

Comment améliorer la prévention du suicide en médecine générale ?

Etude qualitative réalisée auprès de médecins
généralistes en région bruxelloise.

Université Catholique de Louvain

Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2023-2024

Auteur : Nicolas FOULON

Promoteur : Dr Franck UHRY



« L'obsession du suicide hante plus de gens qu'on ne croit... »

Louis Malle

Remerciements :

Au moment où je conclus ce parcours des études de médecine, je tiens à remercier tout d'abord les Dr Olivier Hubert et Dr Sophie Cauderlier pour leur feedback et leurs précieux conseils sur des questions pratiques liées à la rédaction de ce travail. Je remercie également le Dr Franck Uhry, mon maitre de stage et promoteur, pour son accompagnement.

Mes remerciements s'adressent aussi aux psychologues Nicolas Miest et Aline Aldin et plus largement au Centre de Prévention du Suicide pour leur collaboration et le temps qu'ils m'ont consacré.

Ensuite, je ne peux que remercier mes proches pour leur soutien sans faille au cours de mes études qui a contribué de manière significative à mon évolution. Je remercie particulièrement ma maman qui a été d'un soutien inconditionnel malgré les moments difficiles vécus ces dernières années. Merci pour sa présence et sa confiance indéfectible.

Aux assistants et médecins qui ont croisé mon chemin lors de ces années d'assistantat, vous avez été pour certains très inspirants. Vos conseils avisés et vos expériences professionnelles ont enrichi grandement mon apprentissage sur le terrain. Je suis profondément reconnaissant de votre influence sur ma formation.

Merci aussi aux différents professeurs qui ont su stimuler ma curiosité dans différents domaines et faire progresser mes connaissances dans une extrême bienveillance.

Enfin, je remercie de tout cœur mes amis d'auditoire rencontrés au cours des études de médecine et dont les liens se sont renforcés au fur et à mesure des années et des épreuves vécues. Vous m'avez apporté la force nécessaire pour terminer ce long parcours.

Ce travail de fin d'études n'aurait pas été possible sans le soutien de chacun d'entre vous. Je suis honoré d'avoir eu l'opportunité de grandir professionnellement et personnellement à vos côtés. Vos contributions resteront gravées dans mon parcours médical, et je suis impatient de mettre en pratique les enseignements que j'ai tirés de vous tous.

Liste des abréviations :

CPS : Centre de Prévention du Suicide

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

MeSH : Medical Subject Headings

MG1 : Médecin généraliste 1

MG2 : Médecin généraliste 2

MG3 : Médecin généraliste 3

MG4 : Médecin généraliste 4

MG5 : Médecin généraliste 5

MG6 : Médecin généraliste 6

MG7 : Médecin généraliste 7

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TFE : Travail de Fin d'Etudes

Résumé :

Objectifs : L'objectif principal de cette recherche qualitative est de comprendre les défis auxquels sont confrontés les médecins généralistes dans la prévention du suicide, en mettant l'accent sur le dépistage du risque suicidaire en consultation. Cela comprend également l'identification des stratégies utilisées par les médecins pour une prise en charge adaptée des patients à risque de suicide, ainsi que leur perception des ressources existantes et des améliorations nécessaires en termes d'organisation et de communication. En outre, cette étude vise à évaluer la collaboration actuelle dans les soins psychologiques de première ligne en santé mentale, à identifier ses limites et à proposer des pistes de réflexion pour renforcer ce réseau de soins.

Méthode : Une recherche dans la littérature a été effectuée afin de définir la question de recherche et d'identifier les stratégies de prévention déjà étudiées. Une étude qualitative a été réalisée pour répondre à cette question de recherche en procédant à une analyse des contenu d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés avec guide d'entretien auprès de sept médecins généralistes dans la région de Bruxelles-Capitale.

Résultats : L'étude qualitative a révélé plusieurs points intéressants. D'abord, bien que la fréquence des consultations sur le suicide varie, les médecins considèrent crucial d'aborder ce sujet en consultation, malgré les difficultés liées à l'anxiété professionnelle et aux émotions personnelles. Pour améliorer la prise en charge, les médecins ont exprimé le besoin de consacrer plus de temps aux consultations, d'établir une relation de confiance avec les patients, et de mieux orienter ces derniers vers les psychologues. Les défis principaux identifiés incluent la disponibilité limitée des ressources et des outils de dépistage, ainsi que la coordination des soins entre les différents professionnels de la santé mentale. En outre, ils ont souligné le besoin de ressources supplémentaires, tels que des questionnaires d'évaluation, et d'une collaboration renforcée avec les psychologues et les psychiatres. Ils ont également souligné l'importance de l'accessibilité aux informations générales et aux coordonnées des services de santé mentale pour faciliter l'orientation des patients vers les ressources appropriées.

Conclusion : En conclusion, l'amélioration de la prévention du suicide en médecine générale nécessite une approche multidimensionnelle. Reconnaître l'anxiété des médecins lors des consultations sur le suicide et fournir un soutien approprié est crucial. L'organisation du suivi et du soutien des patients suicidaires représente un défi majeur, nécessitant une coordination entre les acteurs des soins de santé. Une collaboration étroite entre médecins, psychologues et psychiatres est essentielle. L'accessibilité aux informations et aux formations spécialisées est également cruciale pour renforcer les compétences des professionnels. Enfin, repenser la politique de santé publique en matière de suicide est indispensable pour mettre en place des mesures préventives efficaces. En combinant ces approches, il est possible de renforcer la capacité des médecins généralistes à prévenir le suicide et à fournir un soutien adéquat aux patients en détresse suicidaire, contribuant ainsi à sauver des vies et à améliorer la santé mentale de la population.

Tables des matières :

I. Introduction	7
II. Méthodologie	10
1. Recherche bibliographique	10
2. Choix de méthodologie	10
3. Echantillonnage et recrutement	11
4. Entretiens semi-dirigés	11
5. Analyse des données	12
6. Validation par des experts	12
7. Ethique	12
III. Résultats	13
1. Echantillon	13
2. Le contexte du suicide en consultation	13
2.1. La fréquence des consultations	13
2.2. Population consultant le plus à ce sujet	14
2.3. Aborder le sujet en consultation	14
2.3.1. Sur le plan professionnel	14
2.3.2. Sur le plan personnel	15
2.4. Difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires	15
3. Evaluation des moyens disponibles	15
3.1. Outils utilisés et ressources	15
3.2. L'évaluation des soins psychologiques de première ligne	16
3.2.1. Psychologues de première ligne	16
3.2.2. Equipes mobiles ou unité de crise	17
3.2.3. Centre de santé mentale	17
3.3. L'évaluation des soins psychiatriques	17
3.4. Favoriser un bon dépistage et une bonne prise en charge	18
3.4.1. Consacrer du temps	18
3.4.2. Une bonne relation soignant-patient	20

3.4.3. Revoir le patient et orienter plus rapidement vers un psychologue	21
3.4.4. Thérapie médicamenteuse	21
4. Ressources et outils demandés par les médecins	22
4.1. Questionnaires/grilles d'évaluation	22
4.2. Collaboration avec les psychologues et les psychiatres	23
4.3. Accessibilité aux informations générales ou informations de contact	25
5. Avis d'experts	27
IV. Discussion	29
1. Le suicide en consultation	29
2. L'amélioration des moyens disponibles	31
3. Des pistes de réflexion	32
4. Forces de l'étude	33
5. Faiblesses de l'étude	34
5.1. Biais de sélection et échantillon	34
5.2. Subjectivité	34
V. Conclusion	34
VI. Bibliographie	36
VII. Annexes	39
1. Point sur les facteurs de risque/protection	39
2. Guide d'entretien.....	40
3. Formulaire de consentement	41
4. Retranscriptions des entretiens.....	42

I. Introduction :

« Ce weekend j'ai cru que j'allais me foutre en l'air... j'ai l'impression d'être dans un entonnoir avec une seule issue vers laquelle je glisse lentement mais sûrement... les idées se font de plus en plus sombres et concrètes ». Ces mots poignants témoignent de la détresse profonde d'une patiente de 23 ans que je suis en consultation depuis plus d'un an pour des idées suicidaires. Son parcours tumultueux en tant qu'étudiante sage-femme, marqué par des problèmes de santé, notamment de l'anxiété et de l'épilepsie, ainsi que des agressions sexuelles, souligne la complexité des défis mentaux auxquels elle est confrontée.

Malgré avoir consulté plusieurs psychologues et vu un psychiatre, la patiente semble être à bout mentalement, exprimant des pensées de plus en plus sombres à chaque consultation. En tant que médecin généraliste, mon rôle dans sa prise en charge apparaît ambigu, laissant transparaître une incertitude quant à la manière d'assurer une prévention suffisante du suicide.

Les statistiques, à la fois mondiales et nationales, exacerbent la gravité de la situation. En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a enregistré plus de 700 000 suicides dans le monde, plaçant le suicide au quatrième rang des causes de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans. Selon les données de Sciensano, en 2020, la Belgique a enregistré 1732 suicides, plaçant le suicide comme la première cause de décès chez les jeunes (1). Dans la tranche d'âge 15-24 ans, plus d'un décès sur quatre est dû à un suicide.

Le rôle du médecin généraliste est primordial puisque selon une étude française récente datant de 2022, jusqu'à 75 % des patients suicidés ont consulté leur médecin généraliste dans le cadre d'idées suicidaires dans les mois précédents leur tentative (2).

Au cours de la recherche dans la littérature, beaucoup d'études ou revues ont évalué différentes stratégies de prévention comme la limitation de l'accès aux moyens létaux, l'utilisation des antidépresseurs ou l'utilisation d'approches éducatives (3). Il était souligné également l'importance de la formation des médecins généralistes à reconnaître la dépression ou les facteurs favorisant le suicide (4,5,9). Les facteurs de risque ou de protection sont déjà bien répertoriés et connus des médecins (voir annexe 1). Cependant,

ces facteurs n'ont aucune valeur prédictive sur la survenue ou pas du suicide et les études appellent à la recherche approfondie sur les composantes efficaces des programmes de prévention, laissant ainsi des zones d'incertitude.

Finalement, il semble exister une grande variabilité dans les pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne l'exploration du risque de suicide chez les patients (6,9). Cette variabilité s'explique notamment par une diversité de profils de patients. En parallèle, certaines études mettent en évidence une plus grande efficacité des interventions dans la prévention du suicide chez des patients avec trouble psychique préexistant (7) ce qui ne constitue pas toujours la plupart des patients suicidés.

Le recours aux soins psychologiques ou psychiatriques de première ligne reste une pierre angulaire de la prise en charge des idées suicidaires. Mais quelle place occupent-ils ? Comment favoriser une collaboration efficace avec les médecins généralistes comme recommandée (8) ? Comment assurer une coordination des soins et assurer le soutien nécessaire dans la prise en charge des patients suicidaires ?

Le témoignage poignant de ma patiente met en lumière l'urgence de repenser la prévention du suicide dans le contexte de la médecine générale en Belgique. Les obstacles rencontrés dans son suivi suscitent des questions cruciales sur le rôle des médecins généralistes dans la gestion de la détresse mentale et soulignent la nécessité d'une approche plus efficace.

Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche qualitative est de définir des perspectives pour l'amélioration de la prévention du suicide par les médecins généralistes. Cela implique de comprendre les défis rencontrés lors du dépistage du risque suicidaire en consultation et d'identifier les moyens utilisés par les médecins pour développer une prise en charge adaptée et personnalisée des patients à risque de suicide. L'avis des médecins sur les ressources existantes et les éventuelles améliorations nécessaires en termes d'organisation et de communication sera également examiné.

