

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Chloé Barré

Née le 01/10/1983 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 13/10/2011

**PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE : LA DERNIERE CONSULTATION
A PROPOS DE 23 CAS**

Président : Monsieur le Professeur Vanelle

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Remy

Sommaire

I) Introduction	4
1) Objectif du travail: décrire la dernière consultation avant le passage à l'acte	4
2) Données épidémiologiques sur le suicide en France.....	5
3) La crise suicidaire : définition	6
4) Les patients consultent pendant la crise suicidaire.....	7
5) Les recommandations de la conférence de consensus 2000	8
II) Matériel et Méthode	9
1) Sélection des dossiers.....	9
2) Recueil de données.....	9
3) Analyse des données	10
III) Résultats.....	11
1) Présentation des observations.....	11
2) Description de l'échantillon	36
2-1) Description des 23 patients.....	36
2-2) Antécédents et suivi	37
2-3) Délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte	38
3) Différences entre les suicides et les tentatives de suicide.....	39
4) Différences entre les conduites suicidaires repérées et celles masquées.....	41
4-1) Le médecin ne suspecte aucune souffrance psychique (groupe 1).....	41
4-2) Le médecin repère la souffrance mais pas la crise suicidaire (groupe 2)	43
4-3) Le médecin doit faire face à un patient qui affirme ses idées suicidaires (groupe 3)	44
4-4) Le médecin fait face à un patient qui nie toute pensée suicidaire (groupe 4)	46
5) Attitude des médecins.....	47
IV) Discussion.....	48
1) Préalable	48
1-1) Difficultés de réalisation.....	48
1-2) Critique des biais.....	49
2) Prévalence des suicidants en médecine générale	50

3) Synthèse des observations et comparaison avec les échantillons de référence.....	51
4) Différences entre suicides et tentatives de suicide.....	54
5) Réponses aux problématiques	55
5-1) Le motif de consultation somatique est-il un obstacle au repérage ?.....	55
a) Le médecin perçoit une souffrance morale	55
b) Le médecin ne perçoit pas la souffrance morale ; Analyse du groupe 1	55
5-2) La question du suicide est-elle difficile à aborder pour les médecins ? Analyse du groupe 2	58
5-3) Quelles sont les difficultés face au patient qui affirme son désir de mort ? Analyse du groupe 3	60
5-4) Peut-on se rassurer devant un patient qui nie toute pensée suicidaire ? Analyse du groupe 4	61
6) Discussion autour des réactions des médecins	63
6-1) La recherche des idées suicidaires.....	63
6-2) Le ressenti à postériori.....	64
V) Conclusion.....	65
VI) Bibliographie.....	67

I) Introduction

1) Objectif du travail: décrire la dernière consultation avant le passage à l'acte

Comme je l'ai moi-même expérimenté à travers un stage en psychiatrie, explorer les idées suicidaires d'un patient n'est pas toujours aisément vécu.

Pour les soignants en général et les médecins généralistes en particulier, évoquer la mort est un sujet sensible et douloureux qui renvoie à notre intimité.

En demandant aux praticiens de se remémorer une dernière consultation précédant un passage à l'acte, j'ai cherché à pointer et comprendre les différents obstacles d'une telle consultation pour mieux les cerner et faire que cette consultation ne soit pas la dernière.

Nous verrons à travers une analyse critique de 23 consultations, les enjeux de cette consultation:

- repérer la souffrance psychique parfois masquée (1^{ère} partie) : certains patients viennent en consultation à cause de leur détresse psychique mais se refusent d'aborder le sujet. Existe-il des obstacles au repérage comme le motif de consultation somatique?
- rechercher d'éventuelles idées suicidaires (2^{ème} partie) : la question du suicide est-elle difficile à aborder pour les médecins, comme pour les patients ?
- pouvoir faire face aux patients qui affirment leurs pensées suicidaires (3^{ème} partie) : certains patients se suicident malgré une prise en charge idéale. Quelles sont les difficultés rencontrées face au patient qui affirme son désir de mort ?
- pouvoir faire face à ceux qui les nient (4^{ème} partie) : peut-on se rassurer devant un patient qui dit ne pas avoir d'idée suicidaire ?

2) Données épidémiologiques sur le suicide en France

Les derniers chiffres disponibles sur l'épidémiologie du suicide en France datent de 2006 (11). Le rapport de la DREES nous apprend que cette année là, 10 423 décès ont été imputés au suicide, dont 7 593 hommes et 2 830 femmes. Ces statistiques sont basées sur l'analyse des certificats de décès et doivent donc être considérées comme incomplètes (13). En effet, lors de la certification du décès, un certain nombre de suicides ne sont pas reconnus comme tels (incertitude de l'intentionnalité de l'acte), ils sont alors classés dans « cause inconnue » ou « traumatisme ou empoisonnement non déterminé quant à l'intention ».

La réalité serait donc ainsi sous-estimée de l'ordre de 20%, sans que cela affecte les tendances générales constatées (44).

On sait aussi qu'environ 195 000 tentatives de suicide sont prises en charge annuellement par le système de soin (urgences, médecine générale, psychiatrie), que 8% de la population a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie, et que 2% de la population présenterait un risque suicidaire élevé (13).

Ces chiffres justifient que la prévention du suicide soit devenue une politique de santé publique en France.

Le taux de suicide a atteint un maximum en 1985 avec une incidence de 26,3 pour 100 000 habitants ; depuis, la tendance est à la baisse modérée et régulière avec en 2006 un taux de 16 pour 100 000 (11). Cette baisse est possiblement en lien avec une volonté de formation des médecins généralistes qui sont devenus très performants pour dépister et donc éviter de nombreux suicides (52).

En nombre brut de suicides, les classes d'âge les plus touchées sont les 35-54ans pour lesquelles les suicides masculins représentent 80% de l'ensemble des suicides. Il faut pourtant garder à l'esprit que le taux de suicide pour 100 000 habitants croît avec l'âge, atteignant 100,2 pour 100 000 chez les hommes de plus de 85ans (11). Ainsi, si l'on parle davantage du suicide des adolescents pour lesquels il s'agit effectivement d'une des principales causes de décès ; les personnes âgées sont en proportion bien plus concernées.

Le statut matrimonial est un facteur à prendre en compte, en effet, l'incidence du suicide est maximale chez les veufs (87 pour 100 000 pour les hommes et 15,5 pour les femmes) et les divorcés (55,1 pour les hommes et 20,4 pour les femmes). Les personnes mariées enregistrent la plus faible incidence (25,4 pour les hommes et 8,4 pour les femmes) (11).

Les modes de suicide sont très différenciés selon le sexe : pour les hommes, quelque soit l'âge, la pendaison est utilisée dans 50% des cas, viennent ensuite l'utilisation d'arme à feu (19,5%), l'intoxication, le saut d'un lieu élevé, la noyade. Pour les femmes la prise de

médicaments est le premier mode de suicide (31% des décès), suivi par la pendaison (29%), le saut d'un lieu élevé (12,5%) et la noyade (11,1%) (11).

En ce qui concerne les tentatives de suicide, 2 fois sur 3, il s'agit d'une femme (alors que 8 suicides sur 10 concernent un homme). La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15-35ans. Le moyen le plus souvent employé est l'intoxication médicamenteuse (86% des cas), en particulier avec des tranquillisants, la phlébotomie est également fréquente, surtout chez les adolescents. La récurrence de la tentative est à prévoir pour 43% des suicidants. Pour 56% des récidivistes, le délai entre 2 TS n'excède pas un an (44).

L'événement déclenchant est bien souvent une rupture sentimentale (44).

Retenons également le cas particulier du milieu carcéral, pour lequel le taux de tentatives de suicide est 5 fois supérieur à la moyenne nationale, et où le taux de décès par suicide est particulièrement dramatique (141,1 pour 100 000) (44).

3) La crise suicidaire : définition

La crise suicidaire se définit comme la période pendant laquelle le sujet ne peut plus faire face à sa situation. Il présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, il est vulnérable, sa souffrance devient de plus en plus insupportable. Il recherche et élabore des solutions pour mettre fin à cette souffrance. Peu à peu la seule solution qui apparaît valable est le suicide.

Cette période peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes (7). Le passage à l'acte suicidaire est l'aboutissement ultime de cette trajectoire.

Identifier ce moment transitoire et réversible est essentiel pour prévenir le suicide, d'autant plus que dans cette période de vulnérabilité, le patient accepte très volontiers d'être aidé par son médecin. Cette période est donc propice pour aboutir à suivi psychiatrique très fécond.

4) Les patients consultent pendant la crise suicidaire

Plusieurs études ont montré qu'entre 50 et 70% des suicidés avaient vu leur médecin traitant au cours du mois précédant le passage à l'acte (16; 24; 30; 42; 50; 56; 58; 59; 61). On peut donc penser que de nombreux patients cherchent une aide pendant la tempête psychique qu'ils traversent.

Toute l'ambiguïté du suicide s'illustre ici : le patient a probablement déjà l'idée de se suicider, peut-être même sait-il déjà comment il va s'y prendre, mais il vient en consultation sans nécessairement en parler. Lui-même ne sait peut-être pas ce qu'il attend de la consultation, on peut penser qu'il se débat intérieurement entre d'un côté l'envie de survivre (qui le pousse à consulter) et d'un autre côté sa résolution à mourir (qui le pousse à garder ses idées suicidaires secrètes, et ne pas en parler au médecin).

Certaines études ont démontré que le nombre de suicides dans une région donnée était inversement proportionnel au nombre de médecins installés (51) et que la formation des généralistes au diagnostic, traitement et complications de la dépression permettait de diminuer significativement l'incidence des suicides (52 ; 54).

Mais soyons pragmatiques, ce genre de consultation est loin d'être simple, parler du suicide avec un patient peut sembler nécessaire et pourtant délicat, on touche au sacré, au tabou, à la mort... Si la formation, les conférences de consensus et l'expérience aident les généralistes à mieux dépister les suicidaires, elles ne permettent pas de lire dans leurs pensées. Tout médecin aussi performant et empathique qu'il soit peut ne pas percevoir la détresse de son patient, cela tenant de la nature ambiguë de cette « dernière » consultation.

5) Les recommandations de la conférence de consensus 2000

La conférence de consensus d'octobre 2000 a donné aux médecins généralistes des clés pour dépister cette crise suicidaire : **« il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles. »**

Cette conférence insiste sur ce qui doit conduire le médecin à rechercher les idées suicidaires :

- pour les patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives) : une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage
- pour les patient sans troubles psychiatriques préalables : symptomatologie physique inexplicquée ; événement vécu comme stressant ; conduite inhabituelle ; changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage
- pour un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par : un changement récent de praticien ; un motif d'appel ou de consultation pas clair ; un état d'agitation ou de stress ; des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique (abus sexuel (4), maltraitance...)
- le contexte peut être la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant.

Ces pistes ne sont bien évidemment pas exhaustives mais doivent pousser le praticien à demander « Pensez-vous au suicide ? ».

II) Matériel et Méthode

1) Sélection des dossiers

Pour recueillir toute sorte de passages à l'acte suicidaire, pas seulement ceux qui passent aux urgences, je me suis adressée aux médecins généralistes, en leur demandant de me raconter la dernière consultation avant le suicide ou la tentative de suicide d'un patient.

Je suis allée présenter mon travail dans plusieurs FMC, groupes de travail, et congrès de médecin. Ainsi, plus de 500 médecins ont entendu parler de ma thèse.

A l'issue de ma présentation, je laissais mes coordonnées pour convenir d'un rendez-vous dans leur cabinet, ou par téléphone quand cela n'a pas été possible.

Les médecins qui ont répondu l'ont donc fait sur la base du volontariat.

Pour l'entretien, ils devaient me parler d'un patient qu'ils choisissaient, en respectant la seule consigne qu'il y ait eu un passage à l'acte suicidaire après. La méthode a donc exclu d'emblée tous les patients dont le passage à l'acte a été évité grâce à l'intervention médicale.

2) Recueil de données

Le médecin me permettait d'accéder au dossier du patient pour connaître les antécédents, et le contenu de la dernière rencontre. D'autres informations ont pu être recueillies grâce aux souvenirs du médecin.

Ainsi, j'ai laissé le médecin raconter son ressenti sur cette consultation, et j'ai collecté les informations suivantes dans les dossiers :

- Recherche de facteurs de risque (SAD PERSONS : Sexe, Age, Dépression, Précédente tentative, Ethylisme, Rationalité perdue, Sans soutien social, Organisation d'un plan de suicide, Non marié, Santé défaillante)
- Activité professionnelle du patient
- Type de personnalité du patient
- Durée du suivi médecin – patient
- Temps écoulé entre la consultation et le passage à l'acte

- Recherche de facteur précipitant : sortie d'hospitalisation depuis moins de 4 semaines (multiplie le risque de suicide par 100 à 200 (18)), événement rapporté par le patient
- Attitude du patient pendant la consultation, en particulier si rupture avec l'état antérieur, en particulier si étonnamment calme (marqueur de l'imminence du passage à l'acte)
- Idées suicidaires recherchées ? exprimées ?
- Ressenti du médecin pendant la consultation: crainte d'être intrusif, impression de gravité ou d'urgence, sensation d'être démuni, focalisation sur le somatique...
- Réaction du médecin à posteriori : surpris ou pas, a-t-il la sensation que le passage à l'acte était un événement réfléchi ou au contraire impulsif
- De façon plus générale, quand le médecin interroge son patient sur d'éventuelles pensées suicidaires, a-t-il la sensation de soulager son patient ou au contraire d'être intrusif
- Nature du geste suicidaire, létal ou pas ?

3) Analyse des données

Les données sont présentées sous la forme d'une analyse de cas critiques. On retient par convention J-0 comme le jour du passage à l'acte.

Chaque cas est analysé de la même manière, avec une description du patient (âge, sexe, activité professionnelle, vie maritale, personnalité décrite par le médecin), l'ancienneté du suivi médecin-patient, l'histoire récente avant le passage à l'acte, la nature du passage à l'acte.

