouv.fr/la-politique-publique-de-prevention-du-suicide.html>.

Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. «Near fatal deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide.» *J Affect Disord*, 2004.

Douiller A. «De la prévention du suicide à la promotion de la santé.» *Journal de l'université d'été francophone en santé publique* 5 (Juillet 2010).

DREES. «Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats.» DREES, 2006.

Dumel F. «Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale?» *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. 2001.

Durkheim E. *Le suicide*. PUF, 2007.

Edwards MJ, Holden RR. «Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences.» *J Clin Psychol*, 2001.

Eurostat. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.

Everall R., Altrows J., Paulson B. «Creating a future : a study of resilience in suicidal female adolescents.» *Journal of Counselling and Development* 84 (2006): 461-470.

Fanello S., Paul P., Delbos V., Gohier B., Jousset N., Duverger P., Garre J.B. «Pratiques et attentes des médecins généraliste à l'égard des conduites suicidaires.» *Santé publique*, 2002.

Foucault M. *Faire vivre et laisser mourir, la naissance du racisme*. Temps Mod, 1991.

Fremouw W.J., Perczel M., Ellis T.E. *Suicide Risk: Assessment and Response Guidelines*. Pergam press, 1990.

GEPS. «Historique du programme national de formation à la prévention du suicide.» *Groupement d'Études et de Prévention du Suicide*, 2013.

Gonthier R. «Suicide et grand âge.» *Bull Soc Thanatol*, 1997: 95-114.

Granboulan V. «Devenir de l'adolescent suicidant.» *Rev Prat*, 1998.

Gravel R., Béland Y. «The Canadian Community Health Survey: mental health and well-being.» *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005.

Gunnell G, Frankel S. «Prevention of suicide : aspirations and evidence.» *British Medical journal* 308 (1994): 1227-1233.

Gustafsson L, Jacobsson L. «On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden.» *Nord J Psychiatry*, 2000.

Guze SB., Robins E. «Suicide and primary affective disorders.» *Br J Psychiatry*, 1970.

Hardy P. «Troubles de la personnalité et conduites suicidaires.» Dans Les troubles de la personnalité, de Guelfi J.D., Hardy P. Feline A., 361-378. Flammarion, 2006.

Harris L., Hawton K. «Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide : the predictive power of the suicide intent scale.» *Journal of Affective Disorder* 86 (2005): 225-233.

Hawton K, Arenslan E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. «Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe.» *J Epidemiol Community Health*, 1998.

Heckman V, Horiuchi C. «Photographie de la prise en charge médicale précédant une intoxication médicamenteuse volontaire. A propos d'une enquête portant sur 215 intoxications admises au CHU de Grenoble. » *Psychol Med*, 1994: 1192-1197.

Heidegger, Martin. Être et temps. 1986.

Heikkinen M., Aro H.,Lonnqvist J. «Recent life events, social support and suicide.» *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (1994): 65-72.

Horiuchi M, Mallaret M, Heckman V, Debru JL, Guignier M. «Une meilleure prévention du suicide par le médecin est-elle possible ?» *Le concours médical*, 1996: 67-70.

Howland R.H. «General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia.» *Int. J Psychiatr. Med.*, 1993: 211-238.

Hunt I, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, Bailey H, et al. «Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups.» *Br J Psychiatry* , 2006.

Iacub M. «Tous morts de lire.» *Libération*, septembre 2005.

INPES. «Prévention primaire du suicide des jeunes Recommandations pour les actions régionales et locales.» INPES, 2001.

Insee. Causes de décès en 2010 : comparaisons départementales. 04 2014. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0504D.

INVS. «Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles.» INVS, 2010.

Jeammet Ph. «Facteurs de risques relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire.» *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. 2001.

Joiner T., Steer R., Brown G. «Worst-point suicidal plans : A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide.» *Behaviour Research and Therapy* 41 (2003): 1469-1480.

Jouglu E, Péquignot F, Le Toullec A, Bovet M, Mellah M. «Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide.» *Actualité et dossier en santé publique*, 2003.

Jouglu E. «Caractéristiques des décès par suicide (France-Europe) évolutions dans le temps, intérêt et limite des données. Le suicide : modèles physiopathologiques et thérapeutiques.» 24 Octobre 2008.

Jouglu E. «Comparability and quality improvement in European causes of death statistics.» Eurostat, 2001.