En second lieu, en s'appuyant sur des avis d'experts, cette étude envisage une réflexion sur les soins psychologiques de première ligne en santé mentale. Cette réflexion inclura l'évaluation de la collaboration actuelle, l'identification de ses limites et la proposition de pistes de réflexion pour renforcer le réseau de soins psychologiques de première ligne.

En somme, cette recherche aspire à contribuer de manière significative à l'amélioration de la prévention du suicide par les médecins généralistes, tout en ouvrant des perspectives cruciales sur l'évolution du réseau de soins psychologiques de première ligne en Belgique.

II. Méthodologie :

1. Recherche bibliographique :

La recherche dans la littérature s'est faite au travers des bases de données suivantes : Pubmed, Cochrane, EMBase, LIVIVO Database, LiSSA, et Tripdatabase. Les termes MESH suivants ont été recherchés :

- **Médecine Générale, soins de santé primaires ou médecine de famille** : general practice, primary health care, primary care, consultants, referral and consultation, family practice.
- **Médecins généralistes** : family physician, family physicians, physician, family, general practitioner.
- **Suicide ou idées suicidaires** : suicidal ideation, suicidal, ideation, suicidally, suicidals, suicide, suicided, suiciders.

Les résultats ont été filtrés pour garder ceux datant au possible des dix à quinze dernières années, en conservant les articles rédigés en anglais ou en français. Les articles ont ensuite été sélectionnés selon leur pertinence autour du sujet abordé via lecture rapide des abstracts ou lecture approfondie pour ceux disponibles dans leur intégralité.

J'ai exclu les articles se basant sur des études réalisées hors Europe qui pourraient ne pas représenter suffisamment la pratique médicale continentale en termes d'abord du suicide ainsi que les articles évoquant une catégorie ciblée de la population (enfants ou personnes âgées) ou trop orientés sur une approche spécialisée (psychiatrique ou pédiatrique par exemple).

2. Choix de méthodologie :

Vu la question de recherche et les données à recueillir, le choix d'une étude qualitative s'est fait rapidement. Le but étant de récolter des données brutes, riches en impressions et ressentis face à la problématique qui fait appel à des données plus complexes et non simplement quantifiables.

3. Echantillonnage et recrutement :

L'étude consiste à interroger des médecins généralistes francophones de la région de Bruxelles-Capitale. La diversité des participants a été recherchée autant que possible en termes d'âge, de lieu de pratique et de type de pratique (cabinet privé, centre médical, etc.). Les médecins assistants étaient exclus de mon enquête afin de recruter des praticiens ayant déjà quelques années d'expérience en terme d'abord et de prévention du suicide.

Le recrutement des participants s'est fait par plusieurs méthodes : bouche à oreille, contacts téléphoniques, messages ou courriels électroniques. Au total, 20 médecins ont été contactés. Les médecins généralistes ont été contactés individuellement, et le but de l'étude ainsi que les modalités de participation leur ont été expliqués. Les personnes intéressées ont reçu un formulaire de demande de consentement éclairé (voir annexe 3) et ont eu l'opportunité de poser des questions avant de confirmer leur participation.

4. Entretiens semi-dirigés :

Pour cette étude qualitative, des entretiens ont été organisés individuellement avec chaque participant en face à face ou en visioconférence. Un guide d'entretien structuré, élaboré préalablement, a servi de base aux discussions. Ce guide (voir annexe 2) aborde des thèmes tels que les expériences des médecins dans la prévention du suicide, les défis rencontrés et les stratégies mises en place pour anticiper et prévenir le risque suicidaire. Selon les réponses obtenues, des questions ont été soustraites ou rajoutées afin de préciser les idées.

Le recueil des données s'est fait par enregistrement audio des entretiens. Les médecins interrogés avaient le libre choix d'interrompre cet enregistrement à tout moment. Les enregistrements ont été retranscrits intégralement pour une analyse approfondie des données (voir annexe 4). Toutes les informations personnelles des participants ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité des participants.

5. Analyse des données :

L'analyse des données s'est faite de manière inductive, en mettant en évidence des catégories et sous-catégories dans les retranscriptions des entretiens (voir annexe 4). Cette approche permettra d'identifier les thèmes émergents, les modèles récurrents et les variations dans les expériences des médecins généralistes concernant la prévention du suicide.

Les résultats de cette étude sont illustrés par des extraits verbatim retrouvés dans les retranscriptions des entretiens en annexe.

6. Validation par des experts :

Les résultats ont été soumis à l'évaluation et à la discussion par deux experts du Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles. Une discussion ouverte a été organisée individuellement avec un psychologue et une neuropsychologue après les entretiens des médecins, ajoutant ainsi une perspective externe par des spécialistes du domaine et renforçant la crédibilité des résultats et des conclusions de l'étude.

7. Ethique :

Le projet de ce travail de recherche a été soumis auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG), qui a donné son accord pour sa réalisation le 19/01/2024 et a décidé à l'unanimité que le projet ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité éthique de l'université.

III. Résultats

1. Echantillon :

<i>Nom</i>	<i>Âge</i>	<i>Sexe</i>	<i>Type de pratique</i>	<i>Temps de pratique</i>
Médecin généraliste 1	69	M	Solo, à l'acte	45 ans
Médecin généraliste 2	31	F	Groupe, à l'acte	3 ans
Médecin généraliste 3	33	F	Groupe, à l'acte	6 ans
Médecin généraliste 4	60	M	Groupe, à l'acte	34 ans
Médecin généraliste 5	69	M	Solo, à l'acte	45 ans
Médecin généraliste 6	53	F	Solo, à l'acte	22 ans
Médecin généraliste 7	30	F	Maison médicale au forfait	3 ans

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

Huit médecins ont été préalablement recrutés dont un médecin n'a finalement pas donné suite. Au total, sept médecins ont été interrogés dans le cadre de cette étude entre février et mars 2024. Le tableau ci-dessus reprend les caractéristiques des médecins interrogés (tableau 1).

Les entretiens ont duré entre 17 minutes et 27 minutes. Six entretiens ont été réalisés en face à face individuel et un seul en visioconférence. La saturation des données a été atteinte après ces 7 interviews.

2. Le contexte du suicide en consultation :

2.1. La fréquence des consultations :

Tous les médecins interrogés expliquaient ne pas avoir vu de différence en termes de fréquence des consultations autour du suicide ou des idées suicidaires ces dernières années.

En posant la question de l'impact du covid, seuls les médecins ayant débuté récemment leur pratique juste avant ou pendant la crise ne savaient pas se prononcer sur une différence significative. Pour les autres, aucune différence n'a été notée.

- « *Pas sûr que ça ait changé (...) en même temps ma pratique a débuté quasi en même temps que le covid* » (MG2)
- « *Mon expérience pré-covid est trop faible, je ne pense pas que ce soit significatif* » (MG3)
- « *Je n'ai pas vu de changement dans mes consultations* » (MG4)

2.2. Population consultant le plus à ce sujet :

Six médecins ont abordé la question directement en parlant d'âge en évoquant une tranche d'âge allant de l'adolescence (15-16 ans) jusqu'à l'âge adulte (45-55 ans) et en insistant surtout sur les jeunes adultes dans la vingtaine.

Face à la sous-question des personnes âgées, un médecin évoque en particulier le risque de passage à l'acte en fonction du profil polypathologique et de la réduction d'autonomie. Deux médecins ont relevé le faible taux de consultation sur ce motif auprès des communautés maghrébines ou asiatiques.

- « *Je dirais plutôt le belge moyen ou l'européen (...) je rencontre assez peu de suicidaires chez les maghrébins ou les asiatiques.* » (MG5)

Un autre médecin évoquait quant à lui le profil des personnes isolées, seules, sans emploi et consommant des benzodiazépines, des antidépresseurs ou de l'alcool de manière chronique.

2.3. Aborder le sujet en consultation :

2.3.1. Sur le plan professionnel :

L'ensemble des médecins interrogés n'a aucune difficulté à aborder le sujet pendant la consultation. Cinq médecins exprimaient clairement vouloir verbaliser directement les idées du patient en posant des questions directes, en prenant le problème de face. Un médecin précise notamment vérifier avec le patient qu'ils parlent ensemble de la même chose lorsque les idées suicidaires sont abordées.

- « *Je crois qu'il faut vraiment aborder le problème de face et de fond, (...) ne pas avoir peur des mots* » (MG1)

- « *Je pose la question directement* » (MG3)
- « *J'essaie de rester professionnel, neutre. (...) Je ne vais pas rentrer dans les émotions.* » (MG5)

2.3.2. Sur le plan personnel :

Trois médecins expriment ne pas se sentir à l'aise lors de ces consultations, notamment en éprouvant de l'anxiété. Les quatre autres médecins expriment se sentir à l'aise dont un évoquant son expérience personnelle dans son contexte familial en ayant déjà été confronté aux suicides de proches.

- « *Mon expérience personnelle m'a fourni un bagage face à ce type de motif de consultation.* » (MG1)
- « *Moi je ne suis pas trop à l'aise avec tout ce qui est psychologique.* » (MG5)

2.4. Difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires :

Trois médecins mettent en évidence la saturation des services de soins psychiatriques (voir point 3.2).

- « *Le problème c'est le recours à la seconde ligne. En fait ce sont les soins psychiatriques qui sont complètement saturés.* » (MG3)
- « *On est bloqué parce que le service de santé mentale est tout à fait overbooké, enfin saturé.* » (MG6)

Deux médecins évoquent la difficulté de mettre les émotions du patient sur table ou de travailler le sujet selon le profil du patient (trop émotif ou dénué d'affects).

Deux autres médecins expliquent la difficulté de gestion de ce motif au niveau du médecin généraliste avec le sentiment d'être démuni.

- « *Nous, on ne peut pas les prendre en charge à notre niveau.* » (MG5)

3. Evaluation des moyens disponibles :

3.1. Outils utilisés et ressources :

Six médecins sur les sept interrogés expliquent ne pas avoir d'outils en tant que tel lors des consultations. Ils abordent le patient par des questions directes en laissant la place pour ses émotions. Le MG1 explique utiliser la règle du « COQ » (Comment ? Où ? Quand ?) pour

l'évaluation du risque de passage à l'acte tandis que le MG3 pose directement la question au patient ou encore le MG4 se base surtout sur le feeling au cours de la consultation. Deux médecins ont abordé la prescription de médicaments comme utile dans certaines situations d'affects dépressifs, le MG2 se basant notamment sur les critères du DSM-V (10) pour étayer la prescription d'antidépresseurs.

- « (...) là il faut faire un peu de rentre-dedans et affronter de face le patient. Moi j'aime bien la règle du « COQ » : Comment ? Comment comptes-tu faire ? Te tirer une balle ? Te pendre ? Où ? Où comptes-tu le faire ? Et enfin quand ? Quand passeras-tu à l'acte ? » (MG1)
- « (...) le questionnaire du DSM-V c'est super pratique (...) je dis aux patients que mes critères disent que c'est quand même une dépression sévère (...) à ce moment-là ça donne un argument en plus pour un petit médicament par exemple. » (MG2)
- « Je n'utilise pas le DSM je ne sais combien pour évaluer la dépression. Je pense que ça reste subjectif (...) pour moi il y a un lien de relation et de laisser parler, de laisser sortir les mots du patient plutôt que d'aller dire « est-ce que tu as ça ? ». » (MG6)

3.2. L'évaluation des soins psychologiques de première ligne :

3.2.1. Psychologues de première ligne :

Les avis des interrogés sont divers. Quatre médecins sont d'accord pour dire que le système des psychologues de première ligne est en amélioration. Un médecin parmi ces quatre évoquant le système PsyBru avec un meilleur accès aux informations mises à jour des psychologues. A propos de ce service de soins psychologiques, trois médecins abordent la levée du frein financier par rapport au remboursement des consultations permettant de référer plus facilement le patient chez un psychologue.