Le ressenti du médecin est analysé face au patient évoqué, mais aussi d'une façon plus générale, face à un patient lambda qui annonce des pensées suicidaires.

III) Résultats

1) Présentation des observations

Observation n°1 :

Durée du suivi médecin-patient : 19 ans (depuis la naissance du patient)

Terrain

Homme de 19ans

Habitus : célibataire, sans enfant, vit chez ses parents, vient de terminer un apprentissage en menuiserie, en recherche d'emploi, impliqué sur le plan associatif comme pompier volontaire

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : connu pour des consommations d'alcool de type dysmaniaque, qu'il soit seul ou avec ses amis

Personnalité décrite par le médecin : séducteur, impulsif, imprévisible

Histoire récente

J – 60 jours : vient pour gastralgie, le patient ne montre aucun changement par rapport à son état habituel, il est comme toujours très bavard, mais ne remet pas en cause ses conduites addictives qu'il considère comme un défoulement. Le médecin n'aborde pas le côté psychiatrique et se concentre sur les gastralgies. Un bilan sanguin est prescrit dans l'idée d'amener une réflexion sur la consommation d'alcool.

J- 15 jours : le patient est mis à l'écart par ses collègues pompiers volontaires, il reste « caserné » pour un motif qu'il ne comprend pas

J- 0 : tout a été préparé pour une mise en scène macabre, le patient est retrouvé pendu, éclairé par 2 projecteurs, par l'un de ses amis, il est décédé

Attitude du médecin

- recherche des idées suicidaires quand il est face à un patient repéré dépressif pour évaluer la sévérité de la dépression
- se sent intrusif en le faisant, ne se sent pas thérapeutique

Observation n°2

Durée du suivi médecin-patient : 5ans

Terrain

Homme de 63 ans

Habitus : marié, retraité, peu de loisirs

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : éthyliste chronique sevré, suivi en psychiatrie pour dépression avec multiples tentatives de suicide (à chaque fois par ingestion médicamenteuse) ayant nécessité de multiples hospitalisations

Personnalité décrite par le médecin : patient introverti, anxieux, évitant, très en retrait par rapport à son épouse

Histoire récente

J- 30 jours : le patient sort d'une hospitalisation en psychiatrie

J- 21 jours : le patient consulte pour idées suicidaires, qu'il exprime spontanément, il verbalise sa souffrance de ne plus travailler, il dit qu'il va réussir « un jour » à se suicider, le médecin demande à l'épouse de mettre les médicaments sous clé, il demande une consultation avec le psychiatre rapidement.

J- 12 jours : le patient consulte à nouveau pour une aide au sevrage tabagique, il explique que « c'est pour obéir à sa femme », il est comme d'habitude, réservé. Dans l'intervalle il a revu le psychiatre. Le médecin recherche les idées suicidaires qui sont toujours bien présentes, il renouvelle les recommandations d'aller aux urgences si besoin.

J- 0 : le patient se cache dans sa voiture pour ingérer des médicaments, mais comme les siens étaient inaccessibles, il prend les anti-hypertenseurs de son épouse. Il est retrouvé mort.

Attitude du médecin

- recherchait à chaque consultation les idées suicidaires, mais cela n'empêchait pas le patient de refaire des tentatives, de fait le médecin ne se sentait pas aidant, il se sentait démuni
- ne se sent pas intrusif, simplement inefficace

Observation n°3

Durée du suivi médecin-patient : 2 ans

Terrain

Femme de 55 ans

Habitus : célibataire, vit seule, travaille dans une administration

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : syndrome dépressif récurrent

Personnalité décrite par le médecin : séductrice

Histoire récente

J- 1 jour : consulte pour tristesse, elle rapporte un conflit familial, elle est différente de son comportement habituel, logorrhéique et très anxieuse. Les idées suicidaires ne sont pas recherchées, ni exprimées, le médecin oriente vers le CMP.

J- 0 : la patiente monte en haut d'un pont avec l'intention de se jeter dans le vide, elle est arrêtée par un témoin puis conduite aux urgences.

Attitude du médecin

- ne recherche jamais les idées suicidaires car pense que cela favorise le passage à l'acte

Observation n°4

Durée du suivi médecin-patient : 3 ans

Terrain

Homme de 35 ans

Habitus : marié, travaille comme artisan

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : aucun

Personnalité décrite par le médecin : introverti, renfermé

Histoire récente

J- 30 jours : consulte pour lombalgies, évoque des difficultés dans son couple, consultation centrée sur les lombalgies

J- 15 jours : pas d'amélioration des douleurs, consultation centrée sur les conseils d'économie lombaire

J- 1 jour : consulte à nouveau pour lombalgie, le patient est comme d'habitude froid et dans la maîtrise, il mentionne la demande de divorce de sa femme. Les idées suicidaires ne sont pas recherchées ni exprimées. Demande d'examens complémentaires pour les lombalgies.

J- 0 : le patient s'est pendu, il est décédé

Attitude du médecin

- ne recherche pas les idées suicidaires car a peur d'être intrusif, et de blesser le patient, voir de favoriser le passage à l'acte
- se sent mal à l'aise quand un patient évoque sa dimension suicidaire

Observation n°5

Durée du suivi médecin-patient : 2 ans

Terrain

Homme de 36 ans

Habitus : divorcé, vit seul, travaille comme cadre dans une entreprise, socialement bien inséré

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : aucun

Personnalité décrite par le médecin : patient empathique, pas de remarque particulière

Histoire récente

J- 305 jours (10 mois) : consultation pour certificat sportif, patient comme d'habitude, aucun symptôme dépressif suspecté

J- 0 : le patient s'est pendu, il est décédé

Attitude du médecin

- recherche les idées suicidaires à la moindre suspicion, sait que cela peut aider le patient à verbaliser

Observation n°6

Durée du suivi médecin-patient : 3 ans

Terrain

Homme de 39 ans

Habitus : marié, au chômage suite à un licenciement

Antécédent somatique : diabète insulino-dépendant, HTA, Artérite, Polynévrite

Antécédent psychiatrique : syndrome dépressif

Personnalité décrite par le médecin : patient obsessionnel

Histoire récente

J- 30 jours : sortie d'hospitalisation en médecine pour bilan des complications du diabète

J- 15 jours : consulte pour tristesse, il explique qu'on lui refuse la formation qu'il a demandée, idées suicidaires spontanément exprimées, pas de scénario suicidaire, le médecin propose une consultation rapprochée

J- 2 jours : le patient revient pour renouvellement des traitements, mais indique qu'il a arrêté son traitement antidépresseur et anxiolytique, il renouvelle ses idées suicidaires, le médecin les explore et pressent la gravité. Après une longue conversation, il a la sensation d'avoir soulagé son patient, conseille la reprise du traitement et donne un rendez vous rapproché. Le récent séjour en médecine a été une expérience pesante, vécue comme une privation de liberté, c'est pourquoi l'hospitalisation n'est pas proposée.

J- 0 : le patient s'est pendu, il est décédé

Attitude du médecin

- connaît et suit les recommandations, explore les idées suicidaires, mais n'a pas le sentiment d'être thérapeutique en le faisant

Observation n°7

Durée du suivi médecin-patient : 8ans

Terrain

Homme de 57ans

Habitus : séparé de sa compagne mais entretient une liaison chaotique avec elle, ils ont une fille. Retraité, il travaillait auparavant comme infirmier en psychiatrie. Il garde des occupations en particulier la chasse. Très entouré socialement.

Antécédent somatique : ACFA

Antécédent psychiatrique : éthylisme chronique, 1 épisode dépressif non compliqué et d'évolution favorable quelques années plus tôt

Personnalité décrite par le médecin : séducteur, volubile, anxieux

Histoire récente

J- 3 jours : le patient consulte pour demander un traitement antidépresseur, il est différent de son habitude, réservé et presque mutique, il rapporte une énième rupture avec sa compagne et ajoute « c'est ma dernière carte ». Le médecin ne recherche pas les idées suicidaires, pensant se trouver dans la même situation que quelques années plus tôt (épisode dépressif d'évolution très favorable, pris en charge par le généraliste uniquement et qui avait transformé la relation médecin-patient en véritable alliance). Les transferts et contre transferts étaient forts et s'étaient avérés bénéfiques à l'époque. Une hospitalisation est tout de même proposée, que le patient refuse ne souhaitant pas rencontrer d'anciens collègues. Un traitement est prescrit et une consultation rapprochée est proposée.

J- 0 : le patient se tire un coup de fusil, il est décédé

Attitude du médecin

- ne craint pas de rechercher les idées suicidaires
- ne le fait que si suspicion de gravité, pour évaluer la dangerosité
- n'a pas le sentiment de soulager en le faisant

Observation n° 8

Durée du suivi médecin-patient : 13 ans

Terrain

Homme de 49 ans

Habitus : vit en concubinage, a un enfant, actuellement au chômage, il se reconvertit en ayant fait une formation d'ambulancier

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : suivi en libéral par un psychiatre et un psychologue pour dépression, n'a jamais fait de tentative de suicide mais a déjà exprimé par le passé des idées suicidaires

Personnalité décrite par le médecin : perfectionniste, anxieux

Histoire récente

J- 20 jours : consultation pour reprise du sport. Le patient veut participer à un marathon. Il n'évoque aucune souffrance particulière.

J- 10 jours : consultation pour anxiété, le patient doit passer prochainement un examen pour valider sa formation d'ambulancier, il craint d'échouer et de rester au chômage. Il évoque son père qui contrairement à lui parvenait à subvenir aux besoins de sa famille. Il se sent manifestement très inférieur. Il fait la liste de ses échecs répétés. Le médecin recherche les idées suicidaires mais le patient les nie, indiquant qu'il prépare le marathon. Il est encouragé à reprendre contact avec son psychologue, les traitements antidépresseurs sont renouvelés.

J- 0 : le patient a été retrouvé pendu chez lui par son épouse quelques jours avant l'examen d'ambulancier, il est décédé.

Attitude du médecin

- recherche toujours les idées suicidaires dès qu'un patient évoque des difficultés dans sa vie
- sait que cela empêche le passage à l'acte dans bien des cas
- pense que ce patient n'avait sincèrement pas encore d'idée suicidaire au moment de la consultation

Observation n°9

Durée du suivi médecin-patient : 2mois

Terrain

Femme de 35ans

Habitus : mariée, 2 enfants, travaille comme coiffeuse

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : aucun

Personnalité décrite par le médecin : séductrice, logorrhéique

Histoire récente

J- 7 jours : consultation de suivi pour l'un des enfants, le médecin remarque que la mère est très angoissée et lui conseille de revenir en consultation pour elle rapidement

J- 3 jours : la patiente revient comme convenue, elle est anxieuse, pleure, exprime son épuisement professionnel en période de fête (nous sommes en décembre), avec un patron qui lui refuse des congés. Le médecin recherche les idées suicidaires, la patiente dit ne pas en avoir. Une consultation rapprochée est programmée. Un traitement antidépresseur est initié.

J- 0 : la patiente a avalé la totalité de la boîte de médicaments, elle s'est scarifié les avant-bras. Elle n'est pas hospitalisée, car personne ne prévient les secours. Le mari la conduit chez le médecin le lendemain après dissipation des effets de l'ingestion des médicaments.

Attitude du médecin

- recherche toujours les idées suicidaires pour évaluer le risque et le degré d'urgence
- n'a pas le sentiment d'être thérapeutique en le faisant

Observation n°10

Durée du suivi médecin-patient : 6 mois

Terrain

Homme de 38 ans

Habitus : séparé de sa compagne, au chômage

Antécédent somatique : infarctus du myocarde

Antécédent psychiatrique : éthylisme chronique

Personnalité décrite par le médecin : anxieux

Histoire récente

J- 16 jours : consultation pour renouvellement des traitements post infarctus, l'occasion d'évoquer un sevrage de l'alcool

J- 10 jours : le patient consulte pour anxiété, il a décidé d'arrêter l'alcool, il pleure, il nomme sa souffrance et sa solitude depuis le départ de son amie. Le médecin recherche les idées suicidaires, et le patient les exprime, mais il n'a pas de plan précis. Il refuse d'être hospitalisé en psychiatrie, il est alors orienté sur un CMP. Un traitement antidépresseur est initié.

J- 0 : le patient avale de nombreux anxiolytiques avec de l'alcool, puis prend sa voiture et provoque délibérément un accident. La police arrive et constatant que l'homme est ivre, l'emmène en garde à vue. Le patient n'a pas eu de séquelle de l'accident.

Attitude du médecin

- le médecin recherche les idées suicidaires au moindre doute et avant d'introduire un traitement antidépresseur
- il a le sentiment de soulager son patient

Observation n°11

Durée du suivi médecin-patient : 3ans

Terrain

Homme de 35 ans

Habitus : en cours de séparation, travaille comme ouvrier

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : aucun

Personnalité décrite par le médecin : patient agréable, discret

Histoire récente

J- 18 jours : consultation pour plaie superficielle, accident de travail, le médecin suture

J- 8 jours : consultation pour ôter les points, le temps d'enlever les points le patient et le médecin discutent de pêche. Le patient évoque « un petit fil qui suspend un gros poisson » en parlant de la résistance du fil de pêche. Le médecin ne suspecte à aucun moment les pensées suicidaires de son patient.

J- 0 : le patient s'est pendu, il est décédé. Le médecin se souvient des mots qu'il interprète à postériori comme un appel à l'aide passé inaperçu. Une pointe de culpabilité transparait bien que l'indice donné soit extrêmement subtil.