- Jouglà E. «Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community.» 1998.
- . «La qualité des données de mortalité sur le suicide.» *Rev. Epidemiol. santé publique*, 2002: 49-62.
- Jouglà E. «Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention.» Expertise collective, INSERM, 2005, 121-9.
- Kapur N., Cooper J., King-Hele S., Webb R., Lawlor M., Rodway C., Appleby L. «The repetition of suicidal behaviour : a multicenter cohort study.» *Journal of Clinical Psychiatry* 67, n° 10 (2006): 1599-1609.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. «Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey.» *Arch Gen Psychiatry*, 1999.
- Kim CD., Seguin M., Therrien N., Riopel G., Chawky N., Lesage AD. «Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population.» *American Journal of Psychiatry* 162 (2005).
- Lafleur C., Séguin M. *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Centre collégial de développement de matériel didactique. Presses de l'Université Laval, 2008.
- Lavoie JJ. *Peut-on parler d'une obligation absolue de vivre?* Édité par Frontières. Vol. 12. 1 vols. 1999.
- Lavoie M, Cardinal L, Chapdelaine A, St Laurent D. «L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec.» *Maladies chroniques au Canada*, 2001.
- Lavoie M., Cardinal L., Chapdelaine A., St- Laurent D. «L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec.» *Maladies chroniques au Canada.*, 2001.
- LeFacteurHumain. *Prévention primaire, secondaire, tertiaire: de quoi parle-t-on?* 2014. <http://www.lefacteurhumain.com/qui/approche/prevention-primaire-secondaire-tertiaire-de-quoi-parle-t-on/>.
- Legendre P. *La fabrique de l'homme occidental*. Arte-Mille et une nuits, 1996.
- Leguay. «Quelles campagnes de prévention contre le suicide ?» Dans *Le suicide et sa prévention - Emergence du concept, actualité des programmes*, de Jourdain A. Batt-Moillo A., 93-105. ENSP, 2005.
- Léopold Y. . «Les chiffres du suicide chez les médecins.» *Rapport au Conseil National Ordre des Médecins.*, 2003.
- Lesage A. «La piste héréditaire du suicide.» *Forum (Université de Montréal)* 36, n° 2 (09 2001).
- Levasseur G. «Le généraliste dans le dispositif de prise en charge de la crise suicidaire : des recommandations à la pratique.» Dans *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*, de Jourdain A, editors Batt-Moillo A, 165. ENSP, 2005.
- Li D, He L. «Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior.» *Molecular Psychiatry* 12 (2007): 47-54.
- Lin PY, Tsai G. «Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis.» *Biological Psychiatry* 55 (2004): 1023-30.

Liraud F, Verdoux H. «Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à une comorbidité addictive chez des patients hospitalisés.» *Encephale*, 2000.

Loebel JP. «Practical geriatrics: completed suicide in late life.» *Psychiatr Serv*, 2005.

Lorant V, Kunst A, Huisman M, Bopp M, Mackenbach J. «the EU Working Group.» *Soc Sci Med*, 2005.

MACIF-Prévention. «Les attitudes à l'égard du suicide : rapport d'étude.» 2006.

Martelli C, Awad H, Hardy P. Communication au colloque de la société de psychologie médicale et psychiatrie/GEPS 29-30 septembre (2005).

McCloud A, Barnaby B, Omu N, Drummond C, Aboud A. «Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study.» *Br J Psychiatry*, 2004.

Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. «Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood.» *Eur Psychiatry*, 2011.

Minois G. *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*. Édité par Fayard. 1995.

Molnar B, Berkman L, Buka S. «Psychopathy, childhood sexual abuse and other childhood and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US.» *Psychological Medicine* 31 (2001): 965-77.

Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green study. *Br J Psychiatry*, 1993.

Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. «Suicides et tentatives de suicides en France. Études et Résultats.» DREES, 2006.

Murphy GE. «Why women are less likely than men to commit suicide?» *Compr Psychiatry*, 1998.

Oldham JM. «Borderline personality disorder and suicidality.» *Am J Psychiatry*, 2006.

OMS. «La prévention du suicide : Indications pour les professionnels des médias.» Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

ORS. «Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire.» Observatoire Régional de la santé, Union Régionale des Professionnels de santé des médecins libéraux, 2013.

Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM. «Suicide among drug addicts in the UK.» *Br J Psychiatry*, 1999.