- « C'est en amélioration moi je trouve quand même. J'ai pas mal de patients qui vont chez des psychologues de première ligne et qui arrivent à trouver des rendez-vous dans pas trop longtemps et pas trop cher non plus. » (MG2)
- « On a PsyBru quand même pour les psychologues. On enlève le frein financier. C'est facile avec la carte géographique de trouver quelqu'un. » (MG3)
- « ...souvent je vais lui conseiller de voir un psychologue. D'autant plus facilement maintenant que le système permet aux patients de bénéficier d'un remboursement. C'est vrai que là aussi avant on était limité parce qu'aller voir un psychologue ce n'est pas une consult' quoi. C'est plusieurs consultations et avant il n'y avait pas de remboursement donc il y avait quand même pour un certain nombre de patients une limitation financière à ce genre de prise en

charge. (...) Actuellement ça me permet de pousser un peu plus mes patients parce qu'il n'y a plus ce frein financier. » (MG5)

3.2.2. Equipes mobiles ou unité de crise :

Trois médecins interrogés ont déjà sollicité une équipe mobile de crise ou une unité de crise et leur expérience était positive.

- *« Les équipes mobiles sont vraiment bien, il y a des équipes mobiles d'urgence et de suivi plus de long cours. Je trouve qu'ils sont vraiment disponibles, efficaces. » (MG3)*
- *« L'équipe de crise de Saint-Luc fonctionne plutôt pas mal. Mais il faut avouer qu'ils sont beaucoup trop peu nombreux par rapport à la demande ». (MG4)*
- *« Il y a une unité de crise à Saint-Luc où j'ai déjà pu envoyer quelqu'un et où ça s'est bien passé. » (MG7)*

3.2.3. Centre de santé mentale :

Deux médecins ont eu un contact de près ou de loin avec des centres de santé mentale dont le centre de prévention du suicide.

- *« Le centre de prévention suicide j'ai appelé 2 ou 3 fois. Je dois reconnaître que les gens qui sont là sont à l'écoute. Mais ils n'ont pas beaucoup de clés. Ils nous renvoient très fort, comme on est soignant, à l'idée du « vous devez contacter l'équipe de crise ». » (MG4)*
- *« Je n'ai pas eu de contact direct mais j'ai une patiente qui est suivie par eux encore actuellement. » (MG7)*

3.3. L'évaluation des soins psychiatriques :

Six médecins sur les sept interrogés expriment leur insatisfaction envers les soins psychiatriques d'urgence tant sur l'efficacité que sur l'accessibilité. La moitié parmi les six évoquait le sentiment d'incompréhension entre le risque suicidaire perçu par eux-mêmes et celui perçu par le psychiatre des urgences.

- *« Au niveau des urgences psychiatriques, j'ai l'impression que les patients ne sont pas entendus. (...) nous avons de bons psychologues et peut-être de moins bons psychiatres. » (MG1)*
- *« Par contre pour les psychiatres c'est toujours aussi bouché, bouché, bouché (rire) donc c'est très décevant. » (MG2)*
- *« Les urgences psychiatriques je suis mitigée (...) on ne sait pas sur qui on va tomber. Donc là j'ai eu parfois des patients qui étaient hyper satisfaits (...) et puis d'autres où j'avais une*

inquiétude et finalement le patient retournait dans la rue 2h après. (...) dans l'évaluation de la gravité c'était complètement discordant par rapport à ma perception à moi. » (MG3)

- *« Personnellement, j'ai plutôt de mauvaises expériences avec cette collaboration. Premièrement (...) malgré que les scénarios étaient élaborés, que le risque suicidaire était établi et qu'ils étaient hospitalisés, on les a quand même laissé sortir. Donc de ma part, il y avait beaucoup d'incompréhension. D'autre part ce sont des délais énormes. » (MG4)*
- *« Un frein c'est l'accessibilité aux services psychiatriques parce que parfois tu les envoies aux urgences et ils sont remballés. Et voilà. (...) Très souvent en fait, si la personne ne veut pas aller aux urgences, mais qu'elle veut bien être vue par un psychiatre ben c'est très compliqué de trouver un rendez-vous rapide. » (MG7)*

Le MG5 évoquait une collaboration avec un psychiatre qui se révélait beaucoup plus enrichissante dans la prise en charge d'un patient.

- *« J'ai eu une patiente que j'ai vue au domicile et j'étais accompagné d'un psychiatre de Saint-Luc qui était venu spécialement. (...) on était deux chez la patiente et c'était beaucoup plus enrichissant. » (MG5)*

Le MG6 déplore le manque de considération de la santé mentale actuellement.

- *« Les psychiatres je trouve que ça c'est le problème. Maintenant les urgences du coup c'est leur métier de prendre en charge le relais des autres, des « trop plein ». Et ça je trouve que le travail n'est pas toujours fait correctement.(...) En fait la santé mentale, pour moi elle est 17ème siècle quoi. En médecine, on fait de la médecine préventive, on a des grilles de prise en charge cardiovasculaire, on a plein de choses en prévention, on fait des vaccins etc autant en santé mentale, on n'a pas de prévention, on est en réactif, on est trop tard encore dans la prise en charge. » (MG6)*

3.4. Favoriser un bon dépistage et une bonne prise en charge :

3.4.1. Consacrer du temps :

La notion de temps de consultation est revenue dans tous les entretiens. Tous les médecins interrogés ont expliqué devoir accorder du temps pour ce type de motif même si cela les met en retard dans leur planning.

- *« Le plus important c'est de consacrer le temps nécessaire au patient. » (MG1)*

- « Parfois ça demande beaucoup de temps et on ne l'a pas toujours. (...) Je te dis je prends le temps pour ce genre de truc, ça ne me dérange pas d'être en retard pour le coup si c'est vraiment pour ça. » (MG2)
- « ... quand on sent que le risque est majeur et qu'on ne peut pas interrompre la consultation, ce sont les autres qui attendent. Je me dis qu'une fois c'est l'un, une fois c'est les autres. » (MG4)

Le MG7 évoquait pour sa part une plus grande facilité à prendre le temps nécessaire pour les patients à risque de par l'organisation dans sa maison médicale.

- « J'ai la possibilité parfois pour certains patients compliqués de mettre des consultations d'une heure sans que moi je sois complètement surchargée. » (MG7)

Deux médecins proposent parfois aux patients un créneau horaire permettant plus de temps de consultation ou d'attendre la fin des consultations en fin de journée pour consacrer encore du temps si nécessaire.

- « Mais par contre à la fin de mes consultations, s'ils sont d'accord d'attendre, je leur consacre encore du temps. » (MG4)
- « Je ne les mets pas en fin de consultation à 19h, je les mets en fin de consultation le matin ou alors vers 14h. » (MG6)

Quand ils sont interrogés sur l'intérêt de la revalorisation des consultations autour du suicide en médecine générale vu le temps investi, les avis sont nuancés. Cinq médecins sont en faveur d'une revalorisation financière.

- « Oui certainement, il y a tellement de gens en souffrance (...) et cela demande du temps que nous n'avons pas toujours puisque le métier l'impose. » (MG1)
- « Revaloriser une consultation psychologique en médecine générale pourrait être utile mais on ne se substituera jamais aux psychologues. » (MG2)
- « Oui je pense que ça aurait un intérêt que ce soit l'INAMI qui le prenne en charge et pas les patients quoi. » (MG3)
- « C'est pas du tout une mauvaise idée mais favoriser une consultation spécifique psy par rapport à une autre... » (MG4)
- « Ouais, je trouve que ça reste important parce que moi ma dernière patiente ici j'ai mis 2 heures, 2 heures à 10 euros quoi. On se dit que c'est un peu dommage (...) » (MG6)

Ces avis sont nuancés par un risque d'abus, une impossibilité de se soustraire aux psychologues ou la composante psychologique omniprésente peu importe le motif de consultation.

- « *Tous les patients quand ils viennent dans un cabinet de consultation, même pour un problème mineur, nous exposent les difficultés de leur vie ou un problème psychologique.* » (MG4)
- « *... maintenant le problème c'est qu'il peut y avoir des abus ...* » (MG6)

3.4.2. Une bonne relation soignant-patient

L'ensemble des médecins interrogés énonce le fait de connaître son patient et d'établir une relation thérapeutique comme des éléments cruciaux. Cela leur permet d'être plus efficace en terme de temps de consultation, d'aborder plus facilement le sujet et de mieux repérer les facteurs aggravants.

- « *Un patient que je connais prendra peut-être 5-10 minutes ...* » (MG1)
- « *Avoir un bon rapport avec son patient est primordial.* » (MG2)
- « *Il faut qu'il y ait un suivi, un médecin traitant. Parce qu'il faut une relation thérapeutique pour qu'on puisse venir déposer ça.* » (MG6)

En terme d'anamnèse, trois médecins fournissent des points à investiguer systématiquement avec leurs patients : le moral, le contexte du patient (professionnel, social, familial etc.) ou tout repli/isolement ou facteur aggravant (rupture, deuil, évènement récent).

- « *S'ils me disent juste qu'ils sont fatigués ben moi, j'interroge toujours sur le moral en plus d'interroger le sommeil et de faire la prise de sang, tu vois. Donc c'est peut-être un non-dit. Est-ce que ça va bien au travail, ça va bien à l'école etc., tout ça on peut demander. (...) Parfois une bête plainte peut être un signal glissé sous le tapis...en le prenant en compte et en grattant parfois ils s'écroulent devant nous et relâchent tout dans la consultation.* » (MG2)
- « *Poser régulièrement la question de "comment ça va ?", interroger les émotions, sur la famille. Interroger les différentes sphères de la vie professionnelle, familiale, amicale, relationnelle. Au sens large, demander aussi si la personne a des loisirs, une activité physique, voire un peu s'il y a des facteurs d'alarme, un repli, un isolement, des tensions non résolues. Anticiper de passer à une chronicité de l'isolement et des idées dépressives.* » (MG3)

3.4.3. Revoir le patient et orienter plus rapidement vers un psychologue

Quatre médecins ont abordé un suivi régulier pour ce type de patient et le fait de proposer un psychologue assez tôt dans la prise en charge.

- « *Je pense qu'une recommandation d'une orientation vers un soin psychologique plutôt que psychiatrique serait une bonne première approche...* » (MG1)
- « *Proposer un psychologue plus rapidement en support, proposer de se revoir régulièrement.* » (MG3)
- « *S'il y a un risque suicidaire qui m'est rapporté par le psychologue (...) j'en tiens compte et puis on essaie de revoir le patient.* » (MG4)
- « *Je vais le reconvoquer pour le revoir, mais souvent je vais lui conseiller de voir un psychologue.* » (MG5)

3.4.4. Thérapie médicamenteuse

Les médicaments restent un outil dans l'éventail thérapeutique pour quatre médecins interrogés. Le traitement médicamenteux est alors prescrit de manière précoce dans le cadre d'affects dépressifs.