Attitude du médecin

- recherche et explore systématiquement les idées suicidaires des patients chez qui le médecin suspecte un mal être
- a toujours la sensation de soulager son patient en le faisant

Observation n°12

Durée du suivi médecin patient : 3 ans

Terrain

Homme de 35 ans

Habitus : marié, 2 enfants, travaille à l'usine, fait du bénévolat, investi dans son loisir (football)

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : dépression diagnostiquée et traitée depuis des années, mais persistance d'une souffrance chronique

Personnalité décrite par le médecin : anxieux, timide, écrasé par rapport à son épouse

Histoire récente

J- 21 jours : consultation pour tristesse, son action bénévole au sein de l'association n'est pas valorisée comme il le souhaiterait, il se sent écarté, le médecin écoute, perçoit la souffrance, il propose une prochaine consultation

J- 15 jours : le patient revient, toujours en souffrance, il évoque en plus une violente dispute conjugale. Ils discutent longuement. Le médecin a le sentiment de soulager significativement le patient par le soutien moral. Il ne lui demande pas s'il pense au suicide, il propose un suivi psychiatrique sans urgence.

J- 0 : le patient est retrouvé inconscient dans sa voiture garée à l'extérieur, en hypothermie, il a avalé des comprimés en grande quantité avec de l'alcool. Il est amené à l'hôpital où on constate son décès.

Attitude du médecin

- le médecin recherche les idées suicidaires mais pas de façon systématique car il se sent intrusif en le faisant

Observation n°13

Durée du suivi médecin patient : premier contact

Terrain

Homme de 40 ans

Habitus : marié, a un travail

Antécédent somatique : inconnu

Antécédent psychiatrique : inconnu

Personnalité décrite par le médecin : pas de trait particulier noté sur une seule consultation

Histoire récente

J- 1 jour : consultation pour rhinopharyngite, le patient est calme et réservé, le médecin ne connaissant pas encore ce nouveau patient se concentre sur l'examen somatique

J- 0 : le patient est retrouvé pendu chez lui, il est décédé

Attitude du médecin

- n'est pas à l'aise en présence d'un patient en souffrance psychique
- craint de favoriser le geste suicidaire en questionnant

Observation n°14

Durée du suivi médecin-patient : 9 ans

Terrain

Homme de 17 ans

Habitus : célibataire, étudiant, vit chez ses parents

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : consommation d'alcool de type dysomaniaque

Personnalité décrite par le médecin : capable de conduites illicites pour s'opposer à ses parents, antisocial

Histoire récente

J- 150 jours (5mois) : consultation pour douleurs abdominales « j'ai mal au foie », le patient est anxieux, il aborde les éternels conflits qui l'opposent à ses parents. L'échange est propice pour aborder la consommation pathologique d'alcool. Le médecin ne questionne pas au sujet du suicide.

J- 15 jours : rupture sentimentale

J- 0 : le patient ingère les anxiolytiques de sa mère, il est hospitalisé aux urgences puis en psychiatrie.

Attitude du médecin

- n'hésite pas à questionner son patient sur les pensées suicidaires
- sait qu'il soulage en le faisant

Observation n°15

Durée du suivi médecin-patient : 20 ans

Terrain

Femme de 47 ans

Habitus : mariée, 2 enfants, emploi précaire

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour des tentatives de suicide, syndrome dépressif sévère

Personnalité décrite par le médecin : séductrice, dépendante, avec labilité émotionnelle

Histoire récente

J- 8 jours : consultation pour insomnie, la patiente évoque un conflit avec son mari, le médecin interroge sa patiente qui dit ne pas avoir d'idée suicidaire. Le médecin organise une hospitalisation en psychiatrie à venir dès qu'une place se libère.

J- 2 jours : la patiente revient consulter car elle a des idées suicidaires qu'elle exprime spontanément. Elle n'a pas élaboré de plan. Le médecin tente d'accélérer l'entrée en clinique.

J- 0 : la patiente ingère des médicaments en grande quantité, elle est hospitalisée en psychiatrie

Attitude du médecin

- n'hésite pas à rechercher les idées suicidaires
- sait qu'il soulage en le faisant

Observation n°16

Durée du suivi médecin-patient : 1 an

Terrain

Femme de 30 ans

Habitus : célibataire, sans enfant, en invalidité pour troubles psychiatriques invalidants

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : multiples hospitalisations en psychiatrie suite à de multiples tentatives de suicide, trouble de personnalité pathologique de type borderline à l'origine d'une mise en invalidité

Personnalité décrite par le médecin : séductrice, impulsive, émotionnellement instable

Histoire récente

J- 2 jours : la patiente ingère de nombreux anxiolytiques à son domicile, personne ne prévient les secours.

J- 1 jour : elle consulte en pleurs en annonçant d'emblée « j'ai pris des médicaments », le médecin est face à une énième tentative de suicide, un comportement de répétition à l'infini face auquel il ne sait plus comment réagir. Il est presque résigné. La patiente détaille ses pensées suicidaires sans que le médecin ait besoin de l'y inviter. Il écoute sa patiente et lui recommande de consulter son psychiatre dans les plus brefs délais.

J- 0 : moins de 48h après son geste, la patiente recommence, elle avale à nouveau des comprimés, elle est hospitalisée en psychiatrie une nouvelle fois.

Attitude du médecin

- explore les idées suicidaires de son patient pour mieux apprécier le risque et juger de la meilleure conduite à tenir
- ne craint pas de favoriser le geste, mais n'a pas le sentiment de soulager le patient en questionnant

Observation n°17

Durée du suivi médecin-patient : 10 ans

Terrain

Homme de 48 ans

Habitus : marié avec une femme anorexique mentale, sans enfant, investi dans son travail

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : syndrome dépressif, suivi par un psychiatre en ville

Personnalité décrite par le médecin : très discret, effacé

Histoire récente

J- 30 jours : l'homme et son épouse viennent en consultation pour madame, elle se plaint de douleurs abdominales aggravant son anorexie habituelle. Le patient est venu pour exprimer ses craintes de la laisser seule au domicile quand il part travailler, il ne peut la « surveiller » sans cesse. Il culpabilise de son absence pendant laquelle Madame vomit et ne mange rien. Le médecin a l'impression que Monsieur est plus calme et plus serein qu'auparavant face à cette nouvelle crise. Les fois précédentes, il n'exprimait pas son angoisse. Les idées suicidaires ne sont pas du tout explorées car la consultation est officiellement pour la femme.

J- 15 jours : le patient est accusé d'attouchement sur le fils d'un voisin

J- 0 : le patient s'est pendu à son domicile, il est décédé.

Attitude du médecin

- explore les idées suicidaires de son patient pour mieux apprécier le risque et juger de la meilleure conduite à tenir
- ne craint pas de favoriser le geste, mais n'a pas le sentiment de soulager le patient

Observation n°18

Durée du suivi médecin-patient : 10 ans

Terrain

Homme de 19 ans

Habitus : célibataire, étudiant, vit chez ses parents

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : phobie scolaire, syndrome dépressif

Personnalité décrite par le médecin : très timide

Histoire récente

J- 30 jours : le patient consulte car il a eu un accident de voiture sans gravité plus tôt dans la journée. Il se plaint de cervicalgies.

J- 21 jours : consulte car souffre toujours de cervicalgies. Le patient timide ne détaille rien de plus. Le médecin se concentre sur le somatique et n'interroge pas sur les idées suicidaires.

J- 0 : le patient ingère de nombreux médicaments, il est hospitalisé en surveillance une nuit aux urgences.

Attitude du médecin

- explore les idées suicidaires de son patient pour mieux apprécier le risque et juger de la meilleure conduite à tenir
- ne craint pas de favoriser le geste, mais n'a pas le sentiment de soulager le patient en questionnant

Observation n°19

Durée du suivi médecin-patient : 7 ans

Terrain

Homme de 80 ans

Habitus : veuf, ancien militaire, seul à domicile

Antécédent somatique : Cardiopathie ischémique, Diabète de type 2

Antécédent psychiatrique : aucun

Personnalité décrite par le médecin : homme fier, autoritaire, perfectionniste

Histoire récente

J- 30 jours : consultation pour renouvellement de traitement (diabète), le patient est plus distant qu'à son habitude, il précise qu'il a fait des démarches pour s'inscrire en maison de retraite, sur les conseils de ses enfants. Les idées suicidaires ne sont pas recherchées.

J- 0 : le patient est retrouvé pendu chez lui, il est décédé.

Attitude du médecin

- sait qu'il doit rechercher des idées suicidaires chez un patient en mal être
- se sent souvent intrusif en le faisant

Observation n°20

Durée du suivi médecin-patient : 1 an

Terrain

Femme de 37 ans

Habitus : mariée, 4 enfants, travaille dans la fonction publique mais en arrêt depuis plus d'un an

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : éthylisme à tendance dypsomaniaque

Personnalité décrite par le médecin : séductrice, anxieuse

Histoire récente

J- 10 jours : sortie d'hospitalisation en psychiatrie dans le cadre d'une demande sevrage OH

J- 3 jours : consultation dans le but de reprendre le travail, la patiente doit rencontrer le médecin du travail prochainement. Elle est différente par rapport à d'habitude, plus calme, dans la maîtrise. Le médecin lui demande si elle a des idées suicidaires, elle nie.

J- 0 : la patiente est retrouvée dans un bois, elle s'est pendue, elle est décédée.

Attitude du médecin

- sait qu'interroger son patient sur d'éventuelles idées suicidaires peut être thérapeutique

Observation n°21

Durée du suivi médecin-patient : 1 an

Terrain

Femme de 53 ans

Habitus : mariée, une fille de 16 ans née par FIV, institutrice en maternelle

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : dépression mélancolique ayant nécessité une hospitalisation en HDT, anorexie mentale

Personnalité décrite par le médecin : introvertie

Histoire récente

J- 60 jours : sortie d'hospitalisation en psychiatrie pour un épisode de dépression mélancolique ayant nécessité une HDT

J- 21 jours : consultation pour renouvellement de l'arrêt de travail. La patiente est « spectaculairement améliorée » par rapport à avant l'hospitalisation. Le médecin lui demande si elle a des idées suicidaires, la patiente nie. Le médecin est tout de même inquiet car la patiente a arrêté son traitement, il propose qu'elle voit le psychiatre rapidement.

J- 0 : c'est l'anniversaire de sa fille (cette enfant qu'elle avait si longtemps attendue) elle est retrouvée pendue dans le garage, elle est décédée

Attitude du médecin

- sait qu'il doit rechercher des idées suicidaires chez un patient en mal être
- se sent parfois intrusif en le faisant

Observation n°22

Durée du suivi médecin-patient : 20 ans

Terrain

Femme de 38 ans

Habitus : mariée mais conjugopathie face à un époux infidèle et pervers ; 2 enfants ; se déplace en fauteuil roulant à cause de sa pathologie (SEP), en invalidité professionnelle

Antécédent somatique : Sclérose en plaque

Antécédent psychiatrique : plusieurs tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse, refus catégorique de suivi psychiatrique, conjugopathie avec troubles de la sexualité chez cette femme ayant été violée dans l'enfance, éthylisme dypsomaniaque

Personnalité décrite par le médecin : séductrice très impulsive

Histoire récente

J- 15 jours : consultation pour chute (causée par une ivresse ou un trouble d'équilibre), elle évoque les éternels problèmes de couple, comme à son habitude. Le médecin recherche des idées suicidaires, elle répond qu'elle pense « avaler » à nouveau des médicaments. Après une longue discussion, le médecin a le sentiment que la patiente est soulagée. Il propose une prochaine consultation.

J- 0 : la patiente ingère une grande quantité d'antidépresseurs. Elle se réveille spontanément le lendemain.

Attitude du médecin

- sait qu'interroger son patient sur d'éventuelles idées suicidaires peut être thérapeutique

Observation n°23

Durée du suivi médecin-patient : 5 ans

Terrain

Homme de 35 ans

Habitus : au chômage, homosexuel, vit en concubinage avec son partenaire

Antécédent somatique : aucun

Antécédent psychiatrique : dépendance à l'héroïne sous substitution, éthylisme chronique

Personnalité décrite par le médecin : discret pendant les consultations, mais comportement antisocial en dehors

Histoire récente

J- 15 jours : consultation pour renouvellement du SUBUTEX

J- 1 jour : le patient consulte car se sent fatigué. Il comme toujours calme et réservé. Le diagnostic de bronchite est posé. En fin de consultation, le médecin perçoit une certaine tristesse dans le ton du patient, « il m'a regardé tristement », il lui demande de revenir le lendemain pour discuter de cela.

J- 0 : le patient s'est jeté sous un train, il est décédé.

