

*UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE*  
(PARIS 6)

**FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE**

ANNEE 2007

N°2007PA06G074

**THESE**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Discipline: Médecine Générale**

**PAR**

Monsieur Clément TURBELIN

Né le 28 avril 1976 à Villecresnes

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 DECEMBRE 2007**

**RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE AVANT UN ACTE SUICIDAIRE**  
**Etude épidémiologique rétrospective en cas-croisé**

**DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Antoine Flahault**

**PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Guy Thomas**

**Membres du jury :**

Professeur Thomas Hanslik

Professeur Anne-Marie Magnier

## REMERCIEMENTS

A mon président de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY THOMAS

Que je remercie de l'honneur qu'il me fait d'avoir accepté de présider ma thèse

Aux membres de mon jury,

MONSIEUR DE LE PROFESSEUR THOMAS HANSLIK

Qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury

MADAME LE DR ANNE-MARIE MAGNIER

Qui m'a fait découvrir l'exercice de la médecine générale

A mon directeur de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANTOINE FLAHAULT

Qui m'a accueilli au sein du réseau Sentinelles. Je le remercie de m'avoir permis de travailler sur ce sujet et de la confiance qu'il m'accorde depuis trois ans.

### REMERCIEMENTS PARTICULIERS

A MONSIEUR LE DR LOUIS JEHEL

Pour l'aide qu'il m'a apporté durant la conception et l'analyse de cette étude

A MONSIEUR PIERRE-YVES BOËLLE

Pour ses précieux conseils

A mes parents  
Pour leur présence attentive depuis tant d'années,

A mes frères,

A mes grands parents

A mes amis,  
Stéphane, pour sa présence et son soutien quotidien  
Alexia, Thierry pour leur relectures et ce qu'ils m'apportent en travaillant à leur côté  
Coralie pour ses relectures attentives,  
Jean-Christophe pour son amitié fidèle,  
Laetitia, Benjamin pour ces inoubliables années d'études.

Au Dr Isabelle Cretenet  
Pour son enseignement et sa confiance

A l'unité 707 qui m'a permis de réaliser ce travail, tout particulièrement l'équipe du réseau  
Sentinelles.

A tous les médecins Sentinelles

A l'Académie Nationale de Médecine qui a soutenu financièrement la réalisation de cette  
étude.

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE  
PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR Médicale Pierre et Marie CURIE - Site Saint Antoine

Année Universitaire 2006/2007

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. ABUAF Nisen                    | HEMATOLOGIE  |
| 2. AMARENCO Gérard                | REEDUCATION FONCTIONNELLE ET                         |
| NEUROLOGIQUE                      |  |
| 3. AMIEL Corinne                  | VIROLOGIE  |
| 4. AMSELEM Serge                  | GENETIQUE  |
| 5. ANCEL Pierre Yves              | DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIC                          |
| 6. ANDRE Thierry                  | CANCEROLIGIE   |
| 7. ANTOINE Jean Marie             | Gynécologie Obstétrique Médecine de la Reproduction  |
| 8. APARTIS Emmanuelle             | Physiologie  |
| 9. ARACTINGI Sélim                | Unité de Dermatologie                                |
| 10. ARLET Guillaume               | Bactériologie  |
| 11. ARRIVE Lionel                 | Radiologie   |
| 12. AUCOUTURIER Pierre            | INSERM U 712   |
| 13. AUDRY Georges                 | Chirurgie Viscérale Infantile                        |
| 14. BARBU Véronique               | Biologie Cellulaire                                  |
| 15. BALLADUR Pierre               | Chirurgie Générale et Digestive                      |
| 16. BARDET Jean                   | Cardiologie  |
| 17. BAUD Laurent                  | Exploration Fonctionnelles Multidisciplinaires       |
| 18. BAUDON Jean Jacques           | Néonatalogie   |
| 19. BEAUGERIE Laurent             | Nutrition  |
| 20. BELLANNE-CHANTELOT Christine  | Embryologie Pathologique et Cytogénétique            |
| 21. BELLOQ Agnès                  | Exploration Fonctionnelles                           |
| 22. BENIFLA Jean Louis            | Gynécologie Obstétrique                              |
| 23. BENLIAN Pascale               | Biochimie B  |
| 24. BENSMAN Albert                | Néphrologie Dialyse et Transplantations Pédiatriques |
| 25. BERENBAUM Francis             | Rhumatologie   |
| 26. BEREZIAT Gilbert              | UPMC   |
| 27. BERNAUDIN Jean François       | Histologie Biologie Tumorale                         |
| 28. BERTHOLON Jean François       | Explorations Fonctionnelles Respiratoires            |
| 29. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry | Neuropédiatrie                                       |
| 30. BIOUR Michel                  | Pharmacologie  |

|                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| 31. BOCCON GIBOD Liliane     | Anatomie Pathologique           |
| 32. BOELLE Pierre Yves       | INSERM U707                     |
| 33. BOFFA Jean Jacques       | Néphrologie et Dialyse          |
| 34. BONNET Francis           | Anesthésie Réanimation          |
| 35. BORDERIE Vincent         | CNHO des 15/20                  |
| 36. BOUCHARD Philippe        | Endocrinologie                  |
| 37. BOUDGHENE Franck         | Radiologie                      |
| 38. BOULE Michèle            | Physiologie                     |
| 39. BREART Gérard            | Gynécologie Obstétrique         |
| 40. CABANE Jean              | Médecine Interne                |
| 41. CADRANEL Jacques         | Pneumologie                     |
| 42. CALLARD Patrice          | Anatomie Pathologique           |
| 43. CAPEAU Jacqueline        | INSERM U 680                    |
| 44. CARBONNE Bruno           | Gynécologie Obstétrique         |
| 45. CARETTE Marie France     | Radiologie                      |
| 46. CARRAT Fabrice           | INSERM U 707                    |
| 47. CASADEVALL Nicole        | Hématologie Biologique          |
| 48. CAYRE Yvon               | Hématologie Immunologie         |
| 49. CERVERA Pascale          | Anatomie Pathologique           |
| 50. CHATELET François        | Anatomie Pathologique           |
| 51. CHABBERT BUFFET Nathalie | Gynécologie Obstétrique         |
| 52. CHAZOILLERES Olivier     | Hépatologie Gastro-entérologie  |
| 53. CHOSIDOW Olivier         | Dermatologie Allergologie       |
| 54. CHOUAID Christos         | Pneumologie                     |
| 55. CHRISTIAN-MAITRE Sophie  | Endocrinologie                  |
| 56. CLEMENT Annick           | Pneumologie                     |
| 57. COHEN Aron               | Cardiologie                     |
| 58. CONSTANT Isabelle        | Anesthésiologie Réanimation     |
| 59. COSNES Jacques           | Gastro-entérologie et Nutrition |
| 60. DAMSIN Jean Paul         | Orthopédie                      |
| 61. DARAI Emile              | Gynécologie Obstétrique         |
| 62. DECRE Dominique          | Bactériologie Virologie         |
| 63. DE GRAMONT Aimery        | Oncologie Médicale              |
| 64. DEHEE Axelle             | Bactériologie Virologie         |
| 65. DELHOMMEAU François      | Hématologie                     |
| 66. DELISLE Françoise        | Bactériologie Virologie         |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 67. DENOYELLE Françoise      | ORL et Chirurgie CERVICO-FACIALE             |
| 68. DEVAUX Aviva             | Biologie de la Reproduction                  |
| 69. DEVAUX Jean Yves         | Biophysique et Médecine Nucléaire            |
| 70. DEVELOUX Michel          | Parasitologie                                |
| 71. DOUAY Luc                | Hématologie Biologique                       |
| 72. DOURSOUNIAN Levon        | Chirurgie Orthopédique                       |
| 73. DUBOIS Catherine         | Biologie Cellulaire                          |
| 74. DUCOU LE POINTE Hubert   | Radiologie                                   |
| 75. DURON Françoise          | Endocrinologie                               |
| 76. DUSSAULE Jean Claude     | Physiologie                                  |
| 77. EL ALAMY Ismail          | Hématologie Biologique                       |
| 78. FAJAC-CALVET Anne        | Histologie Embryologie                       |
| 79. FAUROUX Brigitte         | Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatrique  |
| 80. FERON Jean Marc          | Chirurgie Orthopédique                       |
| 81. FERRERI Maurice          | Psychiatre d'adulte                          |
| 82. FILIPE Georges           | Chirurgie Orthopédique et Réparatrice        |
| 83. FLAHAULT Antoine         | Département de Santé Publique                |
| 84. FLAJOU Jean François     | Anatomie Pathologie                          |
| 85. FLEURY Jocelyne          | Histologie Embryologie                       |
| 86. FLORENT Christian        | Hépatogastro-entérologie                     |
| 87. FOUQUERAY Bruno          | Explorations Fonctionnelles                  |
| 88. FRANCES Camille          | Dermatologie Allergologie                    |
| 89. FRANCOIS Thierry         | Pneumologie et Réanimation                   |
| 90. FUNCK BRENTANO Christian | Pharmacologie Clinique                       |
| 91. GARABEDIAN Eréa Noël     | ORL et Chirurgie Cervico-faciale             |
| 92. CARBARG CHENON Antoine   | Bactériologie Virologie                      |
| 93. GARDERET Laurent         | Hématologie Clinique                         |
| 94. GATTEGNO Bernard         | Urologie                                     |
| 95. GENDRE Jean Pierre       | Gastro Entérologie                           |
| 96. GIRARD Pierre Marie      | Maladie Infectieuses et Tropicales           |
| 97. GIRARDET Jean Philippe   | Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatriques |
| 98. GIROT Robert             | Hématologie Biologique                       |
| 99. GLUCKMAN Jean Claude     | Immunologie Hématologie                      |
| 100. GOLD Francis            | Néonatalogie                                 |
| 101. GONZALES Marie          | Génétique et Embryologie Médicales           |
| 102. GOZLAN Joël             | Bactériologie Virologie                      |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 103. GORIN Norbert           | Hématologie Clinique                           |
| 104. GRATEAU Gilles          | Médecine Interne                               |
| 105. GRIMFELD Alain          | Pédiatrie Orientation Pneumologie Allergologie |
| 106. GRIMPREL Emmanuel       | Pédiatrie Générale                             |
| 107. GUIDET Bernard          | Réanimation Médicale                           |
| 108. HAAB Françoise          | Urologie                                       |
| 109. HAYMANN Philippe        | Exploration Fonctionnelles                     |
| 110. HELARDOT Pierre Georges | Chirurgie Viscérale Infantile                  |
| 111. HENNEQUIN Christophe    | Parasitologie                                  |
| 112. HOURY Sidney            | Chirurgie Digestive et Viscérale               |
| 113. HOUSSET Chantal         | Biologie Cellulaire Inserm U.680               |
| 114. JAILLON Patrice         | Pharmacologie Clinique                         |
| 115. JOHANET Catherine       | Immunologie et Hématologie Biologique          |
| 116. JOSSET Patrice          | Anatomie Pathologique                          |
| 117. JOYE Nicole             | Laboratoire de Cytogénétique                   |
| 118. JUST Jocelyne           | Pneumologie et Allergologie Pédiatriques       |
| 119. KIFFEL Thierry          | Biophysique et Médecine Nucléaire              |
| 120. LACAINE François        | Chirurgie Digestive et Viscérale               |
| 121. LACAU SAINT GUILY Jean  | ORL  |
| 122. LACAVE Roger            | Histologie Biologie Tumorale                   |
| 123. LAFORTUNE Jean          | Département de Médecine Générale               |
| 124. LAGANGE Monique         | Immunologie et Hématologie Biologique          |
| 125. LANDMAN-PARKER Judith   | Hématologie et Oncologie                       |
| 126. LAPILONNE Hélène        | Hématologie Biologique                         |
| 127. LAROCHE Laurent         | Ophthalmologie                                 |
| 128. LASCOLS Olivier         | Inserm U.680                                   |
| 129. LE BOUC Yves            | Exploration Fonctionnelles                     |
| 130. LEBEAU Bernard          | Pneumologie                                    |
| 131. LEGRAND Olivier         | Hématologie                                    |
| 132. LEVERGER Guy            | Hématologie et Oncologie                       |
| 133. LEYNARDIER Francisque   | Médecine Interne                               |
| 134. LIENHART André          | Anesthésie Réanimation                         |
| 135. LOTZ Jean Pierre        | Cancérologie                                   |
| 136. LOUVET Christophe       | Oncologie Médicale                             |
| 137. MANDELBAUM Jacqueline   | Histologie Embryologie Orientation Biologie    |
| 138. MARTEAU MILTGEN Marie   | Parasitologie                                  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 139. MARIE Jean Pierre         | Hématologie                               |
| 140. MARSAULT Claude           | Radiologie                                |
| 141. MASLIAH Joëlle            | Inserm U.538                              |
| 142. MAUREL Gérard             | Biophysique et Médecine                   |
| 143. MAURIN Nicole             | Histologie                                |
| 144. MAYAUD Marie Yves         | Pneumologie                               |
| 145. MEYER Bernard             | ORL et Chirurgie Cervicale                |
| 146. MEYOHAS Marie Caroline    | Maladie Infectieuse                       |
| 147. MICHEL Pierre Louis       | Cardiologie                               |
| 148. MILLIEZ Jacques           | Gynécologie Obstétrique                   |
| 149. MIMOUN Maurice            | Chirurgie Plastique                       |
| 150. MITANCHEZ Delphine        | Néonatalogie                              |
| 151. MOHAND-SAID Saddek        | Ophthalmologie                            |
| 152. MONTAGNE Jean Philippe    | Radiologie                                |
| 153. MONTRAVERS Françoise      | Biophysique et Médecine                   |
| 154. MORAND Laurence           | Bactériologie Virologie                   |
| 155. MULLIEZ Nicole            | Anatomie Pathologique                     |
| 156. MURAT Isabelle            | Anesthésie Réanimation                    |
| 157. NETCHINE Irène            | Exploration Fonctionnelles                |
| 158. NICOLAS Jean Claude       | Virologie                                 |
| 159. OFFENSTADT Georges        | Réanimation Médicale                      |
| 160. PARC Rolland              | Chirurgie Générale                        |
| 161. PARC Yann                 | Chirurgie Générale                        |
| 162. PARISET Claude            | Exploration Fonctionnelles Endocriniennes |
| 163. PATERON Dominique         | Services d'Accueil des Urgences           |
| 164. PAYE François             | Chirurgie Générale et Digestive           |
| 165. PERETTI Charles-Siegfried | Psychiatrie d'Adultes                     |
| 166. PERIE Sophie              | ORL                                       |
| 167. PETIT Jean Claude         | Bactériologie Virologie                   |
| 168. PIALLOUX Gilles           | Maladies Infectieuses et                  |
| 169. POIRIER Jean Marie        | Pharmacologie Clinique                    |
| 170. POIROT Jean Louis         | Parasitologie                             |
| 171. PORTNOY Marie France      | Laboratoire de Cytogénétique              |
| 172. POUPON Raoul              | Hépatologie et Gastro-entérologie         |
| 173. RAINTEAU Dominique        | Inserm U.538                              |
| 174. RENOLLEAU Sylvain         | Réanimation Néonatale                     |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 175. ROBERT Annie              | Hématologie Biologique                                   |
| 176. RONCO Pierre Marie        | Néphrologie et Dialyses                                  |
| 177. RONDEAU Eric              | Urgences Néphrologique                                   |
| 178. ROSENZWAG Michèle         | Biothérapie  |
| 179. ROUGER Philippe           | I.N.T.S  |
| 180. ROSMORDUC Olivier         | Hépatogastroentérologie                                  |
| 181. ROULLET Etienne           | Neurologie   |
| 182. ROUQUETTE Anne Marie      | Hématologie Immunologie                                  |
| 183. ROUSSEAU Marie Claude     | Physiologie  |
| 184. ROUX Patricia             | Parasitologie  |
| 185. ROZENBAUM Willy           | Maladies Infectieuses                                    |
| 186. SADOUL Georges            | Service de Gynécologie et Obstétrique                    |
| 187. SAHEL José Alain          | Ophthalmologie   |
| 188. SAUTET Alain              | Chirurgie Orthopédique                                   |
| 189. SEBE Philippe             | Urologie   |
| 190. SEBILLE Alain             | Physiologie  |
| 191. SEROUSSI FREDEAU Brigitte | Département de Santé Public                              |
| 192. SEZEUR Alain              | Chirurgie Générale                                       |
| 193. SIBONY Mathilde           | Anatomie Pathologique                                    |
| 194. SIFFROI Jean Pierre       | Génétique et Embryologie                                 |
| 195. SIMON Tabassome           | Pharmacologie Clinique                                   |
| 196. SOUBRIER Florent          | Département de Génétique                                 |
| 197. SOUSSAN Patrick           | Virologie  |
| 198. TAILLEMITE Jean Louis     | Laboratoire d'Embryologie Pathologie et de Cytogénétique |
| 199. TALBOT Jean Noël          | Biophysique Médecine Nucléaire                           |
| 200. TANKOVIC Jacques          | Bactériologie Virologie                                  |
| 201. THIBAUT Philippe          | Urologie   |
| 202. THOMAS Ginette            | Biochimie  |
| 203. THOMAS Guy                | Psychiatrie d'Adultes                                    |
| 204. THOUMIE Philippe          | Rééducation Neuro-Orthopédique                           |
| 205. TIRET Emmanuel            | Chirurgie Générale et Digestive                          |
| 206. TOUBOUL Emmanuel          | Radiothérapie  |
| 207. TOUNIAN Patrick           | Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques              |
| 208. TRUGNAN Germain           | Inserm U538  |
| 209. TUBIANA Jean Michel       | Radiologie   |
| 210. UZAN Serge                | Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction   |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 211. VALLERON Alain Jacques   | Unité de Santé Publique                   |
| 212. VAN DEN AKKER Jacqueline | Embryologie Pathologique                  |
| 213. VAYLET Claire            | Médecine Nucléaire                        |
| 214. VAYSSAIRAT Michel        | Cardiologie                               |
| 215. VAZQUEZ Marie Paule      | Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie |
| 216. VERDY Elisabeth          | Laboratoire d'Hématologie                 |
| 217. VIBERT Jean François     | Inserm U707                               |
| 218. VIDAILHET Marie          | Neurologie                                |
| 219. VIGOUROUX Corinne        | Inserm U680                               |
| 220. WEISSENBURGER Jacques    | Pharmacologie Clinique                    |
| 221. WENDUM Dominique         | Anatomie Pathologique                     |
| 222. WOLF Claude              | Laboratoire de Spectrométrie de Masse     |

