

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^e rang européen des plus forts taux de suicide (3) après la Finlande et l'Autriche. Il s'agit de la 2^e cause de mortalité pour les hommes de 24 à 35 ans (3^e 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).

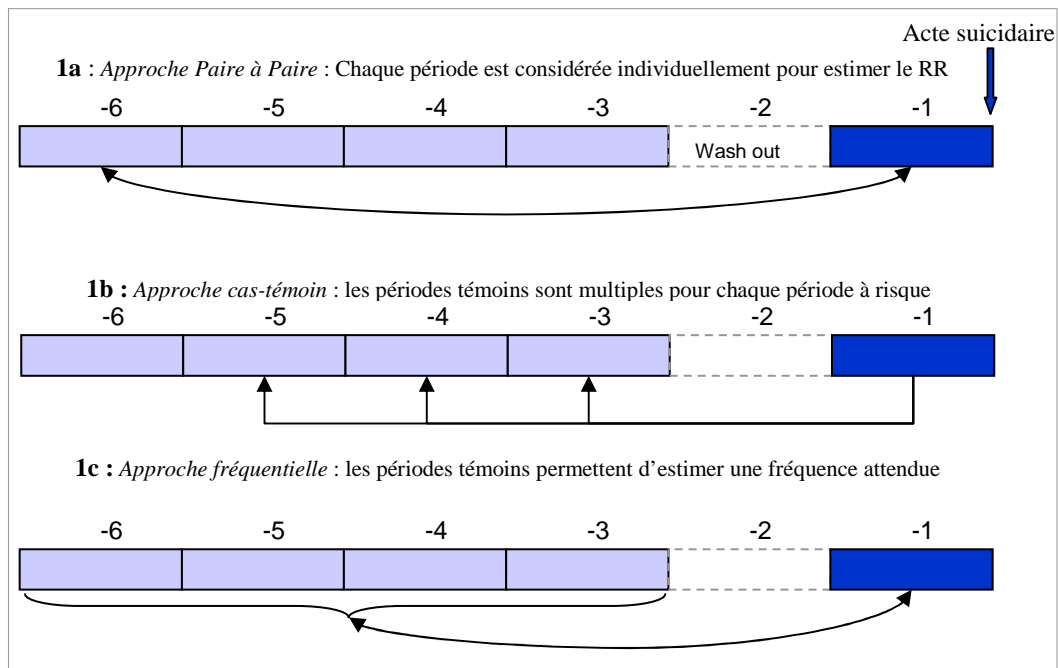


Figure 1 : Schéma général de l'étude en cas-croisé et différents types d'approche.
La période à risque considérée pour ce schéma le mois précédant l'acte.

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^{er} mois sera le mois précédant l'acte suicidaire, le n^o6 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^{er} 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.