Attitude du médecin

- sait qu'interroger son patient sur d'éventuelles idées suicidaires peut être thérapeutique

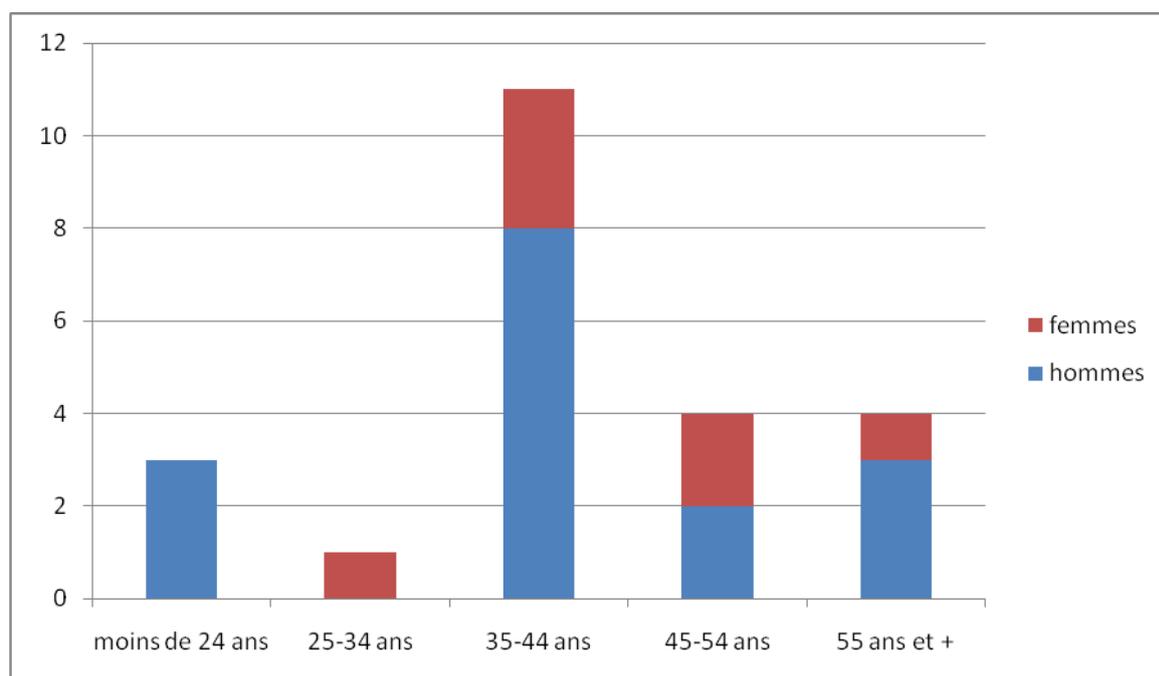
2) Description de l'échantillon

2-1) Description des 23 patients

7 femmes et 16 hommes

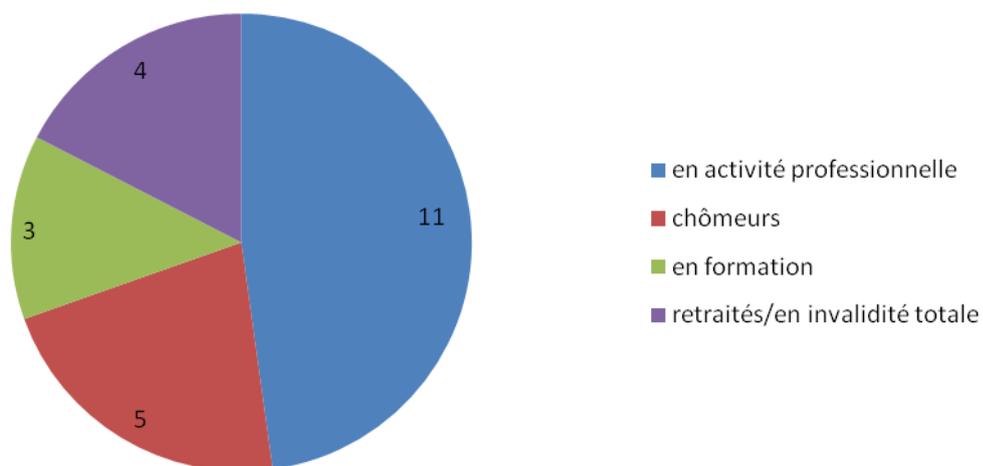
Age moyen = 40,8ans

Age médian = 38ans

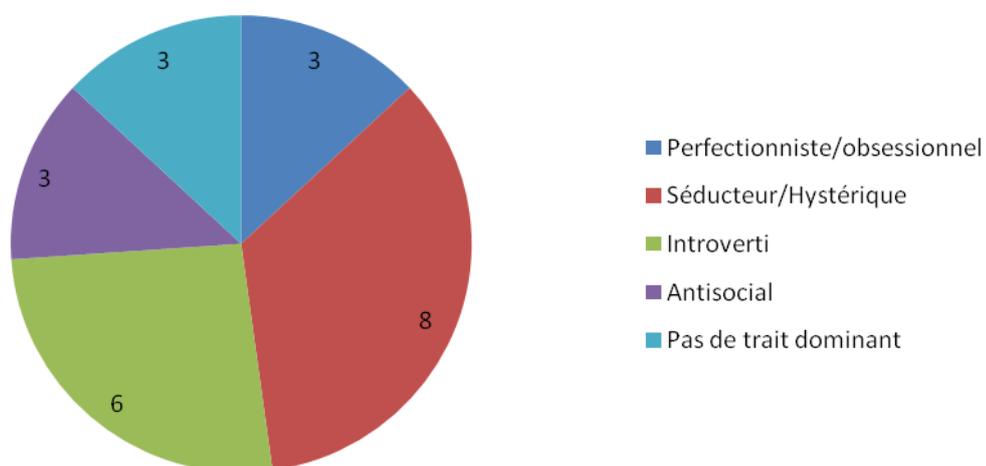


11 patients sont en couple (=50%)

Situation professionnelle



Type de personnalité



2-2) Antécédents et suivi

Durée moyenne du suivi médecin patient = 6.33 ans

Antécédents somatiques pour seulement 5 patients (22%): cardiopathie ischémique, diabète, HTA, polynévrite, ACFA, sclérose en plaque, infarctus du myocarde

Consommation pathologique d'alcool présente ou passée pour 10 patients (43,5%) : 5 consommateurs chronique, 5 consommateurs dypsomaniaques

Antécédent de dépression actuelle ou passée pour 12 patients (52%) avec des antécédents de tentatives de suicide pour 4 patients

Aucun passé dépressif pour 11 patients (47,8%).

2-3) Délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte

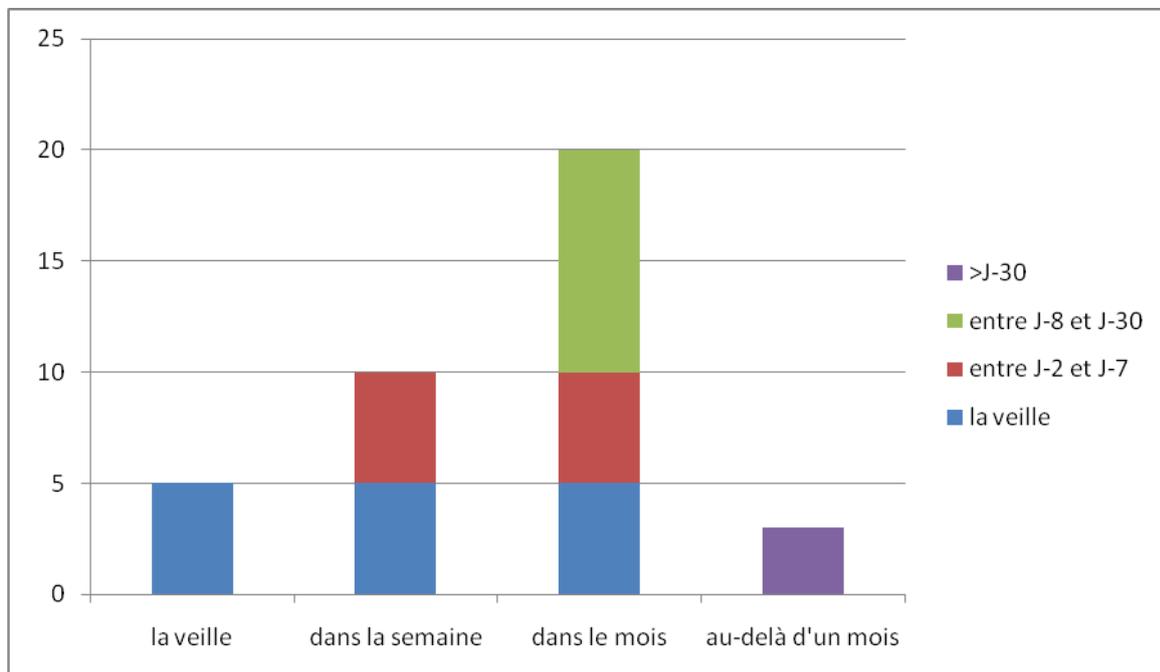
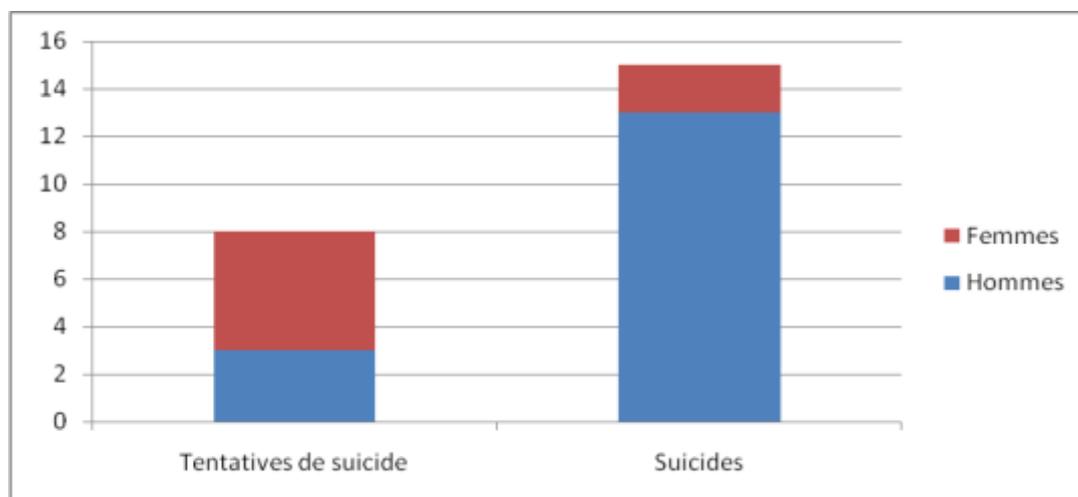


Fig : Délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte.

3) Différences entre les suicides et les tentatives de suicide

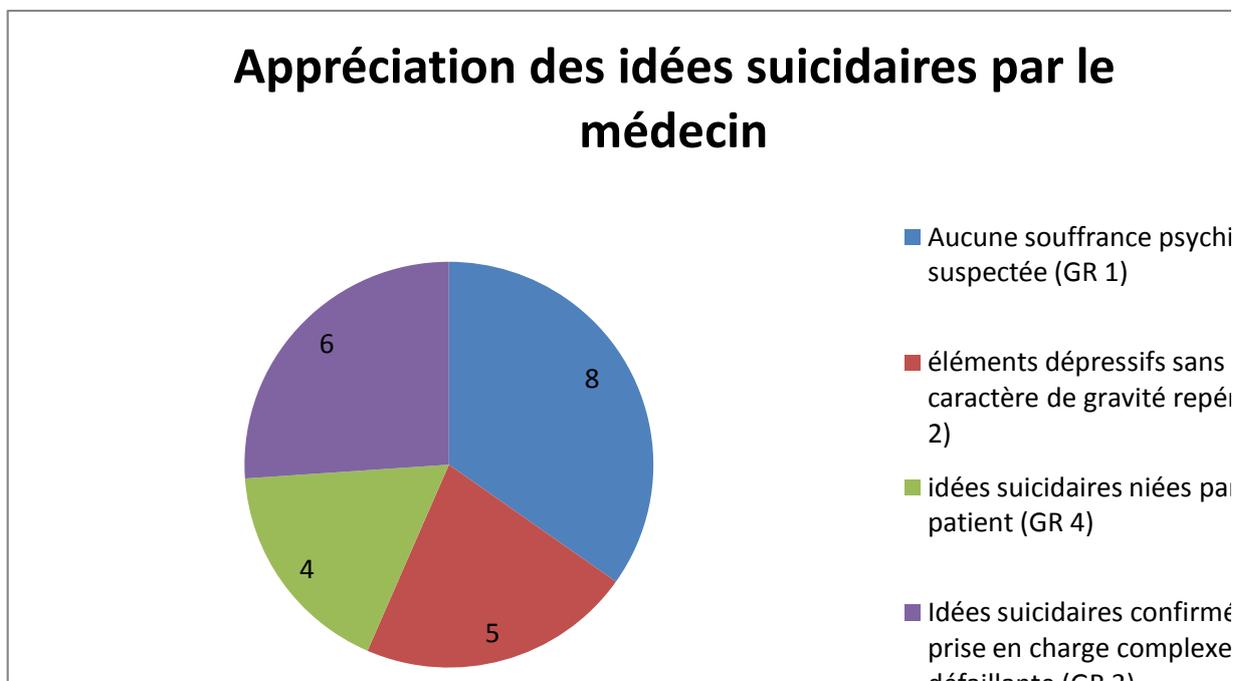


	Tentatives de suicides	Suicides
Sexe	5 femmes/3 hommes	2 femmes/13 hommes
Age moyen	35 ans	44 ans
Statut marital	5 seuls/3 en couple	5 seuls/10 en couple
Personnalité	5 séducteurs/2 introvertis/1 autre	3 séducteurs/7 introvertis/5 autres
Durée moyenne du suivi	7,8 ans	5,5 ans
Délais médian entre l'acte et la consultation	6,5 jours	10 jours
Motif de consultation	5 motifs psy/3 motifs somatiques	6 motifs psy/9 motifs somatiques
Idées suicidaires suspectées	6 oui/2 non	5 oui/10 non
Moyen utilisé	7 IMV/1 autre/ 0 pendaison	11 pendaisons/2 IMV/ 2 autres
Total	8	15

Les tentatives de suicide concernent plutôt les femmes, avec une personnalité séductrice, le motif de consultation est plus volontiers psychiatrique, les idées suicidaires sont souvent suspectées par le médecin, ou évoquées par le patient. Le moyen utilisé est majoritairement l'IMV (intoxication médicamenteuse volontaire).

Les suicides concernent plutôt les hommes, majoritairement introvertis, le motif de consultation est plus souvent somatique, il apparaît plus difficile de repérer ou suspecter les idées suicidaires du patient. Le moyen utilisé est majoritairement la pendaison.

