



La Bretagne en santé

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Gestion du risque suicidaire par les
médecins généralistes libéraux dans les
pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Étude qualitative réalisée par l'Observatoire
Régional de santé de Bretagne

Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Etude financée par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne
et le Conseil Régional de Bretagne dans le cadre de la
Convention additionnelle au contrat de projets Etat-Région

Réalisation et rédaction : Madame Christine QUÉLIER,
Sociologue de santé publique

Etude réalisée sous la direction de
Monsieur Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint

Mise en forme : Madame Laurence POIRIER

Janvier 2011

Remerciements :

L'Observatoire régional de santé de Bretagne et l'auteur de l'étude souhaitent remercier l'ensemble des médecins et des professionnels qui ont accepté de prêter de leur temps pour participer à ce recueil en apportant leurs témoignages et leurs réflexions.

Sommaire

	Pages
Contexte et introduction	5
Objectifs	7
Objectif général	7
Objectifs spécifiques	7
Méthode	9
Une approche qualitative	9
Méthodologie mise en oeuvre	9
Résultats	13
Description de la population interviewée	15
Les caractéristiques du phénomène suicidaire telles que décrites par les interviewés	17
Un phénomène qui apparaît peu fréquemment à l'échelle d'un cabinet de généraliste	17
Une diversité de situations	19
Les pratiques de gestion du risque suicidaire en médecine générale	25
La prévention au quotidien	25
Les différentes options dans un contexte contraint	29
Les difficultés de la prise en charge	37
Les difficultés liées aux patients	37
La pénurie de psychiatres	37
La difficulté d'articulation avec les CMP	40
Le frein financier de l'orientation vers les psychologues libéraux	41
Le manque de retour d'information	42
Incompréhension et déception sur la qualité de prise en charge spécialisée	45
La solitude du médecin généraliste	47
En résumé	49

	Pages
Les points de satisfaction	51
En résumé	54
Les attentes et suggestions des interviewés	55
Remédier à la pénurie de professionnels	55
Adapter la loi à la pénurie de psychiatres	56
Développer le recours aux psychologues	56
Améliorer la communication	57
Eduquer	58
Innover	58
Formation et information : une absence de besoin ressenti	60
Discussion	63
Discussion de la méthode	65
Discussion des résultats	67
La question de la visibilité dans la pratique médicale d'un phénomène épidémiologique	67
Les effets d'un déficit de spécialistes	68
La persistance des cloisonnements	70
Des améliorations locales diversement perçues	71
Pistes d'action	73
Décloisonner	73
Proposer des consultations psychologiques accessibles	74
Informar la population	75
Conclusion	77
Bibliographie	79
Annexes	81

Contexte et introduction

Le phénomène suicidaire et sa prévention constituent une priorité de santé publique en Bretagne identifiée à la fois par le Conseil Régional de Bretagne et par l'Agence Régionale de Santé. La mortalité par suicide y est en effet la plus élevée de toutes les régions françaises avec de fortes disparités infra-régionales marquées notamment au nord-ouest de la région.

Ainsi les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo présentent une situation particulièrement défavorable, affichant sur la période 2000-2006 des écarts supérieurs de + 131% et + 81% vis-à-vis du niveau moyen de mortalité masculine observé en France et de + 69% et + 109% pour la mortalité féminine¹. Sur la période 1997-2006 et pour les deux sexes confondus, l'excès observé au sein des deux pays est respectivement de + 32% et + 25% vis-à-vis de la moyenne régionale².

Dans ce contexte, l'Observatoire régional de santé de Bretagne qui conduit depuis plusieurs années au niveau régional ou infra-régional un ensemble de travaux relatifs à l'amélioration de la connaissance épidémiologique du phénomène³ a été missionné par l'Agence régionale de santé de Bretagne et par le Conseil régional pour conduire une étude qualitative à l'échelle des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, notamment auprès de médecins généralistes⁴ dans l'objectif d'améliorer la connaissance des modes de prises en charge, d'orientation et de suivi proposés en ambulatoire.

¹ La santé dans les 21 pays de Bretagne - Synthèse. ORS Bretagne - juin 2010.

² Etude sur le phénomène suicidaire dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. ORS Bretagne - juillet 2009.

³ Voir site internet de l'ORS Bretagne : <http://www.orsbretagne.fr> - Rubrique Suicide et tentatives de suicide.

⁴ Dont le rôle a été souligné par le jury de la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

Cette étude réalisée entre septembre et décembre 2010 et dont le présent rapport rend compte se veut être un outil complémentaire d'aide à la décision pour les promoteurs et les acteurs professionnels impliqués dans la prise en charge du phénomène suicidaire au service de la population concernée.

Après une présentation de la méthodologie sur laquelle s'est appuyée l'enquête, les résultats et les pistes d'action qu'ils suggèrent sont restitués.

Objectifs

Objectif général

Compléter, à l'échelle de deux pays bretons, les connaissances acquises en ce qui concerne les tentatives de suicide prises en charge en milieu hospitalier, en élargissant le périmètre de l'analyse aux prises en charge réalisées en médecine générale afin de proposer des axes d'amélioration pour participer à la prévention des récurrences.

Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Mieux connaître les modes de prise en charge, d'orientation et de suivi en médecine générale des patients suicidants.
- Identifier les modes de coordination et de coopération des médecins généralistes avec les autres acteurs impliqués dans le soutien et les prises en charge.
- Identifier les leviers permettant d'améliorer la prise en charge et le suivi des suicidants dans le secteur ambulatoire afin de participer à la prévention des récurrences.

Vertical line

Méthode

Une approche qualitative

S'agissant de recueillir des éléments d'expériences et de pratiques, l'approche qualitative a semblé la plus appropriée. Ce choix a été conforté par le fait que les taux de réponses des médecins aux enquêtes par questionnaire sont en général très faibles.

Le but n'était pas de toucher le plus de médecins possible pour qu'ils répondent à des questions standards, mais de permettre à un nombre limité de médecins de produire un discours fait de récits d'expériences, d'opinions et de suggestions.

L'entretien semi-directif constitue une technique de recueil de données adaptée à cette approche : basée sur l'écoute et une faible directivité⁵, elle offre une liberté et un temps qui favorise l'expression des enquêtés et l'élaboration de leur point de vue⁶.

Méthodologie mise en oeuvre

Un entretien exploratoire avec un professionnel local connaissant bien la problématique du suicide a été réalisé avant le démarrage de l'enquête pour recueillir des informations sur la situation locale (organisation des structures, identification des différents acteurs). Ce professionnel a été également sollicité pour identifier les interlocuteurs des services d'urgences hospitaliers.

⁵ Blanchet A., L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens, Dunod (coll « psycho sup »), 1993.

⁶ Rogers C.R., « The non directive Method as a technic for social research », American Journal of sociology, 1945, 50-4, pp.279-283.

Afin d'interviewer individuellement des médecins généralistes, mais aussi des psychiatres libéraux et des urgentistes hospitaliers, le recueil a été réalisé par téléphone. Les entretiens se sont déroulés entre septembre et décembre 2010.

L'ensemble de l'étude a été réalisé par une sociologue spécialisée en santé publique.

Au total, 30 entretiens ont été effectués auprès de médecins concernés par la gestion du risque suicidaire : 25 auprès de médecins généralistes, 2 auprès de psychiatres libéraux et 3 auprès de médecins urgentistes.

■ Constitution de l'échantillon

La mise en œuvre de l'enquête a nécessité de constituer un échantillon de médecins généralistes au nombre de 25 sur 176 que comptent les pays de Guingamp (56) et Trégor-Goëlo (120).

Cet échantillon a été construit à partir du fichier de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Sur les critères du pays d'installation, d'âge, de sexe, d'année d'installation et d'exercice seul ou en cabinet de groupe, une répartition théorique a été calculée et a permis la constitution d'un échantillon stratifié de façon à ce qu'il représente au mieux la population des médecins généralistes des deux pays. Pour chaque strate, un tirage au sort a ensuite été effectué, les médecins se voyant proposer un entretien étant ainsi choisis de façon aléatoire.

En fonction des refus des médecins initialement tirés au sort, l'opération a été reproduite jusqu'à atteindre l'objectif d'inclusion de 25 entretiens de médecins généralistes.

Concernant les psychiatres libéraux, les quatre praticiens exerçant sur les deux pays ont été sollicités.

Enfin, un médecin de chaque service d'urgence hospitalier présent au sein des deux pays (Guingamp, Lannion et Paimpol) a été sollicité : deux chefs de service et un urgentiste non chef de service. Le choix a été effectué en fonction de l'intérêt qu'ils portent au sujet.

■ Modalités de prise de contact

Un courrier postal a été envoyé dans un premier temps aux médecins sélectionnés (voir annexe 1), expliquant les objectifs de l'étude et annonçant une prise de contact téléphonique. Quelques jours plus tard, chaque médecin a été contacté par la sociologue pour obtenir son accord de participation à l'enquête et programmer un rendez-vous téléphonique (annexe 4). Sept entretiens ont été réalisés au moment de cette prise de contact ou dans l'heure qui suivait, car le médecin était disponible. La majorité des entretiens a été programmée la semaine qui suivait ce premier appel.

■ Difficultés de recrutement

Les refus de participer à l'enquête ont été nombreux : 52 généralistes ont été contactés pour 25 accords ; 4 psychiatres libéraux pour 2 accords ; tous les médecins hospitaliers contactés ont accepté.

Les refus ont presque toujours été motivés. Certains médecins ne participent jamais à des études, ou ne le font plus après avoir été sollicité à de multiples reprises et souvent déçus du manque de suites (retour d'information ou action) : c'est la raison avancée par 9 médecins généralistes et un psychiatre sollicités. L'enquête téléphonique est parfois spécifiquement rejetée, car les rendez-vous précis sont difficiles à tenir pour les médecins qui par ailleurs n'apprécient pas de monopoliser leur ligne pendant plusieurs dizaines de minutes.

Pour 8 médecins généralistes et un psychiatre, c'est le manque de temps qui a été invoqué pour ne pas participer.

Six autres médecins ont déclaré ne pas être intéressés ou pas concernés par l'étude.

Enfin, diverses impossibilités ont conduit à une non participation : des médecins ayant déjà été interviewés sur le sujet récemment, des médecins à exercice particulier ou encore en arrêt maladie.

Les médecins en cabinet de groupe ont été beaucoup plus difficiles à joindre (leur accès étant toujours filtré par un secrétariat) ; ils ont plus souvent invoqué que leurs confrères exerçant seuls, le manque de temps et la sur-sollicitation.

■ Déroulement des entretiens

Les entretiens avec les médecins généralistes ont été réalisés en première intention entre le 03 septembre et le 21 octobre 2010. Les entretiens avec les psychiatres libéraux et les urgentistes ont eu lieu entre le 10 novembre et le 07 décembre 2010.

Afin de faciliter la participation, aucun créneau horaire n'était exclu. Des entretiens ont eu lieu à 08 heures ou à 21 heures, mais le plus souvent sur des horaires de fin de matinée ou début d'après-midi. Les aléas de la pratique médicale ont provoqué de nombreux reports de rendez-vous, mais sans que cela n'affecte l'engagement initial pris par les médecins de participer.

Un guide d'entretien a été élaboré pour chaque type de médecin (généralistes, psychiatres libéraux, urgentistes – voir Annexe 5). Pour les médecins généralistes, le guide prévoyait d'aborder différents thèmes :

- le mode de prise en charge habituel des suicidants,
- le profil des patients suicidants,
- la fréquence des tentatives de suicides ou suicides dans la patientèle,
- les principales difficultés de la prise en charge et de la prévention de la récurrence en médecine générale dans le contexte local,
- les contacts et la coordination avec les autres acteurs pouvant intervenir dans la prise en charge ou la prévention,

- les atouts, la spécificité du médecin généraliste,
- les suggestions d'amélioration de la prévention et de la prise en charge,
- les besoins de formation et d'information.

Les entretiens avec les médecins généralistes ont duré en moyenne 30 minutes, oscillant selon les disponibilités des praticiens entre 15 et 62 minutes.

Les entretiens complémentaires (psychiatres, urgentistes) ont duré en moyenne 37 minutes (de 22 à 58 minutes).

Tous les propos ont été pris en notes de façon la plus exhaustive possible et ces notes retranscrites sous Word afin de faciliter l'analyse.

■ Analyse des entretiens

L'analyse a été réalisée en fonction des thèmes abordés (analyse thématique) et des objectifs de l'étude (annexe 7). Les différents discours des interviewés ont été comparés afin d'en dégager les points communs et les divergences.

Les entretiens des généralistes sont centraux dans cette analyse. Les discours des deux psychiatres et des trois urgentistes viennent compléter, confirmer ou nuancer le point de vue des omnipraticiens.

Des extraits d'entretiens (verbatim) illustrent cette analyse. Ces extraits sont choisis pour leur contenu factuel et leur valeur expressive. Ils sont fidèlement retranscrits, avec les imperfections normales du langage oral.

L'analyse des données respecte l'anonymat des personnes et des lieux. Lorsque des propos sont cités, leur auteur est identifié par une lettre, choisie de façon aléatoire (Dr A, Dr B. etc.).

Résultats

Après avoir présenté les caractéristiques des médecins interviewés, l'analyse des entretiens réalisés sera exposée.

Vertical line

Description de la population interviewée

Les 25 généralistes interviewés se répartissent sur 21 communes des deux pays et exercent pour 15 d'entre eux dans le pays de Trégor-Goëlo et pour 10 d'entre eux dans le pays de Guingamp.

Le jeu des refus et des réponses différées, mais aussi les difficultés rencontrées pour joindre certains médecins a conduit à des ajustements réguliers de l'échantillon. Toutefois, les profils des omnipraticiens interviewés reflètent bien l'échantillon théorique (Tableau 1). Par rapport à la répartition attendue, on peut malgré tout noter qu'un peu moins de médecins qui exercent en cabinet de groupe ont été recrutés impliquant une légère surreprésentation d'omnipraticiens exerçant seuls. Ce fait s'explique par le plus grand nombre de refus des médecins exerçant en cabinet de groupe.

On note également une date d'installation moyenne plus récente que la moyenne globale (16 ans au lieu de 21 ans) ; il faut toutefois considérer que le fichier URCAM pouvait inclure des médecins ayant pris leur retraite depuis sa dernière mise à jour.

Sur les autres critères d'échantillonnage, la répartition de l'échantillon des médecins interviewés est très proche de celle attendue (sexe et âge notamment).

Tableau 1 : Comparaison de la répartition des médecins généralistes dans l'échantillon théorique et l'échantillon réel selon les critères retenus

Échantillon	Nombre de MG	Femmes	Hommes	Âge moyen	Âge médian	Seul	Groupe	Durée d'installation (*)
Théorique	25	8	17	53	54,5	<u>12</u>	<u>13</u>	21 ans
Réel	25	9	16	52	52	<u>15</u>	<u>10</u>	16 ans

* Sur le département

En ce qui concerne les entretiens complémentaires, un psychiatre libéral interviewé exerce dans le pays de Guingamp, l'autre psychiatre dans le pays du Trégor-Goëlo.

Les trois médecins urgentistes sont répartis sur les trois centres hospitaliers de la zone concernée par l'étude.

Les caractéristiques du phénomène suicidaire telles que décrites par les interviewés

Un phénomène qui apparaît peu fréquent à l'échelle d'un cabinet de généraliste

Tout d'abord, il importe de noter que la majorité des médecins généralistes interviewés dit être peu confronté aux tentatives de suicide et au suicide. « *Je n'ai quasiment pas de suicides dans ma clientèle* », « *j'ai quand même très peu de cas* » sont des propos récurrents dans les entretiens.

Cette situation est en partie liée au fait qu'ils ne sont plus appelés en premier pour un passage à l'acte : le médecin généraliste n'est plus de garde 24 h sur 24 comme autrefois, alors que les passages à l'acte se déroulent selon eux le plus souvent la nuit ou les week-ends. De fait, l'entourage du suicidant appelle en premier lieu le 15 et le patient est pris en charge par l'hôpital en première intention.

« C'est moins fréquent qu'avant quand même (le suicide) pour nous car le système de garde a changé, la permanence des soins, c'est quelque chose qui n'est plus, à partir du soir, c'est le 15 donc les situations aiguës nous sont beaucoup moins fréquentes qu'il y a 10 ans.

- Car elles ont lieu surtout le soir et la nuit ?

- Oui. Et pour le suivi émotionnel des patients c'est moins bien. » (Dr R.)⁷.

⁷ Chaque verbatim est suivi d'une lettre qui identifie l'auteur des propos. Cette lettre a été attribuée de façon aléatoire et ne correspond donc pas à la première lettre du patronyme de l'interviewé. Les généralistes sont identifiés par les lettres A à Y, les urgentistes par les lettres UZ, UY, UX et les psychiatres libéraux par Ps1 et Ps2.

« Souvent les tentatives de suicide sont quand même amenées aux urgences car il y a une phlébotomie ou une ingestion de médicaments, il est rare qu'on soit appelé directement. » (Dr A.)

« Je vois de moins en moins de tentatives de suicide en prise en charge immédiate (...) Je vois plus des gens qui ont des idées suicidaires. Dans la journée, il y a peu de passages à l'acte. » (Dr E.)

« En général, ce n'est pas moi qui fait la prise en charge immédiate quand il y a passage à l'acte ; je suis informée par la famille ; d'ailleurs on est appelé pour un soutien familial, notamment en cas de décès. » (Dr K)

Certains généralistes disent voir désormais plus de suicidés qu'ils ne connaissent pas, pour des certificats de décès, que de suicidants dans leur propre patientèle.

« J'ai fait pas mal de constats de suicides (pendus, noyés), mais dans mes patients j'en ai peu. » (Dr C.)

« Aujourd'hui finalement je vois peut-être plus de suicidés que de suicidants : des suicidés pour identification, par réquisition. » (Dr R.)

La fréquence plus ou moins grande des actes suicidaires est avant tout une fréquence ressentie, subjective, les médecins ne tenant pas de statistiques personnelles pour objectiver le phénomène qui peut être très fluctuant pour un même praticien, d'une année sur l'autre par exemple, ou apparaître plus massivement sur de nombreuses années d'exercice. Seuls deux médecins généralistes disent avoir été confrontés souvent au suicide dans leur exercice libéral.

« Il y a eu trois suicides pour moi depuis le début de l'année. » (Dr Y.)

« J'ai 22 ans d'installation, j'ai vu beaucoup de suicides, beaucoup de suicidés : des jeunes, des anciens, par pendaison, sous le train, par armes à feu, gazéification dans une voiture ... » (Dr J.)

Même s'ils sont rarement confrontés à un passage à l'acte d'un de leurs patients, le phénomène suicidaire fait partie de la pratique des généralistes interviewés, surtout comme un risque qu'ils craignent de ne pas repérer au bon moment. Ce risque concerne surtout les patients anxio-dépressifs chroniques, mais aussi potentiellement tous les patients qui sont confrontés à un événement de vie difficile (deuil, conflit, chômage) qu'ils ne parviendront pas à surmonter, ainsi que les patients alcooliques.

Compte tenu de ces éléments, les entretiens ne se sont pas focalisés sur les tentatives de suicide, mais ont abordé plus largement le risque suicidaire.

Une diversité de situations

Tous les généralistes ont été invités lors de l'entretien à relater un cas de patient suicidaire ou suicidant. Dix sept se sont prêtés à ce récit, sur un ou plusieurs cas. Sur les 33 cas évoqués (certains médecins en évoquant plusieurs), de façon bien sûr anonyme, 17 sont des cas de suicidés (pendaisons majoritairement), 8 sont des tentatives de suicide (médicamenteuses majoritairement) et 8 sont des patients qui ne sont pas passés à l'acte mais ont présenté un risque important.