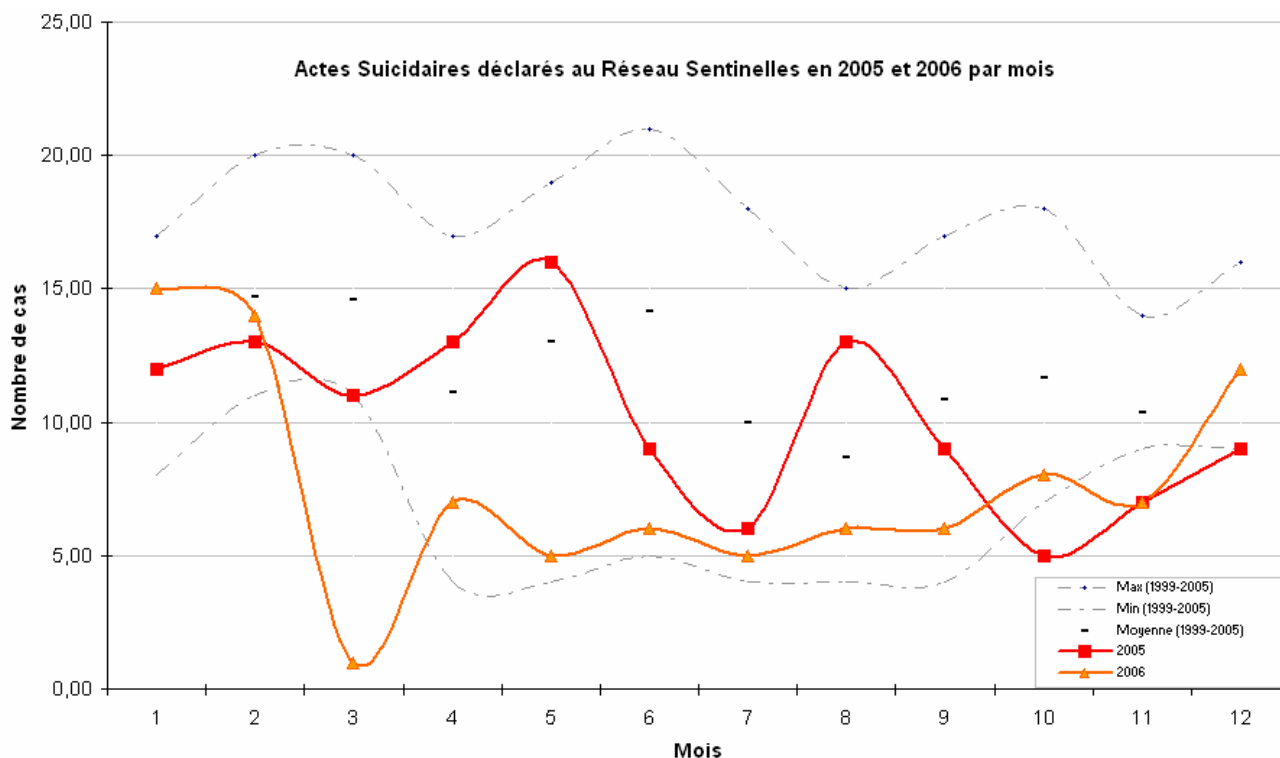


Figure 2 : Déclarations d'actes suicidaires par les médecins Sentinelles 2005-2006
La distribution de référence a été calculée à partir des des années de surveillance antérieures à l'étude (1999-2005)

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.

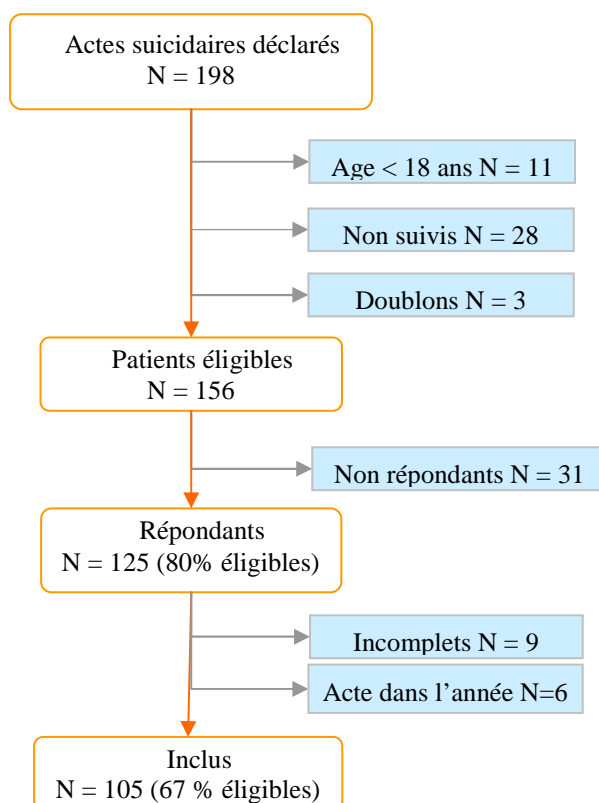


Figure 3 : Diagramme des inclusions de l'étude

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.