4) Différences entre les conduites suicidaires repérées et celles masquées



4-1) Le médecin ne suspecte aucune souffrance psychique (groupe 1)

Observations n° 1, 4, 5, 11, 13, 14, 18, 19

8 patients = 34,8% des suicidants

Suivi moyen d'une durée de 6,6 ans

8 hommes ; pas de femmes

Age moyen = 35,1 ans

Age médian = 35 ans, à noter que les 3 cas qui concernent des adolescents sont tous dans ce groupe ; de la même façon, la seule personne âgée est également dans ce groupe

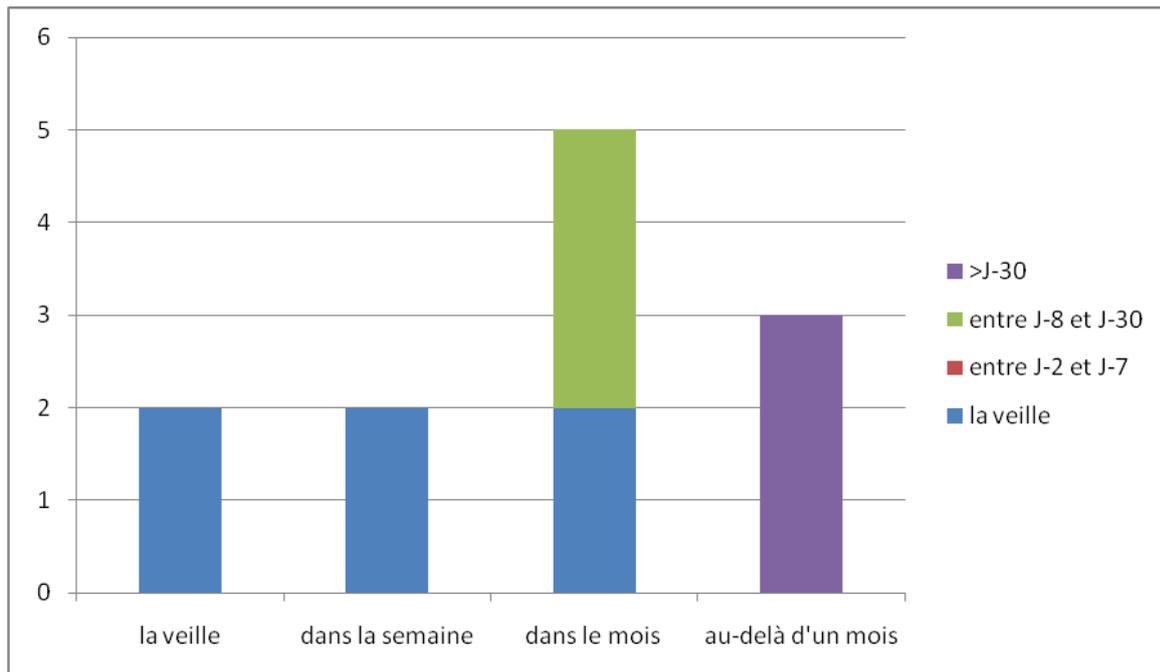
Antécédents : présence d'un antécédent somatique pour 1 patient (Cardiopathie ischémique + diabète) ; aucun antécédent ni somatique ni dépressif pour 4 patients, syndrome dépressif connu pour seulement 1 patient, 2 patients connus pour consommation pathologique d'alcool.

Personnalité : on retrouve tout type de personnalité dans ce groupe, aucune ne semble dominante (2 introvertis, 1 perfectionniste, 1 séducteur, 1 antisocial, 1 sans trait dominant)

Le motif de consultation affiché est somatique pour tous ces patients.

Le délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte, parmi les 8 patients :

- 2 patients sont venus la veille
- 3 patients sont venus dans le mois, +2 venus la veille = 5 dans le mois
- 3 patients sont venus plus d'un mois avant le geste suicidaire



Réaction des médecins : dans la totalité de ces cas, les médecins ont été très surpris, parfois choqués ou même ressentant une pointe de culpabilité. Ils n'imaginaient pas que leur patient était dépressif.

Parmi les 8 médecins :

- 2 ont répondu qu'ils ne recherchaient jamais les idées suicidaires des patients de peur de les favoriser
- 6 les recherchent mais parmi eux : 2 ont répondu qu'ils se sentaient intrusifs en le faisant contre 4 qui se savaient libérateurs et thérapeutiques en le faisant.

4-2) Le médecin repère la souffrance mais pas la crise suicidaire (groupe 2)

Observations n°3, 7, 12, 17, 23

Les motifs de consultations affichés sont d'ordre somatique pour 2 patients et psychiatrique pour les 3 autres.

Tous ces patients ont des antécédents psychiatriques, mais aucun n'a fait de tentative de suicide par le passé.

Dans les observations 3, 7 et 12, le motif de consultation affiché est « tristesse », pourtant le médecin ne pose pas la question du suicide, pourquoi ?

Patient n°3 : Le médecin ne recherche jamais les idées suicidaires car il pense que cela les favorise.

Patient n°7 : Le médecin n'a pas recherché d'idées suicidaires pensant se trouver dans la même situation que quelques années plutôt (le patient traversait une phase dépressive mais n'avait jamais songé à se suicider). Il est biaisé par l'expérience qu'il a vécue et sous évalue l'épisode actuel.

Patient n°12 : Le médecin banalise la souffrance de son patient, qu'il considère « habituelle », il pense être suffisamment thérapeutique par l'écoute. Il ne recherche pas de façon systématique les idées suicidaires.

Patient n°17 : J-30 le patient était vraisemblablement très fragilisé, mais n'avait probablement pas encore d'idées suicidaires, en le questionnant malgré tout, il aurait peut être été plus à même de venir se confier quelques jours plus tard, après l'accusation d'attouchement portée contre lui. A noter que dans la configuration où le sujet dépressif potentiellement suicidaire n'est pas le patient désigné de la consultation, le médecin est devant une tâche très complexe.

Patient n°23 : la découverte en toute fin de consultation que son patient est en souffrance psychique met le médecin en difficulté, il ne peut se permettre d'explorer immédiatement cette souffrance car cela demande du temps. Il ne peut qu'inviter son patient à revenir dans les plus brefs délais.

Parmi les 5 médecins de ce groupe :

- 1 a répondu qu'il ne recherchait jamais les idées suicidaires de crainte de les favoriser
- 4 ont répondu qu'ils les recherchaient mais seulement 1 se sentait thérapeutique et aidant contre 1 qui se sentant intrusif et 2 ont répondu qu'ils les recherchaient pour décider de la conduite à tenir sans se sentir thérapeutiques.

4-3) Le médecin doit faire face à un patient qui affirme ses idées suicidaires (groupe 3)

Observations n° 2, 6, 10, 15, 16, 22

6 patients = 26% des suicidants

Suivi moyen = 8,25 ans

3 hommes et 3 femmes

Age moyen = 42,5 ans

Age médian = 38 ans

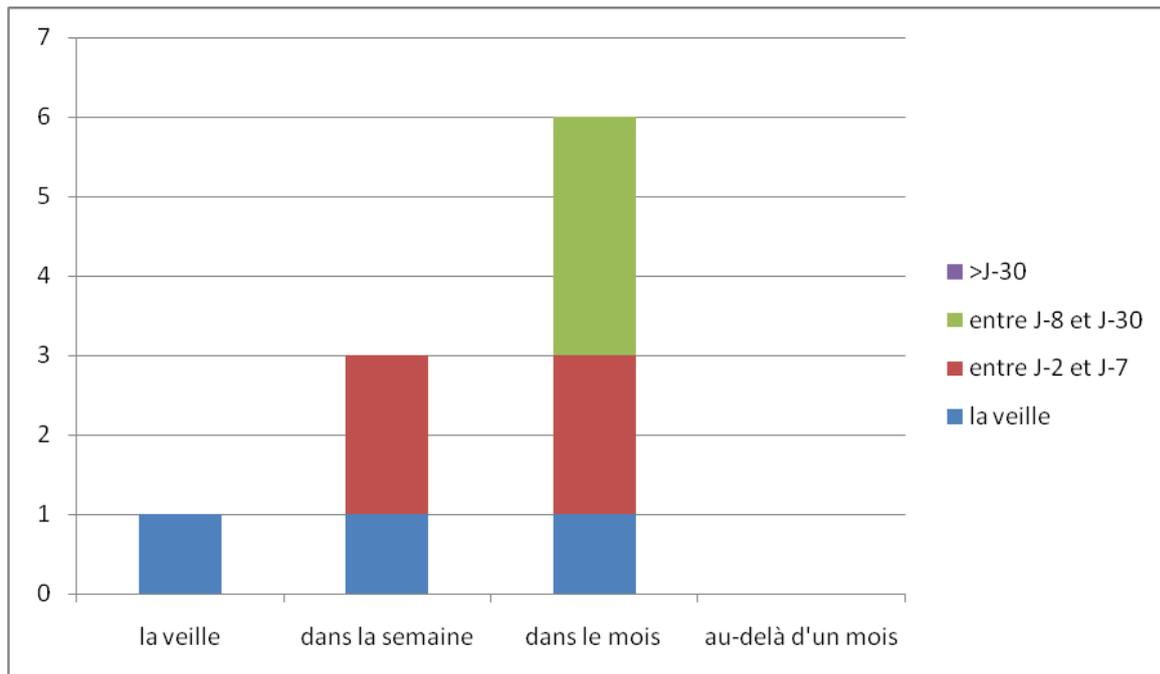
Antécédents : présence d'antécédents somatiques pour 3 patients (diabète, HTA, polynévrite, infarctus du myocarde, sclérose en plaque) ; 5 des 6 patients étaient connus pour dépression dont 4 avaient déjà fait des tentatives de suicide ; 3 des 6 patients sont connus pour avoir des consommations d'alcool pathologiques.

Les types de personnalité retrouvées : 3 séducteurs (qui comptent parmi ceux qui ont déjà des antécédents de TS), 1 introverti, 1 antisocial, 1 obsessionnel.

Le motif de consultation affiché est somatique pour seulement 2 patients. Les 4 autres consultent pour un motif psychiatrique.

Le délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte :

- 1 patient est venu la veille
- 5 patients sont venus dans le mois, +1 venus la veille = tous les patients ont consulté dans le mois précédent



Face aux patients suicidaires, les médecins optent pour différents choix : proposition d'hospitalisation, consultation rapprochée avec le psychiatre ou consultation rapprochée avec le généraliste.

Deux médecins sur les 6 ont souhaité hospitaliser leurs patients mais se sont retrouvés en difficulté dans la mise en pratique (refus d'hospitalisation cas n°10, pas de place disponible immédiatement dans l'unité dont dépend le patient cas n°15).

Les 4 autres médecins ont choisi de ne pas hospitaliser et ont fait le choix de revoir le patient rapidement, de l'adresser au CMP ou au psychiatre (cas n°2, 16, 22, 6).

Réaction des médecins : ils ne sont pas surpris, ils ne ressentent pas la déception ou la culpabilité qui transparait dans les cas « où ils n'ont pas vu ».

Trois médecins (observations 2, 16, 22) ressentent une lassitude, face à des patients qui multiplient les tentatives de suicide.

Parmi les 6 médecins :

- tous ont répondu qu'ils recherchaient systématiquement les idées suicidaires des patients, mais seulement 3 parmi eux se sentaient bénéfiques en le faisant, contre 3 pour qui cela était inefficace pour aider le patient
- aucun ne se sentait intrusif.

4-4) Le médecin fait face à un patient qui nie toute pensée suicidaire (groupe 4)

Observations n°8, 9, 20, 21

Les 4 patients consultent pour un motif psychiatrique.

Patient n°8 : Homme de 49 ans, perfectionniste, il souffre d'un grand complexe d'infériorité par rapport à son père. Il a la sensation insupportable d'être en échec. Il lui est impossible d'avouer ses idées suicidaires, ce serait encore un signe de faiblesse. Il ne peut que les nier.

Patient n°9 : Femme de 35 ans, logorrhéique, séductrice avec labilité émotionnelle, elle nie les idées suicidaires. Il se peut qu'elle n'en ait pas au moment de la consultation mais qu'elles apparaissent une heure plus tard. Son type de personnalité la prédispose aux gestes impulsifs, et aux raptus suicidaires.

Patient n°20 : Patiente de 37ans, séductrice, éthylique, elle nie les idées suicidaires alors qu'elle est étonnamment calme et différente de son habitude. Cette attitude illustre la sérénité du patient qui a pris sa décision de mourir et qui a tout arrangé pour son départ, le calme avant la tempête. Le clinicien est face à une situation particulièrement difficile à repérer, et s'il la repère, ne peut agir seul, il a besoin de l'aide des proches du patient (surveillance accrue ou HDT ?)

Patient n°21 : Femme de 53ans, introvertie avec lourds antécédents dépressifs (HDT), le cas est semblable au n°20, avec l'amélioration spectaculaire, la sérénité qui précède le passage à l'acte.