Ces récits montrent que les généralistes sont confrontés à une diversité de situations cliniques et de profils de patients : de la jeune fille de 16 ans ayant des difficultés familiales jusqu'à la personne âgée dépressive en passant par des raptus et des cas liés à des addictions. Les spécificités locales sont aussi analysées par quelques médecins.

■ Les variations selon le sexe et l'âge

Les généralistes sont réticents à rechercher dans leur expérience des profils généraux ou des tendances ; pour eux, chaque cas est particulier et ne peut être réduit dans une catégorie quelconque. Toutefois, il ressort de leurs témoignages quelques traits récurrents.

■ Le sexe

À l'instar de ce que montrent les statistiques, les généralistes observent davantage de tentatives chez les femmes et d'utilisation de moyens radicaux chez les hommes, comme la pendaison ou le suicide par arme à feu. Les hommes sont aussi ceux dont le passage à l'acte surprend souvent le généraliste

« Ce sont surtout des femmes qui passent à l'acte, mais de façon moins violente avec des médicaments, de l'alcool, ce sont plus des appels au secours. Il faut faire la différence entre les deux (tentative de suicide et suicide) même si parfois les tentatives peuvent être fatales. » (Dr K.)

« Cela vous arrive souvent d'être surpris par une tentative de suicide ou un suicide ? Ça arrive souvent oui, surtout chez les hommes. Des fois je les sens venir, mais souvent non » (Dr M.)

■ L'âge

Selon les généralistes, le risque suicidaire s'observe à tout âge, y compris chez la personne âgée. Ils disent toutefois être peu confrontés au suicide adolescent (seuls deux médecins ont une activité orientée vers les enfants et adolescents) et situent la fréquence la plus élevée du phénomène suicidaire chez les 30-50 ans ou 30-60 ans, c'est-à-dire chez les adultes actifs.

*« -Quel est le profil des patients suicidants que vous voyez ?
- Je n'ai pas de profil spécifique, je vois un peu tous les âges, moins les ados quand même car ils consultent peut-être pas le généraliste. » (Dr B.)*

« Il n'y a pas de profil type du suicidaire, j'ai surtout vu des gens entre 30 et 50 ans ou des gens de ... (entreprise locale), plutôt lié à un contexte économique. » (Dr E.)

« C'est un peu compliqué, c'est difficile de tout mettre sous la même appellation, on a quand même des catégories différentes ; on a la population âgée, des gens qui ont des tendances suicidaires avec des dépressions plus ou moins larvées et des pulsions suicidaires soudaines, c'est surprenant. Ils sont souvent sous antidépresseurs et anxiolytiques. À côté de cela, on a une population jeune avec des décompensations brutales souvent. Entre les deux, on a tous les gens qui ont une tendance dépressive et c'est celle qui nous pose problème, celle qu'on a à gérer au quotidien. » (Dr Q.)

Le suicide des personnes âgées est aussi évoqué dans les entretiens.

« Dans les personnes âgées que j'ai suivies et qui passent à l'acte c'est souvent un raptus anxieux, par pendaison, ils se ratent rarement. » (Dr E.)

« Il y a les suicides des personnes âgées : vous passez à côté tous les jours de ces dépressions larvées des personnes âgées. » (Dr H.)

« Les suicides de personnes âgées, ça peut arriver. J'ai eu l'exemple d'une personne âgée en foyer logement qui s'est étouffée avec un sac en plastique » (Dr I.)

« J'ai une patiente qui s'est pendue à 90 ans le jour où elle devait entrer en maison de retraite, elle avait dit à ses enfants qu'elle ne ferait pas sa valise ... » (Dr B.)

Dans les services d'urgences locaux, on observe également l'émergence du suicide des personnes âgées mais aussi des passages à l'acte précoces, chez les jeunes adolescents.

« On voit émerger depuis quelques années des tentatives de suicide chez des sujets jeunes, à partir de 13 ans. Ce qu'on voit aussi émerger c'est le suicide de la personne âgée, du troisième et du quatrième âge, depuis trois quatre ans. » (Dr UY, urgentiste)

■ Les facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants ou favorisant le suicide le plus souvent mis en avant sont les difficultés socio-économiques et personnelles ainsi que les addictions.

■ Les difficultés socio-économiques et personnelles

Le contexte socio-économique crée parfois des situations de grande difficulté qui favorisent la dépression et le sentiment d'impasse.

« Je vois énormément de gens déprimés, cela ne m'étonne pas que les français soient les premiers consommateurs d'antidépresseurs. Il y a quand même beaucoup de difficultés socio-économiques, l'éclatement des structures familiales on a quand même beaucoup de gens qui ont des difficultés à vivre, qui sont noyés dans tous leurs problèmes et on est assez désarmés par rapport à tout ça. » (Dr V.)

« Les problèmes sociaux déteignent beaucoup sur les problèmes de santé et il y a une aggravation ces dernières années. » (Dr H.)

« Il y a beaucoup de difficultés socio-économiques dans le département, le SMUR est souvent appelé pour des suicides d'agriculteurs, ils ne se ratent pas en général. » (Dr UY, urgentiste).

La difficulté à faire face se manifeste aussi à l'occasion d'événements de vie comme les divorces, les deuils.

« Et puis il y a des gens qui réagissent à des problèmes de vie : des deuils, des gens qui traînent des problèmes anxio-dépressifs, des histoires de vie très dures et qui nous montrent qu'ils sont sur le fil du rasoir. Là c'est plus clair, on sait que ça ne va pas, ce sont des épisodes de creux de vague mais quand ils vont bien, les choses se remettent en place assez facilement. » (Dr U.)

« Dans les ruptures sentimentales, la personne a l'impression de ne plus rien avoir à perdre. Dans ces cas-là, on joue serré car, je trouve qu'il y a beaucoup de passages à l'acte. » (Dr B.)

Certains interviewés observent d'ailleurs une banalisation du suicide qui devient une «solution» aux difficultés : un phénomène qui peut toucher certaines familles mais qui se constate dans la société globale.

« J'ai l'impression qu'il y a des familles où on se suicide plus, ou des quartiers, comme s'il y avait une permissivité par rapport à l'acte ; j'ai vu plusieurs maisonnées touchées par la pendaison. » (Dr A)

« Le suicide s'est beaucoup banalisé, je ne veux pas entrer dans des débats philosophiques mais ... la morale judéo chrétienne n'est plus très présente, maintenant des suicides il y en a à la pelle ; j'ai l'impression que les gens, quand ils ne vont pas bien, qu'ils sont dans une impasse, ils décident de passer à l'acte ... l'acte se banalise pas mal, il n'y a plus d'interdit. » (Dr T.)

■ Les addictions

Les comportements addictifs constituent le deuxième facteur le plus souvent cité comme étant associé au phénomène suicidaire.

« Ce sont les soucis professionnels qui dominent, familiaux en deuxième, c'est surtout la conjoncture et les addictions diverses et variées cannabis-alcool chez les jeunes / alcool chez les plus de 40 ans. Il y a beaucoup de consommations ; l'alcool ça a toujours existé ... et c'est souvent relié à la problématique suicidaire. » (Dr L.)

« Il y a quelques années : un petit jeune qui s'est pendu, il fumait pas mal de cannabis, il y avait probablement une psychose sous-jacente, il entendait des voix, il a cru que les gendarmes étaient là pour le mettre en prison alors il s'est pendu. » (Dr M.).

Alors que le lien entre suicide et consommation importante de cannabis est facilement compris (du fait notamment du risque majoré d'hallucinations et de délires), la relation entre suicide et alcool est constatée mais reste floue.

« L'alcoolisme est aussi lié au suicide, je crois que la carte de l'alcoolisme et du suicide sont les mêmes. » (Dr A.)

« Il y a un lien un peu compliqué entre alcool et suicide, l'ébriété aiguë par exemple, on ne sait pas si c'est de l'autolyse... » (Dr UZ)

■ Le sens des passages à l'acte

Au-delà des facteurs déclenchant ou favorisant le passage à l'acte suicidaire, certains généralistes interviewés relèvent le fait que tous les suicides ou tentatives de suicides ne correspondent pas à une recherche construite de mort : c'est ce qu'ils apprennent des patients qui n'ont pas réussi leur suicide ou en ont été dérouteré in extremis.

Il y a les tentatives de suicide qui sont manifestement des appels au secours.

« Il y a aussi des appels au secours des gens qui prennent des médicaments et qui m'appellent en disant je viens de prendre des médicaments, je suis en train de partir ... » (Dr V.)

D'autres cas traduisent une volonté de dormir, d'oublier :

« On a des patients qui ont fait une TS non pour mourir mais pour oublier, pour dormir, on retrouve cela dans quelques dossiers, c'est un profil particulier » (Dr U.)

Ces cas laissent percevoir au généraliste une possibilité d'aider la personne.

Plus difficiles à comprendre sont les cas de passages à l'acte impulsifs (raptus) qui ne laissent guère de possibilité de prévention.

« J'ai le cas d'un patient qui a pourtant tout fait pour réussir son suicide : il s'est noyé dans sa baignoire avec électrification et prise de médicament. En fait les pompiers sont venus et ce monsieur est ressorti de là avec l'idée qu'il n'a pas compris son geste. J'ai surtout des tentatives impulsives comme ça, le déprimé avec une construction suicidaire je n'en vois pas beaucoup. Là c'était à cause d'un problème d'argent, le monsieur avait reçu une facture ... et dans ces cas là on ne le sent pas venir, cela tient à peu de choses d'ailleurs. Un autre patient qui était en train de préparer sa pendaison, il avait la corde, il se dirigeait vers son hangar pour se pendre et là un voisin l'interpelle pour un sujet banal et là il me dit après : j'ai baissé les yeux et j'ai vu la corde dans mes mains et je me suis dit « qu'est-ce que t'es en train de faire ? ». Et depuis, il n'a pas recommencé. » (Dr W.)

La perception qu'ont les médecins généralistes du profil des suicidants fait donc plutôt ressortir une population adulte active ou âgée, atteinte de dépression (chronique ou réactionnelle, parfois larvée et non diagnostiquée), en lien avec des histoires personnelles et/ou des contextes de vie difficiles. À côté de ce profil central, sont aussi présents des passages à l'acte impulsifs qui semblent imprévisibles.

■ Les spécificités locales

Sur un plan plus général, plusieurs médecins se sont exprimés sur l'importance du taux de suicide local, soit au niveau du pays, du département ou de la région.

Réalité peu perceptible au niveau d'un cabinet, le taux de suicide élevé dans les pays de Trégor-Goëlo et Guingamp n'est pas compréhensible pour certains :

*« C'est bizarre qu'il y ait plus de suicides ici, on ne voit pas pourquoi ... » (Dr I.)
« Le problème social n'est pas pire qu'ailleurs, les gens ne sont pas plus pauvres qu'ailleurs. Les agriculteurs sont plutôt des chefs d'entreprise, je ne vois rien de spécifique à cette zone. » (Dr C.)*

Plusieurs généralistes, psychiatres et urgentistes se rejoignent pour expliquer le taux de suicide par l'importance de l'alcoolisme et de la ruralité en Bretagne, et particulièrement dans ces deux pays.

« « Tristesse, pessimisme fondamental, fatalisme, abandonisme, il y a un fond culturel breton qui est spécifique, je les trouve assez tristes les bretons, assez alcooliques, on boit pour tomber, pour ne plus savoir qui on est, ce n'est pas comme dans d'autres régions où on boit par plaisir » (Dr C.)

Pour un des psychiatres interviewés, l'alcool expliquerait une grande partie de la surmortalité par suicide :

« Il y a un facteur alcool qui est spécifique à la Bretagne. Les suicides où il n'y a pas d'alcool du tout, il n'y en a pas tant que cela. Dans la majorité des suicides il y a une prise d'alcool qui favorise le passage à l'acte. Si on enlevait ce facteur, les statistiques redeviendraient normale. » (Dr PS1, psychiatre)

Pour un urgentiste, l'alcool expliquerait le taux de passage à l'acte réussi :

« On a beaucoup de syndromes dépressifs que j'appelle « arrosés » dans notre région. Quand quelqu'un se pend il a bu avant pour pouvoir agir. (...) Si on est dans une région où les gens réussissent autant leur suicide c'est parce qu'il y a prise de boissons alcoolisées qui facilite le passage à l'acte, notamment à des actes extrêmes et donc efficaces, mortels. » (Dr UZ, urgentiste)

La ruralité, avec ce qu'elle implique aujourd'hui comme isolement, manque de communication, repli sur soi est évoquée par un médecin généraliste et un psychiatre libéral comme facteurs locaux aggravant la propension au suicide :

« Le second facteur c'est la ruralité. L'agriculteur vit dans un bocal, il rumine ses difficultés, cela grossit son problème. L'échange, la communication évite quand même beaucoup de choses. Quelqu'un qui a peu de contacts avec l'extérieur, son problème devient d'autant plus grand qu'il n'a pas de point de comparaison. Il y a pas mal de conflits, de difficultés qui sont liés au mode de vie aussi : les bretons restent beaucoup ensemble, il y a une proximité familiale qui peut générer des conflits. Il y a le climat aussi : les bretons investissent plus dans leur maison que dans le sud de la France, on vit à l'intérieur car il fait froid. Le problème des agriculteurs existe dans toutes les régions de France mais ici ils sont surreprésentés ; le monde rural est assez fermé, étanche d'une certaine façon. » (Dr PS1, psychiatre)

« Il y a la spécificité du milieu rural aussi : un manque de communication intra familiale, une pudeur à aborder ce qu'on ressent. » (Dr V.)

Lié à la ruralité, une forme de maltraitance pendant l'enfance pourrait expliquer la propension au suicide des personnes de plus de cinquante ans :

« Les personnes qui ont plus de cinquante ans aujourd'hui, qui ont été mises au travail très tôt, dans des conditions très dures, avec des parents peu affectueux, c'est très fréquent ici. Ce sont des personnages pour qui l'identité est très liée au travail, ils existent à travers le faire, ils ne sont pas dans l'être, ils ne supportent pas le chômage, le vieillissement, la perte d'autonomie ... » (Dr PS2, psychiatre)

La ruralité et l'alcoolisme seraient donc des facteurs qui viennent aggraver le rôle d'autres facteurs moins spécifiques comme les difficultés économiques, sociales, personnelles dans une société où l'interdit du suicide s'est considérablement relâché.

Les pratiques de gestion du risque suicidaire en médecine générale

Dans la pratique quotidienne, les médecins généralistes sont davantage confrontés au «risque suicidaire» qu'au «fait suicidaire». De ce fait, on peut considérer que leur action est celle d'une gestion de risque pour une patientèle dont ils prennent en charge la santé dans la durée.

Ils considèrent d'ailleurs que leur rôle est le plus souvent préventif. Cette prévention se réalise par l'écoute, la surveillance des patients à risque par des rendez-vous rapprochés, la mise en place d'un traitement médicamenteux. En fonction des cas, le généraliste partagera ou délèguera cette gestion du risque par une orientation vers d'autres professionnels (psychiatres ou psychologues libéraux) ou vers des structures (Centre médico-psychologique, hôpital psychiatrique ou général, cliniques).

La prévention au quotidien

La prévention se réalise spontanément grâce à la connaissance qu'a le généraliste du patient : dans ces deux pays, le généraliste côtoie souvent ses patients sur une longue durée, connaît leur entourage, leur milieu de vie, leurs conditions de travail, leur histoire personnelle. La pratique même de la médecine générale permet d'avoir une action de prévention à différents niveaux : primaire (empêcher l'apparition des troubles), secondaire (dépister précocement), tertiaire (empêcher l'aggravation, la récidence)⁸.

⁸ Distinction tripartite de la prévention proposée en 1965 par Leavell & Clark et reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Leavell H.R., Clark E.G., Preventive medicine for the Doctor in his community, New-York, Mc Graw-Hill, 1965.

La prévention primaire se réalise à travers le rôle psychologique et social du médecin généraliste, interlocuteur bienveillant qui offre une écoute et permet à de nombreux patients d'atténuer leur isolement.

« Certainement on fait de la psychothérapie sans s'en rendre compte. Certains viennent peut-être nous voir pour une rhino ou un problème bénin et cela leur évite de passer à l'acte, mais ça on ne peut pas le savoir. Combien de personnes viennent le jour de leur anniversaire, ou la veille d'une fête de Noël, parce qu'elles sont seules, on le voit très souvent. » (Dr A)

« La réputation que j'ai c'est une réputation d'écoute, je vois beaucoup de syndromes dépressifs. Je n'ai pas cette formation de psychothérapeute mais j'ai une grande empathie et compassion pour les gens. Mes consultations ne font pas moins de 20 à 30 minutes, quel que soit le motif. Les patients prennent le temps de vous parler et c'est là que l'on s'aperçoit que la durée de la consultation des médecins généralistes devrait être plus longue. C'est fou le nombre de patients qui commencent à vous dire des choses importantes au bout de 20 minutes, 30 minutes et ils vous disent « je ne pensais pas pouvoir dire cela. Le travail d'écoute est primordial. » (Dr G.)

Un psychiatre interviewé relève également l'importance de cette spécificité du généraliste pour la prévention du suicide, notamment des visites à domicile qui sont l'occasion de connaître l'environnement et de toucher des patients mélancoliques qui ne se déplaceraient pas au cabinet médical et encore moins auprès d'un professionnel inconnu.

« Le médecin généraliste a un rôle fondamental par la visite à domicile car (les mélancoliques) ce sont des gens qu'il faut aller voir. Le généraliste connaît la famille, il peut être averti d'une situation comme cela, il connaît les antécédents, nous quand on voit les gens on ne sait pas toujours. » (Dr PS2, psychiatre)

La prévention tertiaire passe aussi par l'écoute et la création d'un lien basé sur la confiance et la proximité avec le patient.

*« - La prévention des récurrences pour le médecin généraliste, c'est quoi ?
- On est surtout là pour soutenir, pour discuter, c'est comme ça je crois qu'on arrive à aider, c'est les entourer, qu'ils aient confiance, qu'ils se sentent proches, qu'ils arrivent à venir nous voir facilement. » (Dr K.)*

La prévention secondaire et tertiaire suppose une évaluation du risque suicidaire. Il s'agit là d'une tâche jugée difficile par les interviewés.

« Le risque suicidaire ce n'est qu'une hypothèse, il n'y a pas d'objectivation possible, ce n'est pas une coupe histologique. » (Dr C.)

« Les signes prédictifs peuvent être appliqués à toute personne, c'est difficile. Il y a des gens qui disent depuis des années qu'ils vont se suicider. Sur les 10 suicidés que j'ai eus, 7 m'ont étonné (je ne m'y attendais pas) » (Dr J.)

« Il n'y a pas de normes, de règles pour dépister, il faut être à l'écoute, c'est surtout cela, être attentifs. Après ça dépend tellement de chaque cas ! » (Dr P.)

Dans la pratique des généralistes interviewés, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas effectuée selon une grille prédéfinie. C'est le sens clinique du praticien, son intuition qui permet d'identifier le risque et sa gravité.

« C'est très instinctif, je n'ai pas de grille, c'est en fonction de la connaissance que j'ai de la personne, de l'emploi de certains termes, certaines attitudes, certaines mimiques qui m'inquiètent. Souvent le désir de mort n'est pas conscient, mais il s'exprime par des mots qui disent ... l'impuissance totale, pas de solution, l'impasse. » (Dr F.)

« Comme tous les collègues, pour sentir les choses il y a les critères classiques de dépression et par rapport au risque de passage à l'acte, on est plus dans le ressenti ». (Dr E.)

Compte tenu de la connaissance du patient, les changements d'attitude, de comportement pourront alerter le praticien.

« L'avantage qu'on a c'est de connaître les gens souvent depuis plusieurs années, donc si on voit un discours différent, des mots qui heurtent un peu, cela nous alerte et puis les gens disent aussi qu'ils se sentent en danger. » (Dr V.)