Psychiatriques		Suicidaires		Somatiques		Traumatiques	
	% (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^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} 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.

Caractéristiques des patients	Décédés % (N)	Non décédés % (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)	0,04
Bénéficie d'un suivi psychiatrique	48% (15)	38% (23)	0,44
Classes d'âge des patients			
• <= 25 ans	3% (1)	12% (9)	0,34 **
• 26 – 45 ans	35% (11)	42% (31)	
• 46 – 65 ans	42% (13)	33% (24)	
• > 65 ans	19% (6)	12% (9)	
Modalité de l'acte suicidaire			
• Médicament	28,1% (9)	68,5% (50)	< 0,002 **
• 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% (IC₉₅ [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% (IC₉₅ [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_{95%} [0,01 ; 5,48] d'avoir un CGI supérieur à 4 expliquant le décès.

Idées et Intentions suicidaires exprimées lors de la dernière consultation	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.

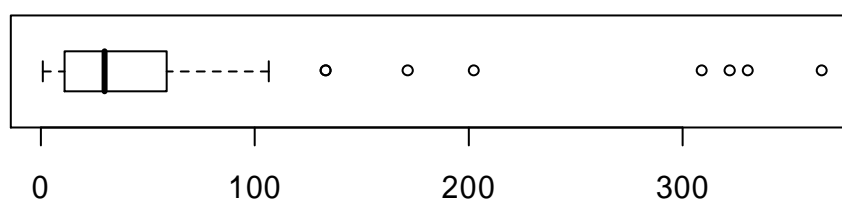


Figure 4 : Répartition des délais de la dernière consultation précédant l'acte suicidaire (en jours)

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).