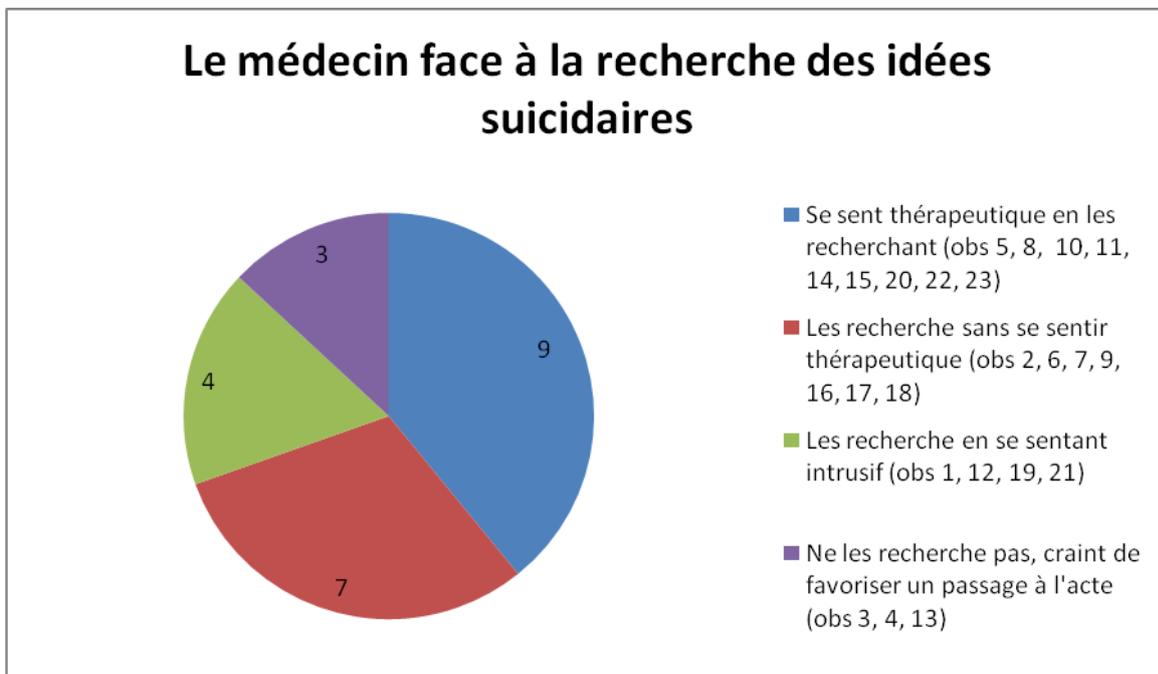
Parmi ces 4 médecins :

- tous recherchent les idées suicidaires systématiquement, mais seulement 2 se sentent thérapeutiques en le faisant contre 1 qui ne le fait que pour évaluer l'urgence (se sent indifférent) et 1 qui se sent intrusif

5) Attitude des médecins

Devant un patient repéré en souffrance, potentiellement suicidaire, les médecins ne réagissent pas tous de la même façon :

- certains n'hésitent pas à demander au patient clairement s'il a pensé à mourir, sachant qu'ils peuvent être bénéfiques et aidant,
- d'autres le font pour évaluer la sévérité du syndrome dépressif, mais sans avoir la conviction d'aider, ou se sentent intrusifs
- certains n'osent pas interroger leurs patients par crainte de les blesser, ou de favoriser le passage à l'acte suicidaire.



IV) Discussion

1) Préalable

1-1) Difficultés de réalisation

La première donnée importante est la faible participation des médecins, en effet sur les centaines de médecins que j'ai sollicité seulement 23 ont répondu.

Un rapport de recherche de 2003 intitulé « Tentatives de suicide, souffrance psychique et médecine générale : difficultés, enseignements et propositions » (29) s'était déjà heurté à un fort taux de refus ou de non réponse.

C'était une difficulté prévisible compte tenu de la charge de travail des généralistes, qui n'ont pas forcément le temps ni l'envie de répondre à une nouvelle étude.

Ils sont déjà sollicités de toutes parts et peuvent ressentir une lassitude devant ma demande.

Ils peuvent aussi se sentir mal à l'aise pour parler des difficultés qu'ils ont rencontrées.

Ils peuvent être dérangés par le questionnement autour du patient suicidaire.

1-2) Critique des biais

Je suis consciente que l'enquête se heurte à plusieurs biais :

- La sélection des médecins :
 - ceux qui vont à des formations : j'ignore si les médecins qui se forment via les FMC sont représentatifs de l'ensemble des médecins, mais je crois que c'était le moment le plus opportun pour demander une participation à ma thèse, et pour avoir le temps d'en expliquer le but.
 - sur la base du volontariat : je tends à penser que ceux qui ont généreusement accepté de partager leur expérience sont plus à l'aise pour évoquer leurs réactions face aux patients suicidaires.

- La sélection des patients :

Le médecin interrogé avait lui-même le choix du patient évoqué. Faisant appel à sa mémoire, il pouvait se souvenir d'un suicide, même très ancien mais doté d'une charge émotionnelle très importante, ou d'une tentative de suicide, mais en général assez récente, moins chargée émotionnellement.

Je suis aussi consciente que la méthode ne permet pas d'accéder aux patients dont le passage à l'acte a été évité par l'intervention médicale, il est donc impossible à mon échelle d'évaluer la portée des recommandations émises.

2) Prévalence des suicidants en médecine générale

Les médecins m'ont rapporté qu'ils comptaient 1 ou 2 patients suicidés dans une carrière, et dans la moitié des cas, le patient n'avait pas consulté dans le mois précédent.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, les médecins disent avoir peu de cas, mais connaissant l'incidence annuelle (environ 195 000 par an en France), on peut penser qu'il s'agit d'une méconnaissance. Cela pourrait s'expliquer de 2 façons : peut-être qu'ils ne pensent pas spontanément à ces patients puisque la charge émotionnelle est bien évidemment plus faible que face à un décès, peut-être qu'ils n'ont pas connaissance des tentatives de suicide de leurs patients (soit parce que le patient ne passe pas par les urgences, soit parce que l'hôpital n'envoie pas de compte rendu), enfin les patients qui font des tentatives de suicide ne le rapporte pas systématiquement à leurs médecins.

Cela explique que la proportion de tentatives de suicide dans l'échantillon soit si faible.

En comparaison, l'enquête de l'ORS de Basse Normandie réalisée en 1998 intitulée « le médecin généraliste face aux tentatives de suicide » estimait que chaque généraliste est amené à prendre en charge tous les ans 2 à 3 tentatives de suicide (38). Une autre étude de santé publique réalisée en 2002 « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires » (14) indique qu'un médecin installé depuis 15 ans aura été confronté en moyenne à 6 suicides et 19 tentatives. Les variations sont liées en partie aux zones d'installation rurales ou urbaines, au type de patientèle, et au généraliste lui-même selon qu'il est à l'aise ou non avec les patients dépressifs.

Ces divergences s'expliquent en partie par le fait que spontanément, le médecin oublie un certain nombre de patients, et par les différences de patientèle d'un médecin à un autre.

Elles n'influencent pas les résultats de l'enquête.

3) Synthèse des observations et comparaison avec les échantillons de référence

Tenant compte de ces biais, j'ai analysé 23 observations, 15 suicides et 8 tentatives de suicide.

Sexe

Parmi les 15 suicides, on compte 14 hommes pour une femme, c'est-à-dire 93% d'hommes. L'étude de la DRESS de 2006 (13) concernant le suicide en France constatait que 73% des suicides concernaient les hommes, il en va de même si l'on regarde les chiffres de l'ORS des Pays de la Loire en 2011 (40). Si mes résultats sont légèrement supérieurs, c'est surtout lié à la petite taille de l'échantillon. Néanmoins, on retrouve la même majorité d'homme en ce qui concerne le suicide. On peut dire que l'échantillon reste cohérent avec la réalité.

Sur les 8 tentatives de suicide, 5 concernent des femmes (62,5%). L'ORS des Pays de la Loire a compté en 2008 (40) 61% de femmes parmi les patients hospitalisés pour tentative de suicide. Les données disponibles concernant de grands échantillons retrouvent 66% de femmes parmi les patients admis à l'hôpital pour tentative de suicide (44). Mon échantillon est toujours cohérent.

Age

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 40,8 ans. Cela correspond aux chiffres de la DREES de 2006, qui indiquent que la classe d'âge la plus touchée par le suicide est celle des 35-44 ans (13).

Mode de vie

La situation matrimoniale, professionnelle, et le type de personnalité des patients sont donnés à titre indicatif pour mieux comprendre chaque situation, les patients n'ont pas été choisis pour être représentatifs de la population des suicidants mais on notera que 50% des patients sont seuls (que ce soit par célibat, divorce ou décès du conjoint), et que parmi les 50% qui sont en couple, les conjugopathies sont fréquentes.

En ce qui concerne la situation professionnelle, moins de la moitié des patients travaillent (et parmi ceux là, plusieurs ont des situations précaires), le chômage touche 5 patients, soit 22%, ce qui va dans le sens des études liant précarité et suicides (60).

Antécédents somatiques

Les antécédents somatiques pour seulement 5 patients sont aussi à mettre en lien avec l'âge relativement jeune de l'échantillon.

Consommation d'alcool

En revanche, la notion de consommation pathologique d'alcool est retrouvée pour 10 patients sur 23. D'autres études ont mis en évidence le lien fort entre alcool et dépression et entre alcool et suicide (1 ; 8 ; 53 ; 57). Parmi les 10 patients concernés de l'échantillon on retrouve 5 consommateurs chroniques et 5 consommateurs dysomaniaques, ce qui tend à souligner que peu importe la façon, les patients qui s'alcoolisent ont un risque majoré de suicide. Une enquête en 1997 intitulée « Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune » (15) retrouvait une augmentation du risque suicidaire pour tous les consommateurs d'alcool, ce risque était multiplié par 7,7 pour les ivresses solitaires, et par 4,7 pour les ivresses « par perte de contrôle ».

Antécédents psychiatriques

Les antécédents de dépression (passés ou actuels) sont retrouvés pour seulement 12 patients sur 23. En comparaison, Beautrais et Joyce dans une étude (3) en 1996 ont montré que 90,1% des patients qui font une tentative de suicide souffraient d'un ou plusieurs troubles psychiatriques, avec en premier lieu les troubles de l'humeur et la dépression. Précisément, si mon échantillon retrouve une si petite proportion de dépressifs (seulement 52%), c'est probablement qu'ils n'ont pas été diagnostiqués. C'est là tout l'intérêt d'aborder régulièrement en consultation la question du moral (21 ; 35) et d'avoir aisément recours aux échelles diagnostiques (Hamilton, Beck, MADRS...)

Délai

En ce qui concerne le délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte, les données bibliographiques retrouvent en moyenne que 70% des suicidants ont consulté leur généraliste dans le mois, et 40% dans la semaine (2 ; 9 ; 23 ; 27 ; 33 ; 39 ; 55). Nous nous

approchons de ces données, avec 20 patients soit 87% qui ont consulté dans le mois et 10 soit 43% dans la semaine.

4) Différences entre suicides et tentatives de suicide

Mon échantillon est en rapport avec les données de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (40). A savoir, les tentatives de suicide concernent plutôt des femmes, jeunes (moyenne d'âge inférieure à l'échantillon des suicidés), de personnalité volontiers séductrice (par opposition aux suicidés plutôt introvertis).

Ces patients ont plus volontiers abordé la question du suicide avant leur passage à l'acte que ceux qui se sont effectivement suicidé. L'IMV est le moyen le plus souvent utilisé.

5) Réponses aux problématiques

5-1) Le motif de consultation somatique est-il un obstacle au repérage ?

Sur nos 23 patients, 12 ont consulté pour un motif somatique (obs 1, 2, 4, 5, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23). On constate la diversité des motifs de consultation : demande de sevrage tabagique, lombalgie, suture, rhinopharyngite, gastralgies de l'épouse, cervicalgie, renouvellement de traitement, bronchite.

a) Le médecin perçoit une souffrance morale

Sur ces 12 consultations, la souffrance psychologique a été recherchée dans 2 cas seulement (obs 2 et 22) et dans ces 2 cas, les antécédents psychiatriques très lourds incitaient à cela.

Pour 1 patient (obs 23) le médecin suspecte la souffrance morale en toute fin de consultation ce qui l'amène à ne pas l'explorer immédiatement mais proposer une autre consultation.

Pour 1 patient (obs 17) la souffrance morale est connue mais la consultation n'est officiellement pas pour lui mais pour l'épouse, le ressenti de cet homme n'est pas recherché pendant la consultation.

b) Le médecin ne perçoit pas la souffrance morale ; Analyse du groupe 1

8 consultations

Tous ces patients sont des hommes, aucune personnalité dominante ne ressort. Les médecins ne se méfient pas en l'absence de pathologie psychiatrique ou d'antécédent dépressif. On retrouve ici les cas particulièrement difficiles à repérer des jeunes hommes et des patients âgés.

Les difficultés liées à l'âge

Les patients âgés ne manifestent pas leurs idées suicidaires de la même façon que les plus jeunes, on constate plus souvent une modification comportementale, avec refus

d'alimentation, replis sur soi et manque de communication. La dépression est bien plus difficile à diagnostiquer (18 ; 46).

Les jeunes patients sont également des pièges diagnostiques pour le médecin traitant. Celui-ci peut penser que le mal être est passager et en lien avec des maux d'adolescents. La limite entre authentique détresse psychique et mal être du jeune adulte reste floue. Une étude française interrogeant des enfants et des adolescents consultant en tout venant leur médecin généraliste a dépisté 5% de dépressions avérées selon les critères DSMIV dans la tranche des adolescents (31), soulignant ainsi la nécessité d'être vigilant et de se poser la question face à un jeune qui montre des signes de souffrance, ce patient est-il authentiquement dépressif ?

Les difficultés du moment de la consultation dans la crise suicidaire

On retrouve dans ce groupe tous ceux qui n'ont pas vu leur médecin dans le mois (dans 2 cas : obs 5 et 14, le délai supérieur à 3mois entre la dernière consultation et le passage à l'acte nous incite à penser que le patient n'avait pas encore l'idée de mourir à l'époque) et paradoxalement, une bonne partie de ceux qui sont venus la veille du passage à l'acte.

Les premiers n'avaient peut-être pas encore d'idées suicidaires, les seconds étaient probablement trop décidés pour en parler.

On ne peut pas savoir avec précision à quel moment le patient entre dans la crise suicidaire, ni à quelle vitesse les idées noires progressent, mais si on exclut les pathologies psychiatriques à risque de raptus (psychose...), on sait que les idées suicidaires progressent sur une période d'au moins un mois pendant lequel le patient envisage d'autres solutions.

Les difficultés posées par les craintes du soignant

C'est dans ce groupe qu'on retrouve 2 des 3 médecins qui craignaient de favoriser le passage à l'acte en recherchant les idées suicidaires. Cela peut nous faire penser que si le médecin n'en parle pas, le patient n'en parlera pas mais restera avec sa souffrance sur lui et n'aura pas eu la possibilité de s'en décharger, même s'il l'avait voulu.

Les difficultés posées par les contraintes de temps d'une consultation

Le patient vient avec un double langage, celui du corps et celui de l'âme. Il exprime son mal être par son corps, s'adressant au somaticien avant tout. En dehors du langage non verbal, le médecin ne dispose d'aucun signe d'alerte.