# Sommaire

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Introduction   | 12 |
| 1.1   | Place des suicides et tentatives de suicide en France  | 12 |
| 1.2   | Contexte de l'étude : la crise suicidaire              | 12 |
| 1.3   | Repérage de la crise et prévention                     | 13 |
| 1.4   | Intérêt de l'étude de la trajectoire de soin           | 15 |
| 1.5   | Objectif de la recherche                               | 15 |
| 2     | Méthode  | 16 |
| 2.1   | Population de l'étude                                  | 16 |
| 2.1.1 | Population source                                      | 16 |
| 2.1.2 | Définition des cas                                     | 16 |
| 2.2   | Déroulement de l'étude                                 | 16 |
| 2.2.1 | Recrutement  | 16 |
| 2.2.2 | Recueil des données                                    | 17 |
| 2.3   | Analyse statistique                                    | 17 |
| 2.3.1 | Analyse descriptive                                    | 17 |
| 2.3.2 | Analyse cas-croisé                                     | 18 |
| 2.3.3 | Nombre de sujets nécessaire                            | 20 |
| 3     | Résultats  | 21 |
| 3.1   | Déclaration d'actes suicidaires au réseau Sentinelles  | 21 |
| 3.2   | Participation des médecins Sentinelles à l'étude       | 22 |
| 3.3   | Analyse statistique                                    | 22 |
| 3.3.1 | Profil des médecins répondants                         | 22 |
| 3.3.2 | Caractéristiques des patients                          | 23 |
| 3.3.3 | Caractéristiques des consultations rapportées          | 26 |
| 3.3.4 | Analyse cas croisé                                     | 30 |
| 4     | Discussion   | 32 |
| 4.1   | Résultats principaux                                   | 32 |
| 4.1.1 | Recours aux soins avant l'acte suicidaire              | 32 |
| 4.1.2 | Profil des patients                                    | 32 |
| 4.2   | Limites de l'étude                                     | 34 |
| 4.2.1 | Puissance et choix de la population                    | 34 |
| 4.2.2 | Biais méthodologiques                                  | 34 |
| 4.2.3 | Limite statistique                                     | 34 |
| 4.3   | Quelle place pour le médecin généraliste ?             | 35 |
| 4.3.1 | Place dans la trajectoire de soins                     | 35 |
| 4.3.2 | Des actions possibles pour les médecins généralistes ? | 36 |
| 5     | Conclusion   | 38 |
| 6     | Bibliographie  | 39 |
| 7     | Annexe   | 42 |
| 7.1   | Cas exclus de l'étude                                  | 42 |
| 7.2   | Modèle des trajectoires de soins                       | 42 |
| 7.3   | Questionnaire de l'étude                               | 44 |

# **1 Introduction**

## **1.1 *Place des suicides et tentatives de suicide en France***

Le suicide est responsable chaque année de près de 11 000 décès par an en France (1, 2). En 2001, la France se classait au 3<sup>e</sup> rang européen des plus forts taux de suicide (3) après la Finlande et l'Autriche. Il s'agit de la 2<sup>e</sup> cause de mortalité pour les hommes de 24 à 35 ans (3<sup>e</sup> pour les femmes) et la deuxième cause de décès des 15-24 ans (1). En termes de nombre absolu, les tranches 35-44 ans et 45-54 ans connaissent le plus de décès par suicide. L'incidence des décès par suicide a été relativement stable jusqu'en 1993, amorçant depuis une décroissance de l'ordre de 2% par an.

Concernant les tentatives de suicide, on estime que 195 000 sont prises en charge annuellement par le système de soins. Selon les estimations du réseau Sentinelles (4) qui recueille des informations sur les actes suicidaires « vus » par un échantillon de médecins généralistes, 50 000 à 70 000 de ces patients seraient vus par les médecins généralistes français chaque année et 45 000 seraient adressés aux urgences sur le conseil de ces derniers (1).

La prévention du suicide fait l'objet de plusieurs plans d'action de santé publique nationaux et régionaux : conférence nationale de la santé en 1996, plan d'action national initié par la Direction Générale de la Santé en 1998, plans régionaux de santé (PRS) en 2000 (5).

## **1.2 *Contexte de l'étude : la crise suicidaire***

Le phénomène suicidaire a longtemps été traité comme une maladie mentale à part entière, l'acte suicidaire étant l'issue logique d'une maladie fatale (6). Or, on ne peut aborder le phénomène suicidaire comme une maladie, définie comme une altération progressive de l'état de santé (7) résultant d'un processus pathologique univoque.

Une approche psycho-dynamique du suicide a fait émerger la notion de crise suicidaire (8), la définissant comme « un moment d'échappement où le patient présente un état d'insuffisance de

ses moyens de défense, de vulnérabilité, le mettant en situation de rupture, de souffrance, laquelle n'est pas obligatoirement théâtrale ou bruyante. C'est un état réversible, non classé nosographiquement, incluant des ensembles sémiologiques variables. » (9)

L'intérêt d'une telle conception est de détacher le phénomène suicidaire d'un modèle biomédical réducteur. Les facteurs déterminant la crise suicidaire font entrer en jeu des éléments tels que l'histoire personnelle, familiale ou sociale du sujet, les événements de vie mais également la construction psychique du sujet et de ses mécanismes de défense (10). La crise suicidaire ne peut pas non plus se réduire à une crise personnelle. Elle touche les relations à soi (à son corps, son psychisme) mais également les relations à l'autre. On peut ainsi la qualifier de rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et avec son environnement (11). Dans cette conception l'acte suicidaire est une des issues possibles d'une période de crise personnelle multifactorielle dénommée « crise suicidaire ».

La notion de crise introduit une dimension temporelle permettant de lui délimiter un début et une fin inscrite dans l'histoire personnelle de l'individu, devenant ainsi accessible à l'étude et au dépistage.

### **1.3 Repérage de la crise et prévention**

Le repérage de cette situation critique, son évaluation clinique et sa prise en charge chez l'adulte ont fait l'objet d'une conférence de consensus publiée par la Haute Autorité de Santé en 2000 (11). Le médecin généraliste trouve une place importante dans son dépistage et sa prise en charge car il est un des acteurs de santé de première ligne (12-16). Il est amené à intervenir à tous les niveaux de la prise en charge de l'acte suicidaire, depuis la prévention primaire des crises suicidaires, jusqu'au moment de la gestion de la crise elle-même où il peut être conduit à initier la prise en charge. Après la crise suicidaire, il intervient dans le suivi du patient et de l'entourage en collaboration avec les services de soins mentaux. L'expérience insulaire de

Gotland (17) a montré qu'une formation adaptée des médecins généralistes pouvait avoir un impact sur l'incidence des suicides dans la population en contact avec le système de soins.

L'étude de la trajectoire du patient dans le système de soins dans la période précédant un acte suicidaire est une des perspectives de recherche sur la prévention du suicide (18). Elle vise à identifier les relations entre les différents acteurs de prévention et les patients à risque suicidaire. Mieux connaître les interactions entre ces patients et les personnes susceptibles de dépister le risque suicidaire ou de mettre en place une prise en charge est un préalable indispensable à la mise en place de programmes de prévention ciblés et à l'évaluation de leur efficacité.

Plusieurs études étrangères portent sur le recours aux soins primaires dans la période précédant un acte suicidaire de l'adulte (12, 15, 19-26) dont une synthèse est présentée en annexe (Tableau 7). Elles ont été réalisées soit à partir des données hospitalières, soit à partir des registres de mortalité ou des rapports de médecins légistes lors d'autopsies psychologiques (méthode d'investigation des cas). Elles ont estimé que près de 45% (26) des patients suicidés avaient consulté un médecin généraliste dans le mois précédant un acte suicidaire et 58 à 90% dans l'année. Le sexe féminin et l'âge supérieur à 55 ans étaient associés à une fréquence de contact plus importante. Quelques études concernent les tentatives de suicide (19, 27) et montrent que 40 à 70 % des patients ayant tenté de se suicider avaient consulté dans le mois précédent. Une proportion importante (20 à 50%) de ces consultations aurait eu lieu dans la semaine précédant l'acte suicidaire.