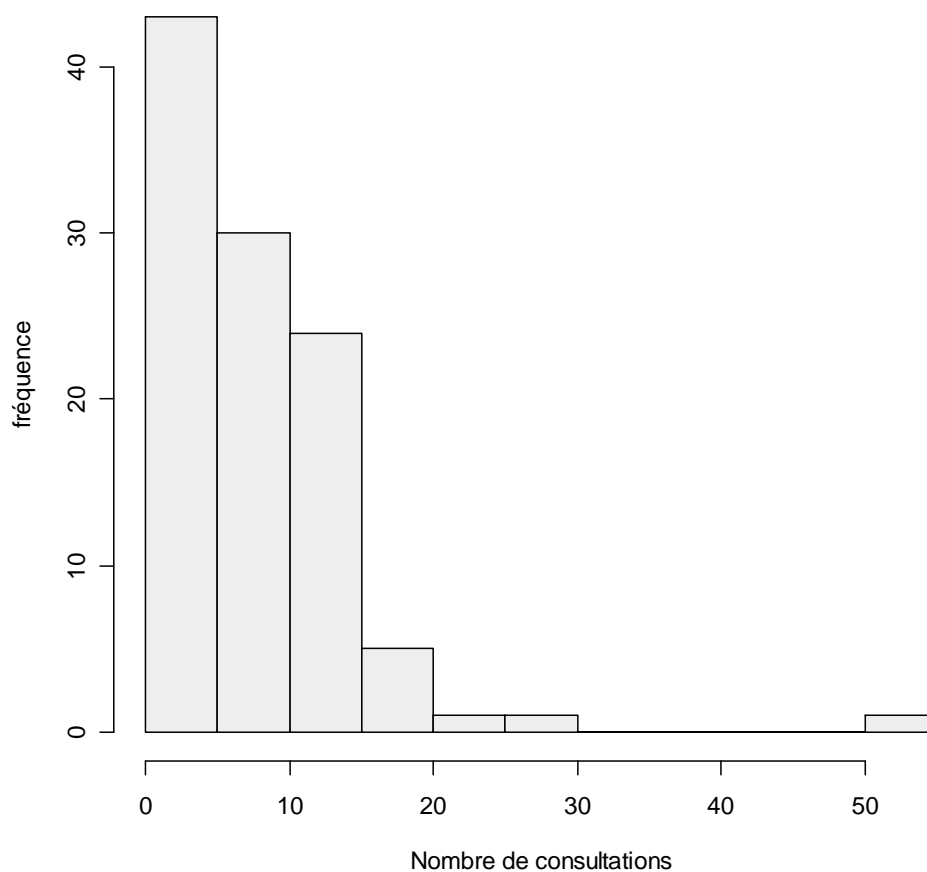


Figure 5 : Répartition du nombre de consultations par patient sur les 12 mois précédant l'acte suicidaire

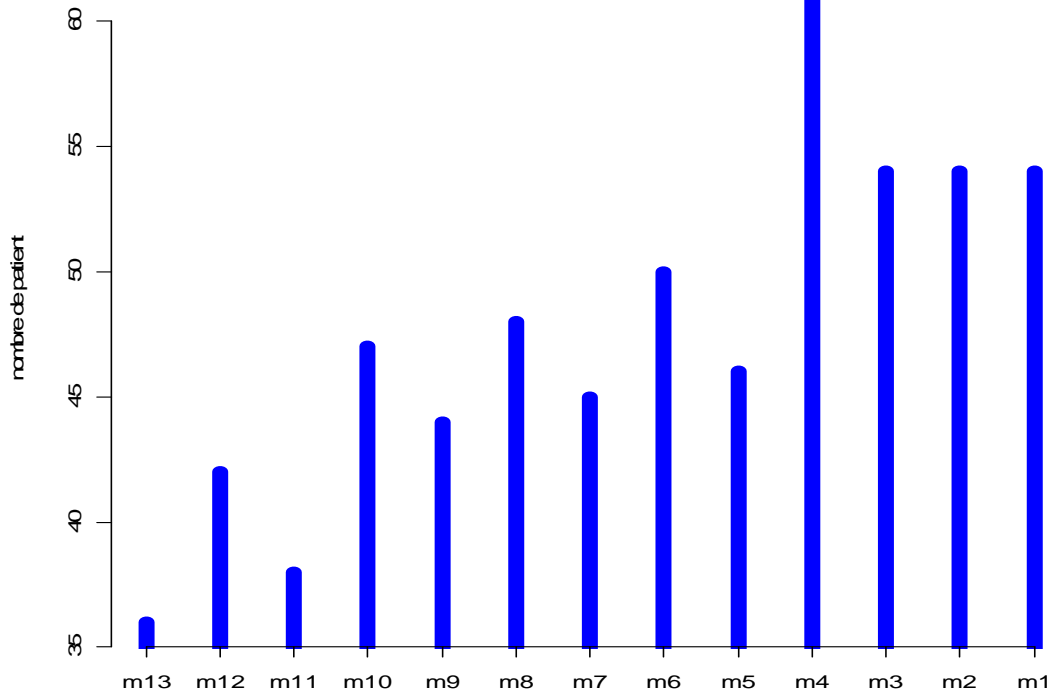


Figure 6 : Nombre de patient consultant par mois (n° du mois précédant l'acte, m0 : date de l'acte)