« Je crois qu'on a une vision des gens dans leur environnement ; on connaît souvent leur famille, leur vie, leurs antécédents dans leur famille, on essaie de cerner les gens dans leur globalité, on finit par connaître les gens, donc quand on les voit et qu'ils sont différents, on a un signal que quelqu'un d'autre qui verrait cette personne pour la première fois ne percevrait pas. » (Dr U.)

Chaque médecin semble avoir sa façon personnelle d'évaluer ce risque, en suivant plus ou moins les recommandations de pratiques qui sont enseignées sur le sujet.

« C'est toujours très difficile à établir le risque suicidaire, on a toujours cette crainte là, et on ne sait pas mesurer ce risque, enfin on sait quelles questions poser : s'il a des idées noires, des idées de suicide récurrente, d'un scénario précis etc. » (Dr W.)

« Si la personne vous en parle, la laisser parler. Demander « à quoi vous pensez ? plutôt que « avez-vous des idées noires ? » » (Dr J.)

« Souvent je leur demande est-ce que vous souhaiteriez ne pas vous réveiller demain matin ?

- C'est un signe de gravité s'il répond oui ?

- De gravité je ne sais pas, mais cela évalue la lassitude par rapport à la souffrance». (Dr R.)

« Les signes de gravité ? Quand on m'en parle (de l'intention de se suicider) ou qu'on me dit « j'en peux plus ». Dans ces cas-là, je propose, je ne prends jamais cela à la légère, jamais. » (Dr O.)

Parler directement avec le patient de son intention de suicide reste emprunt de crainte, même s'il est admis que cela ne favorise pas sa réalisation.

« Quand je sens le danger suicidaire je parle de la mort ; on a toujours peur de mettre dans l'idée du patient or, par expérience, je pense qu'évoquer directement si il pense au suicide : où, quand, comment, avec quoi etc. Cela peut désamorcer et surtout rompre l'isolement, mais on est très mal à l'aise avec ça. » (Dr V.)

« Parfois je me suis demandé si en posant une question comme « avez-vous des idées noires ? » je n'avais pas favorisé la germination de l'idée de suicide. (...) Le rôle du généraliste c'est de bien connaître la personne, c'est de poser la bonne question sans donner le germe de l'idée de suicide. » (Dr J.)

« On sait qu'il faut poser la question directement : avez-vous envie de vous suicider, appeler un chat un chat. Le fait d'en parler n'accroît pas le risque de passage d'après les psychiatres. Cela reste tabou un peu pour les médecins quand même. On se demande toujours si le fait d'en parler ne pas faire germer l'idée. » (Dr T.)

On observe ainsi que les généralistes restent réservés à l'égard des standards de pratiques. Ceux-ci peuvent constituer un repère utile mais ce qui prévaut pour les interviewés dans la prévention du suicide c'est le sens clinique et la connaissance du patient qui leur permet le plus souvent de percevoir le risque et d'agir en conséquence.

Les différentes options dans un contexte contraint

Lorsque le médecin identifie un risque de passage à l'acte, l'hospitalisation apparaît la solution la plus rassurante pour le médecin, la plus conforme aussi à la norme médicale, mais dans la pratique, le médecin généraliste doit négocier la prise en charge avec le patient et composer avec la pénurie de psychiatres.

« Si on pouvait on hospitaliserait à chaque fois. Quand on ne peut pas, je passe deux fois par semaine voir le patient, ou une fois et je téléphone une ou deux fois, c'est trop délicat pour qu'on se permette de les revoir une fois par mois. J'aimerais autant passer la main, mais comme il n'y pas assez de psy, on n'a pas de rendez-vous assez vite, ce n'est pas possible. » (Dr B.)

■ Le généraliste gère seul

Pour la majorité des médecins, l'alternative se résume ainsi : « je gère seul ou j'hospitalise ». Orienter vers un autre professionnel ou une structure c'est « passer la main », ou « ne pas avoir les cartes en mains ».

« C'est vrai qu'on est formaté dans nos études ... : le risque suicidaire, soit on a les cartes en main et on gère, soit c'est l'hospitalisation.

- Cela signifie quoi pour vous « avoir les cartes en main » ?

- Quand je connais bien l'entourage, ce qui n'est pas toujours le cas (parfois on en connaît rien de l'entourage, du milieu de vie) : je cherche à mobiliser cet entourage, je leur demande un rôle de surveillance, de soutien pour éviter qu'il y ait un abandon, que la famille baisse les bras. Ça dépend toujours de beaucoup de choses » (Dr N.)

« Pour les cas extrêmes, hôpital et psychiatres, pour le pain quotidien c'est le médecin généraliste. » (Dr C.)

Lorsque le généraliste prend en charge seul c'est que le risque de passage à l'acte est faible selon lui ou maîtrisable par l'écoute, la mise en place d'un traitement et d'une surveillance étroite.

« A partir du moment où vous connaissez bien les gens et qu'ils vous connaissent, qu'ils expriment des idées noires mais réussissent à les critiquer, on arrive assez souvent à les gérer à domicile, d'autant qu'ils ne veulent pas être hospitalisés en général. » (Dr E.)

« C'est surtout des entretiens prolongés. J'ai rarement proposé des hospitalisations, je fais un peu seul, c'est lourd à porter. » (Dr W)

Rares sont les généralistes interviewés qui, interrogés sur leur pratique face à un risque suicidaire, répondent d'abord « traitement » (médicamenteux). C'est l'écoute qui semble être le premier réflexe thérapeutique, parfois d'ailleurs par défaut :

« C'est compliqué ... si la situation n'est pas trop critique on essaie de faire soi-même un peu de psychologie, on fait de l'écoute du patient. Cela reste une composante importante de toute la médecine l'écoute. » (Dr D.)

« On est un peu démuni, on passe une demie heure, trois quarts d'heure avec la personne. » (Dr I)

« Face au suicide ou à la TDS, je ne sais pas trop véritablement comment m'y prendre. » (Dr M.)

Pour la majorité des médecins interviewés, la surveillance de l'état du patient implique de lui donner des rendez-vous rapprochés ou, a minima, de l'inciter à reprendre contact.

« Ce que je demande aux gens c'est de me rappeler s'ils ne vont pas bien et même selon les dernières recommandations, il faut programmer un rendez-vous à l'avance, avoir une échéance (« on se revoit dans deux jours »). Ce sont les études qui le disent mais sont-elles très scientifiques ? » (Dr T.)

« Si c'est un problème dépressif sans trop de risque, je fixe des rendez-vous rapprochés. » (Dr X.)

« Les mesures qu'on prend c'est avoir un contact rapproché ; souvent c'est long, une demie heure une heure et on revoit régulièrement la personne. Surtout rassurer énormément les gens. Tout dépend de l'âge, du contexte. » (Dr E.)

« Je mets un traitement en route, je leur demande de revenir le lendemain, j'appelle, je mets en place un suivi très rapproché. C'est moins efficace qu'une hospitalisation et je ne suis pas rassurée dans ces cas-là de les savoir dans la nature ... » (Dr L.)

Un psychiatre confirme l'importance de la fixation d'échéances :

« J'ai vu des gens que j'ai pu sauvegarder en fixant un jalon, un rendez-vous le lendemain et en leur donnant deux trois petites choses à faire. » (Dr PS2)

Cette surveillance passe par la mobilisation de l'entourage quand cela est possible. C'est une des spécificités de la prise en charge par le médecin généraliste qui connaît souvent l'environnement familial et social de ses patients.

« J'essaie de récupérer quelques éléments pour repasser un coup de fil à des proches. » (Dr H.)

« C'est fondamental la connaissance du patient et de son milieu, en fonction du milieu vous pouvez mettre en place un soutien. » (Dr J.)

« C'est un atout des médecins généralistes. Les hospitaliers connaissant moins les patients que nous, ils ont moins d'action possible sur l'entourage. » (Dr T.)

« C'est notre rôle de faire le lien avec la famille, l'entourage, mais cela prend du temps ! » (Dr I)

Cette surveillance peut aussi passer par les infirmières libérales qui vont régulièrement à domicile et sont connues de la population.

« On utilise aussi les infirmières libérales quand on voit que des personnes risquent de ne pas bien se débrouiller avec leurs médicaments, on peut proposer le passage de l'infirmière une ou deux fois par jour ; et ça marche très bien, on a des échanges avec les infirmières, y compris par courriel et elles comprennent très bien leur rôle de surveillance. » (Dr W.)

Le généraliste gère donc seul un certain nombre de cas par l'écoute, la mise en route d'un traitement et la surveillance (y compris indirecte) du patient.

■ Le généraliste a besoin d'appui

Il existe une modalité intermédiaire entre la gestion solitaire et l'hospitalisation : il s'agit de recourir aux psychiatres pour un avis et/ou aux psychologues pour un suivi, que ces professionnels exercent en ville ou en Centre médico-psychologique (CMP).

Pour une minorité de généralistes interviewés, c'est un principe de ne pas rester seul face au risque suicidaire d'un patient.

« Je ne gère jamais moi-même, j'ai fait de la médecine de l'enfant et de l'adolescent et la première chose c'est ne jamais rester seul, je prends contact moi-même avec un psychiatre avec l'accord du patient, je m'entoure d'avis. » (Dr O.)

« Je demande rapidement de l'aide. Compte tenu de mes compétences et de mes incompétences, je ne veux pas rester longtemps seul interlocuteur d'un patient en souffrance. » (Dr R.)

■ Les psychiatres libéraux

Selon les généralistes, l'orientation vers les psychiatres libéraux est de plus en plus rare du fait du faible nombre de psychiatres installés dans les deux pays. Elle concerne des patients qui présentent un tableau clinique qui nécessite un diagnostic et /ou une prise en charge spécialisés ou qui refusent l'hôpital et le CMP.

Le discours quasi-unanime est très critique par rapport à la situation locale de l'offre psychiatrique : délais trop longs pour avoir un rendez-vous, suivi des patients trop espacé, consultations trop rapides. Au total, les psychiatres de ville n'apparaissent pas comme une orientation pertinente pour les personnes présentant un risque suicidaire et nécessitant un suivi.

Sauf à avoir une relation confraternelle privilégiée avec un psychiatre, la situation de l'offre dissuade la majorité des généralistes interviewés d'avoir recours à leurs confrères ; la plupart réserve ce recours à des cas très ciblés.

« Les psychiatres : c'est si la situation s'avère moins urgente ; là aussi ce n'est jamais très évident au niveau des délais, l'accès à la spécialité... il manque des psychiatres. » (Dr D.)

« Les psychiatres libéraux, on en a peu donc on restreint le nombre de demandes, et ils font peu de psychothérapies. Il y a des patients qui préfèrent, ou des cas particuliers, on adresse vraiment de façon ciblée. » (Dr K.)

■ **Les psychologues libéraux**

L'orientation vers les psychologues libéraux semble intégrée dans la pratique d'un médecin généraliste sur deux de l'échantillon. Certains effectuent rarement cette orientation, d'autres ne le font pas du tout par manque de confiance. Cet appui est peu sollicité pour les cas urgents ou graves, mais plutôt dans le cadre d'une prévention primaire (limiter le mal-être) ou tertiaire (éviter la récurrence).

« Oui (j'oriente vers les psychologues libéraux), pour des gens jeunes pour des affaires de mal être, de difficultés de communication avec les autres » (Dr O.)

« J'envoie vers des psychothérapies de soutien, mais pas dans l'urgence » (Dr J.)

« J'oriente vers les psychologues, peut-être pas dans les états dépressifs ni les risques suicidaires plutôt dans les cas de souffrance psychologique ou de suivi après une TS dans la mesure où ils acceptent de payer, car ce n'est pas remboursé » (Dr L.)

Certains médecins restent toutefois réticents vis-à-vis de cette profession qu'ils méconnaissent :

« Je n'oriente pas vers les psychologues car 1/ je les considère peut-être à tort comme beaucoup moins fiables que les psychiatres, 2/ il n'y a pas de remboursement ce qui est un problème et 3/ c'est un peu opaque, je ne sais pas ce qu'ils peuvent faire. Les gens ne comprennent pas qu'ils soient obligés de payer pour des soins, si c'est un soin ... » (Dr C.)

« Le psychologue c'est moi, c'est du bon sens, c'est la tape sur l'épaule. Je n'oriente pas vers le psychologue, c'est au psychiatre éventuellement de le faire Si c'est pour parler, un bon copain ça fait la même chose qu'un psycho pour moi, c'est l'effet de confession. S'il s'agit de passer du temps, moi je le fais, parfois je passe une heure avec un patient. » (Dr M.)

« J'ai un gros problème avec eux, je ne connais leur formation, leur degré de compétence et puis il y a le problème du remboursement ... » (Dr H.)

Le psychologue libéral n'étant pas médecin ni relié à une structure de soins, sa prise en charge est insécurisante pour certains généralistes qui vont alors préférer le psychologue de CMP.

« Le problème des psychologues libéraux dans le cadre du suicidant, il n'y a pas derrière d'infrastructure, nous on est responsable du devenir de nos patients ; ce ne serait pas logique d'orienter notre patient seulement vers un psychologue : le psychologue n'a pas de rôle d'expertise et ne peut pas décider d'hospitaliser. Ce qui n'est pas le cas des psychiatres de CMP. » (Dr P.)

■ **L'orientation vers le CMP**

Un peu moins de la moitié des médecins interviewés disent orienter vers le CMP pour gérer un risque suicidaire. Certains le font en urgence sans difficulté, d'autres considèrent que les délais sont trop longs pour une urgence.

« En prévention (du passage à l'acte), je fais appel à l'équipe du CMP ou j'hospitalise. J'appelle moi-même le CMP et vu le caractère de l'urgence, ils me trouvent un créneau dans la journée. » (Dr L.)

« Le CMP je trouve cela satisfaisant, le seul problème c'est leur côté débordé, il y a des délais importants. Je n'y est même pas pensé pour envoyer un patient en urgence » (Dr N.)

Alors que le psychologue libéral est plutôt perçu comme **un appui**, le CMP apparaît davantage comme **un relais** du médecin généraliste pouvant permettre d'éviter l'hospitalisation tout en le déchargeant – au moins partiellement- du poids de la prise en charge. Le CMP est en effet une structure pluriprofessionnelle qui permet de recevoir une prise en charge gratuite d'infirmières spécialisées, de psychologue(s) et d'un psychiatre.

« Si les gens en parlent, on hospitalise ou on passe le relais au CMP. On appelle le CMP, les infirmiers, et on leur dit qu'il y a un risque suicidaire. » (Dr P.)

« J'oriente assez facilement vers le CMP car il y a la facilité d'accès et les patients y trouvent leur compte car il y a plusieurs intervenants ; les patients sont assez contents en général. » (Dr U.)

Enfin, on peut noter qu'en dehors de ces professionnels, les généralistes ne connaissent pas d'autres sources d'appui ; il ne semble pas exister d'associations locales connues susceptibles d'apporter un soutien pour les suicidants et les associations nationales comme SOS Amitiés ne sont pas utilisées.

*« Y a t-il des associations vers lesquelles vous pouvez orienter ?
- Les associations c'est plus vers les problèmes d'addictologie ; ici c'est beaucoup l'alcool et il y a beaucoup de suicides réussis chez les alcooliques c'est vrai, mais quand je fais appel à elles c'est pour le versant alcool, je ne sais pas s'il existe des associations pour les suicidants ...*

- Pensez-vous à SOS Amitiés par exemple ?
- Non, c'est vrai, je n'y pense pas du tout, d'autant que moi je ne peux pas être disponible 24h sur 24, c'est vrai, mais je n'y pense pas. » (Dr B.)

Il existe donc trois sources d'appui ou de relais pour le médecin généraliste qui opte pour une prise en charge ambulatoire de son patient : les psychologues libéraux, les CMP et, pour des cas ciblés, les psychiatres libéraux.

■ L'hospitalisation peut être nécessaire

L'hospitalisation pour risque suicidaire apparaît comme une option parfois nécessaire. Certains patients en sont même demandeurs, pour se protéger contre eux-mêmes. L'hôpital semble vécu autant comme une orientation spécialisée que comme une « mise en sécurité » du fait de l'enfermement et de l'éloignement des moyens d'autolyse.

« Pour moi le plus sécurisant reste l'hospitalisation. » (Dr N.)

« Il y a des personnes qui veulent bien se faire hospitaliser pour être protégées, qui le demandent » (Dr J.)

« Quand il y a hospitalisation c'est soit HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) car il y a un danger réel important et à très court terme ou une forte incitation de tout l'entourage, soit une demande du patient : « je vais faire une bêtise, hospitalisez-moi » .» (Dr E.)

L'hospitalisation peut aussi apparaître comme une solution lorsqu'il n'y a pas de possibilité de mobiliser un entourage.

« Hospitalisation : quand les patients sont très isolés et si il y a un risque suicidaire important, mais surtout s'il y a isolement. » (Dr L.)

Deux possibilités s'offrent localement : l'hospitalisation directe sur l'établissement psychiatrique local ou sur le centre hospitalier général dans le service de médecine où le patient pourra être suivi par un personnel infirmier spécialisé et un psychiatre (en vacations). Cette alternative semble permettre de répondre à une grande partie des situations. L'orientation vers les cliniques, plus éloignées géographiquement correspond le plus souvent à un désir du patient, notamment la volonté d'échapper aux inconvénients de l'interconnaissance des soignants et des soignés.

« Si on connaît les patients depuis un certain temps, on arrive à les décider (pour une hospitalisation). C'est pas franchement fréquent. Ceux qui sont très allergiques à l'hôpital psychiatrique, on les envoie à l'hôpital général car ils ont une unité médico-psychologique. Sinon on hospitalise directement sur l'hôpital psychiatrique.» (Dr N.)

« S'il y a un risque suicidaire, j'hospitalise : quand on me parle de mort de façon précise, je m'arrange même parfois pour faire partir le patient directement d'ici, j'appelle la famille pour prévenir ou alors je programme l'ambulance et je demande à la famille d'attendre avec le patient jusqu'à ce que l'ambulance arrive. Dans ces cas, c'est hospitalisation directe sur l'hôpital psychiatrique.

- Est-ce que vous hospitalisez parfois sur l'hôpital général ?

- Oui, pour des gens qui auraient plus de réticences à aller sur l'hôpital psychiatrique justement. » (Dr V.)

La majorité des interviewés jouent sur ces deux possibilités mais certains médecins ne passent jamais par la filière hôpital général qu'ils ne jugent pas pertinente.

« A l'hôpital psychiatrique c'est facile ou dans la clinique X ou à Y ; je n'envoie presque jamais à l'hôpital général pour ce genre de choses. » (Dr L.)

« J'aime autant ne pas faire passer la personne par l'hôpital général. Cela montre à la personne qu'on ne se fiche pas d'elle, qu'on l'envoie vers le lieu spécialisé pour son problème. » (Dr J.)

« Ils sont vus par l'infirmière, pas par le psychiatre et très souvent les gens repartent – avec des rendez-vous – mais bon, on revoit les gens 2/3 jours après. J'ai eu par exemple un patient, je lui ai demandé de ne même pas passer par chez lui, d'aller directement à l'hôpital. J'ai appelé l'hôpital le soir : « on a fait une ordonnance et on l'a renvoyé chez lui », avec un traitement et des rendez-vous avec le psychologue etc., c'est vrai mais bon, si j'estime qu'il y a un risque important ... Déjà au niveau confraternel, c'est pas très agréable qu'on vous dise qu'il n'a pas besoin d'être hospitalisé, c'est vrai pour toute spécialité, mais c'est la politique de l'hôpital actuel. » (Dr T.)

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, les cliniques privées constituent aussi un recours possible, qui permet de dépasser certaines réticences des patients.