- « *Je leur dis que mes critères disent que c'est quand même une dépression sévère, donc qu'on peut potentiellement être inquiet. À ce moment-là ça donne un argument en plus peut-être pour donner un médicament par exemple.* » (MG2)
- « *éventuellement pouvoir proposer déjà en première ligne un traitement antidépresseur si on le juge adéquat avant que ça n'aille trop loin. Moi je n'aime pas, quand je vois une personne au pied du mur, mettre un traitement antidépresseur si elle risque de passer à l'acte.* » (MG3)
- « *Dans le risque suicidaire je pense qu'il ne faut pas laisser les gens partir dans thérapeutique dans un premier temps. Si le risque est avéré, il faut vraiment leur donner quelque chose qui les apaise.* » (MG4)
- « *Dans les problèmes, on va dire plus psychologiques ou dépressifs, oui.* » (MG5)

Deux médecins apportent la nuance du risque de précipiter le passage à l'acte sous certaines molécules :

- « *J'ai vécu des passages à l'acte comme médecin, principalement avec les tricycliques mis en cause (...) avec les nouvelles molécules on a quand même moins ce risque de passage à l'acte. Je pense qu'on ne doit vraiment pas négliger les nouveaux neuroleptiques dans ce cadre-là,*

cela ne semble pas être associé à une augmentation du risque de passage à l'acte en tout cas. » (MG4)

- *« Une fois que vraiment on sent qu'il y a (...) une vraie idée suicidaire, là je vais tout faire pour ne pas prescrire un antidépresseur pour limiter le passage à l'acte. » (MG5)*

4. Ressources et outils demandés par les médecins

4.1. Questionnaires/Grilles d'évaluation :

Cinq des médecins interrogés ne sont pas favorables à l'utilisation d'une grille standardisée d'évaluation en consultation. Creuser les idées du patient au travers de la consultation reste plus utile selon eux. Ils évoquent néanmoins l'intérêt de lire la grille afin de disposer d'un canevas de questions à ne pas manquer.

- *« Je n'en vois pas trop l'intérêt. Peut-être que si le praticien se sent mal à l'aise face à cette problématique et qu'on ne sait pas très bien comment aborder ce sujet-là, alors cette grille peut constituer effectivement un outil mais une grille standardisée n'aiderait sans doute pas car le praticien se cacherait derrière ce questionnaire au lieu de creuser les idées du patient. » (MG1)*
- *« L'intérêt du questionnaire n'est pas tellement en consultation, il est surtout une possibilité de discuter de la problématique. (...) Mais les questionnaires, souvent, je trouve qu'ils sont trop vite fermés et nous emmène parfois dans des directions qu'une consultation simple ne nous aurait pas données. Et j'aime bien les questionnaires, je les lis et puis je les range dans un tiroir et je ne les ressors jamais. Donc ça, le questionnaire a le mérite de nous faire nous poser des questions par rapport à une problématique. » (MG4)*
- *« Non pour moi moins. Il faut la lire [la grille] et il faut voir ce qui est dedans mais pour moi, c'est moins utile. Ou bien alors ce qui pourrait être utile, c'est qu'on l'ait en tête et qu'on la connaisse et qu'on l'utilise comme canevas sous-jacent » (MG6)*

Pour le MG5, l'intuition et le ressenti du médecin généraliste restent les guides dans une consultation de ce type.

- *« Je ne suis pas tellement grille et écrit. Je fonctionne beaucoup plus...Ouais, à l'intuition je dirais. Mais finalement j'ai remarqué, peut-être pas pour le suicide où ce serait quand même intéressant que j'en vois une, mais un petit peu comme dans la BPCO ou l'asthme. Il existe plein d'algorithmes. Mais finalement, ils respectent souvent plus ou moins, les questions que*

je pose durant mon anamnèse. (...) Mais en médecine générale, c'est souvent comme ça, on fonctionne un peu plus avec son expérience et son feeling. » (MG5)

Le MG2 estime qu'un outil plus précis et spécifique pour l'évaluation du suicide est nécessaire, contrairement au DSM axé principalement sur la dépression.

- *« (...) c'est difficile d'objectiver avec le DSM. Ce sont beaucoup de questions sur la dépression en général, mais par rapport au risque suicidaire, il y a une seule question à propos des idées noires. (...) mais ce serait vraiment intéressant d'avoir un outil beaucoup plus précis que ça. » (MG2)*

Le MG3 et le MG7 sont partagés sur l'utilité d'une grille d'évaluation qui serait plus intéressante pour objectiver une vraie menace suicidaire mais le MG7 évoque un risque de manipulation des patients qui sauraient quoi répondre pour favoriser ou éviter une hospitalisation.

- *« Typiquement pour ce genre de profil très en demande ça va permettre de démêler un petit peu si oui ou non c'est une vraie menace suicidaire ou pas. Mais sinon je veux dire pour les autres personnes où c'est très ponctuel, dans une situation précise, j'ai l'impression que pas forcément. » (MG3)*
- *« Je trouve que c'est un peu à double tranchant parce que ça peut d'une part vraiment bien nous aider et voir un petit peu la dangerosité effectivement. Maintenant je pense qu'il y a certains patients qui savent quoi répondre aussi pour vous faire peur. Et donc je trouve que c'est vraiment une thématique hyper compliquée à évaluer. Et parfois tu te fais manipuler en fait en tant que soignant. Donc oui ça pourrait être intéressant pour certains patients, mais tu pourrais aussi te retrouver (...) chez quelqu'un qui sait quoi répondre à mes questions quoi ou à l'inverse quelqu'un qui ne veut pas se faire hospitaliser va mentir pour avoir un score faible. Mais ça c'est comme dans n'importe quelle grille en fait. » (MG7)*

4.2. Collaboration avec les psychologues et les psychiatres :

Tous les médecins interrogés sont unanimes en terme de demande de collaboration avec les psychologues ou les psychiatres. Ils estiment tous que la communication reste très peu établie sauf exceptions. Les rapports psychiatriques ou les retours des psychologues sont rarement disponibles voir pour certains médecins jamais obtenus.

- *« Absence totale de communication ou de retour de ces structures. Surtout les psychiatres, les psychologues c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup de retours non plus mais quand même, après X séances du patient, on reçoit un mail ou un mot explicatif de la situation. » (MG1)*

Deux médecins nuancent cette collaboration difficile en expliquant qu'avoir un réseau de connaissances permet une meilleure collaboration. Notamment lorsque le psychologue/psychiatre et le médecin se connaissent de près ou de loin.

- *« Je dirais que si le psychologue me connaît de près ou de loin, je reçois un rapport. S'il me connaît pas, j'en reçois jamais. Donc pas très bon et pas uniforme surtout. Et les hôpitaux c'est un peu la boîte noire hein. Je trouve qu'il faut les réclamer pour obtenir quelque chose. » (MG3)*
- *« J'adore en fait travailler en réseau. J'aime beaucoup parce que j'ai souvent des contacts très rapprochés avec les psychothérapeutes. Mais avec les psychiatres c'est beaucoup plus compliqué. » (MG2)*

Le MG4 explique l'importance d'une collaboration avec les psychologues pour mieux évaluer un risque suicidaire lorsque l'on passe à côté en consultation.

- *« Je collabore volontiers avec le psychologue. Alors il y a aussi des gens chez qui j'ai mal évalué le risque suicidaire et qui sont suivis par un psychologue. Je fais un contrat avec les patients. Quand les patients disent je vais voir un psychologue, je leur demande s'ils sont d'accord que j'échange avec leur psychologue s'il me téléphone. S'ils me disent non alors je ne partage pas. S'il y a un risque suicidaire qui m'est rapporté par le psychologue, je ne partage pas plus, mais au moins j'en tiens compte. » (MG4)*

Le MG7 avance l'argument du secret médical qui serait un frein au partage d'informations sur le patient suicidaire.

- *« Je continue souvent à vérifier qu'ils ont bien un suivi régulier maintenant les psychologues n'ont pas l'air de demander cette collaboration et cet échange, en tout cas ceux chez qui je réfère mes patients. Maintenant on sait aussi qu'il y a ce secret médical qu'eux ne veulent pas partager notamment sur certaines choses avec nous. Mais donc avec les psychologues moi je n'ai pas beaucoup de collaboration. Avec les psychiatres j'en ai quand même un peu plus. » (MG7)*

Finalement l'accent est mis par trois médecins sur la différence entre le domaine de la psychiatrie et les autres spécialités en terme d'accessibilité et de collaboration.

- « En psychiatrie, ce n'est clairement pas l'endroit où on a les rapports d'hospitalisation le plus rapidement, voire on ne les a jamais. Euh, il y a quand même beaucoup de gens qui vont chez des psychiatres privés et voilà, c'est 0. Enfin moi je n'ai jamais reçu, ou alors anecdotique, un rapport de psychiatre privé alors que les cardiologues privés le font tous par exemple. » (MG3)
- « C'est très compliqué. Autant il y a comme ça des spécialités avec lesquelles on collabore beaucoup et où ça se passe bien, comme la cardiologie par exemple où on envoie un patient aux urgences, puis il aura tout de suite la mise au point. Autant la psychiatrie, c'est un monde à part. Un monde à part, très difficile d'accès. Ils mettent beaucoup de barrières. Justement, pour une de mes patientes où la psychiatre est venue et où c'était gravissime, il faut montrer presque pattes blanches et se justifier pour que cette patiente puisse être admise en urgence en psychiatrie. Dans une autre situation, on téléphone pour dire, je vous envoie un infarctus et là l'ambulance l'emmène directement. Donc je trouve la psychiatrie un milieu un peu spécial. » (MG5)

Deux médecins restent optimistes sur cette collaboration mais déplorent toujours la saturation des services de soins psychiatriques.

- « J'ai une impression, en tout cas surtout en milieu hospitalier, qu'ils vont vite nous téléphoner pour un peu nous demander notre avis, pour un peu nous expliquer la situation. Donc ça franchement, j'ai eu plusieurs chouettes contacts avec les psychiatres mais on sait aussi qu'ils sont complètement débordés, et cetera, et qu'ils n'y peuvent rien. » (MG7)
- « Ils sont de bonne volonté je trouve mais ils sont débordés donc on ne peut pas leur en vouloir mais quand on essaie et qu'on force, qu'on pousse, on peut avoir une petite collaboration dans la mesure de ce qu'ils peuvent faire. » (MG6)

4.3. Accessibilité aux informations générales ou informations de contact :

Pour l'ensemble des médecins interrogés, il est nécessaire de disposer de lignes directes (« hotlines ») fonctionnelles avec des psychiatres.

- « J'aurais besoin qu'on ait un numéro direct pour avoir les decks des spécialistes effectivement. » (MG2)
- « Avoir un réseau de psychiatres qui gère justement les situations d'urgence par exemple à qui on peut téléphoner. » (MG3)
- « Mais par exemple la psychiatrie, je n'ai pas de numéro de GSM, pas de psychiatre dans mes connaissances et donc avoir des hotlines serait bien. » (MG5)

- « Alors une hotline qui fonctionne déjà ! Moi celle que j'ai trouvé ça ne marche jamais. » (MG6)
- « Avoir des numéros de téléphone auxquels on peut expliquer la situation et avoir une réponse sans être vu comme, en tout cas comme parfois ça m'est arrivé, des débiles. Donc oui. Des hotlines dans les hôpitaux pour moi, c'est surtout au niveau psychiatrique. » (MG7)

Trois médecins plaident également pour un service de consultation de psychiatre « en urgence » dans un réseau extrahospitalier plutôt qu'aux urgences de l'hôpital. Ils suggèrent une forme de psychiatrie de première ligne plus accessible, effectuant un premier bilan, qui temporise ou qui permet d'incarner un service de tri.