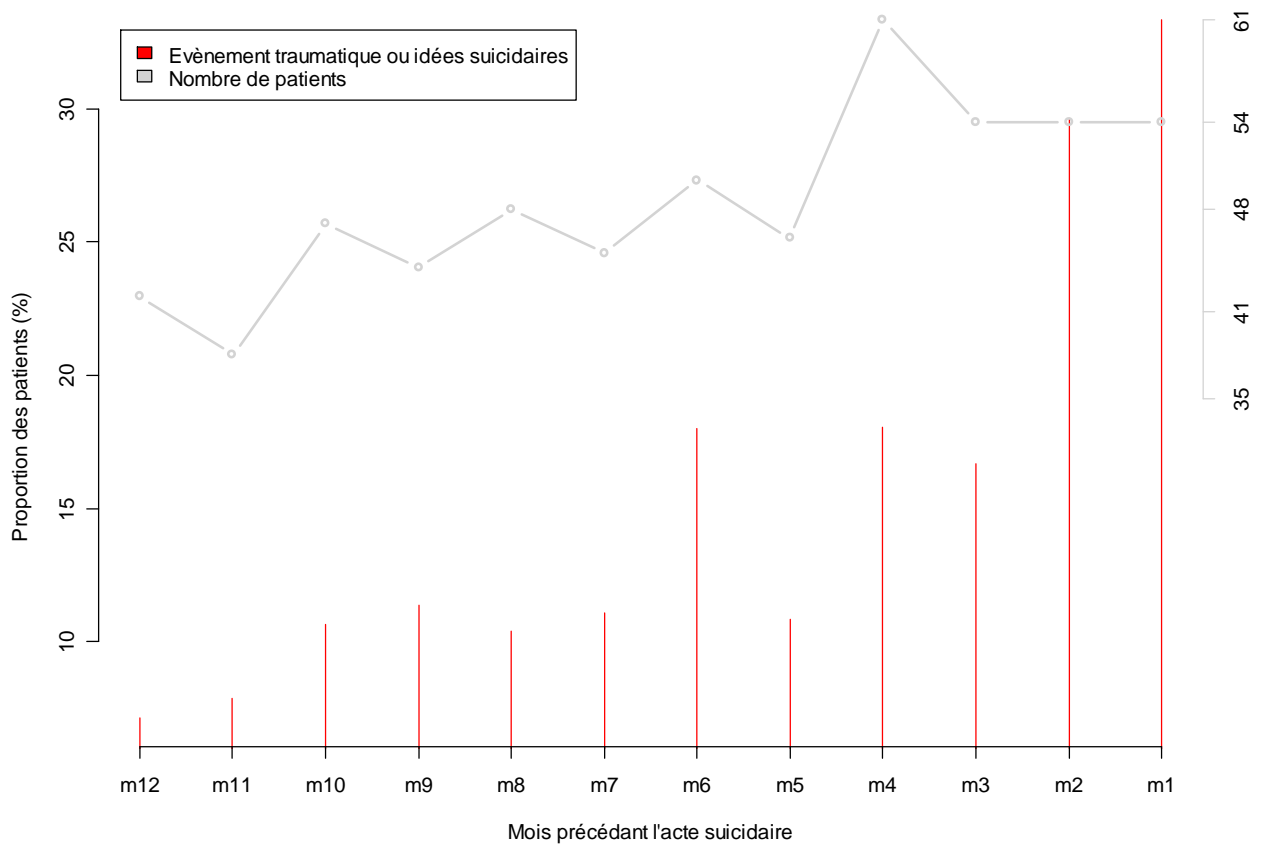


Figure 7 : Proportion de patients consultants ayant évoqué un évènement traumatique ou des idées suicidaires lors d'une consultation (en rouge). Abscisse : N° des mois en partant de l'acte suicidaire

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_{95%} [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_{95%} [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.**