La plupart de ces études ont inclus les patients à partir du milieu hospitalier. Les données de surveillance du réseau Sentinelles (4) amènent à penser que jusqu'à 20% des patients réalisant un acte suicidaire ne seraient pas adressés à l'hôpital. Ces patients ne sont pas adressés à l'hôpital car l'acte en lui-même est considéré comme bénin. Il est cependant admis que la gravité du geste n'est pas nécessairement reliée à l'intentionnalité suicidaire ni à l'intensité de la souffrance vécue par le patient (10). En outre peu de données sont disponibles en France sur les interactions entre le médecin généraliste et leurs patients suicidants.

Une étude portant sur la période précédant l'acte suicidaire nous semblait donc intéressante afin de mieux cerner la trajectoire des patients réalisant un acte suicidaire et leurs relations avec les médecins généralistes. L'hypothèse de notre recherche est qu'il existe une période précédant l'acte suicidaire pendant laquelle le recours au médecin généraliste pourrait être une opportunité pour renforcer la prévention du suicide en France.

#### **1.4 Intérêt de l'étude de la trajectoire de soins**

Les déterminants du recours à la consultation du médecin généraliste sont complexes et hétérogènes (médicaux, sociaux, culturels). L'étude des consultations dans la période précédant un acte suicidaire semblait difficile dans une étude cas-témoin classique, notamment pour le choix des témoins et des variables d'appariement. La rareté de l'événement nous a conduit à proposer une approche de type cas-croisé permettant de s'affranchir du biais de sélection des témoins, le patient étant son propre témoin. Le schéma épidémiologique de type cas-croisé (« case-crossover ») permet de comparer chez un même patient l'exposition durant un intervalle (dit « à risque ») précédant immédiatement la survenue d'un événement avec l'exposition durant un intervalle plus éloigné dans le temps (dit intervalle « témoin »).

#### **1.5 Objectif de la recherche**

L'objectif de la recherche était d'étudier le recours au médecin généraliste dans les mois précédant l'acte suicidaire et de déterminer s'il existait une modification de la fréquence des consultations dans les mois précédant l'acte suicidaire.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques des patients consultant en médecine générale pour un acte suicidaire de mieux caractériser d'une part la période de crise suicidaire et d'autre part les interactions entre le médecin généraliste et ses patients durant celle-ci.

## **2 Méthode**

### **2.1 Population de l'étude**

#### **2.1.1 Population source**

Elle est constituée par les patients faisant l'objet d'une déclaration électronique d'acte suicidaire par un des médecins Sentinelles durant la période de l'étude (mars 2005-mai 2006).

Le réseau Sentinelles est un système de surveillance électronique des maladies (28) reposant sur la participation volontaire de 1260 médecins généralistes qui déclarent les cas qu'ils rencontrent dans leur cabinet. Les suicides et les tentatives de suicide sont surveillés par le réseau depuis 1999 (4).

#### **2.1.2 Définition des cas**

La définition de l'acte suicidaire utilisée par le réseau Sentinelles est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *Tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz ...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel* ». Les actes suicidaires regroupent ici les suicides et les tentatives de suicide, les suicides étant définis comme les actes suicidaires ayant évolué vers le décès.

Les patients éligibles pour l'étude étaient les adultes (définis par un âge supérieur ou égal à 18 ans) suivis par le médecin déclarant depuis plus de 12 mois.

### **2.2 Déroulement de l'étude**

#### **2.2.1 Recrutement**

Les médecins Sentinelles ont été sollicités lors de chaque déclaration électronique d'acte suicidaire sur le site du réseau <http://www.sentiweb.org>. Deux relances par courriers

électroniques et postaux ont été effectuées informant les médecins du déroulement de l'étude afin d'augmenter le taux d'exhaustivité des déclarations des actes suicidaires.

Chaque médecin déclarant un suicide ou une tentative de suicide a été individuellement contacté pour lui proposer d'inclure dans l'étude le patient concerné s'il répondait aux critères d'inclusion. En cas d'accord, un questionnaire complémentaire était envoyé au médecin.

## **2.2.2 Recueil des données**

Le questionnaire comportait quatre parties distinctes (questionnaire en annexe) :

- les données concernant le médecin et sa formation sur les actes suicidaires ;
- les caractéristiques sociodémographiques et médicales du patient concerné ;
- les caractéristiques de l'acte suicidaire ;
- la liste des consultations du patient chez ce médecin durant les 13 derniers mois.

## **2.3 Analyse statistique**

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel de saisie EpiData (v.3.1, française) et ont fait l'objet de contrôles de cohérence des champs. Le traitement des données et les analyses statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyses statistiques GNU R (version 2.4.1, <http://r-project.org>).

### **2.3.1 Analyse descriptive**

Les variables utilisées étaient :

- les caractéristiques sociodémographiques des patients : âge, sexe, niveau d'étude atteint, type d'entourage, catégorie socioprofessionnelle.
- les caractéristiques médicales des patients : antécédents somatiques et psychiatriques, antécédents suicidaires personnels et familiaux, traitement actuel, suivi psychiatrique (type et fréquence).

- les caractéristiques des actes suicidaires motivant l'inclusion dans l'étude : modalité de l'acte, modalité de connaissance par le médecin, données de la dernière consultation, facteurs déclenchants.

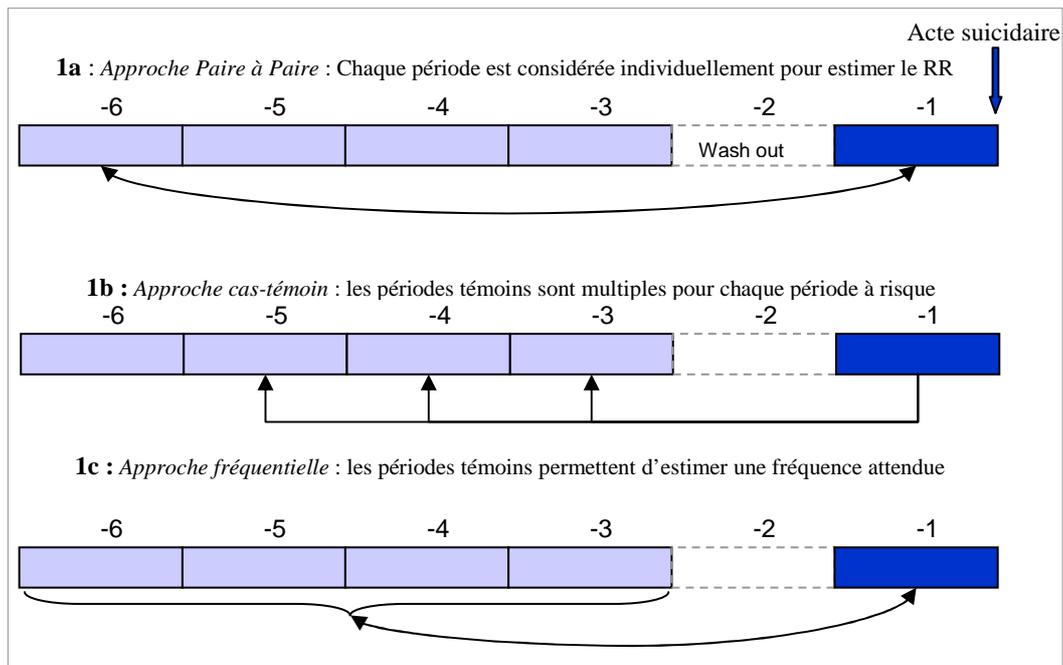
Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients ont été comparées à l'aide des tests de Chi-2 ou de Fisher pour les variables qualitatives et du test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Les ajustements de co-variables ont été réalisés par régression logistique.

## **2.3.2 Analyse cas-croisé**

### **2.3.2.a Définition et propriétés**

Ce schéma épidémiologique a été développé par Maclure en 1991, pour analyser les effets transitoires d'une exposition brève sur le risque de survenue d'un événement aigu (29, 30). Il permet de comparer, chez un même patient, l'exposition durant un intervalle précédant immédiatement la survenue de l'événement à l'exposition durant un intervalle plus éloigné dans le temps. Chaque malade est son propre témoin. La confusion liée aux caractéristiques permanentes des patients (âge, facteurs socio-économiques...) est ainsi évitée. Cette méthode utilise uniquement des données provenant de cas et représente ainsi une alternative intéressante aux enquêtes de type cas-témoin non soumis aux biais liés à la sélection des témoins.

Ce schéma présente également l'avantage d'améliorer la puissance statistique par la possibilité d'un appariement multiple. Plusieurs méthodes, représentées Figure 1, ont été rapportées pour estimer ce risque relatif (RR ou son approximation par le rapport de cote).



**Figure 1 : Schéma général de l'étude en cas-croisé et différents types d'approche.**  
**La période à risque considérée pour ce schéma le mois précédant l'acte.**

### 2.3.2.b Méthodes d'analyse

Trois méthodes sont utilisées pour évaluer le risque relatif (ou son estimation par le rapport de cote) dans un design cas-croisé. Lors de cette étude et pour des raisons de puissance, nous ne présenterons pas l'approche par paire.

- Approche par paire (« pair matched approach ») comparant deux à deux la période à risque avec chaque période témoin. L'estimation du risque relatif correspond alors au rapport du nombre de paires discordantes vis-à-vis de l'exposition en période à risque et en période témoin.
- Approche à témoins multiples :
  - o Méthode fréquentielle utilisant l'estimateur de Mantel-Haenzel comparant la fréquence de l'évènement durant la période à risque à une fréquence « usuelle » estimée à partir des fréquences observées de l'évènement durant les périodes témoins.

- Méthode dite « cas-témoin » : par analogie à l'analyse des études cas-témoins appariés, on peut estimer le risque relatif par un modèle de régression logistique conditionnelle en considérant plusieurs témoins par cas (ici le cas est défini comme le fait d'être en période à risque).

### 2.3.2.c Application à la présente étude

Dans cette étude nous utilisons ce modèle cas-croisé pour étudier l'association entre la présence d'une consultation et la survenue d'un acte suicidaire. L'année précédant l'acte suicidaire est découpée en période de temps de 30 à 120 jours. On détermine la présence ou l'absence de consultation durant cette période. Aucune donnée ne permettant d'estimer de manière satisfaisante la durée de la crise suicidaire, plusieurs tailles des périodes à risque seront considérées et comprendront un nombre croissant de jours à partir de l'acte suicidaire (30, 45, 60, 90, 105 et 120 jours). Le schéma général est présenté figure 1 en prenant l'exemple d'une période à risque d'une durée de 1 mois. Le risque relatif mesure le risque d'être en période à risque par rapport aux périodes témoins vis-à-vis de l'exposition « présence d'une consultation ».

L'événement « présence d'une consultation chez le médecin » sera défini comme la présence d'au moins une consultation sur la période considérée. Cet événement n'est pas considéré comme un facteur de risque physiopathologique d'acte suicidaire mais comme un déterminant pouvant être associé dans la trajectoire du patient suicidant.

Dans la suite de cette thèse le numéro du mois sera calculé en partant de l'acte suicidaire du patient en remontant l'axe du temps. Le 1<sup>er</sup> mois sera le mois précédant l'acte suicidaire, le n<sup>o</sup>6 le mois précédant de 6 mois l'acte suicidaire, etc.

### 2.3.3 Nombre de sujets nécessaire

Afin de déterminer le nombre de sujets à inclure nous avons considéré :

- Un risque relatif de 2 estimé à partir des données présentes dans la littérature (14, 22, 26),

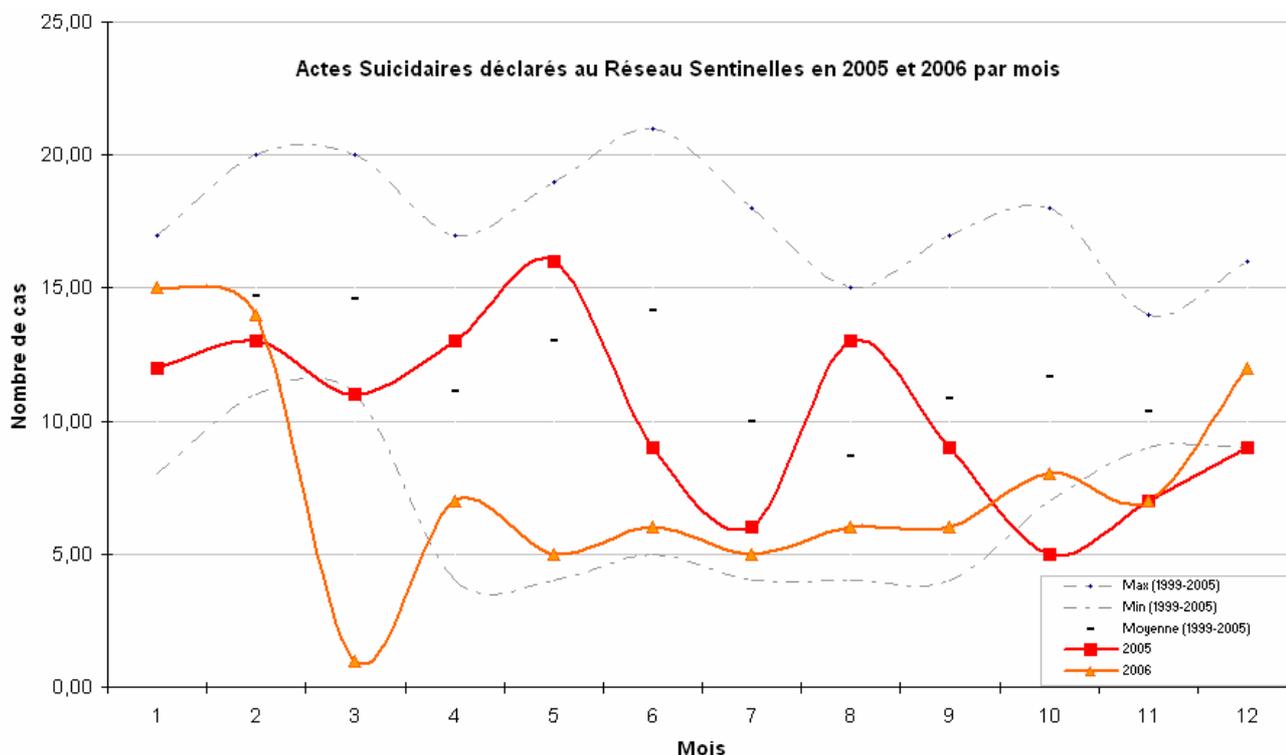
- une « exposition », définie par la probabilité d’observer au moins une consultation sur une période donnée de 1 mois, durant les périodes témoins estimée à 20 %.