- « D'un accès facile à une psychiatrie de première ligne, ou de seconde ligne, ça dépend comment on la voit, pour partager la responsabilité. » (MG4)
- « Pourquoi pas avoir des endroits où les personnes peuvent rester en observation sans que ce soit un service d'urgence, avec tout ce qu'il y a autour, comme un peu les salles cocon pour les femmes qui accouchent, des structures pré hospitalisation qui seraient dans des centres de santé mentale où on aurait une prise en charge orientée et pas un peu mélangée avec tout et dans un cadre calme. On pourrait déjà évaluer et temporiser correctement. » (MG5)

Une autre demande est récurrente dans le discours des médecins à savoir une fiche récapitulative des procédures d'urgence ou un site internet reprenant les équipes mobiles de crise ou toutes autres informations utiles dans les démarches de prise en charge d'un patient suicidaire. Plusieurs médecins déplorent la difficulté d'accès à ces informations.

- « Peut-être aussi une espèce de truc qui centralise toutes les équipes mobiles de crise avec les informations qui existent parce que là ce n'est pas forcément simple de les regrouper ou de les trouver simplement. Quand on les connaît, on les trouve, mais quand on les connaît pas, ce n'est pas en tapant dans Google qu'on va trouver de support. Et peut-être aussi, je sais pas, une espèce d'outil pour les procédures d'urgence. Avec intervention du procureur et de la police. » (MG3)
- « Avoir un carnet d'adresses correct. Il n'y a pas de sites qui existent et qui soit par commune ou pour Bruxelles. Pas besoin d'avoir tout ça sur toute la Belgique hein mais qu'on ait un réseau en tout cas. » (MG6)

Deux médecins évoquent l'envie de se former dans ce domaine et souhaiteraient disposer de cours théoriques pour mieux appréhender ce motif.

- « *Sur le fond en tout cas j'aimerais me former là-dessus.* » (MG7)

L'importance de travailler en « réseau » est revenu de nombreuses fois dans les discours des médecins. Ils faisaient référence au manque de travail en collaboration (cf point 4.2) entre les psychiatres et les médecins généralistes contrairement à d'autres spécialités.

- « *Avec les psychiatres par contre, (...) c'est compliqué. Ils sont de contact difficile. Et il faut négocier pour qu'il voie un de nos patients. Il y a vraiment un grand déficit de communication également. Ils ne sont pas disponibles et ne cherchent pas non plus à nous rencontrer. Alors que tous les autres services un peu partout, ils organisent des journées de cardiologie par exemple, des journées de ceci, des journées de cela. On a l'occasion de rencontrer aussi ces spécialistes. Ils viennent vers nous et on va vers eux. Mais là, avec les psychiatres, j'ai l'impression qu'ils n'ont pas besoin de nous. Ils vivent un peu à côté. Comme dans un monde à part.* » (MG5)

Finalement le MG1 évoque la disposition des informations au patient de manière anonyme en les diffusant dans la salle d'attente par exemple au moyen d'affichages.

- « *Vous pouvez aussi mettre un petit panneau, je ne l'ai jamais fait, dans la salle d'attente avec les numéros de téléphone utiles ou sites utiles : Centre de prévention suicide, psy 107, etc. Rien que ça pour les patients qui ont du mal à en parler ou qui ne veulent pas en parler, au moins ça c'est simple et en téléphonant ça reste anonyme et j'imagine qu'au bout de la ligne, il y a un professionnel compétent et empathique.* » (MG1)

5. Avis d'experts :

Un psychologue et une neuropsychologue du *Centre de Prévention du Suicide* à Bruxelles ont été interrogés dans le cadre de ce travail afin d'apporter des éclaircissements complémentaires et d'autres perspectives pour compléter les résultats précédents. Voici un résumé des différents points abordés après ces entretiens :

Pendant la crise COVID, les consultations au centre de prévention du suicide ont significativement augmenté, notamment pour des personnes en crise suicidaire et celles endeuillées par un suicide. Cette hausse de la demande a entraîné une surcharge de travail conséquente, bien que celle-ci ait diminué progressivement après la période COVID. Cette

tendance a particulièrement touché les jeunes, avec une détresse plus marquée dans la tranche d'âge 12-30 ans bien qu'une certaine diversité d'âges reste présente.

Les psychologues reconnaissent l'anxiété des médecins lors des consultations sur le suicide, mais affirment que l'expérience dans ce domaine permet de la gérer. Ils soulignent l'importance de l'accueil et de la prise en charge professionnelle, évitant ainsi de renforcer les stéréotypes. Malgré cela, une sensibilisation continue est nécessaire face aux idées reçues. Il est crucial de former les professionnels de première ligne, comme les médecins généralistes, pour mieux comprendre et accompagner les personnes en détresse suicidaire, tout en évitant les erreurs d'interprétation. Les équipes médicales doivent aussi être conscientisées aux idées reçues, telles que la non-corrélation entre la gravité psychique et somatique des tentatives de suicide. C'est dans ce contexte qu'un accueil initial inadéquat peut influencer le parcours du patient et augmenter le risque de passage à l'acte ou de récurrence suicidaire, soulignant ainsi l'importance d'une relation thérapeutique bien établie dans l'évaluation et la prise en charge du risque suicidaire.

Concernant les ressources à disposition, les psychologues confirment la saturation du système de santé mentale, avec un accès limité aux psychiatres et des délais d'attente prolongés pour les consultations. Cette limite contraste avec l'envie de collaboration et de travailler en réseau, ce qui reste crucial dans la prise en charge des patients en crise suicidaire. Les professionnels de la santé mentale insistent sur l'importance de travailler ensemble, en partenariat et en réseau, afin de fournir un soutien efficace. Cela implique d'établir des contacts réguliers entre les différents acteurs de la santé pour garantir un suivi approprié des patients. Ils insistent sur l'importance d'identifier la source sous-jacente des problèmes de santé mentale des patients et de travailler à partir de là pour élaborer un plan de traitement adapté. Cette approche individualisée permet d'assurer une meilleure gestion de leur état de santé mentale et une réduction des risques de récurrence suicidaire.

L'accent est également apporté sur le manque de clarté dans les procédures d'urgence pour les médecins généralistes qui sont plus claires pour les psychologues du CPS qui traitent ce sujet plus fréquemment. Cela constitue un défi majeur pour les médecins lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'urgence, notamment en ce qui concerne les aspects légaux tels que la sortie du secret professionnel ou la mise en observation. Cette incertitude entrave

souvent leur capacité à prendre des décisions rapides et appropriées. Pour pallier cette lacune selon les psychologues, il est impératif de centraliser les informations pertinentes et de fournir une formation plus approfondie sur ces procédures légales, permettant ainsi aux professionnels de mieux naviguer dans ces situations délicates.

Parallèlement, il est essentiel de fournir aux professionnels de la santé les outils et les ressources nécessaires pour gérer efficacement les situations d'urgence liées à la santé mentale. Cela comprend la disponibilité de lignes directes vers des psychiatres et des psychologues, ainsi que l'accès à des formations et des webinaires pour maintenir leurs compétences à jour. Ces ressources pratiques permettent aux professionnels de se sentir mieux préparés et plus confiants dans leur capacité à intervenir efficacement lors de situations critiques.

En outre, les entretiens de triangulation sont proposés comme une stratégie efficace pour une prise en charge collaborative des patients en crise suicidaire. Impliquant le patient lui-même, son médecin généraliste et le psychologue, cette approche permet d'établir une communication ouverte et un partage d'informations essentiel pour une intervention rapide et adéquate.

IV. Discussion :

La prévention du suicide est une préoccupation majeure dans le domaine de la santé publique, et les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la détection précoce et la prise en charge des patients à risque. Les entretiens menés précédemment ont fourni des informations précieuses sur les obstacles rencontrés par les médecins dans la prévention du suicide, ainsi que sur les opportunités d'amélioration des pratiques et des politiques de santé. Dans cette discussion, nous examinerons les principaux résultats de ces entretiens et discuterons des implications pour la pratique clinique et les politiques de santé publique.

1. Le suicide en consultation :

Les consultations autour de la santé mentale ont augmenté ces dernières années et avec elles les idées suicidaires aussi. La surcharge de travail s'est faite ressentir auprès des praticiens de première ligne. Comme évoqué dans un communiqué de presse du centre de prévention suicide, les consultations se sont majorées de 50,9% en 2020 suite au covid (11).

Si les pratiques des médecins interrogés varient énormément selon les profils, il n'en reste pas moins que le sentiment de surcharge au niveau des consultations en santé mentale s'est fait ressentir à un moment donné sans s'associer systématiquement à des idées suicidaires.

D'après les experts, la population consultant surtout pour des motifs d'idées noires s'est rajeunie pour recouvrir une période allant de l'adolescence (12-13 ans) aux jeunes adultes (30-35ans) ce qui corrobore les propos des médecins généralistes. Ces données se confirment dans la dernière étude de la FAMGB sur les consultations en santé mentale en médecine générale à Bruxelles (12).

Les médecins généralistes jouent donc un premier relais essentiel dans ces consultations. En raison de leur suivi régulier des patients sur le long terme, ils sont en première ligne pour détecter les signes indiquant une détresse mentale, qu'elle soit accompagnée d'idées suicidaires ou non. D'ailleurs préalablement à une tentative de suicide, près de 80% des patients ont eu un contact avec leur médecin traitant dans l'année écoulée (15) même si pour les jeunes adultes cela reste plus compliqué vu la fréquence de consultation plus faible chez leur médecin traitant (16). Cette donnée rappelle le rôle primordial du médecin dans l'exploration de ce problème chez ses patients.

Un autre aspect concerne l'approche des idées suicidaires et du dépistage du risque de suicide lors des consultations médicales. Les médecins adoptent une approche professionnelle pour aborder ce sujet en consultation et n'hésitent pas à l'affronter directement afin d'interroger, d'exprimer verbalement et de permettre au patient de partager ses émotions. Cependant, l'anxiété interne et le manque de confiance que ce sujet suscite chez les médecins, indépendamment de leur expérience personnelle, souligne une difficulté significative sur le terrain (19). Cela s'explique par le sentiment de se sentir désemparé et de porter seul la responsabilité d'une prise en charge appropriée du patient.

Seule la familiarisation fréquente avec ce sujet permet une certaine habitude ou du moins une gestion de la charge émotionnelle et de la tension qu'il engendre. L'expertise acquise permet de gérer les réactions émotionnelles personnelles et de faire en sorte que le patient se sente accueilli dans sa détresse, sans être confronté à un professionnel perturbé. Cela favorise une connexion empathique avec le patient et élargit les possibilités de prise en charge. Pour combler ce manque d'expertise, des formations et des programmes de

sensibilisation sont organisés, notamment par le centre de prévention du suicide. Bien que certaines études (5,13) aient montré que la formation à la prévention du suicide pour les professionnels de soins de santé primaires améliore leur compétence perçue, un suivi régulier de cette formation est nécessaire pour maintenir ces améliorations dans la durée.