« S'ils ont un passé psychiatrique, souvent les gens ne veulent pas, dans ce cas, il y a une clinique près de St Brieuc. » (Dr U)

Les médecins libéraux disposent donc de trois types de lieux d'hospitalisation qui leur permet de composer avec les contraintes et les souhaits des patients. Si l'hôpital psychiatrique semble être la référence pour toute hospitalisation pour risque suicidaire, l'accueil médico-psychologique dont disposent depuis plusieurs années les hôpitaux généraux, bien que diversement apprécié, permet d'offrir une alternative de proximité alors que les cliniques privées présentent l'intérêt d'être éloignées du champ d'interconnaissance local.

Vertical line

Les difficultés de la prise en charge

Les médecins interviewés se sont beaucoup exprimés sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Pour une majorité d'entre eux, la gestion de ce risque est difficile en elle-même, du fait de la spécificité des patients, et accrue par les déficits de l'offre locale de soins spécialisés mais aussi par les fonctionnements des professionnels et des structures.

Les difficultés liées aux patients

La première difficulté à laquelle se trouve confrontés les omnipraticiens est liée au fait que les patients présentant un risque suicidaire peuvent être dans le déni de leur souffrance et / ou dans le refus de soins, surtout dans le refus d'une prise en charge spécialisée, psychiatrique ou psychologique, très souvent connotée négativement.

« Il y a un problème d'adhésion des patients à la prise en charge de ces patients-là (dépressifs), ils n'ont déjà pas envie de manger ... Pour ces patients, il y a un déni de la maladie, notamment de la maladie psychiatrique, qui n'est pas bien perçue par le patient. (...) Quand il y a dangerosité : c'est à ce moment là que la prise en charge est très difficile, parfois ils refusent les soins, on ne peut pas mettre tout le monde en HDT... » (Dr T.)

« Les principales difficultés : les patients sont dans le négatif, donc rien de ne les séduit, c'est l'opposition du patient je crois qui pose le plus problème, ils sont dans le déni. » (Dr L.)

« Ce qui nous pose problème c'est qu'on y passe du temps, car les dépressifs sévères ils nient aussi. On est obligé de convaincre le patient, puis la famille, car les familles sont réticentes aussi » (Dr I.)

« Psychiatre », « psychologue », « hôpital psychiatrique » : tout ce qui est « psy » est associé par bon nombre de patients à la folie et rejeté.

« Dans les cas qui ne sont pas trop lourds, je leur conseille de voir un psychologue mais ici les gens ont un peu de mal avec les psychothérapies c'est du fait qu'on est en campagne ... car un entretien avec un psychologue même tous les 15 jours, ça permet d'avancer quand même. Ici, la culture psychiatrique, on reste dans un schéma un peu ancien : l'image de l'hôpital psychiatrique, ça reste l'asile. » (Dr G.)

« Le psychologue est peut-être associé à folie dans un degré moindre que psychiatre mais cela reste très associé à la folie, je suis en milieu rural ça joue aussi » (Dr N.)

La délégation de la prise en charge à un autre professionnel ou structure reste une opération délicate pour le généraliste dès lors qu'il est, aux yeux du patient, le médecin traitant, polyvalent, de confiance, qu'il connaît depuis longtemps. Le généraliste doit expliquer et parfois ruser pour qu'une orientation ne soit pas vécue comme un abandon.

« Cela dépend de son niveau de compréhension, je ne dis pas toujours « psychiatre », je propose avec parcimonie le mot psy tout ce qui est en « psy » d'ailleurs, je dis « spécialiste pour les nerfs » pour les personnes âgées, ou « des gens qui ont le temps de vous écouter », on fait la comédie de celui qui n'a pas le temps d'écouter, ce qui n'est pas vrai quand même mais les psychiatres ont une heure devant eux avec le patient nous on a 15 mns on ne peut pas faire de l'écoute en 15 minutes. » (Dr O.)

« Quand je propose d'aller consulter un psychologue ou un psychiatre les gens me disent souvent qu'ils préfèrent me parler à moi » (Dr W.)

Un psychiatre confirme cette difficulté :

« Proposer d'aller voir un psy c'est difficile pour un généraliste, cela peut provoquer une rupture, avec sentiment d'abandon pour le patient et puis il faut faire accepter au patient, l'image de la psychiatrie ici ... on est un peu en retard par rapport au monde urbain. Alors le généraliste souvent présente les choses en les banalisant « je le connais bien (le psychiatre) », en campagne ils savent bien faire cela les médecins généralistes. » (Dr PS2)

De fait, les médecins se disent souvent confrontés au refus du patient d'être hospitalisé : cela peut être un refus général ou argumenté par la crainte d'être identifié comme « fou » et de se retrouver avec des malades souffrant de pathologies psychiatriques plus graves (promiscuité).

« On a en général d'abord un refus de l'hôpital de la part des patients » (Dr B.)

« Les gens ont beaucoup de mal à accepter l'hospitalisation, c'est très difficile. Ce qui les embête, c'est la promiscuité avec les autres patients : des gens dans un état plus grave qu'eux dans le même type de pathologie ou des pathologies différentes plus graves avec délires etc. » (Dr N.)

« Dans une commune où il y a un hôpital psychiatrique, les gens connaissent ceux qui y travaillent, ils ne veulent pas y aller. » (Dr T.)

« L'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique d'ici : 50% des patients sont réticents rien qu'à entendre le nom. » (Dr F.)

On peut ainsi observer que les patients eux-mêmes, par leur déni, leur rejet de tout ce qui est « psy » ou leur refus de l'hospitalisation, incitent plutôt les médecins généralistes à essayer de les prendre en charge en dehors des structures spécialisées.

La pénurie de psychiatres

Pour bien prendre en charge leurs patients, la majorité des médecins aimerait pouvoir bénéficier de l'avis d'un psychiatre. Or, comme nous l'avons déjà évoqué, cette possibilité est désormais très réduite du fait d'un déficit de psychiatres, libéraux ou hospitaliers. Ceux-ci apparaissent excessivement débordés, difficiles à joindre pour avoir un avis rapide et décider d'une prise en charge adaptée.

Les témoignages sont nombreux pour exprimer cette carence qui alourdit le travail et la charge morale du généraliste.

« La difficulté réside dans le fait qu'on n'a pas d'interlocuteur privilégié, le rendez-vous avec le psychiatre c'est sous 2 ou 3 semaines, la prise en charge en aiguë est très très difficile, c'est vrai pour d'autres spécialités aussi. Gérer l'urgence psychiatrique, c'est difficile. (...) Le problème, c'est de trouver des interlocuteurs, à 19 heures, il n'y a plus personne, le secrétariat est fermé, il n'y a plus de psychiatres dans les services, vous n'aurez personne pour faire une admission. » (Dr T.)

« Les psychiatres ne sont pas très accessibles ici, on galère pour avoir un rendez-vous rapide, ou pour avoir un avis par exemple si on hésite à mettre en route un traitement. C'est plus facile d'appeler les libéraux, ils sont plus accessibles. » (Dr V.)

« On a l'impression quand on téléphone pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre qu'on les encombre ; ce n'est pas du tout personnalisé, le psy me dit « bon, tu me l'envoies ». » (Dr J)

« Les psychiatres libéraux dans le coin où je suis il n'y en a quasiment plus c'est encore plus dur d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre que d'avoir un rendez-vous avec un ophtalmo ! Le seul moyen de voir un psychiatre c'est l'hôpital. » (Dr M.)

« Cela devient très difficile localement, c'est la croix et la bannière pour avoir un rendez-vous même en cas d'urgence, on se fait ramener à la porte, on nous conseille d'hospitaliser, plusieurs mois sont exigés pour avoir un rendez-vous. » (Dr C.)

La pénurie de psychiatres est aussi ressentie dans les hôpitaux généraux : une présence deux fois par semaine n'est pas adaptée à la prise en charge aux urgences qui nécessite une décision rapide de sortie ou d'orientation.

« Si vous faites une tentative de suicide le vendredi, vous ne verrez pas le psychiatre avant le mardi suivant ! Tout est fait pour maintenir le patient mais ce n'est pas toujours simple car en général il veut repartir. (...) Si on pense qu'il y a danger, on va faire l'expertise nous-mêmes, avec les infirmières psy, mais c'est vrai qu'on aimerait que soit entériné par un expert ce qu'on pense, ce qu'on perçoit. » (Dr UZ)

Un psychiatre considère que cette pénurie est organisée en référence à un modèle qui n'est pourtant pas pertinent pour la psychiatrie :

« La pénurie des psychiatres, elle est voulue, elle est organisée. L'idée qu'ont les services de l'administration c'est faire du psychiatre un expert qui organise les circuits. Mais la position d'expert en psychiatrie ça n'a pas de sens, la psychiatrie c'est une relation individuelle. On ne voit pas trop comment cela peut fonctionner ... » (Dr PS1)

Ce qui est donc pointé de façon récurrente c'est le manque d'accès à un interlocuteur spécialisé pour le généraliste libéral comme pour l'urgentiste : un interlocuteur compétent pour affiner un diagnostic, évaluer un risque, définir un traitement et une orientation adéquats, mais aussi partager la responsabilité qui pèse particulièrement dans ces situations de risque suicidaire.

La difficulté d'articulation avec les CMP

Après la pénurie de psychiatres, la difficulté la plus fréquemment exprimée porte sur les CMP. La moitié des généralistes interviewés considère que l'accès au CMP est trop difficile à la fois parce que ces structures se montrent débordées, victimes également de la pénurie de psychiatres mais aussi du fait d'un fonctionnement que certains médecins réproouvent, qui ne reconnaît pas le rôle du médecin généraliste.

« CMP : je trouve cela très difficile. Ils sont très difficiles à contacter, cela prend un temps fou. En général c'est l'infirmière qui prend l'appel qui dit que le psychiatre n'est pas là, qu'il faut rappeler ...

- Donc ce n'est pas vraiment une ressource pour vous ?

- ça devrait être une ressource, mais ça ne l'est pas. » (DR W.)

« Au CMP, je supplie pour les consultations ! » (Dr C.)

« Au CMP les rendez-vous, on ne les a pas tout de suite ; c'est rapide avec l'infirmière, trois semaines avec le psychiatre. » (Dr E.)

« La famille du suicidé dont je parlais y est allé, mais il n'y a pas eu de travail en profondeur ; les gens sont déjà dans la douleur, c'est un peu lourd, c'est rigide la prise en charge à l'hôpital comme au CMP. » (Dr T.)

Plusieurs médecins perçoivent les CMP comme des structures ayant un fonctionnement très autonome et qui ne se préoccupent pas des attentes des autres acteurs.

« Et puis les délais sont très longs ! Pour des enfants qui ont des gros problèmes, je pense à un abus sexuel, moi sur ce type de situation je ne savais pas faire et bien, il y avait 3 mois d'attente ; ils sont dans leur truc, dans une espèce d'autonomie ... » (Dr B.)

« CMP ? c'est un problème, c'est une galère infernale, absolument infernale ! D'abord c'est une infirmière qui décide si le patient va voir un psychologue, un psychiatre etc. D'abord, c'est très dévalorisant pour nous car nous on envoie un patient au psychiatre ! et c'est totalement incompris par les patients, ils sont totalement déstabilisés par ça ! Les patients le ressentent comme un barrage de l'infirmière qui a le pouvoir de leur donner un rendez-vous avec le psychiatre. Sans compter que ils viennent de me raconter difficilement leurs problèmes, ils vont les raconter une deuxième fois à l'infirmière et vont devoir le faire une 3ème fois avec le psy : c'est une caricature ! Il y a des choses à améliorer là c'est certain. Je ne connais pas bien sûr ces structures donc je ne peux donner qu'un regard extérieur mais bon, c'est ce que me rapportent mes patients. » (Dr F.)

« CMP ? - C'est très bien, mais on n'a jamais le médecin directement, on a la secrétaire qui va vous dire que le médecin est surchargé, la couleur est posée : c'est noir ... C'est un peu un échec d'emblée car on sait qu'on n'aura pas le psychiatre. Avec le CMP on sait que la personne doit appeler elle-même (ou les parents), on n'a rien à faire que conseiller d'appeler. Je n'ai jamais le médecin (des CMP), il n'y a pas de dialogue, on est sur deux planètes différentes, on a l'impression d'être sur une autre planète. » (Dr Y.)

« Le CMP : certains patients sont satisfaits. Mais j'ai l'impression que celui qui a orienté le patient n'existe pas. » (Dr X.)

Pour la moitié des omnipraticiens de l'échantillon, les CMP suscitent donc plutôt de la déception. Leurs délais d'attente ou leur fonctionnement dissuadent certains d'y orienter leurs patients.

Le frein financier de l'orientation vers les psychologues libéraux

Dans ce contexte, le recours aux psychologues libéraux pourrait en partie pallier ces difficultés d'accès aux CMP, d'autant qu'ils sont assez nombreux à s'être installés sur les deux pays. Mais pour orienter leurs patients vers ces professionnels se heurtent à un frein financier : les consultations ne sont en effet pas prises en charge par l'assurance maladie.

« Il y a pas mal de psychologues qui se sont installés ici, la difficulté c'est l'argent. Ma patientèle n'est pas riche, elle ne pourrait pas supporter le coût d'une psychothérapie. » (Dr A.)

« Parfois je pense faire appel à un psychologue oui, ce n'est pas une solution qui arrive souvent comme c'est payant. » (Dr D.)

Cet obstacle financier est d'autant plus difficile à surmonter que ce type de thérapie nécessite plusieurs séances.

« J'ai deux trois adresses vers qui j'envoie parfois, mais comme c'est payant les gens rechignent ; ils y vont deux ou trois fois et puis ils arrêtent. » (Dr S.)

« Les psychologues de ville, c'est trop cher, pour une consultation peut-être, mais si c'est une psychothérapie, pour les gens d'ici ce ne serait pas possible. » (Dr B.)

À l'obstacle objectif (faibles revenus) s'ajoute un obstacle plus subjectif qui fait que la population accepte mal de déboursier pour sa santé mentale.

« Ce que j'ai comme expérience c'est que les gens viennent me voir parce que je suis remboursée par la sécu, c'est pas dans la mentalité de déboursier. » (Dr X.)

« On a toujours beaucoup de mal à envoyer vers le psychologue même si les choses évoluent, c'est de plus en plus possible de l'aborder quand même : plus avec les femmes qu'avec les hommes et pourtant la mortalité par suicide touche plus les hommes mais bon c'est un gros problème le non remboursement du psychologue. Le rôle du CMP devient primordial dans ce cas. » (Dr N.)

« C'est très difficile (d'orienter vers les psychologues libéraux) à cause de la non prise en charge du coût, très souvent on achoppe là-dessus. Les patients acceptent plus facilement de mettre le prix dans une consultation pour soulager une souffrance organique que d'investir dans un entretien avec le psychologue, d'autant qu'il y aura toujours dans l'entourage des personnes pour dénigrer cela (« ça ne sert à rien» ...) Et puis il y a de plus en plus de gens qui n'ont vraiment pas les moyens financiers, c'est une réalité. » (Dr R.)

L'offre thérapeutique des psychologues libéraux implantés localement ne semble donc pouvoir toucher qu'une minorité des patients du fait notamment du frein financier perçu par les médecins interviewés.

Le manque de retour d'information

Le manque de retour d'information vers les généralistes de la part des autres professionnels constitue un point assez névralgique dans les discours des généralistes interviewés. Seuls trois d'entre eux considèrent qu'il n'y a pas de manque sur ce plan. Tous les autres regrettent l'absence ou le caractère tardif du retour d'information de la part des professionnels et des structures au sujet de leurs patients.

Tout d'abord, les médecins regrettent de ne pas être prévenus par **l'hôpital** (général ou psychiatrique) lorsqu'un de leurs patients est admis en urgence. Ils se sentent ainsi les « derniers informés », même si en général la famille prévient le médecin traitant.

« J'ai un compte-rendu de l'hôpital général, oui, par contre je n'ai pas de coup de fil m'informant que j'ai un patient hospitalisé ; on est souvent les derniers informés. » (Dr E.)

« Côté hospitalier, on a un compte-rendu de sortie, mais on est obligé de se renseigner par la famille etc. Un petit contact après un premier entretien avec le patient, ce serait je pense pas trop de travail et pour nous, ce serait très utile. » (Dr F.)

S'il existe un compte-rendu systématique de l'hôpital (très apprécié) celui-ci parvient au généraliste souvent très tardivement (environ dix jours après l'hospitalisation).

« On aimerait avoir une information plus rapide mais après on va nous dire « informatique » et quid du secret médical ? (...) On ne sait même pas qu'un patient est hospitalisé, on le sait par la lettre de sortie quand elle n'arrive pas 15 jours après : c'est une revendication qui n'est pas spécifique au suicide, c'est vrai dans tous les services de l'hôpital. » (Dr A.)

«- Êtes vous informé par l'hôpital si un de vos patients a été admis pour une tentative de suicide ?

- Pas vite ! Est-ce que cela compliquerait beaucoup l'organisation de l'hôpital d'appeler le jour même ou le lendemain le médecin traitant ... je ne sais pas, mais ce serait mieux. On reçoit un petit compte rendu d'entrée, mais plusieurs jours après. » (Dr R)

Quant aux **CMP**, la majorité des généralistes interviewés regrette explicitement l'absence totale de retour d'information sur les patients orientés.

« Avec les psychiatres sur l'hôpital psychiatrique, cela se passe bien, c'est plutôt le CMP de YZ où il n'y a pas de retour, on ne sait même pas quand ils voient nos patients, on ne sait pas d'ailleurs ce qu'ils font, comment ils travaillent. » (Dr S.)

« Vous avez un retour d'information du CMP ?

- Pas du tout ! Sauf sur XY, une jeune psychiatre qui m'appelle, mais c'est exceptionnel. C'est sa manière à elle de concevoir les choses. Les gens vont en CMP, on ne sait pas ce qu'ils y font et il n'y a pas de compte-rendu. » (Dr F.)

« Et on n'a jamais de retour du CMP. J'en ai déjà discuté avec eux : ils ne veulent pas faire de compte-rendu vers l'extérieur. » (Dr E.)

Cette absence de visibilité du travail du CMP est considérée par les généralistes comme un obstacle à leur prise en charge globale :

« Très peu de retours du CMP. Les retours d'information, on les a par les patients.

- C'est un manque ?

- Oui, oui ! Car on est entre les deux, il faut qu'on prenne des décisions avec le patient par rapport à son travail etc. » (Dr Q.)

« - On n'a pas de retour d'info du CMP : si on revoit les gens on leur demande ...
- Est-ce un manque ?
- Oui quand même, on suit la personne dans sa totalité donc on aimerait bien avoir un petit mot, pas sur chaque consultation mais un mot évolutif quand même pour savoir où en est la personne, on ne sait pas trop. » (Dr V.)

« On n'a jamais de courrier du CMP, on ne sait pas ce que le médecin en pense, si on avait raison de leur envoyer le patient ou pas, il n'y a aucun dialogue. Oui, c'est un obstacle pour assurer notre métier de médecin traitant, c'est quand même important qu'on ait un échange. On ne les croise pas par ailleurs car ils n'organisent pas d'EPU, de réunions » (Dr Y.)

Quelques médecins pondèrent leurs regrets en notant qu'eux-mêmes ne font pas de courrier au CMP.

« Oui dans le sens où on a les informations, mais elles tardent à arriver un peu. Le retour des CMP se fait par les patients en fait, mais on ne prend pas le temps non plus pour faire un courrier très précis au CMP : peut-être qu'ils répondraient davantage si on le faisait ? » (Dr U.)

En ce qui concerne les **psychiatres libéraux**, le retour d'information ne semble pas systématique.

« De toute façon on a très peu de communication avec le domaine psychiatrique, on n'a pas forcément de relations ; on a rarement des courriers des psychiatres, par exemple quand ils suivent un de nos patients, ils ont leur prescription à part, nous on se contente du reste. Ça manque de communication quand même » (Dr V.)