En considérant un risque de première espèce de 5% et une puissance de 80 %, nous avons calculé qu’il était nécessaire d’inclure au moins 95 patients en analyse appariée en considérant 3 périodes témoins pour une période à risque d’une durée de 1 mois.

### 3 Résultats

#### 3.1 Déclaration d’actes suicidaires au réseau Sentinelles

Du 1<sup>er</sup> mai 2005 au 30 mai 2006, 198 actes suicidaires ont été rapportés par 109 médecins du réseau Sentinelles. Le nombre de cas déclarés par mois durant la période d’inclusion est présenté sur la Figure 2. L’année 2005 correspondait à une année moyenne du point de vue du nombre de déclarations. L’année 2006 était parmi celles à plus faible volume de déclarations d’actes suicidaires.



**Figure 2 : Déclarations d’actes suicidaires par les médecins Sentinelles 2005-2006**  
La distribution de référence a été calculée à partir des des années de surveillance antérieures à l’étude (1999-2005)

### 3.2 Participation des médecins Sentinelles à l'étude

Parmi les cas déclarés au réseau Sentinelles, 156 patients correspondaient aux critères d'inclusion. Les dossiers de 105 patients étaient exploitables au moment du gel de la base de données. Ces patients ont été inclus par 74 médecins Sentinelles (soit une moyenne de 1,5 patient déclaré par médecin, 52 médecins (70%) ayant déclarés moins de 2 cas). Le diagramme des inclusions est présenté Figure 3.

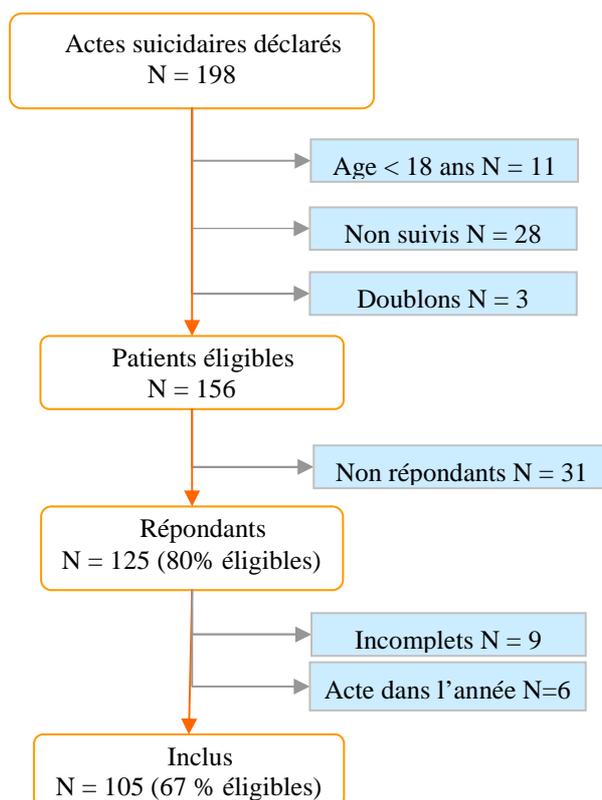


Figure 3 : Diagramme des inclusions de l'étude

### 3.3 Analyse statistique

#### 3.3.1 Profil des médecins répondants

Les médecins répondants étaient des hommes pour 85% d'entre eux, âgés en moyenne de 52 ans. La durée moyenne d'exercice était de 22 ans (interquartiles [16 ; 29]).

Parmi eux, 38% participent à des gardes de permanence des soins. Durant les 3 dernières années, ils avaient rencontré une médiane de 3 tentatives de suicide (interquartiles [2 ; 5]) et la moitié n'avait pas rencontré de cas (interquartiles [0 ; 1], moyenne 1 cas) de suicide durant cette

période. Seuls 23% des médecins avaient reçu une formation sur les actes suicidaires. Les 2 conférences de consensus traitant des suicides n'étaient pas connues par 59% des médecins répondants. Celle concernant les adultes était la seule connue pour 16% des médecins et 12% avaient connaissance des deux conférences.

### **3.3.2 Caractéristiques des patients**

#### 3.3.2.a Sociodémographiques

L'âge médian des patients inclus était 45,5 ans (de 18 à 95 ans), 59% des patients étaient des hommes. Vingt-sept pourcents vivaient seuls à leur domicile. Les employés et ouvriers représentaient 32% des patients, 31% étaient déclarés chômeurs.

#### 3.3.2.b Médicales

Les antécédents médicaux, suicidaires et traumatiques sont détaillés dans le tableau 1. Un antécédent somatique jugé important par le médecin (nécessitant un traitement lourd, engendrant un handicap ou réduisant l'espérance de vie) était mentionné pour 32% des patients. Au moins un antécédent psychiatrique était présent pour 85% des patients. Parmi ceux-ci, la dépression était mentionnée dans 57% des antécédents psychiatriques, les conduites addictives dans 39% (dépendance à l'alcool pour les trois-quarts des cas) et les troubles anxieux dans 31%. Un tiers des patients présentait au moins un antécédent suicidaire connu du médecin et 16% au moins un antécédent familial suicidaire. Les patients étaient suivis par le médecin Sentinelles depuis 112 mois en moyenne (9 ans), 42% des patients présentant un antécédent psychiatrique bénéficiaient également d'un suivi psychiatrique (dont 62% en ville, 70% au moins une fois par trimestre). 85% des patients suivaient un traitement médicamenteux. Ce traitement comprenait au moins un psychotrope dans 95% des cas.

| <b>Psychiatriques</b>      |          | <b>Suicidaires</b>          |          | <b>Somatiques</b>           |          | <b>Traumatiques</b>       |          |
|----------------------------|----------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------------|----------|
|                            | % (N)    |                             | % (N)    |                             | % (N)    |                           | % (N)    |
| Aucun                      | 15% (16) | Aucun                       | 69% (73) | Aucun                       | 64% (67) | Aucun                     | 49% (51) |
| Un ou plus                 | 85% (89) | Un ou plus                  | 31% (32) | Un ou plus                  | 32% (34) | Un ou plus                | 51% (54) |
| Inconnu                    | -        | Inconnu                     | 1% (1)   | Inconnu                     | 4% (4)   | Inconnu                   | 0        |
| <i>Types d'antécédents</i> |          | <i>Nombre d'antécédents</i> |          | <i>Types de pathologies</i> |          | <i>Types d'événements</i> |          |
| Dépression                 | 57%      | 1 ou 2                      | 58%      | Cardio-vasc.                | 57%      | Rupture Familiale         | 63%      |
| Addiction                  | 39%      | Plus de 2                   | 42%      | Locomoteur                  | 24%      | Abus sexuels              | 14%      |
| Tr. anxieux                | 31,5%    |                             |          | Neurologique                | 15%      | Accident                  | 14%      |
| Tr. personnalité           | 19%      |                             |          | Endocrinien                 | 18%      | Agression                 | 11%      |
| Tr. bipolaire              | 6,7%     |                             |          | Digestif                    | 12%      |                           |          |
| Psychose                   | 5,6%     |                             |          | Respiratoire                | 9%       |                           |          |

**Tableau 1 : Antécédents psychiatriques, somatiques, suicidaires et traumatiques des patients.**

Le pourcentage dans chaque catégorie est calculé sur les patients présentant ce type d'antécédent. Les catégories d'antécédents ne sont pas exclusives pour les 1<sup>ère</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> colonnes.

### 3.3.2.c Acte suicidaire rapporté

Les modalités de passage à l'acte les plus utilisées étaient les médicaments (57% des patients), la pendaison (19%), la phlébotomie (5%) et les armes à feu (4%). Elles différaient selon le sexe ( $p=0,003$ ), les femmes utilisant plus fréquemment des moyens médicamenteux (74% vs 42%,  $p=0,003$ ), et les hommes la pendaison (34% vs 5%,  $p=0,005$ ). Les médicaments utilisés pour le suicide étaient ceux prescrits par le médecin dans 88% des cas. Les modalités utilisées différaient également selon qu'il s'agissait d'un suicide ou d'une tentative de suicide ( $p < 0,0001$ ). L'évolution vers le décès concernait 30% des patients, sans différence significative selon le sexe, l'âge (test de Wilcoxon  $p=0,12$ ) ou la présence d'antécédent suicidaire. La modalité médicamenteuse était associée à une plus faible mortalité (RR 0,2 [0,07 ; 0,65],  $p < 0,01$ ) après ajustement sur le sexe. Le Tableau 2 présente les caractéristiques des patients selon leur statut vital suite à l'acte suicidaire déclaré.

| <b>Caractéristiques des patients</b>                    | <b>Décédés</b><br>% (N) | <b>Non décédés</b><br>% (N) | p             |
|---|-------------------------|-----------------------------|---------------|
| Sexe (% Homme)  | 71% (23)                | 53% (39)                    | 0,12          |
| En contact avec sa famille                              | 59% (19)                | 75% (55)                    | 0,16          |
| A un entourage  | 59% (19)                | 76% (56)                    | 0,12          |
| Vit seul  | 40% (13)                | 21% (15)                    | 0,08          |
| A au moins un antécédent suicidaire                     | 31% (10)                | 30% (22)                    | 0,87          |
| Suit un traitement médicamenteux.                       | 87% (28)                | 85% (62)                    | 0,96          |
| Présente au moins un antécédent psychiatrique           | 84% (27)                | 85% (62)                    | 0,82          |
| Ne présente aucun antécédent psychiatrique              | 13% (4)                 | 18% (13)                    | 0,74          |
| Présente au moins un antécédent somatique               | 37% (12)                | 31% (23)                    | 0,7           |
| Présente au moins un antécédent d'événement traumatique | 43% (14)                | 55% (40)                    | 0,4           |
| Présente un traumatisme récent avant l'acte suicidaire  | 31% (10)                | 55% (40)                    | <b>0,04</b>   |
| Bénéficie d'un suivi psychiatrique                      | 48% (15)                | 38% (23)                    | 0,44          |
| <b>Classes d'âge des patients</b>                       |                         |                             |               |
| • <= 25 ans   | 3% (1)                  | 12% (9)                     | 0,34<br>**    |
| • 26 – 45 ans   | 35% (11)                | 42% (31)                    |               |
| • 46 – 65 ans   | 42% (13)                | 33% (24)                    |               |
| • > 65 ans  | 19% (6)                 | 12% (9)                     |               |
| <b>Modalité de l'acte suicidaire</b>                    |                         |                             |               |
| • Médicament  | 28,1% (9)               | 68,5% (50)                  | < 0,002<br>** |
| • Phlébotomie   | 3,1% (1)                | 6,8% (5)                    |               |
| • Arme à feu  | 6,2% (2)                | 2,7% (2)                    |               |
| • Pendaison   | 34,4% (11)              | 12,3% (9)                   |               |
| • Précipitation   | 3,1% (1)                | 1,4% (1)                    |               |
| • Autre   | 25% (8)                 | 5,5% (4)                    |               |
| • Multiple  | 0% (0)                  | 2,7% (2)                    |               |

**Tableau 2 : Caractéristiques des patients selon le status vital**

\* Chi-2 \*\* Test de Fisher

Le médecin avait été consulté au moment de l'acte suicidaire pour seulement 24% des cas. Dans 45% des cas, le médecin avait été informé de l'acte suicidaire de son patient par un proche, dans 13% des cas par une structure de soins ayant pris en charge le patient. Dans le cas d'une tentative de suicide, le médecin avait appris l'acte suicidaire de son patient lors d'une consultation ultérieure dans 10% des cas (moins de 1 mois).

Un événement traumatique récent était connu du médecin pour 60% des patients. Il s'agissait d'une rupture familiale (séparation, divorce, départ d'un proche) dans 42% des cas, d'un problème social (perte d'un emploi, faillite...) dans 30% des cas.

### **3.3.3 Caractéristiques des consultations rapportées**

#### 3.3.3.a La dernière consultation

Le délai médian de la dernière consultation était de 28 jours avant l'acte suicidaire. Ce délai était de moins de 7 jours dans 20% des cas (figure 4). Une dernière consultation avant l'acte était connue pour 91 patients (87%). Pour ces patients, lors de la dernière consultation, 32% (IC<sub>95</sub> [25 ; 47]) avaient exprimé des idées ou des intentions suicidaires à leur médecin. L'information n'avait pas été recueillie par le médecin dans 15% des cas (tableau 3).