2. L'amélioration des moyens disponibles :

Chaque médecin adopte une approche individuelle lors des consultations, la plupart ne recourant pas à des outils spécifiques pour explorer le contexte des patients présentant des idées suicidaires.

Les services de santé mentale de première ligne se sont considérablement développés et sont devenus plus accessibles ces dernières années, grâce à des initiatives telles que le site www.PsyBru.be (mais effectif seulement pour la région Bruxelles-Capitale) et la prise en charge remboursée des consultations. Cette évolution est devenue plus qu'essentielle dans les recours utiles en terme de prise en charge des patients suicidaires.

Cependant, pour renforcer cette prise en charge, une collaboration accrue avec les médecins généralistes est nécessaire, permettant une supervision et une triangulation qui offrent un soutien optimal aux patients. Le jugement individuel du médecin n'est pas toujours suffisant pour détecter les signes de dépression ou évaluer les idées suicidaires de manière objective (14). Dans de tels cas, l'aide et la collaboration d'un psychologue peuvent apporter une expertise complémentaire. Cette collaboration est d'autant plus importante puisqu'il est démontré qu'un patient est plus susceptible de consulter un professionnel de la santé mentale sur la base des conseils de leur médecin généraliste (20).

Lors des consultations, les médecins interrogés évitent de recourir à des grilles ou à des scores spécifiques, craignant que cela ne compromette le lien thérapeutique établi au cours de la consultation ou ne les enferme dans une consultation stérile. Ils estiment que leur intuition et leur connaissance du patient ainsi que de son contexte demeurent les principaux guides lors de l'anamnèse. Une étude de 2015 a montré que la plupart des questionnaires/scores, de par leur faible spécificité et de leur pouvoir prédictif individuel, sont peu utilisables en routine (17).

Cependant une grille (21) a été mise en évidence, permettant aux cliniciens d'explorer les trois dimensions de la suicidalité (niveaux de risque, d'urgence et de danger), ce qui leur permet de savoir dans quelle mesure le patient est suicidaire et d'adopter la stratégie de soins préventifs appropriée (18). Néanmoins, il est souligné qu'une amélioration de la prévention du suicide en médecine générale repose sur une gestion accrue de la dépression, ainsi que sur l'identification, l'évaluation et la prise en charge correcte des patients en crise suicidaire. Cette approche nécessite également un réseau de soins de proximité bien établi, permettant au médecin généraliste de diriger le patient vers un spécialiste si cela est jugé nécessaire.

D'autre part, les généralistes font face à des défis en ce qui concerne la disponibilité et la qualité des services de santé mentale, qu'ils soient primaires ou secondaires. Une majorité de médecins interrogés mentionnent la difficulté d'accessibilité et de fiabilité des soins psychiatriques en terme de prise en charge de la crise suicidaire. Les obstacles rencontrés comprennent les difficultés d'accès aux services, des problèmes liés à l'orientation des patients vers des soins spécialisés et la gestion des changements au sein des services de santé mentale (18). Améliorer ces aspects pourrait participer à une amélioration de la prévention du suicide en médecine générale à l'avenir.

Au travers des discussions, les médecins expriment finalement le besoin d'un outil centralisant les informations sur les différentes structures de soins psychologiques ou psychiatriques, fournissant les coordonnées de contact et des ressources expliquant de manière concise les procédures de prise en charge urgente.

3. Des pistes de réflexion

Nécessité d'un plan national

Actuellement, au niveau fédéral en Belgique, il n'existe pas de plan national de prévention du suicide (22). La compétence de prévention est réservée aux communautés. Cette division des compétences engendre un manque de coordination efficace entre les différents acteurs de la santé mentale. Une réflexion autour d'un plan national pourrait permettre une meilleure centralisation des procédures de soins aux patients en crise suicidaire et une réduction du taux de suicide par une politique de santé publique plus efficace comme démontré dans les études (23).

Meilleure collaboration entre les acteurs de première ligne

La notion revenue à maintes reprises dans les entretiens réalisés était le « travail en réseau ». Un meilleur échange en terme de communication est déterminant pour fournir un soutien correct et suffisant du patient sujet aux idées suicidaires. Des rencontres interdisciplinaires, des formations ou des groupes de discussion permettraient d'enrichir mutuellement les compétences en matière de prise en charge globale du patient. D'autres accès plus aisés dans les demandes d'avis spécialisé (ligne directe, contact, etc.) ou des possibilités de dialogue interdisciplinaire ne pourraient qu'améliorer la gestion d'une crise suicidaire.

Accessibilité plus aisée aux informations

Beaucoup d'informations concernant les procédures d'urgence ou les structures de soins de santé mentale sont trop peu connues des médecins généralistes. Ce manque d'informations essentielles pour les praticiens de première ligne s'avère être une source d'anxiété pour les praticiens d'une part et une source d'incompréhension pour les patients en demande de prise en charge adaptée. Il est primordial d'envisager la mise en place d'un outil pouvant réunir toutes les données utiles pour fournir les ressources suffisantes aux médecins généralistes et permettre aux patients de se retrouver dans une situation de soutien et de suivi efficace face à la crise suicidaire.

4. Forces de l'étude

Par le design d'étude qualitative, les données recueillies étaient riches et détaillées en expériences, perceptions et comportements des participants face à la problématique étudiée. Les nuances apportées selon les contextes des participants a rajouté une certaine profondeur dans la compréhension des données. Les entretiens se sont fait de manière individuelle diminuant ainsi le risque de biais. L'analyse suite à la retranscription des entretiens a permis plusieurs relectures et donc d'identifier de multiples sous-thèmes.

De plus, les résultats ont été soumis à discussion par l'avis d'experts du domaine étudié, renforçant ainsi la crédibilité et la fiabilité des résultats obtenus.

5. Faiblesses de l'étude

5.1. Biais de sélection et échantillon :

Les participants interrogés étaient sélectionnés en fonction de leur propre intérêt sur le sujet de l'étude. C'est notamment leur volonté de participer qui peut limiter la représentativité de l'échantillon. De plus malgré la recherche d'une certaine hétérogénéité des profils de participants, il y a un manque de diversité en terme d'âge.

En terme de taille d'échantillon, malgré le fait que la saturation des données a été atteinte, les résultats ne sont pas suffisamment généralisables selon la population de médecins concernée. Pour cette étude, les médecins participants travaillaient en milieu urbain. Il n'en est peut-être pas de même pour les pratiques rurales ou semi-rurales. Cette étude pourrait être reproduite dans le futur en dehors du milieu urbain pour comparer les données.

5.2. Subjectivité :

C'est la première fois que je réalise une étude qualitative, mes questions ont donc pu être indirectement orientées dans la façon de les poser. Il en est de même pour l'analyse des données qui a pu engendrer une interprétation subjective des propos retranscrits des participants.

V. Conclusion :

En conclusion, l'amélioration de la prévention du suicide en médecine générale requiert une approche multidimensionnelle visant à résoudre plusieurs défis identifiés au cours de cette étude. Tout d'abord, il est crucial de reconnaître l'anxiété des médecins lors de la tenue de consultations sur le suicide, et de fournir un soutien approprié pour les aider à aborder ces situations de manière plus confiante et efficace.

De plus, l'organisation du suivi et du soutien des patients suicidaires représente un défi majeur, nécessitant une coordination étroite entre les différents acteurs des soins de santé, y compris les médecins généralistes, les psychologues et les psychiatres. Une collaboration

étroite entre ces professionnels en première ligne est essentielle pour assurer une prise en charge holistique et adaptée aux besoins individuels des patients.

L'accessibilité aux informations et aux formations spécialisées est également un élément clé pour renforcer les compétences des professionnels de la santé dans la prévention du suicide. Des programmes de sensibilisation et de formation continue peuvent aider à combler les lacunes de connaissances et à fournir aux praticiens les outils nécessaires pour identifier et prendre en charge efficacement les patients suicidaires.

Enfin, la nécessité de repenser la politique de santé publique en matière de suicide est indispensable pour mettre en place des mesures préventives efficaces à tous les niveaux de la société. Cela inclut la promotion de la santé mentale, la réduction des facteurs de risque sociaux et économiques, ainsi que l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale.

En combinant ces différentes approches, il est possible de renforcer la capacité des médecins généralistes à prévenir le suicide et à fournir un soutien adéquat aux patients en détresse suicidaire, contribuant ainsi à sauver des vies et à améliorer la santé mentale de la population.

VI. Bibliographie

- [1] **Centre de prévention du suicide. (2023, 8 février). Centre de Prévention du Suicide.** <https://www.preventionsuicide.be/chiffres-suicide#:~:text=Selon%20Sciensano%2C%20l'Institut%20Belge,Flandre%20et%20141%20%C3%A0%20Bruxelles.>
- [2] Podlipski PL, Tran E, Chrusciel J, Kaladjian A, Sanchez S. **Crise suicidaire, évaluation des pratiques en médecine générale selon l'âge du patient** [Management of suicidal crisis in general practice: evaluation of care practices according to patient age]. *Soins Psychiatr.* 2022 Jan-Feb;43(338):42-48. French. doi: 10.1016/j.spsy.2022.01.010. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35598914.
- [3] Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. **Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review.** *Am J Psychiatry.* 2021 Jul;178(7):611-624. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33596680; PMCID: PMC9092896.
- [4] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. **Suicide prevention strategies: a systematic review.** *JAMA.* 2005 Oct 26;294(16):2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064. PMID: 16249421.
- [5] Coppens E, Van Audenhove C, Gusmão R, Purebl G, Székely A, Maxwell M, Koburger N, Arensman E, Hegerl U. **Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression.** *J Affect Disord.* 2018 Feb;227:17-23. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.039. Epub 2017 Sep 25. PMID: 29049931.
- [6] Bocquier A, Pambrun E, Dumesnil H, Villani P, Verdoux H, Verger P. **Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners.** *PLoS One.* 2013 Dec 10;8(12):e80797. doi: 10.1371/journal.pone.0080797. PMID: 24339883; PMCID: PMC3858232.
- [7] du Roscoät E, Beck F. **Efficient interventions on suicide prevention: a literature review.** *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2013 Aug;61(4):363-74. doi: 10.1016/j.respe.2013.01.099. Epub 2013 Jul 10. PMID: 23849295.
- [8] Stigter RW, de Graaf AP. De rol van huisartsen bij suïcidale patiënten [**The role of the general practitioner in the treatment of suicidal patients: the problems they encounter in practice**]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2020 Aug 27;164:D5163. Dutch. PMID: 33030327.
- [9] Michail M, Tait L. **Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK.** *BMJ Open.* 2016 Jan 12;6(1):e009654. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009654. PMID: 26758263; PMCID: PMC4716217.