« Les psychiatres de ville, parfois, quand on leur envoie un patient pour des problèmes compliqués, mais pas toujours. » (Dr Q.)

« Personne n'envoie de retours. Les psychiatres envoient quelquefois, je ne sais pas sur quelle base d'ailleurs. » (Dr X.)

Pour les **psychologues libéraux**, les praticiens sont partagés : ils ressentent en général un certain manque d'information sur le suivi entrepris, mais certains comprennent que ce type de prise en charge reste intime.

« Il n'y a pas de retour d'infos de la part des psychologues. C'est une relation avec le psychologue et le patient, nous on demande pas ça forcément non plus ». (Dr I.)

« - Par contre on n'a pas de retour style compte rendu de spécialiste de la part des psychologues

- Cela vous manque ?

- Je ne sais pas car je me dis que cela appartient à la relation que le patient noue avec le psychologue. Cela m'arrive d'appeler un psychiatre au sujet d'un patient, cela ne m'arrive jamais d'appeler un psychologue, on n'a pas l'habitude de partager des impressions ou de la sémiologie avec les psychologues. D'abord parce que ce sont deux filières très différentes à la base et on n'a pas l'habitude d'échanger

comme on le fait assez facilement entre médecins ; ça manque un peu, mais je le comprends » (Dr R.)

« - Vous ressentez un manque de retour d'informations ?

- Oui et non car c'est un domaine un peu particulier, d'une relation à deux, d'un dialogue, c'est quelquefois frustrant, mais je comprends. C'est vrai, des fois on aimerait savoir où en est le patient, mais on a autre chose à faire aussi .» (Dr X.)

Une certaine proximité de fonctionnement, libéral, peut parfois conduire les psychologues à entretenir des contacts avec les généralistes :

« Avec les psychologues libéraux, on a plus de contacts finalement ; ils nous rappellent pour nous dire comment ils abordent les choses, c'est aussi parce qu'ils sont libéraux, comme on leur envoie des patients ; c'est un peu comme entre un généraliste et un spécialiste.» (Dr K.)

On observe ainsi que le manque de retour d'information est particulièrement mal vécu par les généralistes lorsqu'il s'agit de l'hôpital ou des CMP avec lesquels le cloisonnement paraît le plus important et qui sont parallèlement les structures qui les déçoivent le plus.

Incompréhension et déception sur la qualité de prise en charge spécialisée

La moitié des généralistes interviewés expriment une incompréhension et une déception par rapport à la prise en charge spécialisée locale, excepté celle des psychologues libéraux.

Les professionnels débordés n'apporteraient plus la plus value attendue :

« J'envoie de moins en moins vers les psychiatres car ils ne font pas bien leur boulot. Si le boulot du psychiatre c'est prescrire antidépresseurs et anxiolytiques en 5 minutes, le médecin généraliste le fait aussi bien que lui. » (Dr G.)

« Mais si vous passez la main à un psy de ville qui voit la personne que tous les quinze jours ou trois semaines, ce n'est pas très intéressant. » (Dr B.)

« Localement, l'arrivée de psychiatres roumains ne facilite pas les choses ; il y a un problème de langage quand il faut faire comprendre qu'il y a une urgence, c'est très difficile. C'est impossible de s'entendre. Je n'ai rien contre eux, ils travaillent bien, mais la communication est très difficile. » (Dr Q.)

« -Avez vous déjà eu des patients suivis en CMP par un psychologue ?

- Oui, mais ils ne font pas forcément le suivi tel que je l'attends, c'est-à-dire de type analytique : c'est plus du soutien que de la psychothérapie analytique. C'est le problème des CMP. » (Dr N.)

L'organisation hospitalière apparaît parfois kafkaïenne, le patient se trouvant ballotté entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique.

« Dans l'urgence on n'a pas les réponses qu'on veut, cela m'est arrivé d'envoyer un patient dépressif suicidaire à l'hôpital psychiatrique qui l'a renvoyé à l'hôpital général pour que ce soit l'hôpital général qui le fasse hospitaliser à Bégard, c'était une question d'enregistrement, d'organisation ... ça a toujours été un problème et cela ne s'est pas amélioré, alors qu'une structure d'accueil a été créée mais cela n'a rien changé. » (Dr Q.)

Ce qui domine dans les discours, c'est la différence, entre généralistes et spécialistes, de perception de l'urgence, de la prise en charge adéquate (notamment en termes de durée), du suivi nécessaire.

« La perception du degré d'urgence n'est pas la même à l'hôpital et chez le médecin généraliste, si bien qu'on retrouve la personne que l'on avait fait hospitaliser à grand renfort de persuasion hors de l'hôpital au bout de 8 jours ! » (Dr A.)

« Le deuxième patient pendu a été vu une deuxième ou troisième fois par l'hôpital (les psychiatres) ; on était spectateurs impuissants avec le personnel de la maison de retraite. Pourquoi il n'y a pas un suivi rapide au retour de l'hôpital psychiatrique ? Il n'y a pas eu de passage d'équipe mobile (car cela n'existe pas encore). Pour le patient déprimé et mélancolique, rien n'a été mis en place pour éviter qu'il se suicide. » (Dr Y.)

« La difficulté c'est quand on voit quelqu'un pour la première fois en consultation qui va très mal : déprimé, pas bien du tout ; quand il sort du cabinet on se demande ce qu'il va faire ; cela m'est arrivé d'adresser directement sur l'hôpital psychiatrique ou l'hôpital général, mais ils ressortent directement. » (Dr T.)

« Parfois cela me paraît bref quand même comme prise en charge. Moi je suis déçue, mais les patients aussi sont déçus parce qu'on a passé du temps à les convaincre, c'était très difficile et ils ne comprennent pas trop ce qui a été fait. Alors après ce n'est pas possible de les réorienter, ils ne veulent plus, il n'y a plus de crédibilité. » (Dr V.)

Au-delà de cette différence de perception, c'est aussi un manque de considération et de confiance mutuelles qui se lisent dans les discours.

« Déficit de psychiatres ? Je ne suis pas sûr ; c'est plutôt un déficit d'accueil. Ils n'ont peut-être pas assez confiance dans notre orientation. » (Dr F.)

Le manque de moyens, en personnel ou en lits d'hospitalisation est évoqué par certains pour comprendre la situation.

« La prise en charge n'est pas suffisante en CMP et à l'hôpital pour le suivi, il y a une lacune, pas assez de personnel. » (Dr J.)

« Le problème c'est que les gens veulent bien se faire hospitaliser et puis ils ressortent très vite, du fait du manque de place, les hospitalisations sont courtes. Après les gens tiennent quelques semaines et après ça repart, ils reviennent nous voir. » (Dr I.)

La durée des séjours hospitaliers est particulièrement déplorée par les psychiatres qui y voient une évolution délétère qui ne permet plus de consolider les patients.

« À l'hôpital psychiatrique local, le problème c'est que c'est toujours à flux tendu. On ne prend plus le temps de bien assurer le diagnostic, de voir les familles etc. Avant les patients ne sortaient que lorsqu'on était sûr qu'ils allaient bien. Aujourd'hui c'est une à deux semaines d'hospitalisation maximum, un mois c'est rare. » (Dr PS2)

« On a médicalisé à outrance la psychiatrie, à laquelle on applique des règles de court séjour : ce sont des rechutes assurées ! Autrefois, quelqu'un qui était alcoolique clochardisé c'était cinq six mois d'hospitalisation, grâce à cela, il était sevré de façon durable, il se reconstruisait. Aujourd'hui on voit arriver ces cas-là dix à 20 fois de suite aux urgences, où ils vont passer 48 heures et puis au bout d'un certain temps, on les retrouve morts dans la rue. On rétrécit les soins psychiatriques de manière excessive. Alors que toutes les disciplines médicales ont effectivement gagné en temps de prise en charge, la chirurgie par exemple, on a voulu appliquer la même chose à la psychiatrie qui reste spécifique. Il faut du temps à la psychiatrie. Le temps est un soin. » (Dr PS1)

Au final, la situation locale telle qu'elle est perçue incite bon nombre d'omnipraticiens à gérer seuls le risque suicidaire alors même qu'ils se sentent limités en disponibilité et en compétences pour le faire.

La solitude du médecin généraliste

Gérer seul ce type de risque apparaît lourd de responsabilité et génère une souffrance professionnelle importante.

Plusieurs médecins ont dit leur sentiment de solitude face au phénomène suicidaire, notamment tout d'abord parce qu'ils craignent de « passer à côté », de ne pas pouvoir protéger leurs patients d'un passage à l'acte.

« On a toujours peur même si on essaie de faire un interrogatoire très précis. Peur de passer à côté de quelqu'un en danger qui ne montre rien. C'est difficile, car si la personne est déterminée à en finir, elle ne voudra pas que son médecin traitant l'aide. » (Dr U.)

« Les suicides, c'est toujours difficile pour nous, on a l'impression d'être passés à côté » (Dr I)

Cette crainte est aussi liée au fait que le fonctionnement du médecin généraliste libéral ne permet pas toujours une disponibilité suffisante :

« Il faut passer du temps et nous dans notre pratique quotidienne, on est toujours très très pris. Il faut de la disponibilité pour percevoir la détresse des gens, ce n'est pas toujours évident » (Dr V.)

« Une patiente comme la grand-mère, c'est 30 à 45 minutes quand je vais chez elle, au téléphone c'est 20 minutes avec sa fille, je ne peux pas en faire 10 comme ça par jour ! Ce n'est pas un problème de cotation ; les patients je les prends tous les ¼ d'heure comme beaucoup de confrères, donc vous voyez, si je n'ai pas vu venir la consultation de 40 minutes, c'est un problème, on le fait, mais s'il y en a plusieurs ... ou alors il faut prévoir » (Dr B.)

Le fait que le suicide relève d'une problématique existentielle, peu rationalisable, allié au manque d'interlocuteur, déjà évoqué, accentue le sentiment de solitude :

« On se sent un peu seuls par rapport à la détresse des gens, on apporte notre empathie personnelle, mais on a des limites aussi, il faut qu'on se protège, on ne peut pas prendre la peine de tout le monde. » (Dr V.)

« Le dépressif qui est au fond du lit et qui ne veut voir personne ou seulement son médecin généraliste, je ne l'ai pas beaucoup, mais quand ça arrive on est souvent désarmé, là, souvent on tremble. On se sent très seul. » (Dr W.)

« On est impuissant face à un risque de suicide avéré, sauf si on obtient un rendez-vous rapide. » (Dr Y.)

« Constat d'échec », « sentiment d'impuissance » sont des expressions récurrentes pour traduire la difficulté qu'implique la confrontation au suicide.

« C'est quand même quelqu'un que je suivais depuis des années. C'est un constat d'échec, d'impuissance. » (Dr Y.)

« Ce sont des échecs, un médecin vit cela comme un échec » (Dr H.)

« Ce sont toujours des échecs pour nous d'apprendre que certains se suppriment. Et à force nous aussi nous allons déprimer. » (Dr A.)

Quelques médecins parlent explicitement de leur souffrance et de l'absence d'espace pour l'exprimer dans la pratique libérale.

« Ce sont des situations difficiles pour les patients bien sûr, et génératrices d'angoisse pour le praticien. » (Dr B.)

« L'intervention du généraliste après un suicide réussi auprès des familles, c'est très lourd. Il n'y a pas de prise en charge, de débriefing systématique pour les familles, c'est le médecin traitant qui gère tout cela. Or, c'est un véritable traumatisme pour la famille, c'est le médecin qui aurait besoin de consultation à la fin de la journée ! » (Dr T.)

« Pour nous, on prend cela dans la figure, c'est extrêmement difficile, violent, douloureux et on n'a personne pour nous aider. » (Dr W.)

« Nous soignants, nous sommes en souffrance après des cas de ce type car c'est intriqué à d'autres cas. On accumule des coups durs, le médecin traitant est malmené (...) C'est très difficile. Ça manque en France ce soutien auprès du généraliste, on est vraiment seul. » (Dr Y.)

Un médecin constate l'intérêt de pouvoir parler des situations difficiles auxquelles ils sont confrontés :

« Il y a aussi les autres intervenants : moi je suis médecin pompier et quand les pompiers interviennent sur une TS, le fait d'en parler à la caserne avec les pompiers avant de repartir chez soi, c'est bien. » (Dr W.)

En résumé

Les difficultés que les médecins généralistes disent rencontrer se situent sur différents plans et peuvent se cumuler :

- Le fréquent déni du patient présentant un risque suicidaire et ses réticences vis-à-vis de la prise en charge spécialisée :
 - nécessite beaucoup de disponibilité de la part du généraliste pour évaluer la situation puis convaincre de la nécessité de soins,
 - l'oblige à trouver des compromis.
- Le manque d'accès facile et rapide à un interlocuteur spécialisé, en grande partie relié au déficit de psychiatres sur cette zone géographique mène souvent le généraliste à gérer seul les situations.
- L'incompréhension importante du fonctionnement des CMP dissuade certains généralistes d'utiliser cette ressource.
- Le manque de communication efficace entre professionnels au sujet de la prise en charge des patients :
 - conduit à une discontinuité des soins,
 - donne implicitement au patient (ou son entourage) un rôle de coordination de sa propre prise en charge,
 - renforce voire induit l'insatisfaction de la majorité des généralistes à l'égard de la prise en charge psychiatrique (psychiatrie libérale, CMP, hôpital psychiatrique).
- Enfin, plus globalement le manque d'échanges entre professionnels renforce la solitude du généraliste qui souffre de gérer sans soutien des situations dramatiques.

Vertical line

Les points de satisfaction

Même s'il est moins développé, il existe aussi chez les enquêtés un discours positif sur le fonctionnement local de la prise en charge. Ainsi, dix médecins généralistes interviewés, répartis de façon équilibrée sur les deux pays, soulignent des aspects satisfaisants et des évolutions positives ces dernières années. Les urgentistes perçoivent également des avancées dans l'organisation de la prise en charge.

L'aspect positif le plus souvent mis en avant est l'interconnaissance des professionnels qui facilite les contacts pour échanger des informations ou avoir un avis, mais aussi pour avoir des rendez-vous ou une admission pour les patients malgré les fortes carences évoquées dans le chapitre précédent.

« *On est solitaire, mais il y a tout un réseau quand même.* » (Dr H.)

« *Ça fonctionne bien en fait ; j'ai des confrères psychiatres qui m'appellent même si je ne les ai jamais vus, pour des patients, pour qu'on décide ensemble de la prise en charge.* » (Dr P.)

« *Avec l'hôpital (psychiatrique), si on a besoin d'un avis, on peut en avoir, sans problème.* » (Dr I)

« *A force de connaître les gens, c'est vrai qu'on travaille plus avec eux mais on ne travaille pas avec une structure, mais avec des êtres humains ; si j'ai de bons contacts avec des libéraux, cela ne me gêne pas, on voit si ça passe ; si on a des contacts positifs, après ce n'est pas une question d'hospitalier ou de libéraux.* » (Dr P.)

« *Je connais bien les équipes de l'hôpital psychiatrique, ici je travaille en bonne convivialité.* » (Dr PS2)

Neuf médecins qui orientent régulièrement vers les **CMP** se disent plutôt satisfaits des relations avec ces structures.

« Au CMP, on finit par les connaître, donc on les appelle facilement, les infirmiers surtout car c'est avec eux qu'on a le plus de contact, car c'est eux qui voient en premier les patients. » (Dr K.)

« Les CMP : on a de très bonnes relations avec celui de XY, où la psychiatre est très très bien. Cela se passe bien. » (Dr G.)

« Il n'y a pas trop d'attente pour avoir le rendez-vous avec l'infirmière. Autant il y a des barrages assez importants pour le médecin psychiatre, autant pour l'infirmière ça va, non, le CMP répond bien. » (Dr X)

Un médecin urgentiste attribue au travail des CMP la régression des tentatives de suicide itératives :

« On voit moins toutes les petites tentatives de suicide à répétition, comme ils sont bien coconés – et je le dis volontairement -, on a l'impression qu'ils passent moins à l'acte. Surtout depuis trois, quatre ans, depuis que le CMP a pris de l'essor. » (Dr UY)

Le second point de satisfaction le plus fréquemment évoqué concerne la prise en charge effectuée par les **psychologues de ville** : les généralistes qui orientent facilement vers ces professionnels reconnaissent leurs compétences et se disent satisfaits des résultats.

« - Les psychologues (libéraux) nous sont d'une aide précieuse. Ce n'est pas pour les mêmes pathologies que les psychiatres, mais on a beaucoup de résultats positifs » (Dr K.)

« Dans l'ensemble oui, je suis satisfaite ; les patients vont 3 ou 4 fois, il y a une écoute importante, ils ont la formation plus que nous et surtout nous, nous sommes sanctionnés par le temps en tant que généralistes, on ne peut pas passer beaucoup de temps. » (Dr L.)

« Vous êtes satisfait quand cela arrive (à vos patients de consulter un psychologue) ? - Ah oui, très satisfait ! J'ai la rage d'ailleurs, je suis en colère quand on voit qu'on rembourse des médicaments dangereux comme les derniers neuroleptiques et qu'on ne rembourse pas les consultations de psychologues, on est vraiment à côté de la plaque ! » (Dr W.)

« J'ai des retours positifs des consultations de psychologues, de toute façon comme on n'a pas le choix, il faut s'y faire. Et puis il y a des professionnels compétents et il y a une écoute qu'on ne peut pas avoir nous en médecine générale. » (Dr S.)

Par ailleurs, certains interviewés soulignent que **l'offre locale de structures de prise en charge** est satisfaisante, en termes de diversité et de quantité.

« Dans les Côtes d'Armor, il y a trois gros hôpitaux psychiatriques, donc on a du monde à qui adresser quand même mais ce n'est pas rien, cette densité dit quelque chose quand même des problèmes de la population car elle n'est pas si nombreuse que cela. » (Dr R.)

« Il n'y a pas trop de difficultés de structures sur le coin, pour les cas subaigus du moins. La question qu'on se pose toujours c'est : est-ce que j'ai bien fait de renvoyer le patient sur quelqu'un d'autre ? » (Dr X.)

« C'est pas si mal, je ne vois pas ce qu'on pourrait améliorer. Le CMP, quand il y a urgence je trouve que c'est une bonne aide pour nous. » (Dr L.)

Plusieurs médecins remarquent que l'image de l'hôpital psychiatrique local évolue lentement mais favorablement :

« L'image de l'hôpital psychiatrique a quand même changé, en bien, ces dernières années. » (Dr F.)

« Quand je me suis installé c'était l'hôpital de fous ; actuellement il y a une inflexion de l'image, peut-être grâce aux CMPE, au fait qu'il y a des infirmières dans les services d'urgence, c'est très positif. (Dr P.)

« J'ai un monsieur qui a été très content, très satisfait de l'hôpital psychiatrique ; on lui a bien expliqué avant que ce n'était plus comme avant là bas, etc. Il est revenu très satisfait, il a trouvé des gens de qualité bien à l'écoute. » (Dr V.)

La mise en place des cellules médico psychologiques à l'hôpital général apparaît comme un réel progrès. Elle apporte un accueil adapté des suicidants et une sécurisation de leur prise en charge. Un médecin urgentiste souligne ce progrès important.

« Je trouve que cela s'est bien structuré en dix ans. Maintenant on ne peut plus entrer pour une tentative de suicide sans avoir été vu par un professionnel spécialisé. Les gens ne passent plus entre les mailles du filet. L'infirmière spécialisée a plus de temps que nous c'est son métier, elle peut passer une heure avec le patient ce que nous on ne peut pas faire aux urgences car on a une activité autre à gérer. » (Dr UY)

Trois médecins généralistes soulignent également l'intérêt de la présence des infirmières spécialisées en psychiatrie aux urgences :

« Là où il y a eu de gros progrès, c'est aux urgences de l'hôpital général où il y a depuis quelques années une infirmière psychiatrique pour l'accueil dans le cadre de la cellule psychiatrique ; c'est très très utile, là on est bien content. Ça remet ensemble le domaine psy et l'organique, car chez beaucoup des patients il y a aussi une dimension organique et n'oublions pas que les psychiatres ont été pendant longtemps les premiers prescripteurs d'IRM cérébraux ... Il n'y a pas de nécessité de dissocier les deux ... » (Dr R.)