De plus, le médecin répondant a évalué l'état global du patient tel qu'il l'avait vu à l'occasion de la dernière consultation précédant l'acte suicidaire. Cette évaluation a eu lieu à posteriori, à l'aide de l'échelle *Clinical Global Impression* (CGI). Cette échelle est utilisée comme score subjectif d'appréciation globale de l'état d'un patient, notamment dans l'évaluation de l'effet de thérapeutique sur les troubles psychiatriques (dépression, psychose) (31). Il ressortait de cette évaluation que 58% (IC<sub>95</sub> [49 ; 71]) des patients étaient considérés comme au moins « manifestation malades » par leur médecin. La répartition des résultats est présentée dans le Tableau 4.

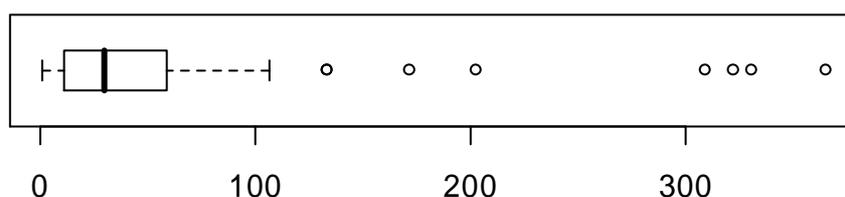
Une analyse multivariée par régression logistique montre un odds ratio non significatif à 2,19 IC<sub>95%</sub> [0,01 ; 5,48] d'avoir un CGI supérieur à 4 expliquant le décès.

| <b>Idées et Intentions suicidaires exprimées lors de la dernière consultation</b> | N  | %   |
|---|----|-----|
| Idées et intentions suicidaires   | 20 | 23  |
| Idées suicidaires sans Intention  | 6  | 7   |
| Ni idée, ni intention   | 49 | 56  |
| Non exploré   | 13 | 15  |
| Total   | 88 | 100 |
| Information non disponible :  | 3  |     |

**Tableau 3 : Fréquence des idées et intentions suicidaires exprimées lors de la dernière consultation**

|                  | effectif | %  |
|------------------|----------|----|
| Normal           | 6        | 7  |
| Limite           | 3        | 4  |
| Légèrement       | 5        | 6  |
| Modérément       | 22       | 25 |
| Manifestement    | 33       | 38 |
| Gravement        | 12       | 14 |
| Les plus malades | 5        | 6  |
| Total            | 86       |    |

**Tableau 4 : Evaluation du Clinical Global Impression lors de la dernière consultation.**



**Figure 4 : Répartition des délais de la dernière consultation précédant l'acte suicidaire (en jours)**

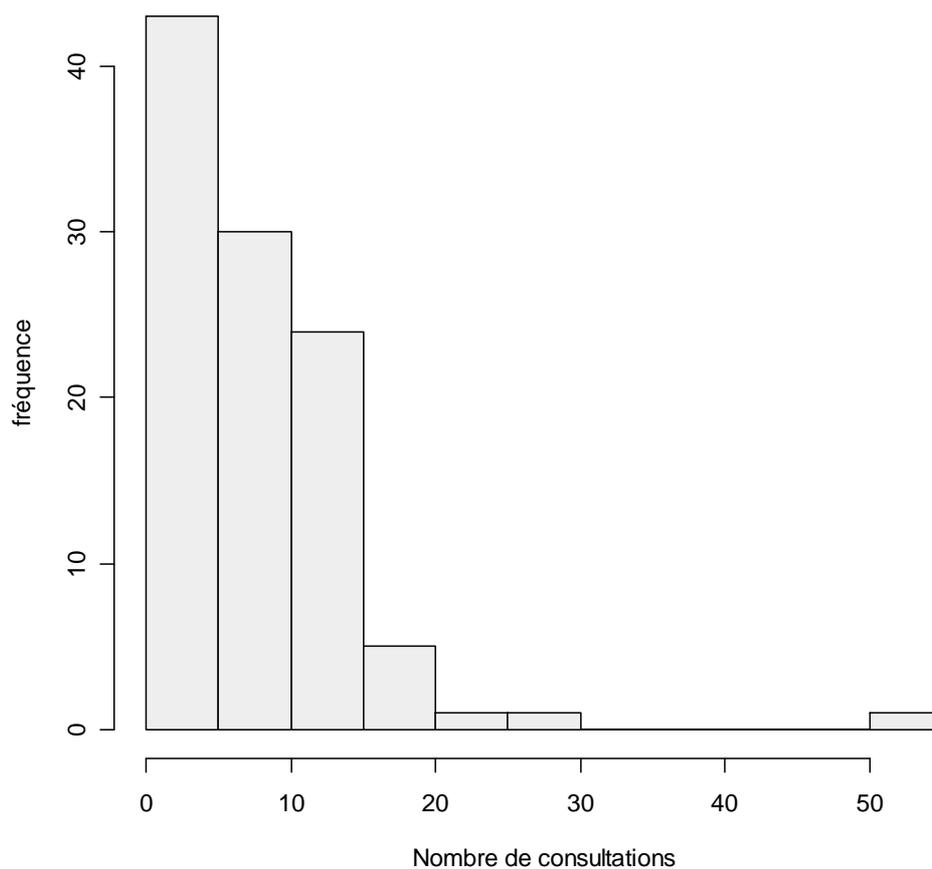
### 3.3.3.b Consultations dans l'année précédente

Dans les 12 mois précédant l'acte suicidaire, 877 consultations ont été recueillies pour les 105 patients. Quarante-vingt quinze pourcents des patients avaient consulté au moins une fois le médecin généraliste qui a réalisé la déclaration électronique. Le nombre médian de consultations à ce médecin sur cette période était de 7 consultations par patient (bornes [0 ; 53], interquartiles [4 ; 12]). Leur répartition est présentée Figure 5 et Figure 6.

Dans le trimestre, 86 patients (82%) avaient consulté le médecin, 54 patients (51%) dans le mois, et 18 patients (17%) avaient consulté dans les 7 jours.

Pour chaque consultation rapportée, il était demandé si un évènement traumatique ou des idées suicidaires avaient été évoqués lors de celle-ci.

La Figure 7 présente la proportion de patients consultants ayant évoqué un «évènement traumatique» ou des idées suicidaires pour chaque mois précédant l'acte. Durant les 2 mois précédant l'acte, un tiers des patients ayant consultés (N=54) avaient évoqué un évènement traumatique ou des idées suicidaires (présenté Figure 7).



**Figure 5 : Répartition du nombre de consultations par patient sur les 12 mois précédant l'acte suicidaire**

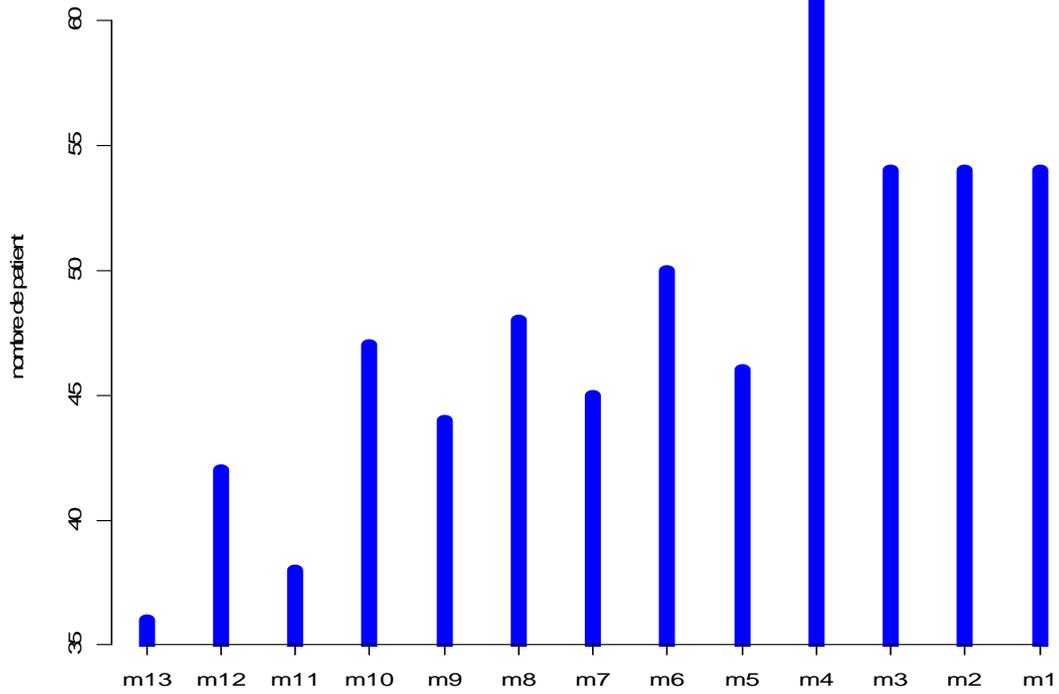


Figure 6 : Nombre de patient consultant par mois (n° du mois précédant l'acte, m0 : date de l'acte)

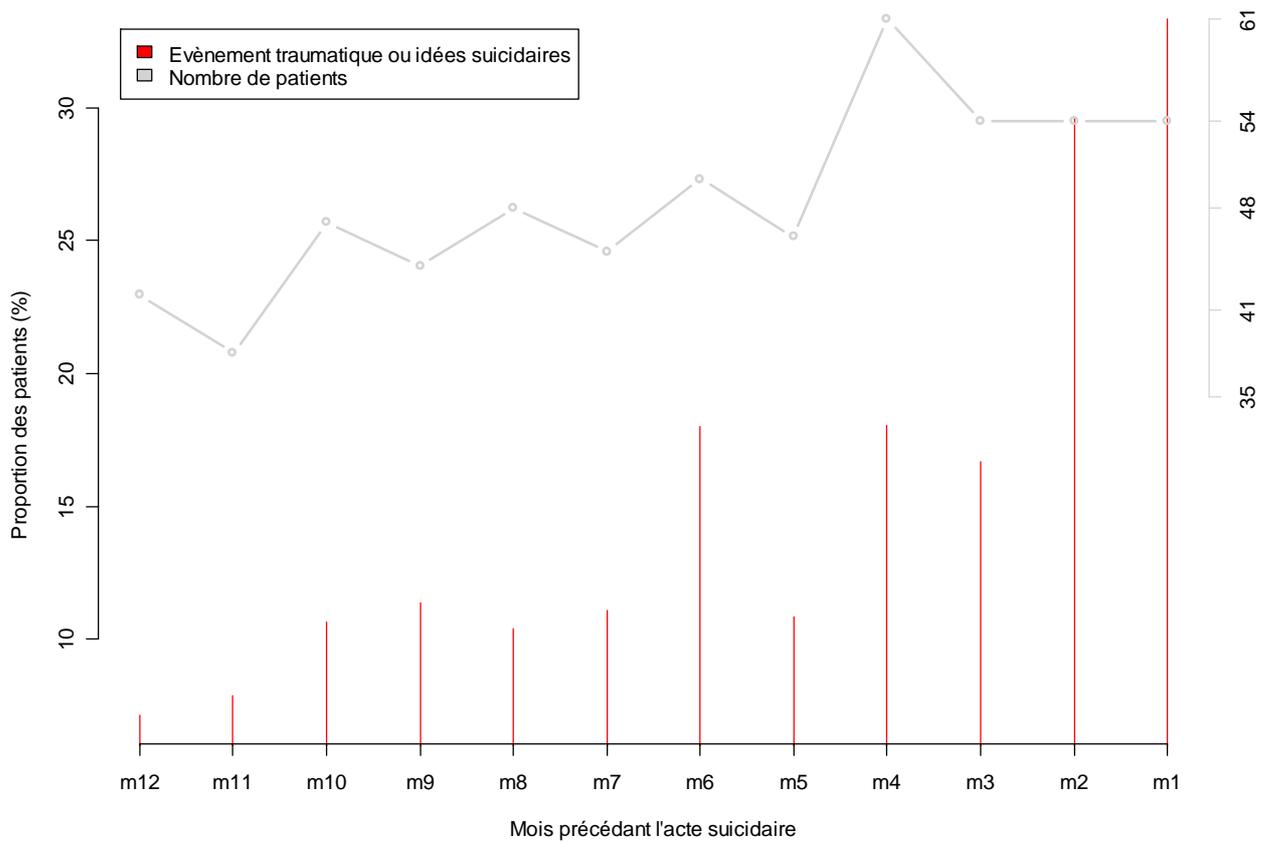


Figure 7 : Proportion de patients consultants ayant évoqué un évènement traumatique ou des idées suicidaires lors d'une consultation (en rouge). Abscisse : N° des mois en partant de l'acte suicidaire

### 3.3.3.c Déterminants de la présence d'une consultation

Une analyse multivariée exploratoire a été conduite à l'aide de 3 modèles de régression logistique explorant respectivement la présence d'une consultation dans le dernier mois, le trimestre et les quatre derniers mois. Un modèle complet a été construit à partir des variables dont le critère de significativité était inférieur ou égale à 0.20 puis réduit par une analyse manuelle pas-à-pas descendante visant à réduire le critère d'AIC.

La proportion de consultations dans le mois précédant l'acte n'était pas significativement différente selon le sexe, l'âge, la présence d'antécédent suicidaire ou psychiatrique ou traumatique.

Sur la période du trimestre, la proportion de patients consultants est associée à la prescription d'un traitement médicamenteux.