Le patient n'ose pas mettre à jour sa détresse psychique, il aurait besoin d'un temps de consultation bien supérieur à ce qui lui est consacré avant d'oser dévoiler ses pensées.

Les ressentis à posteriori

Du côté des médecins, n'ayant pu se préparer à l'éventualité du passage à l'acte, on ressent dans ce groupe la plus vive émotion, souvent avec quelques regrets de n'avoir « rien vu ». C'est ici que naît le sentiment étrange de culpabilité dont certains médecins m'ont fait part. En apprenant le décès du patient, ils vont refaire une lecture de la consultation et tous les sous entendus du langage non verbal font surface.

Ainsi le médecin du cas n°11 se souvient des mots de son patient « un petit fil qui suspend un gros poisson », faisait-il allusion à la corde qui le suspendrait 8 jours plus tard ?

Le médecin du cas n°23 dira au sujet de son patient « il m'a regardé tristement »

On peut conclure cette partie par une quasi-certitude ; un motif de consultation somatique est un obstacle au repérage des patients suicidaires.

Si ce n'est surprenant, c'est un paramètre que le médecin peut difficilement améliorer.

5-2) La question du suicide est-elle difficile à aborder pour les médecins ?

Analyse du groupe 2

Une étude rétrospective finlandaise portant sur 571 cas de suicide a montré qu'au cours de la dernière consultation, le thème du suicide n'a été abordé que dans 22% des cas (21). Pour évoquer ce thème encore faut-il avoir une suspicion, d'où l'intérêt d'étudier l'appréciation des idées suicidaires par les médecins.

Dans notre échantillon, le suicide est abordé dans 10 consultations sur 23, soit 43,5%.

En aucun cas, nous ne cherchons à accuser ou pointer une erreur médicale. Notre démarche a été de repérer les raisons qui ont empêché la recherche d'un scénario suicidaire, connaissant la souffrance psychique du patient.

Peur de favoriser le passage à l'acte

On a pu noter tout d'abord une réticence de la part de plusieurs médecins (obs 3,12), qui craignaient favoriser les idées suicidaires des patients en les recherchant.

Tout l'enjeu des formations médicales autour du suicide est de rassurer les médecins inquiets : les patients ne se suicident pas parce qu'on évoque le sujet, et de les convaincre que loin de pousser leurs patients à mourir, cette conduite est thérapeutique.

Un patient qui n'est pas suicidaire le dira simplement et sera plus à l'aise pour en parler si dans le futur il le devient ; car il saura qu'il ne sera pas jugé. A l'opposé, un patient suicidaire n'ose pas toujours le dire de peur « de craquer » de peur « d'être jugé », et en lui posant la question, on lui offre un espace de parole sincère. Il sera en partie soulagé de confier ses lourdes pensées.

Affect

Le 2^{ème} obstacle repéré, c'est le contre transfert (obs 7, 12). Il s'agit des sentiments que le médecin éprouve pour son patient. Sans aller jusqu'à la relation amicale, les 2 interlocuteurs peuvent être proches. Le médecin connaît son patient depuis longtemps, il l'a accompagné à travers des épreuves de vie émotionnellement fortes, peut être même sont-ils vraiment amis au-delà du cabinet ? Quoiqu'il en soit, inconsciemment, le médecin ne veut pas que ce patient aille mal et lui demander s'il souhaite se donner la mort, c'est imaginer qu'il puisse

dire oui... Le soignant est humain, inconsciemment il ne veut pas entendre cela. On ne peut pas critiquer l'humanité nécessaire au métier de médecin, mais il faut en connaître les revers et les dangers.

Soulignons ici l'importance de garder une certaine distance avec les patients, et peut-être d'éviter d'être le médecin traitant de sa famille, de ses amis, ou de la secrétaire du cabinet.

La consultation pour l'aidant

Le 3^{ème} obstacle pointé est celui du « patient désigné » (obs 17).

Chaque médecin connaît la consultation pour un patient qui souffre d'une lourde pathologie et son aidant principal qui s'épuise. L'aidant est vu lors de la consultation pour le malade, et on repère sa détresse. L'aidant ne consulte pas pour lui, il ne s'autorise pas la moindre plainte.

Pourtant l'enjeu de la consultation est aussi d'analyser cette souffrance, quitte à faire sortir le « malade désigné » et prolonger la consultation à 2 pour pouvoir explorer ses idées suicidaires régulièrement.

Les révélations de fin de consultation

Le dernier obstacle mis en évidence tient de la volonté du médecin de respecter son planning de rendez-vous (obs 23).

Le médecin remplit la tâche qu'on lui demande, la consultation se termine, et au moment de partir, « la main sur la poignée de porte », on assiste à la révélation du motif « réel et caché » de la consultation ; bien souvent, le soignant n'a d'autre choix que de reporter à une prochaine entrevue le développement de ce nouveau problème, faute de quoi, il sait que tous les rendez-vous suivants seront en retards.

Pourtant, on ne peut que recommander de reprendre la consultation pour explorer les idées suicidaires, accepter de perdre encore 20 minutes pour que cette consultation ne soit pas la dernière.

5-3) Quelles sont les difficultés face au patient qui affirme son désir de mort ? Analyse du groupe 3

Tous les patients qui ont affirmé leurs idées suicidaires étaient suivis pour une anxiété ou dépression parfois sévère dont 4 sur les 6 avaient déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Tous ont consulté dans le mois précédent, parfois même plusieurs fois.

Cette tendance va dans le sens de l'étude de Power étude publiée en 1997 (43). Il a analysé les dernières consultations avant 41 suicides et a pu déterminer 2 types de patients, ceux qui étaient suivis pour une pathologie psychiatrique et ceux qui n'avait aucun antécédent psychiatrique connu. Il a constaté que les premiers consultaient leur médecin généraliste plus fréquemment, et qu'ils venaient plus systématiquement consulter avant leur passage à l'acte.

On retrouve autant d'hommes que de femmes.

Pourquoi la mise en évidence des idées suicidaires n'a-t-elle pas suffi à empêcher le passage à l'acte ? On peut trouver 2 explications (non exhaustives).

La première réside dans la répétition des crises suicidaires. En effet, parmi ces patients, certains « épuisent » les médecins par la récurrence trop fréquente des idées suicidaires. Les soignants se sentent impuissants malgré le respect de toutes les recommandations. Ils recherchent les idées suicidaires mais n'ont plus le sentiment d'être thérapeutiques en le faisant. Le professionnel se lasse, l'empathie disparaît peu à peu pour accepter l'idée que le patient finira par se suicider. Le médecin est dans l'acceptation du geste suicidaire car il a eu le temps de se préparer à l'hypothèse d'un décès (ou d'une nouvelle tentative). De fait, les idées suicidaires progressent et s'aggravent.

Nous recommanderons ici la prise en charge par une équipe et non un soignant seul pour éviter le « burn out » du thérapeute, et le suicide du patient.

L'autre explication est d'ordre plus pratique, le patient aurait du être hospitalisé mais cela n'a pas été possible ou accepté, et il est resté chez lui sans la surveillance accrue d'un proche. Le médecin, en choisissant de ne pas hospitaliser doit être conscient qu'il prend un risque, il doit s'assurer de la collaboration et de la disponibilité de la famille, surtout si c'est un choix par défaut (refus du patient ou impossibilité des services psychiatriques pour accueillir le patient). Il ne doit pas être biaisé par l'impression subjective d'avoir soulagé en fin de consultation.

Une étude en 2002 intitulée « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires » (14) nous indiquait que 77% des médecins préfèrent hospitaliser le patient face à un risque suicidaire. Notre étude qui n'a inclus que les passages à l'acte ayant effectivement eu lieu ne recrute pas tous ces patients hospitalisés pour qui on a évité un drame. On souligne ainsi que l'hospitalisation est un moyen sûr d'éviter le passage à l'acte, et doit rester la conduite à tenir face à tout patient suicidaire.

5-4) Peut-on se rassurer devant un patient qui nie toute pensée suicidaire ? **Analyse du groupe 4**

Rappelons au préalable que lorsqu'un patient dit qu'il n'a pas d'idée noire et que le médecin n'a pas d'arrière pensée, ni de doute sur la sincérité de la réponse, ce qui correspond à la majorité des dépressifs, on peut faire confiance au patient.

Les cas étudiés concernent des patients qui nient mais pour qui le médecin reste suspicieux.

4 patients sont concernés dans l'enquête.

On peut décrire 3 cas de figure représentés dans l'échantillon :

- Le patient peut considérer qu'**envisager le suicide est un signe de faiblesse, honteux** et lâche. Il ne peut pas admettre devant un tiers (le médecin) que cela puisse le concerner. Face à ce type de patient que l'on pourrait décrire comme « fier » ou « dans la maîtrise », il ne faut pas hésiter à laisser un temps de silence après sa réponse, lui laisser le temps de revenir sur son mensonge, et même de reposer la question. En général, il va décrire son mal être et son mécanisme de défense va peu à peu céder, il va lâcher son lourd et invouable secret ce qui aura un effet des plus thérapeutique et salvateur.

Cette attitude sera également payante même s'il n'y a pas d'idée suicidaire, en effet elles peuvent apparaître plus tard, et si tel est le cas, le patient saura qu'il peut revenir et les confier pendant la consultation. Cela rejoint la remarque faite dans le paragraphe précédent, à savoir que les patients qui sont suivis pour dépression (et donc chez qui on recherche régulièrement des idées suicidaires) reviennent plus volontiers en consultation dans le mois qui précède le passage à l'acte.

- Le patient peut être **malheureux sans avoir d'idée suicidaire**, et être parfaitement **sincère en les niant**. Mais si ce même patient a tendance à agir de façon impulsive et irréfléchie, s'il a tendance à adorer puis détester la seconde suivante, si ses émotions

sont d'authentiques montagnes russes, alors il présente un risque suicidaire quand même. Le moment de survenue est par contre imprévisible, il s'agit d'un risque de raptus suicidaire. Face à ce type de patient, mieux vaut hospitaliser devant tout mal être qui s'accroît sans attendre que le patient annonce ses idées noires.

- Le patient habituellement anxieux et dépressif peut **paraître « spectaculairement amélioré »**, tellement apaisé que le médecin doute. Le patient qui nie ici ses idées suicidaires ne revient pas sur ce qu'il a dit, **la décision de mourir est actée**, ce n'est plus une idée, c'est un projet qui est prêt, le patient est serein, détendu, car tous ses problèmes ont enfin une solution. En général, tout est préparé, le choix des obsèques, le testament, les lettres d'adieu, et bien sûr le moyen légal et le jour où il sera mis en œuvre. Face à ce patient, que peut faire le médecin ? Comment peut-il faire la différence entre cette déroutante sérénité et une authentique amélioration clinique ? C'est une situation très complexe car le soignant ne peut compter sur une quelconque alliance avec son patient, il ne pourra s'appuyer que sur l'aide des proches qui noteront éventuellement un comportement suspect et à qui il conseillera d'être particulièrement vigilants et d'alerter au moindre doute.

On sait maintenant qu'un patient qui nie avoir des idées suicidaires n'est pas toujours sincère, de peur d'être jugé, de peur de se mettre à pleurer ou parce que sa décision est prise... La négation n'est pas une garantie de l'absence de pensée ou de plan suicidaire. N'oublions pas la possibilité de raptus suicidaire. Quelques soient les raisons qui poussent un patient à nier, le médecin qui doute doit poser la question clairement, laisser un temps de silence (nécessaire au patient pour se raviser) et reposer cette même question. Il peut demander l'avis d'un proche qui accompagne quand cela est possible.

6) Discussion autour des réactions des médecins

6-1) La recherche des idées suicidaires

La conférence de consensus de 2000 recommande de rechercher les idées suicidaires au moindre doute, «cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles ».

Dans l'échantillon, on dénombre :

- 3 médecins qui craignent de favoriser le passage à l'acte, et qui n'abordent pas spontanément le sujet si le patient n'en parle pas
- Les 20 autres généralistes (soit 87%) appliquent les recommandations avec des nuances,
 - ✓ seulement 9 médecins (39%) se sentent thérapeutiques en interrogeant leurs patients,
 - ✓ 4 se sentent intrusifs,
 - ✓ 7 se sentent indifférents.

Ce résultat (87% de praticiens qui questionnent systématiquement leurs patients sur leurs idées suicidaires) est certainement supérieur à la moyenne nationale, compte tenu du biais de sélection des médecins

- ceux qui se forment sont probablement plus au courant des recommandations,
- ceux qui ont choisi de participer s'intéressent probablement davantage à la psychiatrie que les autres.

Parmi les 20 qui appliquent cette recommandation, seuls 9 ont le sentiment d'être thérapeutiques en le faisant.

Les 11 autres le font car cela leur permet de mieux juger de la sévérité du syndrome dépressif, et d'avoir des arguments si une hospitalisation s'avère nécessaire, mais ne sont pas pleinement convaincus du bénéfice potentiel de leur recherche.

Un grand travail de communication reste à faire pour convaincre les médecins du bénéfice thérapeutique apporté par la recherche approfondie des idées suicidaires.

Cela passe bien entendu par la formation continue, mais aussi par la mise en pratique, n'hésitons pas à demander aux patients, à distance de l'événement si la conversation les a soulagés.

6-2) Le ressenti à postériori

Le ressenti exprimé au cours de l'entretien était d'autant plus attristé que le passage à l'acte n'avait pas été envisagé.

Ainsi, pour les patients bien connus de la psychiatrie et déjà hospitalisés à de multiples reprises, les médecins ne se sont pas sentis en échec. Le ressenti était de la même nature que face à un patient en soins palliatifs, le décès (ou le passage à l'acte) était accepté.

En revanche, chez les patients pour qui le passage à l'acte a été une surprise totale, le médecin a pu revivre la dernière consultation à la recherche du moindre signe ou mot qu'il n'aurait pas saisi sur le moment. Comme s'il avait commis une erreur médicale, le médecin se sent en échec.