Le contact que ces infirmières prennent avec le médecin traitant lorsqu'un patient est accueilli pour tentative de suicide est très apprécié par un médecin qui en a bénéficié :

« L'hôpital de ... a mis en place un système qui fait qu'ils nous appellent quand on a un patient qui a fait une TS, j'apprécie beaucoup. Ce qui est bien c'est surtout qu'on soit prévenu et que le service prévienne le patient qu'on est prévenu, cela nous permet d'évoquer la chose plus directement après. » (Dr K.)

Les lits dédiés, à l'hôpital général, pour les adolescents en mal-être ont aussi été évoqués comme une réponse de proximité pertinente.

« À l'hôpital général, avec un accueil bien spécifique : c'est super ! Pour les ados, on voit souvent une crainte par rapport au suicide, c'est une ressource intéressante car la réponse à un ado doit être spécifique. » (Dr X.)

L'appréciation de la situation locale par les généralistes semble beaucoup dépendre des expériences qu'ils ont eues et des liens interpersonnels qu'ils ont tissés avec des professionnels clefs : certains ressentent ainsi beaucoup moins le manque d'accessibilité à une prise en charge spécialisée rapide et adaptée que la majorité des interviewés.

En résumé

Les entretiens montrent qu'à côté des difficultés massivement exprimées, il existe pour une partie des médecins des points de satisfaction qui attestent :

- de réseaux locaux de collaboration au sein desquels les demandes trouvent des réponses et l'information circule suffisamment bien,
- d'une appréciation positive sur la quantité et la qualité de l'offre prise en charge,
- d'une image de l'hôpital psychiatrique qui évolue favorablement,
- d'une amélioration de la structuration de la prise en charge, notamment avec la mise en place des cellules médico-psychologiques au sein des hôpitaux généraux.

Une dynamique positive existe donc, qui ne touche toutefois pas la majorité des médecins interviewés car elle semble encore liée aux relations privilégiées que certains médecins ont tissés avec d'autres professionnels et non à une organisation qui bénéficierait à tous.

Les attentes et suggestions des interviewés

Tous les médecins interviewés ont été invités à exprimer leurs suggestions pour améliorer la situation locale de la prise en charge des suicidants. Les propositions sont variées : elles portent sur les moyens humains à développer, mais aussi sur les efforts de communication entre professionnels, l'éducation de la population et la création de dispositifs nouveaux.

Remédier à la pénurie de professionnels

La demande principale des généralistes est celle d'avoir un interlocuteur spécialisé et une prise en charge dans l'urgence adaptée.

« - Que faudrait-il pour améliorer les choses ?

- Avoir des consultations psychiatriques plus accessibles directement, il y a trop de barrage. Pouvoir causer à un psy et avoir un rendez-vous rapide, ce n'est plus possible ! » (Dr M.)

« Il faudrait un accès plus facile aux psychiatres. J'ai quelques collègues avec qui je me réunis régulièrement, on voit bien que les psychiatres ne seront plus une aide pour nous pour ces patients là, car les psychotiques occupent déjà leur temps, il n'y a plus d'accès pour les nouveaux ; on ne voit pas comment on va gérer cela dans le moyen terme. » (Dr A.)

« - Que pourrait-on améliorer localement ?

- C'est le nombre de médecins psychiatres mais ce n'est pas possible, c'est un problème politique, on a décidé qu'il ne fallait pas former plus de psychiatres, donc c'est fichu maintenant. Honnêtement, je ne vois pas comment améliorer les choses. L'hospitalisation reste la réponse mais quand les patients ne veulent pas ... » (Dr B.)

Pour cet urgentiste, les moyens humains ne sont pas à la hauteur de l'objectif de prévention du suicide.

« C'est un choix de société aussi. Il y a 12 000 suicides par an en France, un million de personnes qui ont des idées suicidaires et on a un budget 4 fois moins élevé pour la prévention du suicide que pour les accidents de la route qui font 5000 morts par an ! Est-ce que les autorités sanitaires décident de mettre des moyens ou est-ce qu'on continue de rafistoler un plâtre ? On a besoin de personnels, psychiatres, assistantes sociales, psychologues, en quantité suffisante. On voit des personnes revenir régulièrement aux urgences, ce n'est pas normal, il faut suivre ces personnes à long terme mais tout le monde est débordé. J'ai vu une jeune fille l'autre jour qui avait fait une tentative de suicide parce qu'elle n'arrivait pas à avoir un rendez-vous avec sa psychologue, il y avait 3 mois d'attente ! Et pourtant il y a plein de psychologues qui n'ont pas de boulot ... » (Dr UX, urgentiste)

Adapter la loi à la pénurie de psychiatres

La pénurie de psychiatres est ressentie au niveau des hôpitaux généraux. Aussi, deux urgentistes interviewés suggèrent d'adapter la loi à ce contexte. Dans un hôpital où le psychiatre ne vient que deux matinées par semaine, l'obligation légale d'organiser une consultation de psychiatre pour toute tentative d'intoxication médicamenteuse volontaire est très difficile à appliquer et oblige à essayer de retenir le patient parfois plusieurs jours.

« Que ceux qui ne nous donnent pas les moyens puissent aussi accepter que la prise en charge est différente dans une région où les psychiatres sont déficitaires. On pourrait donner la possibilité à l'urgentiste, en collaboration avec l'infirmier spécialisé en psychiatrie d'autoriser le patient à sortir. On ne peut pas appliquer la loi ici comme dans les grands CHU où ils ont des psychiatres et en permanence un interne en psychiatrie. Cela met une pression aux professionnels qui est énorme et qui démotive. » (Dr UX, urgentiste)

Développer le recours aux psychologues

Pour certains, qui n'espèrent plus dans l'augmentation du nombre des psychiatres, la collaboration généralistes - psychologues serait à développer afin d'offrir une écoute spécialisée et décharger les généralistes d'un aspect nécessaire de la prise en charge.

« Il faudrait un accès plus facile aux diverses structures psychiatriques, ne serait-ce qu'aux psychologues, les psychologues ont tout à fait leur place. » (Dr D.)

« Maintenant les psychiatres voient des cas lourds uniquement. Les autres cas, les psychologues et les médecins généralistes peuvent très bien régler cela. On va manquer de psychiatres de plus en plus, mais les psychologues peuvent aider, c'est à nous de convaincre nos patients. » (Dr I.)

« Améliorer ?- la possibilité d'avoir plus de psychologues au CMP. Nous, notre travail c'est la discussion, mais on ne peut pas passer une heure par semaine avec chaque patient. Quand on travaille en collaboration avec le psychologue, cela nous aide beaucoup. » (Dr K.)

Améliorer la communication

En dépit d'un constat de difficultés de communication et d'incompréhensions avec la psychiatrie, la demande de coordination, de travail en réseau est rarement formulée.

Deux médecins généralistes pensent qu'il faudrait développer les réunions entre professionnels. Et ce médecin urgentiste plaide également en ce sens :

« Quand on ne connaît pas bien le travail de chacun, on s'imagine des choses, on pense que l'urgentiste ne fait pas bien son travail, que le psychiatre ne fait pas ce qu'il faut, que l'assistante sociale ne s'occupe pas bien des gens etc. Quand les gens se rencontrent, qu'ils se connaissent, ça marche tout de suite plus facilement. (...). L'important c'est de commencer à le faire. Si on prend les dossiers des patients et qu'on voit ce qu'on peut améliorer, ce n'est pas de la réunionite, les gens sont intéressés par du concret ; il faut arriver à remotiver les gens. » (Dr UX.)

Pour la majorité des généralistes interviewés la mise en place de réunions, de réseaux ne leur semble pas possible. Débordés, ils ne veulent pas envisager une activité qui leur prendrait du temps supplémentaire.

« Non, ce n'est pas possible, c'est un problème de disponibilité. » (Dr V.)

« La coordination, c'est le patient qui gère. L'histoire des réseaux, je ne suis pas convaincue. Cela m'est arrivée de participer car cela apporte des finances, mais c'est une pression administrative c'est tout ! » (Dr X.)

Par contre, il existe une attente d'une meilleure communication que ce soit entre professionnels (communication sur le suivi du patient) ou entre usagers et professionnels ou structures.

« De toute façon on a très peu de communication avec le domaine psychiatrique, on n'a pas forcément de relations ; on a rarement des courriers des psychiatres, par exemple quand ils suivent un de nos patients, ils ont leur prescription à part, nous on se contente du reste. Ça manque de communication quand même. » (Dr V.)

Plus globalement, plusieurs médecins souhaiteraient stopper le processus de déshumanisation qui touche aussi les structures de proximité.

Ainsi, le fait que lorsqu'on appelle l'hôpital psychiatrique local on se trouve « accueilli » par une plateforme automatique a été plusieurs fois souligné comme une aberration :

« Le médecin n'était pas praticien 35 h par semaine autrefois, maintenant c'est « le médecin n'est pas là, il est en vacances » Il y a une distanciation entre le médecin et son patient, qui avant pouvait venir la nuit ou le dimanche, maintenant vous faites le 15 : c'est impersonnel. « Tapez 1 si c'est une corde, tapez 2 si c'est une balle tapez 3 si c'est une noyade » : c'est presque cela ! Il y a une déshumanisation de tout cela. Ce n'est pas comme un infarctus, on ne débouche pas les artères en psy.» (Dr H.)

« Vous voulez appeler l'hôpital psychiatrique vous tombez sur un répondeur qui vous dit « tapez1, tapez 2 » etc. Si un patient appelle et qu'il ne va pas bien, vous imaginez ! Il y a quand même la relation humaine qui est très importante. » (Dr UX, urgentiste)

Éduquer

Deux médecins ont évoqué spontanément l'intérêt d'agir en prévention primaire pour lever les obstacles à l'expression de la souffrance psychique et donc à sa prise en charge.

« Le manque en psychiatrie, cela peut être d'éduquer les gens, de parler plus de psychologie, de philosophie, de l'être, qu'est-ce que c'est un être vivant et pensant, en prévention très primaire. De faire en sorte que les gens sachent qu'ils sont uniques, mais qu'ils partagent aussi des problèmes et qu'on peut en parler. Cette sensibilisation précoce serait très favorable au fait d'aller voir ensuite un psychologue, de mettre dans la tête des enfants que les difficultés psychologiques sont normales, qu'on peut en parler. L'action la plus bénéfique serait sur l'éducation : faire prendre conscience que la psychologie, ce n'est pas la folie. » (Dr N.)

« Il faudrait peut-être des affiches à mettre dans nos salles d'attente pour déculpabiliser, car les patients ont honte de parler de leurs problèmes psychologiques. » (Dr G.)

Innover

Plusieurs suggestions portent sur des innovations qui aideraient le généraliste à mieux prendre en charge, efficacement, les patients concernés par le risque suicidaire.

Pour aider le médecin à bien orienter son patient, un dispositif pourrait être mis en place permettant un accès permanent à un interlocuteur spécialisé.

« Améliorer ... ce serait avoir des interlocuteurs pour nous en cas de besoin, des gens qui ne connaissent pas les patients, pour pouvoir exposer des situations un peu complexes et avoir un avis ... style un numéro de permanence, pourquoi pas avec des psychologues du CMP, mais par téléphone, pas par mail, car on n'a pas besoin d'informations, on a besoin d'une conversation, d'un échange. » (Dr R.)

Un médecin propose une structure qui n'est pas sans évoquer les CMP :

« Peut-être une structure mixte psycho-psychiatres qui puisse avoir un peu le temps et qui puisse orienter dans un deuxième temps vers la bonne prise en charge ; qu'il y ait une filière directe éventuelle, une gare de triage en quelque sorte, car on envoie un peu au hasard finalement. Oui, avoir une plateforme, qui existe peut-être, je ne m'informe peut-être pas, qui puisse dispatcher vers des gens compétents. J'envoie peut-être parfois pas à la bonne porte et c'est une perte de temps et d'énergie pour le patient aussi. » (Dr M.)

Deux médecins évoquent l'intérêt qu'il y aurait à être appuyés par une équipe mobile qui pourrait se rendre au domicile, élément crucial en milieu rural et pour certains profils des patients suicidaires.

« Dans certaines situations je verrai bien une unité mobile de psychiatrie, avec un psychiatre et une infirmière psy qui pourraient se rendre au domicile des patients, pour désamorcer ou juger aussi de la gravité des faits car nous on arrive souvent dans des situations de catastrophe, avec la pression de la famille etc. et on est limité dans le temps, on ne peut pas passer deux heures chez quelqu'un et on hospitalise peut-être parfois à outrance. Il faut du temps en psychiatrie. donc aller chez les gens au moins au départ pour dédramatiser, établir une première relation ce serait bien car quand on dit « prenez contact avec le CMP » si on n'est pas derrière pour vérifier qu'ils l'ont fait, la moitié des gens ou les ¾ ne le font pas. Il y a besoin d'un accompagnement. » (Dr V.)

« Avoir un médecin ambulant qui ferait le lien entre l'institution et le médecin traitant. (...) Une équipe mobile qui viendrait discuter au moment de l'épisode à risque, puis après la difficulté passée, trouver des éléments pour mieux gérer cette situation. » (Dr Y.)

Pour permettre d'offrir des espaces d'écoute moins contraints que ce que peut proposer un généraliste, un interviewé propose de mettre en place des consultations de suicidologie :

« Le nec plus ultra ce serait de créer un secteur de suicidologie : une structure d'accueil entre l'hôpital et la ville où les médecins libéraux, généralistes, pourraient faire des vacations, réservées aux suicidaires. Un peu comme les salles de shoot : une structure d'écoute pour les suicidaires. C'est bien d'en parler, mais qu'est-ce qu'on peut faire concrètement ? Il faut des médecins motivés pour participer à ce type de consultation. Une consultation de suicidologie permettrait d'avoir du temps, sans dérive psychiatrique, avec beaucoup d'écoute. C'est une spécialité nécessaire la suicidologie, ce n'est pas une spécialité en plus. Cela permettrait de désengorger les consultations de psychiatres, tout en passant par son médecin traitant. » (Dr J.)

Un médecin souhaiterait pouvoir créer une concertation des professionnels autour du patient, sur le modèle de l'hospitalisation à domicile (HAD).

« Au CMP il faudrait pouvoir discuter avec nos confrères, qu'il y ait des réunions avec eux sur les patients, un peu comme pour l'HAD, ce n'est pas facile mais on peut le faire. Pour l'HAD la personne en général va mourir, mais on trouve l'énergie pour le faire, on se retrouve dans le cabinet du médecin traitant, en 30 minutes on a fait le tour, avec une psychologue d'ailleurs et tout cela pour préparer la mort du patient. On pourrait organiser une table ronde pour essayer de sauver des gens. Rien n'est mis en place pour les patients suicidaires alors que là, on peut sauver des vies. Une table ronde au plus près du domicile comme pour l'HAD. » (Dr Y.)

Un médecin va plus loin, en remettant en question le paiement à l'acte, qui ne lui semble pas du tout adapté pour une bonne qualité de suivi, qu'il s'agisse du risque suicidaire ou de pathologies chroniques qui nécessitent une surveillance régulière de proximité.

« Et puis, vous parliez de suggestions : de compter les consultations à l'acte pour des histoires comme ça, ça ne tient pas debout, il faut sortir du paiement à l'acte, de façon générale d'ailleurs pour toutes les maladies chroniques, on aurait besoin de voir beaucoup plus les gens car on voit beaucoup de choses à la tête des gens. S'arrêter leur dire bonjour, leur prendre le pouls (pour un insuffisant cardiaque par exemple). Or, quand j'ai beaucoup de visites le matin, je ne peux pas me permettre de m'arrêter voir tous les patients qu'il faudrait revoir. C'est la gestion du temps liée au paiement à l'acte qui est peu compatible avec ce type de suivi » (Dr W.)

À travers la plupart de leurs suggestions, les interviewés réaffirment les aspects qui posent problème dans leur pratique, mais montrent aussi qu'il existe des possibilités concrètes d'améliorer la qualité de la prise en charge du risque suicidaire et donc potentiellement de réduire les passages à l'acte.

Formation et information : une absence de besoin ressenti

Le développement de la formation fait souvent partie des recommandations faites pour améliorer les pratiques en médecine générale. Interrogés sur ce besoin éventuel, la très grande majorité des interviewés a déclaré ne pas ressentir de véritable besoin sur ce plan, refusant d'acquiescer à une compétence spécialisée et revendiquant une approche « généraliste » de leur rôle .

Quelques généralistes interviewés se sentent suffisamment formés pour la prise en charge des suicidants : soit parce qu'ils ont fait de la psychiatrie (2 cas), de l'auto-formation sur le sujet, de la formation continue ou des mises à jour au sein d'un groupe de pairs.

« La psy est indispensable pour faire de la médecine générale, je ne conçois pas qu'on fasse de la médecine sans psy, sauf la chirurgie peut-être (...) Je suis médecin généraliste ici depuis trente ans. J'ai fait une formation en psy pendant quinze ans, c'est une formation indispensable dans la carrière d'un médecin généraliste, plus que dermato, c'est la première. La formation initiale en psy est vraiment riquiqui. On est obligé d'avoir une formation pour le dépistage (...)» (Dr H.)

« En tant que médecins généralistes on fait des formations en groupe de pairs. Sur le suicide, les tableaux dépressifs, on avait bien revu les choses, sur les questions à poser au patient, ont-ils déjà préparé leur acte etc. pour évaluer le risque, caractériser la situation. On s'était posé des questions sur notre pratique, je crois qu'on avait besoin d'être rassurés, on en était ressortis je crois plus confiants ... Je crois que c'est à refaire à intervalles réguliers. » (Dr U.)

Toutefois, la plus grande partie des généralistes interviewés dit ne pas « prétendre » être suffisamment formée pour faire face à toutes les situations de risque suicidaire ; ils n'éprouvent pas pour autant la nécessité de se former davantage. Plusieurs raisons sont invoquées : le médecin généraliste ne peut pas se former à tout et le suicide n'est pas le symptôme le plus courant dans la pratique quotidienne.

« Comme dans beaucoup de domaines, c'est intéressant d'avoir des formations, mais ce n'est pas le domaine qui viendrait en premier. » (Dr D.)

« Non, je fais des formations en gériatrie donc c'est difficile de tout faire, la médecine générale est vaste ! Ce ne sont pas des patients qui me posent problème. Les suicides, on n'en a pas beaucoup. (...) C'est un domaine qui m'intéresse pas mal, donc ça ne me gêne pas, je lis pas mal de choses, je me sens relativement à l'aise. Les psychothérapies, il faut une formation plus précise, il faut déléguer aux psychologues ou aux psychiatres. » (Dr I)

« Je n'ai pas besoin de formation car je ne suis pas là pour faire le boulot des psychiatres. » (Dr M.)

Par ailleurs, s'agissant de la capacité à faire un travail d'écoute et à gérer des situations complexes, l'expérience apparaît comme la meilleure formation :

« Je ne me sens pas « suffisamment formée » mais en même temps, la formation c'est des années d'expérience, c'est pour tous les domaines un peu comme ça en médecine générale, c'est l'expérience et le rapport aux gens. Non, je n'envisage pas de formation sur ce sujet. » (Dr K.)

« La formation ? Je pense que c'est l'expérience -et j'ai trente ans d'expérience- ; je dirai que pour nous ici c'est assez simple, car on a une population très stable qu'on connaît depuis des années. » (Dr Q.)