- [10] Haute Autorité de Santé. (2014). **Annexe 4 - Définition de l'EDC selon le DSM-5 : proposition de traduction**. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
- [11] Deseck, D. (2021, 1er juillet). **Augmentation constante des demandes faites au Centre de Prévention du Suicide depuis le début de la crise sanitaire** [Communiqué de presse]. Récupéré sur <https://www.preventionsuicide.be/sites/default/files/uploads/CPS-CP-01-07-2021-AugmentationDemandes.pdf>
- [12] Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) & Bureau d'Hygiène et d'Assistance aux Klinieken (BHAK). (2023). **Enquête sur la santé mentale en médecine générale à Bruxelles : Résultats d'une enquête menée en avril 2023 auprès de plus de 140 médecins généralistes**. Rapport d'enquête .
- [13] Solin P, Tamminen N, Partonen T. **Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals**. Scand J Prim Health Care. 2021 Sep;39(3):332-338. doi: 10.1080/02813432.2021.1958462. Epub 2021 Aug 3. PMID: 34340646; PMCID: PMC8475147.
- [14] Carey M, Jones K, Meadows G, Sanson-Fisher R, D'Este C, Inder K, Yoong SL, Russell G. **Accuracy of general practitioner unassisted detection of depression**. Aust N Z J Psychiatry. 2014 Jun;48(6):571-8. doi: 10.1177/0004867413520047. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24413807; PMCID: PMC4230951.
- [15] Stene-Larsen K, Reneflot A. **Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017**. Scandinavian Journal of Public Health. 2019;47(1):9-17. doi:10.1177/1403494817746274
- [16] Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. **Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study**. BMC Fam Pract. 2013 May 24;14:68. doi: 10.1186/1471-2296-14-68. PMID: 23706018; PMCID: PMC3674947.
- [17] Peyron PA, David M. **Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale [Suicide risk assessment tools for adults in general medical practice]**. Presse Med. 2015 Jun;44(6 Pt 1):590-600. French. doi: 10.1016/j.lpm.2014.12.009. Epub 2015 May 7. PMID: 25958158.
- [18] Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, While D, Swinson N, Williams A, Shaw J, Appleby L, Kapur N. **Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability**. BMC Res Notes. 2010 Oct 1;3:246. doi: 10.1186/1756-0500-3-246. PMID: 20920302; PMCID: PMC2958884.
- [19] Leavey G, Mallon S, Rondon-Sulbaran J, Galway K, Rosato M, Hughes L. **The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives - a qualitative study**. BMC Psychiatry. 2017 Nov 21;17(1):369. doi: 10.1186/s12888-017-1508-7. PMID: 29157221; PMCID: PMC5697339.

[20] Tahmazov E, Lemey C, Walter M. **Prévenir le suicide en médecine générale** [Preventing suicide in general practice]. Soins Psychiatr. 2021 May-Jun;42(334):32-35. French. doi: 10.1016/j.spsy.2021.04.010. Epub 2021 Apr 22. PMID: 34144757.

[21] SAM et CRDM-IU. (2015, décembre). **Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire**. Récupéré sur https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/10/0.grille_estimation_dangerosite_passage_acte_suicidaire_21-12-2015.pdf

[22] AVIQ & Educa Santé. (s. d.). Belgique | **Prévention des suicides**. Récupéré sur : <http://www.preventionsuicide.info/priorites/belgique.php>

[23] Jeong H, Yim HW, Lee SY, Park M, Ko W. **The effectiveness of a suicide prevention program in primary care clinics supported by community public health resources: A difference-in-differences analysis**. Psychiatry Res. 2024 Apr;334:115803. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115803. Epub 2024 Feb 18. PMID: 38412714.

VII. Annexes :

1. Point sur les facteurs de risque/protection

Repris du site <https://www.preventionsuicide.be/les-facteurs-de-risque>

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Psychosociaux	• Troubles mentaux • Alcool et autres troubles d'abus de substances • Tendances impulsives et/ou agressives • Histoire de trauma ou abus • Certaines maladies physiques majeures • Tentative de suicide antérieure • ...	• Liens étroits avec la famille et soutien de la communauté • Capacités pour résoudre des problèmes et des conflits, et de gérer des disputes de façon non-violente
Environnementaux	• Perte de travail ou perte financière • Perte relationnelle ou sociale • Accès facile à des moyens mortels • Histoire familiale de suicide • ...	• Accès réduit aux moyens létaux • Travail et situation financière stables
Socioculturels	• Manque de soutien social et sentiment d'isolement • Barrières pour accéder aux soins de santé • Exposition à d'autres suicides dans l'entourage • ...	• Soins cliniques efficaces pour les troubles mentaux, physiques et d'abus de substances • Accès facile à toute une gamme d'interventions cliniques • Soutien dans la recherche d'aide • Soutien par des relations continues de soins médicaux et de santé mentale • Des convictions culturelles et religieuses qui découragent le suicide et stimulent la conservation de soi. • ...

2. Guide d'entretien

Guide d'entretien :

1) Le suicide en consultation - contexte :

- a) Depuis la crise covid, comment a évolué la fréquence de consultation autour du suicide dans votre cabinet ?
- a') Quelle population présente le plus d'idées suicidaires selon vous ?
- b) Comment abordez-vous ces consultations sur le plan personnel et professionnel ? Quel est votre ressenti lorsqu'un patient consulte pour ce motif ?
- c) Quelles difficultés se présentent à vous lors de ces consultations autour du suicide ?

2) Travailler les idées suicidaires – quels moyens ? :

- a) Quels outils utilisez-vous avec vos patients pour dépister le risque suicidaire ou à quelles ressources faites-vous appel ?
- a') Quel est votre avis sur ces outils/ressources ?
- b) Quel est votre avis sur le réseau de soins de santé psychologique de première ligne ?
- c) Qu'est ce qui pourrait favoriser le bon dépistage du risque suicidaire par le médecin généraliste sans nécessairement directement référer le patient dans des structures de soins psychologiques (centre prévention suicide, urgences, psychiatrie ou psychologue) ?

3) Etat des lieux sur les moyens – quelle amélioration ?

- a) Avez-vous déjà entendu parler de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » ? Si non, que pensez-vous de l'utilité d'une grille par questionnaire pour évaluer un risque suicidaire ?
- b) Quel est votre ressenti sur la collaboration des médecins généralistes avec les structures psychologiques de première ligne ?
- c) De quoi souhaiteriez-vous disposer comme aide complémentaire lors de vos consultations autour du dépistage du suicide ?

3. Formulaire de consentement :

Formulaire de Consentement pour la Participation à une Étude Qualitative

« Comment améliorer la prévention du suicide par les médecins généralistes ? »

Cher(e) Participant(e),

Je vous remercie vivement de votre intérêt à participer à cette étude qualitative. Avant de commencer, veuillez prendre le temps de lire attentivement les informations ci-dessous et posez toutes les questions que vous pourriez avoir.

Les objectifs de cette étude sont de faire une mise au point sur la prévention du suicide réalisée en médecine générale et d'identifier les moyens et/ou ressources utilisées ainsi que de mettre en évidence les points faibles de cette prévention en vue de proposer des pistes d'amélioration sur ce sujet.

Si vous acceptez de participer, vous serez invité(e) à répondre à des questions lors d'un entretien individuel en face à face ou en visioconférence ou par téléphone à votre convenance. Les questions posées seront ouvertes et laisseront place à vos ressentis personnels ou émotions. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour procéder alors à l'analyse des données recueillies.

Toutes les informations recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle. Votre nom et toute autre information identifiable ne seront pas divulgués dans les rapports ou publications de cette étude. Les données seront stockées de manière sécurisée et détruites une fois analysées.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser de participer ou de retirer votre consentement à tout moment.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude, veuillez me contacter directement via les informations fournies dans le mail attaché.

En signant ci-dessous, vous confirmez avoir lu et compris les informations ci-dessus et consentez librement à participer à cette étude.

Signature du Participant : _____

Date : _____

Veuillez garder une copie de ce formulaire pour vos dossiers. Merci beaucoup pour votre participation !

4. Retranscriptions des entretiens

1. Entretien semi-dirigé n°1

NF : Quel âge avez-vous et depuis quand pratiquez-vous la médecine ?

MG1 : J'ai 69 ans, je suis sorti en 1981 des études. Donc là j'ai fait un an et demi d'assistantat temps-plein en pédiatrie, c'était ce que je voulais faire. Et puis ça n'a pas fonctionné puisque je n'ai pas réussi le concours donc je me suis installé en médecine générale.

NF : Ma première question est la suivante, depuis la crise du COVID, comment a évolué la fréquence de consultation autour du suicide dans votre cabinet ?

MG1 : Je n'ai pas senti de différence significative, par contre, je pense en particulier à une jeune fille de 20 ou 22 ans qui est venue consulter et qui à cause du COVID, j'en suis convaincu, a voulu passer à l'acte 2 à 3 fois. Elle a malheureusement dû être hospitalisée en milieu fermé.

NF : Selon vous, dans la population générale, qui présente le plus de risques au niveau suicidaire ?

MG1 : Je pense que les personnes isolées, seules, qui sont par exemple sans emploi. Maintenant, il y a deux autres catégories, comme des personnes qui sont alcooliques ou dépendantes aux benzodiazépines ou encore pas mal de personnes qui sont sous certains antidépresseurs. Ces personnes sont entre guillemets plus à risque de passage à l'acte.

Moi : Et vous, sur le plan personnel et professionnel, comment est-ce que vous abordez ces consultations ? Comment est-ce que vous vous sentez ? Quelle est votre ressenti en fait quand vous avez ce motif en consultation ?

MG1 : Il faut l'aborder en direct. Je crois qu'il faut vraiment aborder le problème de face et de fond, c'est ça et ne pas avoir peur des mots. Alors j'ai quand même l'impression, pour en avoir déjà discuté avec l'un ou l'autre de mes confrères, que ça reste un sujet où beaucoup de généralistes se sentent plutôt mal à l'aise avec une tendance à référer le patient à un psychiatre ou un psychologue.

Moi : Sur un plan personnel qu'est-ce que cela vous fait d'aborder ces consultations ? Quels sentiments cela vous fait éprouver ?

MG1 : Il se fait que mon expérience personnelle m'a fourni un bagage face à ce type de motif de consultation. Mon père étant un pervers narcissique, à son décès, j'ai 2 frères et 1 sœur qui se sont suicidés par pendoison, chacun avec le même modus operandi. Et dans 2 des cas, il y avait eu des signes avant-coureurs qui n'ont malheureusement pas été pris en compte.

Moi : Et quand vous êtes face à ce genre de consultation ici au cabinet, est-ce qu'il y a des difficultés quand même qui s'offrent à vous, que ce soit autant dans le discours peut-être que dans l'attitude tant pour vous que pour le patient ?

MG1 : Globalement je suis à l'aise. Maintenant il y a des signes qui doivent nous alerter. Donc l'attitude, les émotions qui arrivent et qui sont difficiles à mettre sur table et surtout les motivations. Et je crois que là il faut faire un petit peu de rentrer dedans et affronter de face le patient. Moi j'aime bien la règle "COQ" : Comment ? Comment comptes-tu faire ? Te tirer une balle, te pendre etc. Où ? Où comptes-tu le faire ? Et enfin quand ? Quand passeras-tu à l'acte ? Tout ceci nous donne une idée assez concrète du projet.

Moi : La 2e partie ici consiste justement à savoir quels outils vous utilisez pour vraiment essayer de dépister, ou en tout cas prévenir, le risque de suicide. Ici j'entends que vous utilisez déjà cet outil-là mais y a-t-il d'autres choses que vous utilisez en particulier ? Si oui, lesquelles ?

MG1 : Comme outil, non. Je pense que ce qu'il faut surtout voir ce sont les comportements. Dans les attitudes, dans les émotions du patient. Si dans le discours, je constate qu'il y a un repli social, un repli sur soi, tout ça, ce sont des éléments qui doivent nous faire dire qu'il y a peut-être un souci ou un risque particulier.

Moi : Et quel est globalement votre avis sur le réseau de soins de santé psychologique de première ligne ?

MG1 : Ça me paraît un peu léger. En première ligne comme en hospitalier. Au niveau des urgences psychiatriques, j'ai parfois l'impression que les patients ne sont pas entendus. Donc là ça peut déboucher sur des catastrophes bien sûr.