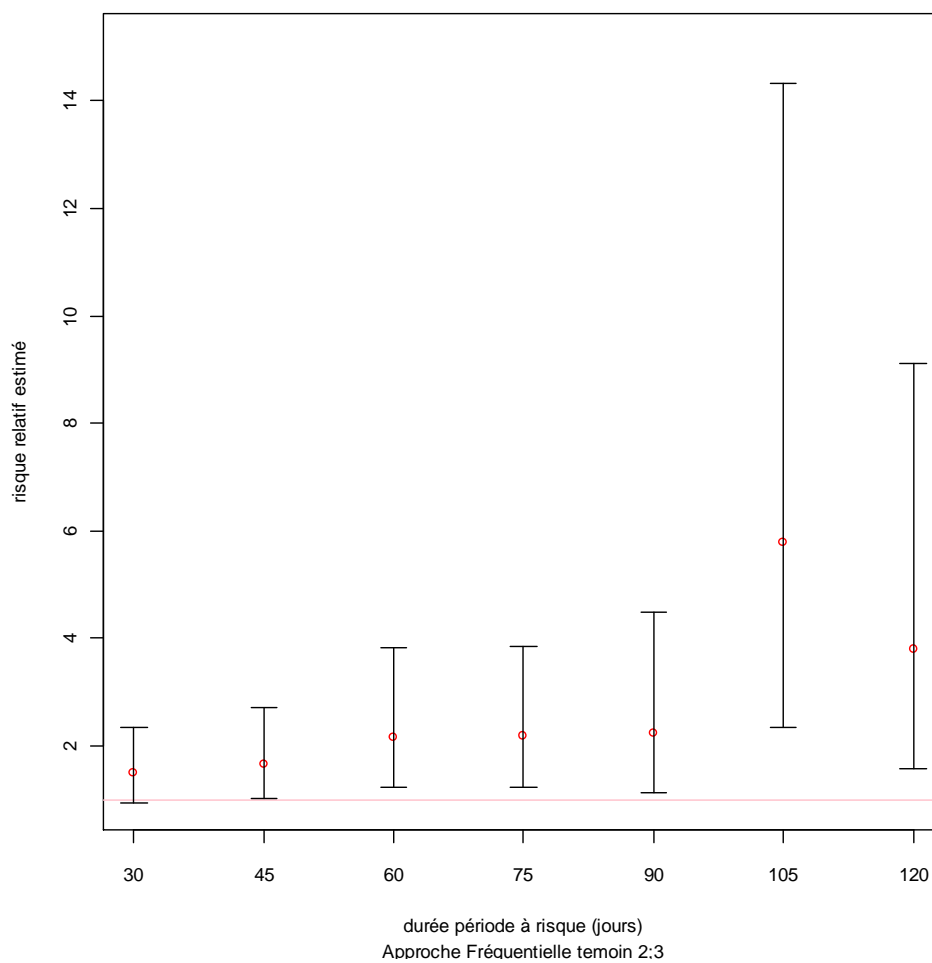


Figure 8 : Influence de la variation de la durée des périodes considérées.

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^e 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

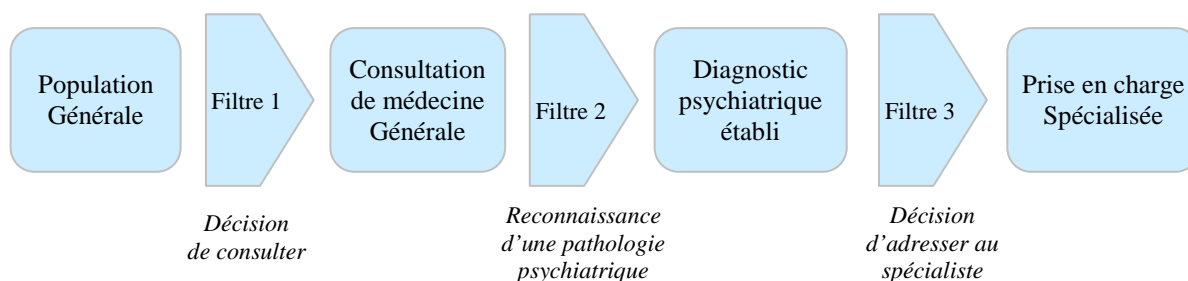


Figure 9 : Représentation du modèle de trajectoire de soins décrit par Goldberg et Huxley (37)