Seuls deux généralistes expriment un besoin de formation complémentaire sur la prise en charge et notamment l'aspect psychothérapeutique :

*« - Ressentez-vous un besoin de vous former ?
- Oui, j'ai des amis qui sont beaucoup mieux formés que moi en psychiatrie, moi cela fait longtemps que je n'ai pas eu de formation en psychiatrie ; sur les symptômes je crois qu'on sait, ce serait plus sur toute la prise en charge : les traitements, l'écoute .. Mais pas de formation locale avec des labos, ça je n'irais plus ! Et avec certains psychiatres locaux, je n'irai pas. » (Dr B.)*

« Je n'ai pas la formation, mais parfois je pense que je pourrai (faire des psychothérapies) ; je me pose la question pour être plus performante (de faire une formation)... même si je me débrouille avec la plupart des cas, parfois je sens que je n'ai pas les armes. » (Dr G.)

De même, les généralistes interviewés ne ressentent pas le besoin de recevoir des informations sur le phénomène suicidaire, considérant qu'ils perçoivent bien la situation à travers leur patientèle.

*« Aimerez-vous avoir plus d'information sur la situation locale au sujet du suicide ?
- Bien sûr, c'est toujours intéressant, mais je n'en ressens pas le manque. » (Dr G.)*

« Les statistiques qu'on lit dans des revues ou la presse locale : il y a pas mal de communication sur ce sujet là, je me sens bien informée » (Dr I.)

« On a un panel de patients assez représentatifs. Et on est plusieurs au cabinet, on essaie d'échanger entre nous, donc ... » (Dr K.)

« Non, on le voit au travers de nos patients. » (Dr V.)

Seuls quatre médecins ont déclaré être intéressés de recevoir plus d'informations sur ce sujet.

« Je ne suis pas contre le fait d'avoir plus d'information (sur la réalité locale). S'il y avait une information sur les problèmes de santé locale oui, mais le plus important c'est de trouver des solutions. » (Dr C.)

L'absence de besoin ressenti de formation et d'information complémentaires sur le suicide semble donc à mettre en relation avec le fait qu'à l'échelle de leur pratique individuelle quotidienne, la fréquence du phénomène reste faible alors que le champ d'activité de la médecine générale est vaste et varié.

Discussion

Vertical line

Discussion de la méthode

Les enquêtes auprès des médecins libéraux comportent toujours des difficultés car elles se heurtent à un double handicap : le manque de disponibilité des médecins et leur saturation par rapport aux démarches d'études du fait des multiples sollicitations dont ils sont l'objet. La conjugaison de ces deux facteurs, le sentiment que les études ne servent à rien, conduisent certains médecins à refuser systématiquement de répondre à une enquête quelle qu'elle soit. Nous avons été confrontés à cet écueil puisque 27 médecins contactés ont refusé de participer par manque de temps et rejet des enquêtes.

Pour ceux qui ont accepté, certains ont dit le faire à titre exceptionnel, à cause du sujet et de la démarche de recherche-action. Même volontaires, ils expriment souvent une attente de retour d'information et, plus encore, d'effets concrets et rapides.

L'échantillon de médecins interviewés correspond assez bien à l'échantillon théorique stratifié. Les médecins généralistes interviewés reflètent ainsi la population de référence sur les critères de lieu d'exercice, sexe, âge, année d'installation et type d'exercice (seul ou en en groupe). Nous pouvons noter également une bonne dispersion de l'échantillon à l'intérieur de chaque pays sur un grand nombre de communes (21 communes différentes). On ne peut pas toutefois affirmer qu'il n'existe pas d'effet de sélection : les médecins qui acceptent encore de participer aux études de ce type sont peut-être plus impliqués dans des échanges professionnels ou une réflexion sur l'évolution des pratiques ; nous ne disposons pas d'éléments objectifs pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Pour ce qui concerne la technique d'enquête, l'entretien semi-directif a semblé adapté au sujet et aux objectifs de l'étude. Cette technique, qui consiste à aborder différentes dimensions d'un sujet à partir de récits de cas ou d'expériences, a permis une grande souplesse, nécessaire pour s'adapter aux contraintes des praticiens, notamment en termes de disponibilité. Les interviewés, préalablement avertis par un courrier, se sont exprimés sans réticences sur leurs pratiques, leurs opinions et leurs difficultés.

Par le nombre de médecins généralistes interviewés sur un territoire bien délimité, cette enquête offre un matériau riche qui permet de mettre à jour une diversité de points de vue au sein de cette catégorie professionnelle, que les entretiens de deux psychiatres libéraux et trois urgentistes confirment ou complètent. Toutefois, cette étude ne peut pas être lue comme un tableau exhaustif des points de vue des acteurs locaux sur la prise en charge du risque suicidaire : les professionnels de l'hôpital psychiatrique, dont ceux des CMP, mais aussi les psychologues libéraux n'y sont en effet pas représentés. Il s'agit d'une limite inhérente au choix de se focaliser sur les médecins généralistes selon une approche qualitative qui ne peut travailler sur des échantillons importants.

Discussion des résultats

La question de la visibilité dans la pratique médicale d'un phénomène épidémiologique

Même si le phénomène suicidaire est fréquent dans ces deux pays, la majorité des médecins généralistes interviewés dit ne pas y avoir été « souvent » confronté. Les données des derniers diagnostics locaux de pays confirment, par une répartition théorique, cette relative rareté du phénomène à l'échelle d'un omnipraticien.

Sur la période 2000-2006, le pays du Trégor-Goëlo a compté 42 décès par suicide en moyenne annuelle et le pays de Guingamp 29. Ces données conduisent à estimer qu'un médecin généraliste serait en moyenne confronté à un décès par suicide tous les 3 ans en Trégor-Goëlo et tous les 2 ans en pays de Guingamp.

Une enquête par questionnaire réalisée en 2000-2001 sur un département de l'ouest de la France⁹ estime, sur la base des déclarations des répondants, que « pour une ancienneté moyenne d'installation de quinze années, chaque médecin a été confronté en moyenne à six suicides et 19 tentatives »¹⁰, soit environ en moyenne un suicide tous les deux ans et une tentative tous les ans.

Comparé à la fréquence des pathologies graves comme les cancers, la fréquence du phénomène suicidaire peut effectivement paraître rare pour un généraliste. Il est possible également qu'une partie des personnes qui se suicident ne soient pas familières du recours au généraliste et que de ce fait, leur geste ne touche pas les praticiens de la même manière qu'un patient régulièrement suivi.

9 Les objectifs de cette enquête étaient de cerner comment le médecin généraliste percevait les patients suicidaires, quelles difficultés rencontrait-il, quelles relations entretenait-il avec les autres professionnels et quelles étaient ses attentes. FANELLO S., PAUL P., DELBOS V., GOHIER B., JUSSET N., DUVERGER P., GARRE JB., pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires, Santé Publique, 2002, volume 14, n°3, pp. 269.

10 Id, p. 269.

Enfin, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des patients n'informent pas leur médecin traitant de leur tentative de suicide, contribuant ainsi au manque d'identification du phénomène.

Cette faible visibilité du phénomène suicidaire est aussi à relier à ce que nous pouvons identifier dans cette enquête comme une évolution du rôle du généraliste dans la prise en charge. Comme plusieurs des interviewés l'ont expliqué, le généraliste n'est plus appelé en première intention lorsqu'un de ses patients fait une tentative de suicide.

Une étude publiée en 2001¹¹ estimait que le médecin généraliste était le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux, décidant trois fois sur quatre d'un recours à l'hospitalisation. En dix ans, la situation a probablement évolué du fait des modifications de l'organisation du système de santé et notamment de la permanence des soins. L'acte suicidaire se produisant, d'après les professionnels, le plus souvent la nuit ou les week-ends, donc sur les temps de garde, les généralistes sont plus rarement sollicités. Ils sont davantage confrontés au suicide pour constater les décès – le plus souvent de patients qu'ils ne connaissent pas - pendant les gardes ou pour soutenir les familles.

Le risque suicidaire est par contre beaucoup plus présent. Il renvoie à la crainte qu'éprouvent les généralistes de « passer à côté », de ne pas dépister ce risque chez un de leurs patients. Ce risque concerne en premier lieu les patients présentant des troubles anxio-dépressifs, mais il est considéré comme une potentialité pour presque tout patient qui peut réagir à des événements de vie.

Le rôle des généralistes paraît donc plutôt se situer sur le terrain de la prévention : prévention primaire par le rôle psychologique et social qu'ils jouent auprès des patients isolés, prévention secondaire et tertiaire par le repérage souvent intuitif de signes permettant d'évaluer le risque de passage à l'acte, par le travail d'écoute, la mise en place d'un traitement, l'orientation du patient vers d'autres professionnels et parfois l'hospitalisation.

Les effets d'un déficit de spécialistes

Les questions de démographie médicale ont été régulièrement abordées dans les entretiens, notamment au sujet des psychiatres. Les généralistes se disent eux-mêmes en sous-effectif ; la quasi-totalité de ceux que nous avons contactés (soit 57) se disaient totalement débordés, travaillant douze à quinze heures par jour (hors épidémie).

¹¹ BADEYAN G. , MOUQUET MC., TELLIER S., DRAGOS S., ELLENBERG E., Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES), Études et Résultats 2001, 109 pages.

La densité médicale de généralistes est effectivement inférieure à la moyenne de la région pour le pays de Guingamp, mais supérieure pour le pays de Trégor-Goëlo¹². Cette donnée ne tient toutefois pas compte du fait qu'une partie des femmes généralistes ne travaille pas à plein temps et surtout que, compte tenu du déficit de spécialistes, les omnipraticiens sont amenés à prendre en charge des pathologies qui auparavant étaient suivies par des spécialistes. Cette situation est peut-être d'autant plus accentuée que la population de ces pays est vieillissante et que la zone est majoritairement rurale.

S'agissant du risque suicidaire, le déficit de psychiatres, durable pour les libéraux, récemment jugulé pour les hospitaliers (notamment par le recrutement de praticiens étrangers) conduit les généralistes soit à gérer seuls soit à rechercher des appuis spécialisés auprès des CMP ou des psychologues libéraux. Cette situation peut être mise en regard de ce qui était décrit dans l'enquête 2004 de l'URML Bretagne qui montrait que les partenaires habituels des généralistes dans la prise en charge des problèmes de santé mentale étaient avant tout les psychiatres libéraux (pour 67% des répondants sur un échantillon représentatif de 120 généralistes bretons)¹³, mais aussi qu'une fois sur deux les omnipraticiens auraient souhaité un conseil pour le diagnostic d'un patient ayant un problème de santé mentale¹⁴ (la problématique étant ici plus large que celle du suicide). Le besoin d'interlocuteur expert apparaît aussi très important dans notre étude, mais les possibilités d'y accéder sont souvent considérées comme insuffisantes.

La relative insatisfaction concernant les CMP doit sans doute être reliée au fait que certains généralistes conçoivent le recours au CMP comme une façon d'accéder à un avis spécialisé qui correspond nécessairement, dans leur représentation, à un avis de médecin psychiatre. Or, les CMP ne répondent pas à cette attente, les patients étant d'abord pris en charge par une infirmière spécialisée. Ce élément renvoie à la méconnaissance des rôles et du fonctionnement de ce type de structure par une partie des professionnels de l'ambulatoire.

Cette pénurie générale ressentie, cette surcharge de travail explique peut-être pourquoi les interviewés ne sont pas demandeurs de formation et sont majoritairement réticents à l'égard de toute nouvelle organisation type réseau qui leur coûterait du temps. L'étude de Fanello mettait pourtant en évidence une demande importante de formation sur ce sujet (68% des répondants) ; de même l'enquête de 2004 de l'URMLB (57,4% des répondants souhaitait une formation continue en psychiatrie). Il est possible que l'attitude des généralistes a évolué ces dernières années, peut-être dans le sens d'un plus grand repli sur soi, mais aussi par nécessité de faire des choix ou encore par découragement à l'égard de la politique de santé (difficultés de la formation médicale continue par exemple).

Il existe toutefois quelques médecins de l'échantillon qui restent motivés pour réfléchir et rechercher des solutions afin d'améliorer leur pratique et la qualité de la prise en charge des patients, a fortiori autour d'une problématique aussi dramatique que celle du suicide.

¹² La santé dans le pays de Guingamp, ORS Bretagne, mai 2010, page 17 ; La santé dans le pays du Trégor-Goëlo, ORS Bretagne, mai 2010, page 17.

¹³ LEVASSEUR G., BATAILLON R., SAMZUN JL., « Prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine générale », Baromètre des pratiques en médecine libérale, URML Bretagne, juin 2004, p.2.

¹⁴ id., p.19.

La persistance des cloisonnements

À travers les propos des interviewés, on observe un double clivage : entre la logique hospitalière et la logique de la médecine libérale, mais aussi entre psychiatrie et médecine générale.

On note dans les discours une insatisfaction, parfois très vive, concernant les modes de fonctionnement des hôpitaux, généraux et psychiatrique, et des CMP. Le manque de transmission d'information, la lenteur de cette transmission, les désaccords sur l'évaluation de l'urgence, sur le contenu de la prise en charge, le sentiment de non reconnaissance de la compétence du généraliste : autant d'éléments de clivage qui se perpétuent depuis les années 1960 en France et qui touche toutes les spécialités médicales¹⁵.

Ainsi, les généralistes interviewés disent être très rarement contactés par les établissements concernant la prise en charge d'un de leurs patients suicidaire ou suicidant. L'étude de Fanello et col. le constatait déjà : « *on peut en effet être surpris de constater que le médecin traitant n'est que très rarement contacté (moins de 10%) par le médecin hospitalier ou les travailleurs sociaux pour prendre en charge un patient suicidaire* »¹⁶.

S'agissant de santé mentale, ce clivage se double d'une difficulté de communication avec les professionnels de la psychiatrie dont l'approche peut sembler éloignée de celle de la médecine organique et scientifique à laquelle les généralistes sont prioritairement formés. Cette situation crée des incompréhensions et surtout des déceptions qui incitent plutôt les généralistes à gérer seuls le risque suicidaire.

Une étude de 1994 menée en Bretagne sur les tentatives de suicide, notait « *la psychiatrie, dans le contexte des tentatives de suicide, reste le champ pour lequel existent le plus d'incompréhensions (critiques d'ordre épistémologiques) et de dysfonctionnements ressentis (critiques d'ordre organisationnel)* »¹⁷.

Les généralistes ne sont pas pour autant des « victimes » de ces clivages. Ils sont eux-mêmes souvent très rétifs à la coordination, allergiques aux réseaux qu'ils considèrent d'abord comme chronophages. Or, « *la notion de réseau devrait avant tout concerner la possibilité concrète de mettre en place des moments de concertation, sortes de réunions de synthèse centrées sur une situation clinique* »¹⁸.

Ils sont aussi prisonniers de leur vision de la hiérarchie des compétences, inculquée dans leur formation initiale, ce qui explique pourquoi certains trouvent offensant que leur courrier d'adressage d'un patient dans un CMP soit lu et en quelque sorte « jugé » par une infirmière.

¹⁵ ARLIAUD M., Les médecins, Paris : Ed La Découverte, 1987.

¹⁶ FANELLO, op.cit., p. 271.

¹⁷ BATT Agnès, FRATTINI Marie-Odile, JARNO Pascal, TREHONY Alain, PIQUET Odile, Les tentatives de suicide. Recherche sur la compréhension du phénomène suicidaire avec le concours de médecins généralistes. Analyse des entretiens. Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, juin 1994, p. 59.

¹⁸ LE MENTHEOUR Philippe, Les difficultés d'une prévention du suicide en médecine libérale, mémoire du DIU « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Université de Rennes 1, septembre 2001, page 26.

En 2004, le rapport de l'URMLB concluait : « *l'importance des troubles de la santé mentale prise en charge en médecine générale inciterait pourtant à une réflexion approfondie sur la question de la coordination. La complémentarité entre secteur libéral et secteur hospitalier, entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professionnels (psychologues, infirmiers, assistants sociaux, etc.) est donc questionnée* »¹⁹. Il semble que la question reste toujours posée aujourd'hui.

Des améliorations locales diversement perçues

Il faut toutefois noter que plusieurs médecins interviewés reconnaissent les progrès accomplis localement dans l'organisation de la prise en charge à l'hôpital général, notamment par la mise en place d'une cellule médico-psychologique qui permet un accueil adapté des suicidants aux urgences ou dans les services de médecine. Ce dispositif constitue une possibilité de prise en charge de proximité, non étiquetée comme « psychiatrique », qui est utilisée par une partie des médecins de l'échantillon. Son fonctionnement, son articulation avec l'hôpital psychiatrique ne sont toutefois pas toujours compris. Il suppose aussi pour les médecins d'accepter et de reconnaître le rôle de premier plan des infirmières spécialisées, comme pour les CMP : il s'agit là d'une difficulté liée à la culture médicale et probablement à la méconnaissance du contenu du travail infirmier dans ce cadre.

Certaines innovations dans les pratiques de ces cellules médico-psychologiques sont inconnues de la majorité des médecins interviewés : ainsi, un seul médecin évoque le dispositif de contact téléphonique du médecin traitant après hospitalisation d'un patient suicidant ayant donné son accord pour ce contact.

Enfin, les efforts effectués localement pour améliorer la prise en charge sont en partie masqués par des évolutions nationales qui impliquent par exemple la réduction des durées de séjour hospitalier, que les médecins généralistes attribuent volontiers à des pratiques critiquables des praticiens hospitaliers et non aux contraintes qui pèsent sur leurs prescriptions.

¹⁹ LEVASSEUR, op.cit., p. 19.

Vertical line

Pistes d'action

L'atout des généralistes pour toute réflexion, élaboration et mise en œuvre d'une prévention du suicide tient au fait qu'ils constituent les acteurs de santé qui ont la vision la plus globale du système de prise en charge et la plus proche du vécu des patients. Les psychiatres, les urgentistes, reconnaissent volontiers dans cette enquête ne pas avoir une vision d'ensemble. Cela ne signifie pas que les généralistes ont la vision la plus « juste », mais ils ont, de fait, un point de vue plus panoramique et reçoivent au quotidien les impressions spontanées des patients et des familles. Leurs suggestions, déjà exposées (voir à ce propos le chapitre 6-6), peuvent donc être utiles pour définir des pistes d'action.

Ci-après, sont exposés les axes susceptibles d'être mis en œuvre à partir de l'analyse des entretiens.

Décloisonner

L'action la plus importante, compte tenu des résultats de cette étude, nous semble être de promouvoir des moyens de décloisonnement entre les différents types d'acteurs de la prise en charge.

En premier lieu, l'**interconnaissance** pourrait être encouragée et structurée. À l'échelle d'un pays, il semble possible que les professionnels identifient plus clairement les modes de fonctionnement et les champs de compétences de chacun. Certains généralistes ignorent ce que peuvent apporter les psychologues pourtant bien implantés sur la zone ; beaucoup perçoivent les CMP comme des structures opaques, ne savent pas quelles sont les compétences et façons de faire des infirmières spécialisées en psychiatrie. Cette interconnaissance peut être améliorée par des rencontres régulières qui peuvent prendre la forme d'étude de cas : à partir d'un cas de prise en charge de suicidant (ou suicidaire) qui a concerné plusieurs acteurs, examiner en commun les aspects positifs et négatifs de la prise en charge pour en tirer des enseignements en termes de **bonnes pratiques**.

Le décloisonnement doit aussi viser une **meilleure continuité des prises en charge**, notamment par une amélioration de la transmission des informations. Il s'agit ici d'examiner les possibilités concrètes pour les établissements hospitaliers d'informer le médecin traitant en cas d'hospitalisation de son patient pour tentative de suicide et avant sa sortie pour s'assurer du relais pris par l'omnipraticien. Les conditions de cette transmission sont bien sûr à définir dans le respect de la volonté du patient. Le contact téléphonique, mis en place par les cellules médico-psychologiques, est probablement à privilégier pour éviter tout alourdissement des tâches. Pour les suivis effectués en CMP, la possibilité d'une transmission d'un compte-rendu serait également à étudier afin de ne pas faire jouer au patient un rôle de coordination qui revient aux professionnels.