Papet N., Lafay N., Manzanera C., Senon JL. «Risque suicidaire de l'adulte.» *Senon Online*. 2007. <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Risque%20suicidaire%20de%20l'adulte.pdf>.

Péquignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M., Jouglu E. «Données sur la mortalité par arme à feu en France (statistique nationale des causes médicales de décès 1979 – 1999).» INSERM, 2004.

Pettit JW., Joiner TE., Rudd MD. «Kindling and behavioral sensitization: are they relevant to recurrent suicide attempts?» *Journal of Affective Disorders* 83 (2004): 249-252.

PNAS. «Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).» République Française, 2011.

Pokorny AD. . «Prediction of suicide in psychiatric patients.» *Arch Gen Psychiatry*, 1983.

Pritchard C. «Suicide, employment and gender variations in the western world 1964-1986. Are women in anglophone countries protected from suicide?» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1990: 73-80.

Quilliot R. «La signification humaine du suicide.» 2013.

Rabord M. «Les programmes de prévention.» *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2003.

références, Jeu : Aide et. «Jeu : Aide et références.» *Jeu : Aide et références*. 04 04 2014. http://www.jeu-aidereference.qc.ca/www/urgence_suicidaire_fr.asp.

Rihmer Z. «Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders.» *Clin Neuropsychiatry*, 2005.

Ringel E. «The presuicidal syndrome.» *Suicide & Life-Threatening Behavior* 6 (1976): 131-149.

Rouillon F., Thalassinos M. «Suicide, dépression et antidépresseurs.» *Psychiatric Annals* 8 (1993): 158-165.

Roy A. «Suicidal behavior in twins.» *J Affect Disord*, 2001.

Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M. «The genetics of suicidal behaviour.» Dans *The international handbook of suicide and attempted suicide*, de van Heeringen K, editors. Chichester: John Wiley and Sons. Hawton K, 209. 2000.

Roy A. «Family history of suicide.» *Archives of General Psychiatry* 40 (1983): 971-974.

Roy A., Segal NL. «Family history of suicide.» *Arch Gen Psychiatry*, 1983.

Rujescu D, Giegling I, Sato T, Hartmann AM, Moller HJ. «Genetic variations in tryptophan hydroxylase in suicidal behavior: analysis and meta-analysis.» *Biological Psychiatry* 54 (2003): 465-73.

Safer DJ. «Adolescent/adult differences in suicidal behavior and outcome.» *Ann Clin Psychiatry*, 1997.

Samuelsson M, Jokinen J, Nordstrom AL, Nordstrom P. «CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters.» *Acta Psychiatr Scand*, 2006.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, de Leo D, Kerkhof A. «Suicidal behaviour in Europe.» Göttingen: Hogrefe and Huber, 2004.

Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. «Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide.» *Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006.

Seguin. «Les stratégies de prévention du suicide au Québec.» Dans *Le suicide et sa prévention - Emergence du concept, actualité des programmes*, de Jourdain A. Batt-Moillo A., 193-206. ENSP, 2005.

Seguin M. «Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique.» *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus*. 2001.

Séguin M., . «Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte.» *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. 2001 a.

Séguin M., Lesage A., Chawky N., GuyA., Daigle F., Girard G., Turecki G. «Life trajectories and burden of adversity : mapping the developmental profiles of suicide mortality.» *Psychological Medicine* 37 (2007): 1575-1583.

Shea SC. *Évaluation du potentiel suicidaire : Comment intervenir pour prévenir*. Elsevier, 2008.

Sher L. «Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview.» *Acta Psychiatr Scand*, 2006.

Shneidman, Edwin S. «Suicide : Understanding and responding.» Édité par Brown HN Jacob D. 1989.

Silvermann MM, Felner RD. Suicide prevention programs: Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide Life Threat Behav*, 1995.

Spirito A, Plummer B, Gispert P. «Adolescent suicide attempts : outcomes at follow up.» *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992.

StopSuicide. «Le suicide des jeunes.» 2012.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. «Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data.» *Lancet*, 2011.

—. «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.» *Lancet*, 2009.

Surault P. . Dans *Suicide et vie professionnelle : les risques du métier*, de Franc R Chavagnat JJ. GEPS/Starsup Editions, 1997.

Surault P. . «Variations sur les variations du suicide en France.» 1995.