Sur la période de 4 mois, la proportion de patient consultant est associée à la présence d'un évènement de vie traumatique (OR = 6 IC<sub>95%</sub> [1,2 ; 30]) et à la prescription d'un médicament psycho-actif. Aucune association n'est mise en évidence vis-à-vis du statut vital du patient

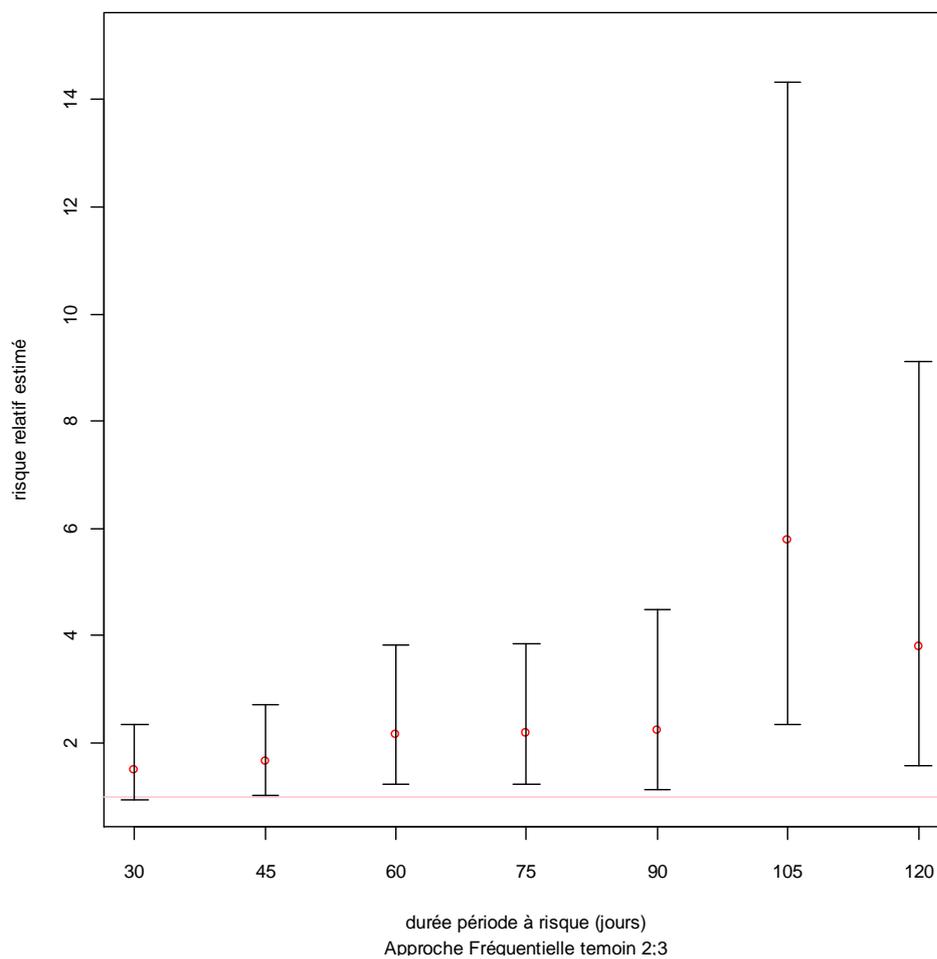
### 3.3.4 Analyse cas croisé

Dans un objectif exploratoire nous avons conduit une analyse de la fréquence de consultation en utilisant la méthode d'analyse des études cas-croisées décrite au titre 2.3.2. L'approche par pair étant la moins puissante ses résultats ne seront pas présentés ici.

La durée de la crise suicidaire n'étant pas établie, plusieurs périodes dites à risques ont été utilisées et comparées aux mois plus éloignés dans le temps par rapport à l'acte suicidaire. Le risque relatif (ou son estimation par le rapport de cote) maximal est observé sur la période comprenant les 105 jours précédant l'acte suicidaire avec un RR à 5,8 (IC<sub>95%</sub> [2.34 ; 14,3]). Il est significatif à partir de la période à risque d'une durée de 45 jours (résultats détaillés Tableau 5 et illustrés Figure 8).

| Taille de la période à risque (jours) | Risque Relatif estimé | Intervalle de Confiance à 95% | Nombre de périodes témoins | Début de la période témoin (jours) |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 30                                    | 1,5                   | [0,942 ; 2,34]                | 8                          | 150                                |
| 45                                    | 1,7                   | [1,02 ; 2,72]                 | 6                          | 135                                |
| 60                                    | 2,2                   | [1,23 ; 3,82]                 | 4                          | 180                                |
| 75                                    | 2,2                   | [1,25 ; 3,86]                 | 3                          | 225                                |
| 90                                    | 2,3                   | [1,13 ; 4,5]                  | 3                          | 180                                |
| 105                                   | 5,8                   | [2,34 ; 14,3]                 | 3                          | 210                                |
| 120                                   | 3,8                   | [1,58 ; 9,13]                 | 2                          | 240                                |

**Tableau 5 : Risque relatif d'observer une consultation en période à risque, périodes à risque croissantes**  
**\*\* Approche fréquentielle considérant des périodes de taille variables.**



**Figure 8 : Influence de la variation de la durée des périodes considérées.**

Estimation du RR par la méthode "fréquentielle" en motif 1 :m. La période à risque étant la plus proche de l'acte suicidaire et les périodes témoins, les périodes plus éloignées de même durée, respectant une période de wash-out d'une unité de même durée.

## 4 Discussion

### 4.1 Résultats principaux

#### 4.1.1 Recours aux soins avant l'acte suicidaire

Dans le mois précédant l'acte suicidaire, 47% des patients avaient consulté leur médecin généraliste, 80% dans les 3 mois et 89% dans les 6 mois. Luoma *et al.* (26) rapportent dans une revue de 10 études portant sur le recours aux soins primaires qu'en moyenne 45% de patients suicidés avaient consulté un médecin généraliste dans le mois précédant le suicide. D'autres études rapportent une proportion allant de 38% à 66% (12, 19, 32, 33) pour le mois précédent et de 35 à 66% dans le trimestre. D'après nos résultats, il semble qu'une augmentation sensible de la fréquence des consultations puisse être observée dans les mois précédant l'acte suicidaire. Lors d'une démarche exploratoire, en faisant varier la durée de la période à risque, nous avons observé que le risque relatif d'observer une consultation en période à risque était significatif dès la période comprenant les 45 jours précédant l'acte suicidaire. Il restait significatif, en restant de l'ordre de 2 jusqu'au 4<sup>e</sup> mois. Cette association ne permet pas de prédire le risque suicidaire par le fait de consulter mais il va dans le sens d'une augmentation du nombre de consultations pour un même patient dans la période précédant un acte suicidaire léthal ou non.

Ainsi, c'est dans la période des quatre derniers mois que devraient se concentrer les recueils de données sur les interactions entre le patient et son médecin. Il n'est pas possible d'étudier ici les effets éventuels de ces consultations sur ce passage à l'acte. Une analyse des obstacles au dépistage et à la prise en charge, par des approches multidisciplinaires centrées sur la période des mois précédents l'acte, pourrait permettre de mieux connaître ces interactions, notamment de manières qualitatives.

#### 4.1.2 Profil des patients

Nous retrouvons une prévalence des troubles psychiatriques similaire à celle des autres études (22, 23, 32) sur la population de patients suicidaires. Elle est plus élevée que celle estimée en

population générale notamment pour la dépression (54% vs 18%), les addictions (33% vs 8%) et les troubles anxieux (27% vs 15%) qui sont identifiés comme facteurs de risque de tentatives de suicide et de suicides (14, 22, 32, 34). La proportion de patients présentant un antécédent suicidaire que nous observons est également celle retrouvée dans la littérature (13, 25, 32).

Dans notre population, un tiers des patients exprimait des intentions ou des idées suicidaires lors de la dernière consultation précédant l'acte. Shulberg *et al* (13) rapporte dans une revue de la littérature que 19 à 54% des suicidants auraient évoqué des idées suicidaire avec un généraliste avant le passage à l'acte. En dehors de ce contexte d'acte suicidaire la fréquence rapportée en médecine générale serait proche de 2% (35).

La modalité médicamenteuse était préférentiellement utilisée pour les tentatives de suicides par les femmes et la pendaison par les hommes ce qui est retrouvé dans les données nationales des actes suicidaires (1). Le sexe et l'âge ne sont pas significativement différents entre les tentatives de suicide et les suicides de notre série, le trop faible nombre de sujet, notamment des patients décédés, ne conférant probablement pas une puissance suffisante pour les mettre en évidence.

L'utilisation des médicaments prescrits par le médecin pour l'acte suicidaire était de 88%. Houston et al (19) rapportait que 56% des traitements prescrits étaient utilisés pour une overdose.

Durant les consultations des deux derniers mois avant l'acte, 33% et 29% des patients avaient exprimés des idées suicidaires ou un évènement traumatique. Ces résultats suggèrent que le médecin généraliste reçoit des informations sur les intentions suicidaires de ses patients, phénomène déjà confirmé par plusieurs études (12, 15).

En cela, il est un acteur privilégié de dépistage de la crise suicidaire et possiblement de sa prévention, notre étude confirmant sur ce point les recommandations de la conférence de consensus (11).

## **4.2 Limites de l'étude**

### **4.2.1 Puissance et choix de la population**

Nous avons choisi d'étudier conjointement les patients décédés (considérés comme des suicides) et les patients non décédés (tentatives de suicide). La plupart des chiffres publiés séparent les deux populations bien que ce choix soit discuté d'un point de vue théorique (11). Les populations de patients suicidés et les patients réalisant une tentative de suicide présentent des caractéristiques différentes notamment en terme de modalité, d'âge et de sexe (1, 2). La problématique suicidaire concerne probablement des phénomènes psychopathologiques hétérogènes. Cependant le faible nombre de patients décédés dans cette série limite l'analyse des ces différences.

### **4.2.2 Biais méthodologiques**

Il est probable que tous les cas d'acte suicidaires vus par les généralistes ne soient pas déclarés, entraînant ainsi un biais de sélection. Il est donc possible que certains médecins soient plus susceptibles de répondre au questionnaire suite à une déclaration pour un patient qu'ils suivaient de manière régulière occasionnant une surestimation des fréquences de consultation.

Un biais de mémoire peut également être évoqué vis-à-vis du recueil du nombre de consultation par mois. Nous avons essayé de limiter ce biais en demandant au médecin de recueillir la liste des dates de consultation normalement notées dans le dossier du patient. Nous n'avons cependant pas de contrôle de l'origine de la liste des consultations. Le recueil de la liste des consultations par le médecin étant fastidieux, un « épuisement » est possible limitant le recueil sur les consultations plus éloignées.

### **4.2.3 Limite statistique**

Le modèle utilisé nécessite une réduction de l'exposition à une variable binaire, dont la précision dépend de la durée de la période utilisée. Ainsi seule la présence d'au moins une

consultation sur la période considérée d'un mois peut être utilisée dans le modèle. Cette méthode est donc limitante dans ce cadre, une période d'un mois pouvant contenir plusieurs consultations. La fréquence des consultations durant les périodes témoins de 45%, plus élevée que la fréquence attendue de 20%, augmente de ce fait la perte d'information. Dans le cadre des études « cas croisé », un modèle décrit par Farrington *et al* (36) basé sur un modèle de régression de poisson (utilisé pour étudier l'incidence relative des convulsions après un épisode vaccinale) pourrait prendre en compte un critère plus quantitatif.

### **4.3 Quelle place pour le médecin généraliste ?**

#### **4.3.1 Place dans la trajectoire de soins**

La prévention du suicide, au moment de la crise suicidaire, peut être analysée dans le cadre d'un modèle de trajectoire de soins comme celui élaboré par Goldberg et Huxley (37) dans le domaine des soins mentaux (connu sous le terme de « *Pathway to care model* » représenté Figure 9). Celui-ci identifie d'une part les niveaux d'intervention (appelés compartiments de soins) et d'autre part les relations entre ces niveaux (nommés « filtres »). Plusieurs études ont utilisé ce modèle pour caractériser le recours aux soins avant un acte suicidaire (12). Le principal obstacle à la prise en charge des patients suicidants apparaît être le manque de recours au médecin généraliste (premier filtre du modèle). C'est d'ailleurs une des limites de l'expérience de Gotland (17) qui n'a pas eu d'effet sur la population masculine, les auteurs l'expliquant par un recours aux soins très rare pour cette population et donna lieu à la description d'un syndrome de « dépression masculine » (« *male depression syndrom* »). L'action du généraliste apparaît donc comme limitée à la population des patients ayant recours à sa consultation. Cette limite est confirmée en France par l'enquête Baromètre Santé 2005 (38) rapportant que seules 33% des personnes ayant connu un épisode dépressif léger à sévère ont consulté un médecin.

Dans notre étude, il apparaît que le médecin généraliste est fréquemment sollicité dans la période précédant un acte suicidaire par les patients qu'il suivait auparavant. Cette information, bien documentée dans les études étrangères n'était que peu recueillie en France.

Or, cela semble être une donnée fondamentale pour l'évaluation des programmes de prévention si l'on considère que le principal obstacle à la prévention du suicide est le manque de recours aux soins. Plusieurs auteurs ont évoqué les limites de l'évaluation des programmes de prévention du suicide mis en place ces dernières années (39-41).

#### **4.3.2 Des actions possibles pour les médecins généralistes ?**

S'il est clair que le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des troubles mentaux notamment de la dépression et des troubles anxieux, ce rôle est plus difficile à caractériser dans le cadre de la crise suicidaire.