Enfin, le décloisonnement peut passer par l'organisation d'un filière de prise en charge sanitaire et sociale intégrant les structures hospitalières, les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues libéraux ainsi que les travailleurs sociaux afin d'optimiser les chances des patients d'accès à un soin ou une aide adaptés.

Même si de nombreux interviewés se sont montrés réticents vis-à-vis des réseaux, il importe de favoriser des modes d'organisation et de coordination en s'appuyant sur les professionnels motivés. Une expérimentation pilote pourrait à ce titre être mise en oeuvre.

Proposer des consultations psychologiques accessibles

Pour les généralistes comme pour tous les professionnels soumis à une forte demande, la question du temps d'écoute semble constituer un obstacle à la qualité de la prévention du risque suicidaire : plusieurs interviewés disent ne pas pouvoir se montrer aussi disponibles qu'ils le souhaiteraient ce qui les conduit à orienter parfois vers d'autres professionnels spécialisés qui eux-mêmes ne peuvent pas toujours offrir les conditions d'une psychothérapie basée sur l'écoute. Seuls les psychologues libéraux apparaissent dans cette enquête comme des professionnels suffisamment disponibles et reconnus pour leur compétence psychothérapeutique. Le principal frein à ce recours étant financier, les collectivités locales pourraient promouvoir une plus grande accessibilité à des consultations psychologiques, au plus près de la population. En s'inspirant d'expériences déjà existantes, des psychologues volontaires libéraux comme institutionnels (des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux) pourraient s'associer en ce sens. Une telle initiative permettrait d'atténuer l'inégalité sociale qui existe actuellement concernant l'accès à ce type de thérapie ou de soutien.

Informers la population

Enfin, l'effort de coordination, d'amélioration des pratiques et d'accès à une écoute psychologique devrait s'accompagner d'une meilleure information de la population.

Une information pédagogique sur le phénomène suicidaire, replacée dans le cadre plus large de la santé mentale, pourrait en effet améliorer la prise en compte de la souffrance psychique par la population elle-même, afin qu'elle sollicite une aide le plus précocement possible.

Si des brochures telles que celles de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur la dépression ou encore d'association telle que Psycom 75 sur les troubles dépressifs peuvent être utilisées, il serait toutefois judicieux d'élaborer un support adapté aux spécificités de la population (ruralité, réticence à tout ce qui est « psy », difficulté à verbaliser ce qu'on ressent), qui présenterait également toutes les sources d'aide. Un tel support nécessiterait d'être conçu en concertation avec les professionnels (généralistes, psychiatres, infirmières spécialisées, psychologues et assistants sociaux) pour être diffusé par eux directement ou dans leur salles d'attente.

Ce type de démarche renforcerait la lisibilité pour tous de l'organisation et des ressources locales. Enfin et pour majorer l'impact de ce type d'action, une coordination pourrait être recherchée avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne (IREPS).

Vertical line

Conclusion

Face à la pénurie de psychiatres, compte tenu du déficit de communication avec les structures de prise en charge, cette étude laisse à penser que les médecins généralistes des pays de Guingamp et de Trégor-Goëlo sont de plus en plus conduits à gérer seuls le risque suicidaire dans leur patientèle lorsqu'ils y sont confrontés ou en sont informés. Or, dans l'intérêt du patient comme du praticien, cette gestion solitaire n'est sans doute pas souhaitable.

Il importe donc d'imaginer des solutions pour que le généraliste puisse avoir un interlocuteur spécialisé, afin d'évaluer le risque, décider du traitement adapté mais aussi pour partager la responsabilité de choix de prise en charge.

C'est probablement une condition pour améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge du risque suicidaire mais aussi pour préserver cette ressource précieuse que constitue la médecine générale de proximité.

Vertical line

Bibliographie

ARLIAUD M.

Les médecins, Paris : Ed La Découverte, 1987.

BATT Agnès, FRATTINI Marie-Odile, JARNO Pascal, TREHONY Alain, PIQUET Odile
Les tentatives de suicide. Recherche sur la compréhension du phénomène suicidaire avec
le concours de médecins généralistes. Analyse des entretiens.
Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, juin 1994, 69 pages.

LE MENTHEOUR Philippe

Les difficultés d'une prévention du suicide en médecine libérale, mémoire du DIU « Étude
et prise en charge des conduites suicidaires ».

Université de Rennes 1, septembre 2001, 26 pages.

LEVASSEUR G., BATT A., PAROT C.

Tentatives de suicide, souffrance psychique et médecine générale. Difficultés, enseignements
et propositions.

Rapport de recherche, convention DRASS-INSERM-DMG, Rennes, mai 2003.

LEVASSEUR G., BATAILLON R., SAMZUN JL.

«Prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine générale », Baromètre des
pratiques en médecine libérale.

URML Bretagne, juin 2004.

ORS Bretagne

La santé dans le pays de Guingamp.

ORS Bretagne, mai 2010.

ORS Bretagne

La santé dans le pays du Trégor-Goëlo.

ORS Bretagne, mai 2010.

Vertical line

Annexes

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins généralistes

Annexe 2 : Courrier adressé aux médecins psychiatres

Annexe 3 : Courrier adressé aux médecins hospitaliers

Annexe 4 : Prise de contact

Annexe 5 : Guides d'entretien

- médecins généralistes
- psychiatres libéraux
- hospitaliers

Annexe 6 : Caractéristiques des interviewés

Annexe 7 : Grille d'analyse

Vertical line

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins généralistes



RENNES, le 5 octobre 2010

Monsieur,

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), organisme indépendant spécialisé dans les approches de santé publique et dans les travaux conduits avec les professionnels, soutenu par le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, réalise actuellement **une recherche-action sur le phénomène suicidaire en Bretagne**.

Alors que le taux de suicide observé en Bretagne est comparativement au plus haut niveau de ceux observés en France métropolitaine, **les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo** sont, au sein du territoire breton, dans une situation particulièrement défavorable (indicateurs de mortalité respectivement supérieurs de 32% et de 25% à la moyenne bretonne sur la période 1991-2006).

Parallèlement aux approches épidémiologiques, l'ORS Bretagne souhaite bénéficier du **point de vue** et de **l'expérience des médecins généralistes** de ces deux pays en matière de prise en charge, de suivi et de soutien apporté aux suicidants avec pour objectifs d'améliorer la connaissance, de valoriser le rôle de la médecine générale de ville, d'identifier les difficultés auxquelles vous pouvez être confronté et de contribuer à définir des axes d'amélioration de la prévention et de la prise en charge du suicide, tant au niveau local que régional.

Christine Quélier^(*), **sociologue spécialisée en santé publique**, vous contactera prochainement à cet effet pour vous proposer, si vous en êtes d'accord et selon votre disponibilité, **un rendez-vous téléphonique d'environ 15 minutes** au cours duquel seront évoqués l'ensemble de ces points. Nous tenons à préciser que l'analyse des interviews est anonyme et qu'en tant que participant à cette étude, vous recevrez bien entendu une synthèse des résultats.

Nous vous remercions vivement par avance de l'accueil que vous réserverez à Mme Quélier ainsi qu'à cette démarche engagée au bénéfice de la population bretonne concernée par le phénomène suicidaire.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et nous vous prions de croire à nos sentiments respectueux.

Philippe CLAPPIER, chef de projet
e-mail : p.clappier@orsbretagne.fr

(*) Christine QUÉLIER, Sociologue spécialisée en santé publique
e-mail : christine.quequier@gmail.com Tél : 09 64 00 61 26 - Portable : 06 12 06 67 70

PS : Vous pouvez accéder sur le site de l'ORS Bretagne à l'ensemble des travaux menés par notre structure.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE
8 D rue Franz Heller
CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7
Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

Annexe 2 : Courrier adressé aux médecins psychiatres



RENNES, le 26 octobre 2010

Monsieur,

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), organisme indépendant spécialisé dans les approches de santé publique et dans les travaux conduits avec les professionnels, soutenu par le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, réalise actuellement **une recherche-action sur le phénomène suicidaire en Bretagne**.

Alors que le taux de suicide observé en Bretagne est comparativement au plus haut niveau de ceux observés en France métropolitaine, **les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo** sont, au sein du territoire breton, dans une situation particulièrement défavorable (indicateurs de mortalité respectivement supérieurs de 32% et de 25% à la moyenne bretonne sur la période 1991-2006).

Parallèlement aux approches épidémiologiques, l'ORS Bretagne souhaite bénéficier du **point de vue** et de **l'expérience des médecins psychiatres libéraux** de ces deux pays en matière de prise en charge, de suivi et de soutien apporté aux suicidants avec pour objectifs d'améliorer la connaissance, d'identifier les difficultés auxquelles vous pouvez être confronté et de contribuer à définir des axes d'amélioration de la prévention et de la prise en charge du suicide, tant au niveau local que régional.

Christine Quélier, **sociologue spécialisée en santé publique**, vous contactera prochainement à cet effet pour vous proposer, si vous en êtes d'accord et selon votre disponibilité, **un rendez-vous téléphonique d'environ 15 minutes** au cours duquel seront évoqués l'ensemble de ces points. Nous tenons à préciser que l'analyse des interviews est anonyme et qu'en tant que participant à cette étude, vous recevrez bien entendu une synthèse des résultats.

Nous vous remercions vivement par avance de l'accueil que vous réserverez à Mme Quélier ainsi qu'à cette démarche engagée au bénéfice de la population bretonne concernée par le phénomène suicidaire.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et nous vous prions de croire à nos sentiments respectueux.

Philippe CLAPPIER, chef de projet
e-mail : p.clappier@orsbretagne.fr

(*) Christine QUÉLIER, Sociologue spécialisée en santé publique
e-mail : christine.quelier@gmail.com Tél : 09 64 00 61 26 - Portable : 06 12 06 67 70

PS : Vous pouvez accéder sur le site de l'ORS Bretagne à l'ensemble des travaux menés par notre structure.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE
8 D rue Franz Heller
CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7
Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

Annexe 3 : Courrier adressé aux médecins hospitaliers



RENNES, le 19 novembre 2010

Monsieur,

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne), organisme indépendant spécialisé dans les approches de santé publique et dans les travaux conduits avec les professionnels, soutenu par le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, réalise actuellement **une recherche-action sur le phénomène suicidaire en Bretagne**.

Alors que le taux de suicide observé en Bretagne est comparativement au plus haut niveau de ceux observés en France métropolitaine, **les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo** sont, au sein du territoire breton, dans une situation particulièrement défavorable (indicateurs de mortalité respectivement supérieurs de 32% et de 25% à la moyenne bretonne sur la période 1991-2006).

Parallèlement aux approches épidémiologiques, l'ORS Bretagne souhaite bénéficier **du point de vue et de l'expérience de médecins hospitaliers** de ces deux pays en matière de prise en charge des suicidants, avec pour objectifs d'améliorer la connaissance, d'identifier les difficultés auxquelles vous pouvez être confrontés et de contribuer à définir des axes d'amélioration de la prévention et de la prise en charge du suicide, tant au niveau local que régional.

Christine Quélier, **sociologue spécialisée en santé publique**, vous contactera prochainement à cet effet pour vous proposer, si vous en êtes d'accord et selon votre disponibilité, **un rendez-vous téléphonique d'environ 15 minutes** au cours duquel seront évoqués l'ensemble de ces points. Nous tenons à préciser que l'analyse des interviews est anonyme et qu'en tant que participant à cette étude, vous recevrez bien entendu une synthèse des résultats.

Nous vous remercions vivement par avance de l'accueil que vous réserverez à Mme Quélier ainsi qu'à cette démarche engagée au bénéfice de la population bretonne concernée par le phénomène suicidaire.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et nous vous prions de croire à nos sentiments respectueux.

Philippe CLAPPIER, chef de projet
e-mail : p.clappier@orsbretagne.fr

(*) *Christine QUÉLIER, Sociologue spécialisée en santé publique*
e-mail : christine.quelier@gmail.com Tél : 09 64 00 61 26 - Portable : 06 12 06 67 70

PS : Vous pouvez accéder sur le site de l'ORS Bretagne à l'ensemble des travaux menés par notre structure.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE
8 D rue Franz Heller
CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7
Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

Annexe 4 : Prise de contact

Je suis sociologue à l'Observatoire de la Santé Bretagne ; vous avez dû recevoir un courrier vous informant que nous réalisons actuellement une recherche-action sur le suicide dans le pays de Trégor/Goëlo / Guingamp.

Il s'agit de mieux connaître le point de vue et l'expérience des médecins généralistes en matière de prise en charge et de suivi des patients suicidants.

Variante : Nous souhaiterions connaître le point de vue des psychiatres libéraux / de médecins hospitaliers sur ce sujet.

Seriez-vous d'accord pour que l'on programme un rendez-vous téléphonique ?

→ il faut compter 15 à 20 minutes

→ le jour et à l'heure qui vous convient le mieux.

Précisions éventuelles

- L'analyse est bien sûr anonyme.
- Cette étude s'inscrit dans un programme d'une recherche plus vaste sur le phénomène suicidaire que mène l'ORS pour le Conseil Régional et l'ARS Bretagne.
- Les pays de Guingamp et Trégor Goëlo sont particulièrement touchés par le phénomène suicidaire.
- Les études ont jusqu'à présent surtout porté sur l'approche quantitative du problème par les données hospitalières.
- Il s'agit donc de prendre en compte le rôle de la médecine générale pour définir des axes d'amélioration de la prévention du suicide et notamment des récurrences.
- Une synthèse des résultats vous sera communiquée en janvier 2011.

Annexe 5 : Guides d'entretien

Médecins généralistes

1) Dans les derniers cas de patients suicidants que vous avez pris en charge, en quoi a consisté votre intervention ?

- prévention du passage à l'acte / prévention de la récurrence
- prise en charge immédiate : seul, orientation vers urgences, centre anti-poison, hôpital psychiatrique ou vers un psychiatre libéral
- accueil post urgences
- mode d'évaluation de la gravité
- orientation vers autres formes de PEC (psychologues, services sociaux, associations,...)
- identification des autres acteurs
- écoute
- conseils / difficultés sociales ou familiales
- lien avec famille, entourage
- prescription d'anti-dépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques

2) Mode de prise en charge habituel

- « au cas par cas » ou référentiel de pratique
- Filière de PEC même informelle

3) Profil de vos patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés (adolescents, adultes en difficulté, personnes âgées, antécédents psychiatriques, sous traitement psychotrope)

4) Fréquence des TS ou suicides dans la clientèle

5) Les principales difficultés de la PEC et de la prévention de la récurrence en médecine générale dans le contexte local

formation, difficulté de réponse à la demande d'aide psychologique, connaissance des autres acteurs, leur disponibilité, offre de soins locale, communication avec spécialistes ...

Si vous pensez par exemple à un patient que vous avez pris en charge récemment pour une tentative de suicide

- qu'est-ce qui a bien fonctionné dans la prise en charge de votre point de vue ?
- qu'est-ce qui a moins bien fonctionné / est moins satisfaisant pour vous ?

6) Contacts / coordination avec autres acteurs pouvant intervenir dans la PEC ou la prévention

- professionnels de santé hospitaliers (« correspondants » médecins ou infirmiers)
exemple du courrier de sortie des patients hospitalisés, de l'appel téléphonique infirmier
- professionnels de santé libéraux
- psychologues
- associations

- attentes du MG / autres acteurs
- rôle du MG dans la coordination
- points forts (ou satisfaction) et points faibles de la coordination

7) Les atouts, la spécificité du MG / autres acteurs

8) Comment à votre avis pourrait-on améliorer au niveau local // au niveau régional :

- la PEC
- la prévention des récives

9) Besoins de formation

10) Besoins d'information

- sources d'information sur l'épidémiologie locale du phénomène suicidaire
- besoin de mieux connaître les données existantes.

Remerciements

Psychiatres libéraux

1) Pouvez-vous me parler de votre pratique concernant le phénomène suicidaire ?

- fréquence
- modes de recrutement (spontané, via le généraliste)
- mode de prise en charge

2) Profil des patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés

3) Les principales difficultés de la PEC et de la prévention de la récive dans le contexte local

4) Collaboration avec autres acteurs

- médecins généralistes
- professionnels de santé des établissements de santé (y compris CMP)
- psychologues libéraux

- perception du rôle du médecin généraliste
- perception d'une coordination

5) Comment à votre avis pourrait-on améliorer au niveau local // au niveau régional :

- la prise en charge
- la prévention des récives

Remerciements

Médecins urgentistes

1) Pouvez-vous me parler de votre rôle dans la prévention et la prise en charge du risque suicidaire ?

- circonstances de prise en charge des patients
- appel de la famille, arrivée spontanée, via le généraliste, le psychiatre
- fréquence
- modalités de prise en charge aux urgences
- critères d'orientation

2) Profil des patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés

3) Les principales difficultés de la PEC et de la prévention de la récive dans le contexte local

4) Collaboration avec autres acteurs

- médecins généralistes
- autres professionnels de santé des établissements de santé
 - psychiatres
 - ce qu'a changé la mise en place des infirmiers(ères) spécialisées en psychiatrie pour l'accueil des suicidants
- psychologues libéraux
- perception du rôle du médecin généraliste
- perception d'une coordination

5) Comment à votre avis pourrait-on améliorer au niveau local // au niveau régional :

- la prise en charge
- la prévention des récives

Remerciements

Annexe 6 : Caractéristiques des interviewés

CODE	SEXE	PAYS	Exercice seul (S) En groupe (G)
Dr A	F	1	S
Dr B	H	1	G
Dr C	H	1	S
Dr D	H	1	S
Dr E	H	1	S
Dr F	H	1	S
Dr G	F	1	S
Dr H	H	1	S
Dr I	F	2	G
Dr J	H	1	G
Dr K	F	1	G
Dr L	F	1	G
Dr M	H	2	S
Dr N	H	2	G
Dr O	H	2	S
Dr P	H	1	S
Dr Q	H	2	S
Dr R	H	2	G
Dr S	H	1	G
Dr T	H	2	S
Dr U	F	1	G
Dr V	F	2	G
Dr W	H	2	S
Dr X	F	2	S
Dr Y	F	1	S
Dr PS1	H	1	S
Dr PS2	H	2	S
Dr UX	H	1	
Dr UY	F	2	
Dr UZ	H	1	

1 : Pays de Trégor-Goëlo

2 : Pays de Dinan

Annexe 7 : Grille d'analyse

Description de cas
Fréquence des TS ou suicides dans la clientèle
Profil des patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés
Pratique de prévention, prise en charge, suivi
Mode d'évaluation de la gravité
Lien avec famille, entourage
Difficultés et limites du médecin généraliste
Orientation vers autres formes de PEC
Satisfaction / autres formes de PEC
Difficultés de PEC par établissements ou professionnels
Connaissance des autres acteurs et coordination
Retour d'information de la part des autres acteurs de la prise en charge
Les atouts, la spécificité du médecin généraliste / autres acteurs
Points à améliorer au niveau local
Les aspects positifs de la situation locale
Besoin de formation
Besoin d'information
Causes du suicide
Autres

Vertical line



Agence Régionale de Santé de Bretagne
CS 14253, 35 042 RENNES CEDEX
Tél - 02 90 08 80 00 • Fax - 02 99 30 59 03
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>



Observatoire Régional de Santé de Bretagne
8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>



Conseil Régional de Bretagne
283, avenue du Général PATTON - CS 21 101 - 35 711 Rennes Cedex
Tél - 02 99 27 10 10 • Fax - 02 99 27 11 11
<http://www.bretagne.fr>