Référence	Vassilas C BMJ 1993 (20)	Haste F Br J Gen Prat 1998 (32)	Power K Br J Gen Prat 1997 (22)	Hyden LC Act Psy Scand 1993 (25)	Stanistreet Br J Gen Prat 2004 (14)	Houston K Br J Gen Prat 2003 (19)	Suominen Psychol Med 2004 (23)	Owens Br J Gen Prat 2004 (12)	Michel K A. Psy Scand 1997 (27)	Harwood Int J Ger Psy 2000 (44)	Booth Occ Env Med 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 ⁽¹⁾	Suicide	Suicide	Suicide	Suicide	Suicide	TS (DSH)	TS	Suicide	TS	Suicide	Suicide
Inclusion ⁽²⁾	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% 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 ⁽³⁾	63 % vs 78%	-	7C vs 4C	28% délai NC	-	-	37%	-	87 % vs 73%	-	-
C < 6 mois ⁽³⁾	-	71%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C < 3 mois ⁽³⁾	41% vs 66 %	-	-	-	56% vs 41 %	-	-	-	-	-	35% vs 41%
C < 1 mois ⁽³⁾	20% vs 48%	F34% H30%	34%	-	38 % vs 30%	60%	22%	66%	39% vs 41 %	49%	53% vs 54%
C < 1 semaine ⁽³⁾	4% vs 26%	-	-	-	-	30%	-	-	9 % vs 11%	25%	26% vs 33%
1 ^{er} sem / mois ⁽⁴⁾	20 à 50%	-	-	-	-	50%	-	-	23% vs 10%	51%	-
Augm. Mois ⁽⁵⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	18 vs 32%	-	-
Idées suicidaires	-	-	-	-	-	13%	NC	-	-	48%	-
Témoins Appariement	pat suivant âge, sexe	3 / cas âge, sexe	même GP, âge, sexe	-	92 morts accidentelles	-	-	-	-	Non	non fermiers période

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

⁽¹⁾ Suicide / Tentative de Suicide. ⁽²⁾ Critères d'inclusion de l'étude. ⁽³⁾ 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. ⁽⁴⁾ Proportion de consultations du mois précédent l'acte suicidaire qui ont lieu dans les 7 jours précédant l'acte. ⁽⁵⁾ Augmentation de la fréquence de consultation dans le mois.

7.3 Questionnaire de l'étude

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

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___/

21. Modalité	21b. Si la modalité est médicamenteuse :
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	21c. Cette personne dispose-t-elle d'une arme à feu ?
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 : /___/___/_____/,

25. exprimait-il des idées suicidaires ?	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) ?
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
26. exprimait-il des intentions ou projets vis-à-vis de ces idées suicidaires ?	(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 :

IV - Contacts précédant l'acte suicidaire déclaré

32. Dates et si possible motifs de recours à vos soins ou conseils pour les 13 mois précédant l'acte suicidaire.

Date : Si vous n'avez pas ces dates, ou qu'elles vous semblent trop nombreuses à reporter ici, n'hésitez pas à me contacter pour envisager une autre solution (possibilité par téléphone ou par mail ou imprimé).
 Si la consultation la plus ancienne remonte à moins de 13 mois, précisez « fin des C » ou barrez la fin de liste
 Précisez si possible les périodes d'hospitalisation (au moins la durée)
 Type (de contact) = T si téléphone, M si email, L si lettre, rien ou C si Consultation et visite

Du plus récent	Date	Type	Motif de recours (+ nature événement traumatique si nécessaire)	Présentait-il des idées ou intentions suicidaires ?	Vous avait-il mentionné un événement traumatique Si oui précisez au motif	CISP ne pas remplir
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
▼ Au plus ancien	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
	__/__/200_			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP*	/_/_/_/_
* NSP = Ne sais pas / Pas noté						

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Pour toute question ou difficulté n'hésitez pas à nous contacter à turbelin@u707.jussieu.fr

Remarques :