Pour les patients ayant recours à sa consultation, se pose la question des actions que le médecin généraliste peut mettre en œuvre. Un des premiers obstacles est la rareté de l'évènement en médecine générale. Dans notre étude, parmi les médecins généralistes répondants plus de 50% avaient rencontré moins d'un évènement (tentative ou suicide) par an. La littérature rapporte une fréquence d'un acte tous les 4 à 7 ans par généraliste outre-manche (13). Cette faible fréquence limite l'acquisition d'une expérience sur ce problème et peut-être les motivations pour acquérir des outils spécifiques de prévention.

Concernant les outils, plusieurs échelles existantes permettent d'évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire (Echelle d'Evaluation du Risque Suicidaire de Ducher à 10 items, Echelle de désespoir de Beck à 20 items) mais sont peu évaluées en médecine générale. D'autres échelles visent à dépister un état dépressif notamment le PRIME-MD et son complémentaire T4 (2 + 4 questions), le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) et le MINI-GDS (16). Ces échelles validées sont assez peu utilisées par les médecins généralistes. Binder et al (42),

proposent un outil proche du PRIME-MD/T4 adapté à la pratique de la médecine générale pour le dépistage des idées suicidaires chez l'adolescent.

Cependant plusieurs études montrent que chez les patients présentant des facteurs de risques de passage à l'acte (antécédent psychiatrique ou suicidaire principalement) ceux-ci étaient correctement identifiés par le médecin généraliste (12, 15). En outre, la décision d'une intervention ne se base pas à la connaissance de l'existence de trouble mentaux chez un patient mais semblent influencée par des facteurs non cliniques (43).

Certains facteurs limitants ont également été rapportés notamment le temps nécessaire à l'évaluation, ou l'interface entre secteur psychiatrique et médecine générale (filtre 3 du modèle de Goldberg et Huxley).

D'autres approches sont nécessaires afin de comprendre les mécanismes motivant les actions des médecins, les obstacles rencontrés notamment en termes d'outils d'évaluation du risque suicidaire immédiat, de formation ou de prise en charge.

## 5 Conclusion

Nos résultats confirment, d'une part, que près de la moitié des patients ayant réalisé un acte suicidaire avait consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant l'acte et plus des deux tiers dans le trimestre. Notre étude montre une augmentation significative de la fréquence des consultations dans les quatre mois précédant l'acte. D'autre part, les médecins rapportent que près d'un tiers des patients consultant dans les mois précédant l'acte suicidaire avait évoqué des idées suicidaires ou un évènement de vie traumatique.

Cette fenêtre de temps de quatre mois est une période d'intérêt pour l'étude des trajectoires des patients confrontés à une crise suicidaire dans le système de soins primaires.

Des études ultérieures pourraient considérer cette période élargie afin d'explorer les interactions entre le médecin généraliste et son patient et de mieux appréhender les possibilités d'actions à ce niveau.

## 6 Bibliographie

1. Mouquet M, Bellamy V. Suicides et Tentatives de suicides en France. *Etudes et Résultats*. 2006;488:1-8.
2. Badeayan G, Parayre C. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. *Etudes et Résultats*. 2001;109:1-8.
3. Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats*, DREES. 2004(347).
4. Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorleans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract*. 2004 Apr;54(501):282-4.
5. FNORS. La santé observée dans les régions de France, Chap 8.5 les suicides: Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé; 2000.
6. Vedrinne JW, D. Les étapes de la crise suicidaire, Texte d'expertise. In: Santé HAd, editor. Conférence de consensus, La crise suicidaire la reconnaître et la prendre en charge; 2000; Paris; 2000.
7. Larousse. Dictionnaire Larousse. Paris; 2000.
8. Moron P. Définition de la crise suicidaire et limites, Texte d'expertise. In: Santé HAd, editor. Conférence de consensus, La crise suicidaire la reconnaître et la prendre en charge; 2000; Paris; 2000.
9. Samuelian JC. "Crise". In: Porot A, editor. Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique. Paris: Presses Universitaires de France; 1996. p. 165.
10. Moron P. La crise suicidaire: Psychologie Médicale; 1977.
11. HAS. Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Texte long.; 2000; Paris; 2000.
12. Owens C, Lloyd KR, Campbell J. Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study. 2004 Apr;54(501):279-81.
13. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Jr., Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Sep-Oct;26(5):337-45.
14. 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 Apr;54(501):254-8.
15. Matthews K, Milne S, Ashcroft GW. Role of doctors in the prevention of suicide: the final consultation. *Br J Gen Pract*. 1994 Aug;44(385):345-8.
16. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? Texte d'expert. Conférence de consensus "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge"; 2000; Paris; 2000.
17. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*. 2001 Jan;62(1-2):123-9.
18. Tylee A, Walters P. Can suicide in young men be prevented by improving access and delivery among primary care services? *Br J Gen Pract*. 2004 Apr;54(501):242-3.
19. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract*. 2003 May;53(490):365-70.

20. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioners' contact with victims of suicide. *Bmj*. 1993 Jul 31;307(6899):300-1.
21. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*. 1999 May 8;318(7193):1235-9.
22. Power K, Davies C, Swanson V, Gordon D, Carter H. Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history. *Br J Gen Pract*. 1997 Apr;47(417):211-5.
23. Suominen K, Isometsa E, Martunen M, Ostamo A, Lonnqvist J. Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychol Med*. 2004 Feb;34(2):313-21.
24. El-Nimr G. Health care contact and suicide. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183:460-1.
25. Hyden LC. Care utilization and the incidence of suicide: suicide victims' contacts with primary health care and psychiatry in six psychiatric districts in the Country of Stockholm from 1979 to 1990. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Jun;93(6):442-6.
26. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
27. Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Feb;95(2):94-9.
28. Valleron AJ, Garnerin P. Computer networking as a tool for public health surveillance: the French experiment. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1992 Dec;41 Suppl:101-10.
29. Maclure M. The case-crossover design: a method for studying transient effects on the risk of acute events. *Am J Epidemiol*. 1991 Jan 15;133(2):144-53.
30. Mittleman MA, Maclure M, Robins JM. Control sampling strategies for case-crossover studies: an assessment of relative efficiency. *Am J Epidemiol*. 1995 Jul 1;142(1):91-8.
31. Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med*. 2003 May;33(4):611-22.
32. 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 Nov;48(436):1759-63.
33. 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 Jun;87(6):451-5.
34. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug;65(4):501-5.
35. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Identifying suicidal ideation in general medical patients. *Jama*. 1994 Dec 14;272(22):1757-62.
36. Farrington CP. Relative incidence estimation from case series for vaccine safety evaluation. *Biometrics*. 1995 Mar;51(1):228-35.
37. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications; 1980.
38. Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis (France): INPES; 2006.
39. Terra JL. Les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données ? *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2002 Jan;50(1):41-8.

40. Evaluation de 8 actions de prévention du suicide: Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé; 2000.
41. Cayla F, Gayraud P, Laure S, Bertrand G, Alain T. Suicide : un bilan pour l'action. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. 1999;n° 56:67-9.
42. Binder P, Chabeau F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents, conception d'un test et validation de son usage. *Rev Prat Med Gen*. 2004;18:576-80.
43. Raine R, Lewis L, Sensky T, Hutchings A, Hirsch S, Black N. Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract*. 2000 Aug;50(457):620-5.
44. Harwood DM. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. 2000 Aug;15(8):736-43.
45. Booth N, Briscoe M, Powell R. Suicide in the farming community: methods used and contact with health services. *Occup Environ Med*. 2000 Sep;57(9):642-4.

## 7 Annexe

### 7.1 Cas exclus de l'étude

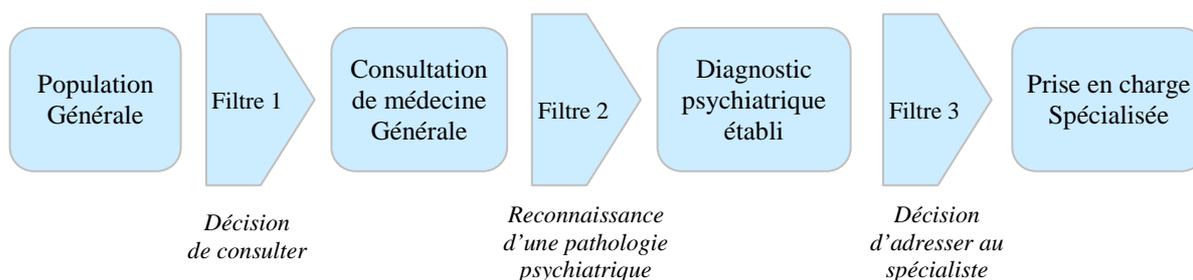
|                       | < 18 ans     | Non suivi (*) | Incomplets & Non reçus (**) |
|-----------------------|--------------|---------------|-----------------------------|
| Nombre                | 11           | 28            | 40                          |
| Hommes                | 1 / 10 (10%) | 20 (71%)      | 22 (55%)                    |
| Décès                 | 0            | 9 (32%)       | 8 (20%)                     |
| Antécédent suicidaire | 2 / 9 (22%)  | 8 / 18 (44%)  | 15 / 36 (41%)               |
| Age médian [bornes]   | 15 [13-17]   | 42 [23-83]    | 45 [18-100]                 |

**Tableau 6 : Caractéristiques des cas exclus de l'étude selon le motif d'exclusion**

(\*) Patients vus en garde (N=23) ou non suivi par le médecin (N=5) (première consultation remontant à moins de 12 mois).

(\*\*) Dossiers éligibles mais Incomplets (N=9) ou non reçus (N=31)

### 7.2 Modèle des trajectoires de soins



**Figure 9 : Représentation du modèle de trajectoire de soins décrit par Goldberg et Huxley (37)**

| Référence                                 | Vassilas C<br>BMJ<br>1993 (20) | Haste F<br>Br J Gen Prat<br>1998 (32) | Power K<br>Br J Gen Prat<br>1997 (22) | Hyden LC<br>Act Psy Scand<br>1993 (25) | Stanistreet<br>Br J Gen Prat<br>2004 (14) | Houston K<br>Br J Gen Prat<br>2003 (19) | Suominen<br>Psychol Med<br>2004 (23) | Owens<br>Br J Gen Prat<br>2004 (12) | Michel K<br>A. Psy Scand<br>1997 (27) | Harwood<br>Int J Ger Psy<br>2000 (44) | Booth<br>Occ Env Med<br>2000 (45) |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Pays                                      | UK (Avon)                      | UK                                    | UK                                    | Suède                                  | UK  | UK                                      | Finlande                             | UK                                  | Suède/ Suisse                         | UK                                    | UK                                |
| Type                                      | Cas-témoin                     | Cas-témoin                            | Cas-témoin                            | Transversal                            | Cas-témoin                                | Transversal                             | Transversal                          | Transversal                         | Transversal                           | Séries de cas                         | Cas-témoin                        |
| Recrutement des patients                  | Coroner                        | GPRD                                  | Certificats décès                     | Certificats décès                      | Coroners                                  | Hôpital                                 | Urgence                              | -                                   | Hôpital                               | Certificats décès                     |                                   |
| Année                                     | 1992                           | 1991-1993                             | 1993                                  | 1970-1990                              | 1995                                      | 1997                                    | 1997-1998                            | 1995-1998                           | 1990                                  |                                       | 1979-1994                         |
| S / TS <sup>(1)</sup>                     | Suicide                        | Suicide                               | Suicide                               | Suicide                                | Suicide                                   | TS (DSH)                                | TS                                   | Suicide                             | TS                                    | Suicide                               | Suicide                           |
| Inclusion <sup>(2)</sup>                  | experts                        | 16-64 ans                             | -                                     | -                                      | -   | > 15ans Oxford                          | -                                    | Sans suivi Psy                      | > 15 ans                              | > 60 ans                              | Fermiers (H)                      |
| Type recueil                              | Entretien médecin              | Dossier médical                       | Dossier médical                       | Dossier médical                        | Dossier médical                           | Entretien Patients                      | Entretien                            | Autopsie Psychologique              | Entretien Patient                     | Autopsie Psychologique                | Dossier médical                   |
| Nombre                                    | 139                            | 339                                   | 48                                    | 1721                                   | 80  | 139                                     | 1198                                 | 295                                 | 66 vs 202                             | 195                                   | 63                                |
| Agés                                      | 37% < 35                       | 16 - 64                               | Moy = 42                              | -                                      | 15 - 39                                   | 41% 15-24                               | >15                                  | 18-87                               | 38 vs 41                              | Moy= 72                               | Moy = 53                          |
| % Homme                                   | 77%                            | 80%                                   | NC                                    | 65%                                    | NC  | 41%                                     | 47%                                  | 67%                                 | 44% vs 36%                            | 67%                                   | NC                                |
| Antécédent Suicidaire                     | -                              | F 47%<br>H 27%                        | -                                     | 27%                                    | 64%                                       | 64%                                     | 56%                                  | -                                   | -                                     | 38%                                   | 13% vs 24%                        |
| Antécédent Psychiatrique                  | -                              | 61%                                   | 63%                                   | -                                      | -   | 91%                                     | -                                    | 68%                                 | 50% 38%                               | -                                     | 52%                               |
| schizophrénie                             | -                              | F 9% H 6%                             | -                                     | -                                      | -   | 69%                                     | 20%                                  | -                                   | -                                     | -                                     | 10%                               |
| Dépression                                | -                              | F 51 H 26%                            | -                                     | -                                      | 85%                                       | -                                       | 55%                                  | -                                   | -                                     | -                                     | 23%                               |
| C < 1 an <sup>(3)</sup>                   | 63 % vs 78%                    | -                                     | 7C vs 4C                              | 28%<br>délai NC                        | -   | -                                       | 37%                                  | -                                   | 87 % vs 73%                           | -                                     | -                                 |
| C < 6 mois <sup>(3)</sup>                 | -                              | 71%                                   | -                                     | -                                      | -   | -                                       | -                                    | -                                   | -                                     | -                                     | -                                 |
| C < 3 mois <sup>(3)</sup>                 | 41% vs 66 %                    | -                                     | -                                     | -                                      | 56% vs 41 %                               | -                                       | -                                    | -                                   | -                                     | -                                     | 35% vs 41%                        |
| C < 1 mois <sup>(3)</sup>                 | 20% vs 48%                     | F34% H30%                             | 34%                                   | -                                      | 38 % vs 30%                               | 60%                                     | 22%                                  | 66%                                 | 39% vs 41 %                           | 49%                                   | 53% vs 54%                        |
| C < 1 semaine <sup>(3)</sup>              | 4% vs 26%                      | -                                     | -                                     | -                                      | -   | 30%                                     | -                                    | -                                   | 9 % vs 11%                            | 25%                                   | 26% vs 33%                        |
| 1 <sup>er</sup> sem / mois <sup>(4)</sup> | 20 à 50%                       | -                                     | -                                     | -                                      | -   | 50%                                     | -                                    | -                                   | 23% vs 10%                            | 51%                                   | -                                 |
| Augm. Mois <sup>(5)</sup>                 | -                              | -                                     | -                                     | -                                      | -   | -                                       | -                                    | -                                   | 18 vs 32%                             | -                                     | -                                 |
| Idées suicidaires                         | -                              | -                                     | -                                     | -                                      | -   | 13%                                     | NC                                   | -                                   | -                                     | 48%                                   | -                                 |
| Témoins Appariement                       | pat suivant âge, sexe          | 3 / cas<br>âge, sexe                  | même GP,<br>âge, sexe                 | -                                      | 92 morts<br>accidentelles                 | -                                       | -                                    | -                                   | -                                     | Non                                   | non fermiers<br>période           |