Nous médecins, n'aimons pas être surpris par le décès d'un patient, nous préférons l'avoir envisagé, c'est humain...

V) Conclusion

Nous avons donc mis en évidence 4 types de consultation :

- celles où le patient dissimule ses idées suicidaires et le médecin ne se doute de rien ;
- celles où le médecin sait qu'il a un patient dépressif mais il ne recherche pas le risque suicidaire;
- celles où le médecin est face à la prise en charge très complexe d'un patient ouvertement suicidaire souvent déjà connu de la psychiatrie ;
- celles où le médecin suspecte un risque suicidaire mais qui est nié par le patient ;

C'est une consultation d'apparence banale pour le médecin quand le patient dissimule entièrement sa souffrance psychique et se refuse de l'évoquer, et c'est cette banalité qui sera le plus douloureux pour le médecin à postériori.

Notre étude a mis en évidence les difficultés que posent ces consultations, et y répond par quelques propositions :

- La première difficulté réside dans le repérage des patients suicidaires qui n'osent pas évoquer leur souffrance. Le médecin devra se méfier des plaintes somatiques atypiques, être vigilant devant tout patient en particulier les hommes introvertis, les personnes âgées et les garçons adolescents.
- L'étape suivante à ne pas rater, c'est la recherche des idées suicidaires à la moindre suspicion par un interrogatoire clair du type « pensez-vous au suicide ? ».
 - ✓ Pour y parvenir, le médecin doit être convaincu lui-même (et ce n'est pas si évident) qu'il va aider son patient ainsi et qu'en aucun cas il ne favorisera le passage à l'acte. Cette étape peut être améliorée par la meilleure formation des généralistes, une formation basée sur l'expérimentation afin de combattre les idées reçues.
 - ✓ Par ailleurs, le praticien devra éviter de soigner ses proches afin de ne pas être trop impliqué émotionnellement et de garder la capacité d'entendre les idées suicidaires du patient.

- ✓ Enfin, il devra accepter de reprendre une consultation qui se terminait par une révélation inquiétante même si cela lui coûte du temps, rappelons qu'une cotation spéciale (ALQP003) existe, facturée 69,12 euros qui compense le temps passé avec le patient et qui n'est jamais du temps perdu.

- Ensuite, si le patient nie il faut lui laisser un temps de silence, pour lui permettre de se raviser ou de nuancer son propos. On doit même reposer la question si la négation n'est pas certaine, ou si le médecin reste suspicieux. En effet, toute la difficulté est de ne pas passer à côté des suicidants qui n'avouent pas leurs sentiments car ils en ont honte, ne veulent pas passer pour des « faibles », ou au contraire sont trop décidés à passer à l'acte.

- Si le patient admet ou affirme avoir des idées suicidaires, le médecin pourra le protéger en choisissant l'hospitalisation qui est la décision la plus sécurisante, ou éventuellement revoir le patient de façon rapprochée, mais cela n'est acceptable qu'après avoir consulté la famille si elle s'engage à rester auprès de lui.

- La dernière difficulté retrouvée dans ce genre de consultation est de garder sa vigilance face aux patients qui multiplient les passages à l'acte et de ne pas être découragé par l'échec de la prise en charge. Le travail en réseau entre le généraliste le psychiatre et les autres intervenants (travailleurs sociaux, famille...) est la condition nécessaire, même si pas toujours suffisante pour soutenir au mieux le patient.

VI) Bibliographie

- 1) Adès J, Lejoyeux M « Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool » *Conférence de consensus, La crise suicidaire reconnaître et prendre en charge* Octobre 2000
- 2) Appleby L, Amos T, Doyle U, Tomenson B, Woodman M « General practitioners and young suicides : a preventive role for primary care » *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 (3) : 330-3
- 3) Beautrais AI, Joyce Pr, Mulder RT « Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case-control study » *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 1009-14
- 4) Bebbington PE, Cooper C, Minot S, Brugha TS, Jenkins R, Meltzer H, Dennis M « Suicide attempts, gender, and sexual abuse : data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey.» *Am J Psychiatry* 2009 Oct ; 166 (10): 1135-40
- 5) Cheng AT, Chen TH, Chen CC « Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study » *Br J Psychiatry* 2000 ; 177 : 360-5
- 6) Chevalier P « Outils pour un diagnostic de la dépression en médecine générale » *La revue de la médecine générale* 2007 ; 241 : 126-130
- 7) Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » octobre 2000
- 8) Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ « Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression » *Alcohol Clin Exp Res* 1996 Nov ; 20 (8) : 1451-5
- 9) Descrimes N « Tentatives de suicide dans le service d'accueil des urgences en France : résultats d'une étude multicentrique » Thèse de médecine générale, Paris VII Bichat 1998
- 10) Didham R, Dovey S, Reith D « Characteristics of general practitioner consultations prior to suicide : a nested case-control study in New Zealand » *N Z Med J* 2006 ; 119 (1247) : 2358
- 11) Direction de la recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES « La mortalité par suicide en France en 2006 » *Etudes et Résultats* n°702 septembre 2009
- 12) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération » *Etudes et Résultats* n°185 août 2002
- 13) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES « Suicides et tentatives de suicide en France » *Etudes et Résultats* n°488 mai 2006
- 14) Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires » *Santé Publique* 2002 ; 14 (3) : 263-273
- 15) Favre JD, Choquet M, Azoulay G « Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune » *Actualité et dossier en santé publique* Mars 1997 ; 18 : 14-16
- 16) Fawcett J, Clark DC, Busch K A « Assessing and treating the patient at risk for suicide » *Psychiatric annals* 1993 ; 23 : 244-255
- 17) Gardner W, Klima J, Chisolm D « Screening, triage and referral of patients who report suicidal thought during a primary care visit » *Pediatrics* 2010 ; 125 (5) : 945-52
- 18) Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, Garré J-B « Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte ; Identification et prise en charge » *La revue du praticien* 2010 ; 60 : 567-572
- 19) Haste F, Charlton J, Jenkins R « Potential for suicide prevention in primary care ? An analysis of factors associated with suicide » *Br J Gen Pract* 1998 ; 48 (436) : 1759-63
- 20) Holma KM, Melartin TK, Maukka J « Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorders : a five year prospective study » *Am J Psychiatry* 2010 ; 167 (7) : 801-8
- 21) Isometsa E, Heikkinen M, Marttunen M « The last appointment before suicide : is suicide intent communicated ? » *American Journal of Psychiatry* 1995 ; 152 : 919-92

- 22) Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M « Suicide rate 22 years after parasuicide : cohort study » *BMJ* 2002 ; 325 (7373) : 1155
- 23) Kebaili A « Intérêt du service de soins en réseau dans le suivi thérapeutique du suicidant » Thèse de médecine générale, Lille II 1997
- 24) Lee HC, Lin HC, Liu TC, Lin SY « Contact of mental and nonmental health care providers prior to suicide in Taiwan: a population-based study » *Can J Psychiatry* 2008 ; 53 (6) : 377-83
- 25) Leo D, Heller T « Social modeling in the transmission of suicidality » *Crisis* 2008 ; 29 (1) : 11-9
- 26) Le Pont F, Letrillart L, Massari V « Suicide and attempted suicide in France : results of a general practice sentinel network » *Br J Gen Pract* 2004 ; 54 (501) : 282-4
- 27) Leroy E « Suivi ambulatoire d'un suicidant en médecine générale » Thèse de médecine générale, Nantes, 2002
- 28) Lesage A, Séguin M, Guy A « Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick : the case for coordinating specialist mental health and addiction services » *Can J Psychiatry* 2008 ; 53 (10) : 671-8
- 29) Levasseur G, Batt A, Parot C « Tentatives de suicide, souffrance psychique et médecine générale : difficultés, enseignements et propositions » *Rapport de recherche* Mai 2003
- 30) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL « Contact with health and primary care providers before suicide : a review of the evidence » *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 (5) : 1012-3
- 31) Mahet F, Martin-Guehl C, Maurice-Tison S, Bouvard MP « Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network » *Encephale* 2003 Sep-Oct ; 29 (5) : 391-400
- 32) Matthews K, Milne S, Ashcroft GW « Role of doctors in the prevention of suicide: the final consultation » *Br J Gen Pract* 1994 ; 44 (385) : 345-8
- 33) Mazet P, Bles G, Terra JL « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » *Conférence de consensus* 2000
- 34) Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B « Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions » *L'Encéphale* 2010 ; 36 : 73-82
- 35) Michel K « Le médecin et le patient suicidaire » *Forum Med Suisse* 2002 Juillet ; 29/30 : 704-707
- 36) Munier V « Quelques réflexions autour du tabou du suicide » *Cahiers de psychologie clinique* 2004 ; 1 (22) : 171-184
- 37) Nodentoft M « Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups »
- 38) Observatoire Régional de la Santé de Basse Normandie « Le médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse Normandie » Juin 1998
- 39) Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire « Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Pays de la Loire » ORS Pays de la Loire, Nantes 1999
- 40) Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire « Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire – Bilan 2011 »
- 41) Organisation Mondiale de la Santé, Département de Santé Mentale et toxicomanies « La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes » Recommandations de l'OMS Genève 2001
- 42) Pirkis J, Burgess P « Suicide and recency of health care contacts. A systematic review » *Br J Psychiatry* 1998 ; 173 : 462-74
- 43) Power K, Davies C, Swarson V « Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history » *Br J Gen Pract* 1997 ; 47 (417) : 211-5
- 44) Prescrire rédaction « Données sociales sur le suicide en France » *Rev prescr* 1995 ; 15 (147) : 52-55
- 45) Prescrire rédaction « Données sur le suicide en France » *Rev prescr* 2001 ; 21 (221) : 694
- 46) Prescrire Rédaction « France : une hausse préoccupante du suicide des personnes âgées » *La Revue Prescrire* Avril 2005 ; 25 (260) : 301-302

- 47) Prescrire Rédaction « Le risque de suicide après une tentative de suicide ne diminue pas avec le temps » *Rev Prescr* 2003 ; 23 (243) : 702
- 48) Prescrire Rédaction « Prise en charge hospitalière des jeunes suicidants » *Rev Prescr* 2005 ; 25 (267) : 804-805
- 49) Prescrire Rédaction « Psychothérapie et récurrence des tentatives de suicide » *Rev Prescr* 2002 ; 22 (228) : 382
- 50) Rich CL, Young D, Fowler RC « San Diego suicide study » *Archives of general psychiatry* 1986 ; 43 : 577-582
- 51) Rihmer Z, Barsi J, Rutz W « Regional distribution of working physicians, diagnosed cases of depression and suicide mortality in Hungary » *Orv Hetil* 1994 ; 135 (15) : 830
- 52) Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H « Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners » *J Affect Disord* 1995 ; 35 (4) : 147-52
- 53) Rossow I, Amundsen A « Alcohol abuse and suicide : a 40 year prospective suicide study of Norwegian conscripts » *Addiction* 1995 May ; 90 (5) : 685-91
- 54) Rutz W, Carisson P, von Knorring L, Walinder J « Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression » *Acta Psychiatr Scand* 1992 ; 85 (6) : 457-64
- 55) Sarfati Y « Positions inadéquates face à l'acte suicidaire » *Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Encyclopédie pratique de médecine* 1998 : 1-4
- 56) Shea C « Evaluation du potentiel suicidaire, comment intervenir pour prévenir » édition Elsevier Masson 2008
- 57) Sjogren H, Eriksson A, Ahlm K « Role of alcohol in unnatural deaths : a study of all deaths in Sweden » *Alcohol Clin Exp Res* 2000 Jul 24 (7) : 1050-1056
- 58) Stanistreet D, Gabbay MB, Jeffrey V, Taylor S « The role of primary care in the prevention of suicide and accidental deaths among young men : an epidemiological study » *Br J Gen Pract* 2004 ; 54 (501) : 254-8
- 59) Turbelin C « Recours aux médecins généralistes avant un acte suicidaire chez l'adulte » *La revue du praticien - médecine générale* 2005 ; 19 (712/713)
- 60) Union Nationale pour la Prévention du Suicide « Précarité, souffrance psychique et risque suicidaire » Février 2009
- 61) Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen H « Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991 » *Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 87 (6) : 451-5
- 62) Verger P, Brabis PA, Kovess V « Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice : a multilevel analysis » *J Affect Disord* 2007 ; 99 (1-3) : 253-7
- 63) Vorös V, Osvath P, Ruzsics I « Assessment of suicidal behaviour in general practice » *Orv Hetil* 2006 ; 147 (6) : 263-8
- 64) Wintersteen MB « Standardized screening for suicidal adolescents in primary care » *Pediatrics* 2010 ; 125 (5) : 938-44

Titre de Thèse : Passage à l'acte suicidaire : la dernière consultation, à propos de 23 cas

RESUME

Contexte : La consultation pendant la crise suicidaire peut être l'occasion d'éviter un passage à l'acte, si l'éventualité d'un suicide est abordée.

Objectif : Nous avons cherché à savoir si les généralistes évoquaient facilement le suicide avec leurs patients.

Méthode : A partir de l'analyse de 23 cas critiques, nous avons interrogé les médecins sur leurs habitudes et leurs ressentis quant à la recherche des idées suicidaires.

Résultats : Si, de façon encourageante, la majorité des généralistes (20/23) recherchent les idées suicidaires, c'est davantage pour évaluer l'urgence que pour soulager le patient. La plupart (14/23) n'ont pas le sentiment d'être bénéfiques, certains (3/23) pensent même que cela favorise le passage à l'acte. D'autres freins à la recherche des idées suicidaires sont mis en évidence comme : le motif somatique de consultation, la révélation tardive de la nature psychologique de la souffrance, la consultation pour un tiers.

Conclusion : Un effort de formation pour convaincre les médecins du potentiel thérapeutique de leur action doit être poursuivi.

MOTS-CLES

SUICIDE ; PASSAGE A L'ACTE ; PREVENTION ; PRATIQUES MEDICALES ; ANALYSE DE CAS CRITIQUES