Tatossian A. «La notion d'événement : de la phénoménologie à la méthode des "life-events"» 1985.

Terra JL. «Prévenir le suicide : repérer et agir.» *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2003.

Terra JL. «Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique : stratégie nationale et premières applications.» Dans *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*, de Jourdain A, editors. Batt-Moillo A, p. 81-92. ENSP, 2005.

Touraine M., interviewer par Assemblée Nationale. Installation de l'Observatoire national du suicide. (10 09 2013).

Traskman-Bendz L, Alling C, Orelund L., «Prediction of suicidal behavior from biologic tests.» *Journal of clinical psychopharmacology* 12 (1992): 21s-26s.

Upanne. A model based analysis of professional practices in suicide prevention. *Scand J Public Health*, 2001.

Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. «Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees.» *J Epidemiol Community Health*, 2004.

Vandevoorde J. *Psychopathologie du suicide*. Dunod, 2013.

Vedrinne J, Weber D. «Les étapes de la crise suicidaire.» *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus - 19 et 20 octobre 2000. Paris, 2000. 9-19.

Vegas R, Crampe J., «Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne.» *BEH*, 2000.

Volant E. *La mort et la mort volontaire à travers les pays et les âges*. 2012. <http://agora.qc.ca/thematiques/mort/>.

Walter M. «Prévenir le suicide : repérer et agir.» *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2003.

Wenzel A, Brown G, Beck A., «Cognitive therapy for suicidal patient : Scientific and Clinical Applications.» Washington DC., American Psychological Association, 2009.

Whooley MA., Avins AL., Miranda J., Browner WS. «Case-finding instruments for depression two questions are as good as many.» *Journal of General Internal Medicine* 12 (07 1997): 439-445.

Williams M. «Compte rendu du 9e symposium européen "suicide et comportement suicidaire"» *International Association for Suicide Prevention Newsletter*, 2002.

Witte T. «Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults.» *Journal of Affective Disorders* 94 (2006): 165-172.

Witte T., Merrill K., Stellrecht N., Bernert R., Hollar D., Schatschneider C., Joiner T. «Impulsive youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive.» *Journal of Affective Disorders* 107 (2008): 107-116.

Vu, Le Directeur de Thèse

le 20/05/2014


D' F. DUBOIS-CARMAGNAT
Urgences Trousseau
CHRU TOURS

Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux.

148 pages – 6 figures – 9 graphiques – 6 tableaux – 12 annexes.

Résumé :

La prévention du suicide s'est considérablement développée en France depuis le début du XXI^e siècle avec le lancement de la Stratégie nationale d'action face au suicide, suivie quelques semaines plus tard de la conférence nationale de consensus des 19 et 20 octobre 2000. Ces deux projets ont conduit dans les années suivantes, à la mise en place d'un vaste programme de formations régionalisées à destination des professionnels médicaux et sociaux mobilisés autour de la problématique suicidaire. Ces formations destinées à faciliter le repérage des situations à risque suicidaire s'appuient sur le modèle de la triple évaluation R.U.D (Risque, Urgence, Danger) du potentiel suicidaire. Sans que l'on ne puisse dire pourquoi, il est constaté que la mobilisation des médecins généralistes à ces formations est faible. Ces obstacles à la formation ont conduit à imaginer l'idée de partager individuellement avec les médecins généralistes un résumé des dernières informations et recommandations en matière de prévention suicidaire, ceci afin d'en mesurer l'impact sur leur pratique et savoir s'il leur permet de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire de leurs patients et d'améliorer leur prise en charge.

Une étude avant-après a été réalisée sur une période de 6 mois auprès d'un échantillon de 23 médecins généralistes anneciens. Elle montre une augmentation absolue de 9% (progression de 53%) du taux de médecins capables de détecter plus fidèlement le potentiel suicidaire après notre intervention et une amélioration statistiquement significative de 17% (progression de 52%) des modalités de prise en charge du patient suicidaire.

Ces résultats favorables devraient encourager la réalisation d'études complémentaires sur des échantillons plus grands afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une éventuelle intervention pédagogique individuelle à plus grande échelle.

Mots clés : Suicide, prévention, repérage, généraliste, médecine générale, crise suicidaire.

JURY

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Bertrand DE TOFFOL
Madame le Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT
Madame le Docteur Brigitte DELCHER

Date de soutenance : jeudi 26 juin 2014