**Tableau 7 : Articles principaux étudiant le recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire**

<sup>(1)</sup> Suicide / Tentative de Suicide. <sup>(2)</sup> Critères d'inclusion de l'étude. <sup>(3)</sup> Nombre de consultation sur la période précédant l'acte suicide d'une durée respective de 1 an, 6 mois, 3 mois 1 mois, 1 semaine. <sup>(4)</sup> Proportion de consultations du mois précédent l'acte suicidaire qui ont lieu dans les 7 jours précédant l'acte. <sup>(5)</sup> Augmentation de la fréquence de consultation dans le mois.

## 7.3 Questionnaire de l'étude

|  |  |
|--|--|
| <b>Réseau Sentinelles</b><br>Questionnaire à retourner<br>Clément TURBELIN<br>Réseau Sentinelles - Inserm U 707<br>Faculté de Médecine Saint-Antoine<br>27 rue de Chaligny 75571 PARIS CEDEX 12<br>tel : 01 44 73 84 38 Email : <a href="mailto:turbelin@u707.jussieu.fr">turbelin@u707.jussieu.fr</a> | <b>Enquête SUICIDE-2005.4</b><br>Recours aux soins primaires<br>avant un acte suicidaire<br><br>N° /_/_/_/_/_/_/<br>MEDID : NO_FIC : |
|--|--|

Ce questionnaire a pour but d'étudier le recours au médecin généraliste dans la période précédant un acte suicidaire.

Les objectifs de cette étude sont :

- d'étudier le nombre et les motifs des consultations dans les mois précédant un acte suicidaire
- de recueillir des informations sur les patients réalisant un acte suicidaire et suivis en médecine générale

La définition d'acte suicidaire est celle de l'OMS : Tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz ...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

Ce questionnaire vous a été envoyé car vous avez déclaré au Réseau Sentinelles (ou nous avez contacté pour) un cas de suicide ou une TS

Références pour ce patient (facultatif) : NOM (2 lettres) /\_/\_/ Prénom (1 lettre) /\_/\_/

Le patient concerné est : Un homme De /\_/\_/\_\_\_/ ans  
Une femme

Vous l'avez déclaré le : /\_\_\_/\_\_\_/ 200\_\_

Etant donné les informations que vous avez pu fournir lors de votre déclaration, certains items pourront être déjà complétés, si ils sont erronés, entourez la réponse correcte  
Les références du patient ne seront utilisées que pour vous contacter en cas de question.

### I – Informations sur votre activité

#### 0. Participez-vous à des gardes où vous êtes susceptible de voir des actes suicidaires ?

Oui  Non

#### 1. Pouvez vous estimer le nombre de tentatives de suicide (hors suicide abouti) parmi vos patients sans compter le cas du présent questionnaire ces 3 dernières années :

Aucune ou Nombre : \_\_\_ dont \_\_\_ en garde médicale (patientèle inhabituelle)

#### 2. Pouvez-vous estimer le nombre de suicides aboutis parmi vos patients ces 3 dernières années (sans compter le cas du présent questionnaire) ?

Aucun ou Nombre : \_\_\_ dont \_\_\_ en garde médicale (patientèle inhabituelle)

#### 3. Avez-vous reçu une formation spécifique sur la prévention du suicide ? Oui Non

##### 4. Si oui, était-ce ? (Réponses multiples possibles)

en FMC

lors de votre formation initiale (stage, etc..)

lors d'une campagne d'action spécifique

autre : \_\_\_\_\_

##### 5. Cela concernait (réponses multiples possibles)

les enfants/adolescents

les adultes

les personnes âgées

non spécifique d'une population

#### 6. Avez vous été informé des recommandations des conférences de consensus sur la crise suicidaire (ANAES/HAS, 2000) et de la prise en charge des conduites suicidaire de l'adolescent (idem, 1998)

Conférence de 2000 sur la crise suicidaire  Conférence de 1998 sur les adolescents  Aucune des deux

## II - Concernant le/la patient(e) inclus

### 7. Catégorie Socioprofessionnelle

Agriculteur

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre et prof. intellectuelle supérieure, prof. libérale

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier qualifié ou non

Retraité

Demandeur d'emploi, chômeur

Autre : \_\_\_\_\_

### 7b. Niveau d'étude atteint

Aucun diplôme ou CEP

BEPC seul

CAP, BEP

Bac ou équivalent à +1

Bac + 2 à + 4 (Maîtrise)

Bac + 5 et plus

Je ne sais pas

### 8. Le patient vit-il avec un entourage proche ?

(réponses multiples possibles) :

Ascendant(s)

Conjoint, concubin

Enfant(s)

Ami(e)(s)

Seul

### 9. Existe-t-il un contexte particulier ? (réponses multiples possibles) :

Isolement social

Précarité

Autre : \_\_\_\_\_

10. A-t-il exprimé des difficultés concernant son identité sexuelle ?

Oui  Non  Je ne sais pas

### Antécédents (pour ces questions précisez si aucun en barrant la question ou notant « 0 », SVP)

#### 11. Psychiatriques (réponses multiples possibles)

Abus/Dépendance de toxiques : \_\_\_\_\_

Troubles dépressifs sauf troubles bipolaires

Psychoses / Schizophrénie

Troubles bipolaires

Troubles anxieux (panique, post-trauma., etc.)

Troubles de la personnalité

Autres : \_\_\_\_\_

#### 12. Somatiques (traitement lourd, handicap ou réduisant l'espérance de vie, Notez « 0 » si aucun svp) : codage

\_\_\_\_\_ /\_/\_/\_/\_/

\_\_\_\_\_ /\_/\_/\_/\_/

\_\_\_\_\_ /\_/\_/\_/\_/

\_\_\_\_\_ /\_/\_/\_/\_/

13. Suicidaires (cf. définition) : Nombre : /\_/\_/\_/

Dates (années, + mois si < 1 an) :

14. Suicidaires Familiaux :  Oui  Non  Je ne sais pas. Si oui, de qui s'agit il ? \_\_\_\_\_

#### 15. Ce patient a-t-il déjà été victime d'un événement traumatique (\*)?

Aucun de connu  Accident  Viol / Abus sexuel  Rupture familiale, précisez : \_\_\_\_\_

Agression  Autre : \_\_\_\_\_  Je ne sais pas

(\*) DSM IV : « Témoin ou confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels votre intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée »

### Suivi médical avant l'acte suicidaire

16. Vous suivez ce patient depuis : Mois (facultatif) /\_/\_/ Année /\_/\_/\_/\_/

17. Êtes-vous son médecin habituel :  Oui  Non, Si non, est-ce un patient vu en garde :  Oui  Non

#### 18. Est-il suivi par un psychiatre/psychologue

Consultation en ville / CMP

Consultation Hospitalière

Hôpital de jour / de semaine

Institution / Appartement thérapeutique

Pas de suivi psychiatrique ou psychologique

Refus du patient d'un tel suivi

Je ne sais pas

#### 19. Connaissez vous sa fréquence ?

1 à Plusieurs fois par mois

Tous les 1 à 3 mois

Tous les 3 à 6 mois

Tous les 6 mois ou plus

Ponctuel (> 1 an entre deux C ou C unique)

Je ne sais pas

#### 20. Avait-il un traitement médicamenteux (précisez les spécialités)? (réponses multiples possibles)

Anxiolytique : \_\_\_\_\_

Antidépresseur : \_\_\_\_\_

Anti-psychotique : \_\_\_\_\_

Thymo-régulateur : \_\_\_\_\_

Hypnotique : \_\_\_\_\_

Antalgique : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

### III - Concernant l'acte suicidaire du /\_\_\_/\_\_\_/ 200\_\_\_/

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>21. Modalité</b>         | <b>21b. Si la modalité est médicamenteuse :</b>   |
| Médicamenteuse / Toxique    | Toxique/Stupéfiant non prescrit comme traitement  |
| Phlébotomie                 | Médicament prescrit à visée thérapeutique pris en surdosage   |
| Arme à feu                  | Médicament non prescrit pour ce patient   |
| Pendaison                   | Je ne sais pas  |
| Précipitation d'une hauteur | <b>21c. Cette personne dispose-t-elle d'une arme à feu ?</b>  |
| Autre : _____               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas / Non exploré |

**22. Comment avez-vous eu connaissance de cet acte suicidaire :**

Par une consultation ou une visite à l'occasion de cet acte suicidaire

Par une structure de soin (urgences, service médical ou psychiatrique, compte rendu ...)

Par un proche du patient

Par le patient dans une consultation de suivi (à distance de l'acte suicidaire)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**23. La date de cet acte suicidaire correspond-t-elle à une période anniversaire d'un événement particulier de la vie du patient (il y a plus d'un an) ?**  Aucun de connu

|   |                    |                |
|---|--------------------|----------------|
| Rupture familiale (divorce, séparation) | Accident           | Autre :        |
| Décès d'un proche                       | Abus sexuel / Viol | Je ne sais pas |
| Problème social ou professionnel.       | Agression          |                |

**24. Un événement a-t-il eu lieu récemment chez ce patient :**  Aucun de connu

|                                  |                    |                               |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Violence ou rupture familiale    | Accident           | Annonce d'un diagnostic grave |
| Décès d'un proche                | Abus sexuel / Viol | Autre :                       |
| Problème social ou professionnel | Agression          | Je ne sais pas                |

**Lors de la dernière consultation avant l'acte suicidaire du : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/,**

|  |  |
|--|--|
| <b>25. exprimait-il des idées suicidaires ?</b>  | <b>27. En fonction de votre expérience clinique globale de ce type de malade, quel était le niveau de gravité des troubles que présentait le patient (une seule réponse) ?</b> |
| Oui, spontanément  | (0) Non évalué   |
| Oui, après que vous ayez posé la question  | (1) Normal, pas du tout malade   |
| Ne présentait pas d'idées suicidaires  | (2) A la limite  |
| Non exploré  | (3) Légèrement malade  |
| Patient non vu avant l'acte suicidaire (> 3 mois)                                      | (4) Modérément malade  |
| <b>26. exprimait-il des intentions ou projets vis-à-vis de ces idées suicidaires ?</b> | (5) Manifestement malade   |
| Oui, spontanément  | (6) Gravement malade   |
| Oui, après que vous ayez posé la question  | (7) Parmi les patients les plus malades  |
| Ne présentait pas d'intention suicidaire   |  |
| Non exploré  |  |
| Patient non vu avant l'acte suicidaire (> 3 mois)                                      |  |

**28. La prise en charge de ce patient lors de l'acte suicidaire a été :**

Hospitalisation (médecine)  Hospitalisation en milieu psychiatrique  Ambulatoire (avec suivi psychiatrique)

Ambulatoire (sans suivi psychiatrique)  Institut Médico-légal  Inconnue

**29. Qui a initié la prise en charge de ce patient lors de l'acte suicidaire ?**

Vous-même  SAMU / Service médical libéral d'urgence (sur appel du patient ou de la famille)

Urgences  Psychiatre  Je ne sais pas  Autre : \_\_\_\_\_

**30. Evolution à l'issue de l'acte suicidaire :**

Décès  Retour à Domicile  Encore Hospitalisé  Inconnue  Autre : \_\_\_\_\_

**31. L'acte suicidaire a-t-il occasionné des séquelles :**  Oui  Non  Je ne sais pas  Sans objet (décès)

si oui précisez :