Moi : Donc ici pour vous c'est autant pour les structures de première ligne qu'au niveau de l'hôpital, c'est ça ?

MG1 : Oui.

Moi : Qu'est-ce qui pourrait favoriser le bon dépistage du risque suicidaire par le médecin généraliste sans nécessairement directement référer le patient dans des structures de soins psychologiques (centre prévention suicide, urgences, psychiatrie ou psychologue) ?

MG1 : Je pense qu'une recommandation d'une orientation vers un soin psychologique plutôt que psychiatrique (à moins que la personne soit en demande d'une hospitalisation) serait une bonne première approche d'autant que nous avons de bons psychologues et peut-être de moins bons psychiatres (rires).

Moi : Qu'est-ce qu'on pourrait éventuellement faire de plus dans le cabinet de médecine générale pour éviter de directement référer le patient ?

MG1 : Je pense qu'effectivement le plus important c'est de consacrer le temps nécessaire au patient. Dans ma pratique je travaille en solo, je consacre une demi-heure de temps par

patient. Maintenant je sais très bien que dans ce temps imparti, un patient que je connais prendra peut-être 5-10 minutes et inversement une autre personne prendra 40-45 minutes donc là il faut laisser de la place aux gens de s'exprimer. Tout dépend aussi du caractère de la personne et de la facilité à s'ouvrir sur son ressenti et ses émotions.

Moi : Est-ce que revaloriser le temps de consultation pour ce type de patient vous semble intéressant ?

MG1 : Oui, certainement. Il y a tellement monde, tellement de gens en souffrance. Ce n'est pas pour ça qu'ils vont passer à l'acte mais tellement de gens sont en souffrance pour des raisons personnelles ou familiales et cela demande du temps que nous n'avons pas toujours puisque le métier l'impose et les demandes nombreuses l'imposent.

Moi : Est-ce que vous avez déjà entendu parler de la "grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire" ? Et est-ce que vous pensez que c'est utile d'avoir des grilles d'évaluation comme ça, à remplir peut-être avec le patient en consultation ?

MG1 : Non je n'en ai jamais entendu parler. Je n'en vois pas trop l'intérêt. Peut-être que si le praticien se sent mal à l'aise face à cette problématique et qu'on ne sait pas très bien comment aborder le sujet-là, alors cette grille peut constituer effectivement un outil.

Moi : Quel est votre ressenti sur la collaboration des médecins généralistes avec les structures psychologiques de première ligne ?

MG1 : Je n'ai pas bien compris la question.

Moi : Comment est-ce que vous percevez la collaboration entre les médecins généralistes et tout ce qui est structure de soins de première ligne par rapport aux patients suicidaires ?

MG1 : Absence totale de communication ou de retour de ces structures.

Moi : Est-ce que vous avez remarqué que c'est plus en lien avec certaines structures des soins de première ligne ? Plutôt des psychologues ou des psychiatres, ou les 2 éventuellement ?

MG1 : Surtout les psychiatres. Les psychologues c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup de retour non plus mais quand même après X séances du patient on reçoit un mail ou un mot explicatif de la situation.

Moi : De quoi souhaiteriez-vous disposer comme aide complémentaire lors de vos consultations autour du dépistage du suicide ?

MG1 : Comme ça je ne vois pas, une grille standardisée n'aiderait sans doute pas car le praticien se cacherait derrière ce questionnaire au lieu de creuser les idées du patient. Par contre une ligne directe avec un psychologue pourrait être intéressante. Maintenant, vous pouvez aussi mettre un petit panneau, je ne l'ai jamais fait, dans la salle d'attente avec les

numéros de téléphone utiles ou sites utiles : Centre de prévention suicide, psy 107, etc. Rien que ça pour les patients qui ont du mal à en parler ou qui ne veulent pas en parler, au moins ça c'est simple et en téléphonant ça reste anonyme et j'imagine qu'au bout de la ligne, il y a un professionnel compétent et empathique.

2. Entretien semi-dirigé n°2 :

NF : Depuis la crise covid, comment a évolué la fréquence de consultation autour du suicide dans votre cabinet ?

MG2 : Chez les jeunes ou en général ?

NF : Comme tu le sens.

MG2 : Il y a beaucoup plus de gens qui viennent pour des raisons psy. Je fais quasi systématiquement une évaluation des idées noires, mais je ne suis pas sûre que ça ait changé, enfin qu'il y en ait beaucoup plus. En fait moi ma pratique elle a commencé quasi en même temps que la crise COVID. Donc en fait c'est un peu compliqué de dire s'il y a eu beaucoup, beaucoup plus, mais j'ai énormément en tout cas. Là actuellement, j'ai beaucoup de gens. Je fais les questions du DSM 4 à chaque fois et on évalue les idées suicidaires.

NF : Quelle population présente le plus d'idées suicidaires selon vous ?

MG2 : Ben moi j'ai la chance d'avoir une patientèle assez jeune. Et donc c'est beaucoup, beaucoup de jeunes. Et à part les jeunes adultes j'ai quand même pas mal d'ados qui ne vont vraiment pas bien. Donc oui je dirais la tranche 15-35 ans quelque chose comme ça.

NF : Est-ce que c'est plus des personnes isolées, des personnes en détresse ?

MG2 : C'est une bonne question. Je dirais que non. En plus, c'est vraiment des jeunes qui viennent de familles assez aisées, assez soutenantes et où c'est n peu sorti de nulle part donc c'était une grosse claque pour les parents et pour le médecin généraliste.

NF : Comment abordez-vous ces consultations sur le plan personnel et professionnel ? Quel est votre ressenti lorsqu'un patient consulte pour ce motif ?

MG2 : Sur le plan personnel, je sais que je suis hyper présente pour les parents, peut-être un peu trop aussi. C'est vrai que je sais quand est-ce qu'ils ont des rendez-vous chez le pédopsychiatre et donc j'envoie des mails pour savoir si ça c'est bien passé et tout. Donc à mon avis j'ai là plus un problème aussi de limite. Mais pour moi en fait c'est tellement important parce que les parents ils sont complètement désemparés. Et enfin, ils sont très reconnaissants du fait que je sois aussi présente. Et par exemple chez les adultes plutôt jeunes adultes je fais la même chose. Je suis archi présente en fait et j'explique bien qu'ils peuvent me contacter dès qu'ils veulent et je leur donne mon adresse mail pour maintenir le soutien autour d'eux, et je les renvoie d'office vers un psychologue, mais en disant que moi je suis là aussi. Et donc

voilà, après si besoin il y a toujours les antidépresseurs, ça plus le fait que moi je sois là, plus le psy. Voilà ça c'est le pilier de ma prise en charge sur lequel il faut se baser je pense.

NF : Quelles difficultés se présentent à vous lors de ces consultations autour du suicide ?

MG2 : Moi je trouve, c'est d'avoir des pédopsychiatres, ça c'est vraiment la difficulté numéro un, ou d'avoir des psychiatres disponibles rapidement. J'en avais une chouette, mais apparemment elle est déjà surbookée. Je demande aussi parfois des conseils psy parce qu'en fait moi j'ai la chance d'avoir un mari psychiatre donc je peux lui demander pour les adultes mais pour les Pédopsy je suis complètement perdue. Si je n'avais pas mon mari psychiatre, je serais quand même perdu à mon avis donc je compte beaucoup là-dessus.

NF : Quelles difficultés éprouvez-vous dans la consultation même ?

MG2 : J'ai l'impression que moi j'y arrive bien sans grande difficulté. Enfin avec les jeunes j'arrive bien à connecter parce que bah déjà je les tutoie et donc je ne suis pas sûre de trouver des difficultés pendant la consultation de par cette proximité installée. C'est parce que j'insiste vraiment sur le fait que je suis accessible, joignable et ils peuvent me poser toutes leurs questions et me parler de tout. Enfin je ne sais pas après si c'est le cas pour tout le monde.

NF : Quels outils utilisez-vous avec vos patients pour dépister le risque suicidaire ou à quelles ressources faites-vous appel ?

MG2 : Je fais appel autant que possible à des avis des psychiatres ou des psychologues. Ça m'arrive de contacter les psychologues directement pour juste dire ça c'est mon adresse mail. Et donc si vous avez le moindre stress vous pouvez me contacter aussi. Et les autres outils, alors c'est de mettre en place les médicaments.

NF : Quel est votre avis sur ces outils/ressources ?

MG2 : Bah le questionnaire DSM-4 c'est super pratique parce que je dis aux patients que c'est un peu difficile d'objectiver une dépression, ce n'est pas aussi facile que d'objectiver une insuffisance cardiaque par exemple. Donc là voilà, je leur dis que mes critères disent que c'est quand même une dépression sévère, donc qu'on peut potentiellement être inquiet. À ce moment-là ça donne un argument en plus peut être pour donner un petit médicamenteux par exemple. Et les ressources ? Ben moi j'adore contacter les Psys. Enfin les spécialistes en général, je trouve ça trop chouette parce qu'en fait, on se rend compte qu'ils sont super contents d'être contactés quand ils sont joignables, ils sont super contents de pouvoir donner leur avis et c'est souvent très pertinent. Et ça donne aussi un poids en plus à ma prise en charge en disant "vous voyez là en fait, tel antidépresseur c'est vraiment bien, j'ai contacté un spécialiste qui m'a dit OK, c'est le bon". Mais plus globalement ça donne du poids aussi par rapport au risque de suicide quand il est abordé.

NF : Donc ce sont des conseils bien utiles en pratique.

MG2 : Oui c'est ça, comme ça les psychiatres sont bien prévenus en avance aussi et si ça ne

va pas les patients peuvent directement aller aux urgences de l'hôpital où exerce le psychiatre.

NF : Et du coup c'est quoi un petit peu globalement ton avis sur le réseau de soins de santé psychologiques de première ligne ?

MG2 : C'est en amélioration, moi je trouve quand même. J'ai quand même pas mal de patients qui vont chez des psychologues de première ligne et qui arrivent à trouver des rendez-vous dans pas trop longtemps et pas trop cher non plus. Donc je trouve que c'est en amélioration par rapport à il y a déjà quelques années, même début COVID. Par contre pour les psychiatres c'est toujours aussi bouché, bouché, bouché (rire) donc c'est très décevant.

NF : Qu'est ce qui pourrait favoriser le bon dépistage du risque suicidaire par le médecin généraliste sans nécessairement directement référer le patient dans des structures de soins psychologiques (centre prévention suicide, urgences, psychiatrie ou psychologue) ?

MG2 : Ben moi je trouve que le fait d'avoir un bon rapport avec son patient est primordial. Les interroger aussi sur leur moral. Tu as parfois des consultations un peu plus classiques. S'ils me disent juste qu'ils sont fatigués ben moi, j'interroge toujours sur le moral en plus d'interroger le sommeil et de faire la prise de sang, tu vois. Donc c'est peut-être un non-dit. Est-ce que ça va bien au travail, ça va bien à l'école etc., tout ça on peut demander. Parfois ça demande beaucoup de temps et on ne l'a pas toujours. Revaloriser une consultation psychologique en médecine générale pourrait être utile mais on ne se substituera jamais aux psychologues. On ne s'improvise pas psychologue. Je te dis je prends le temps pour ce genre de truc, ça ne me dérange pas d'être en retard pour le coup si c'est vraiment pour ça. Globalement, en fait il faut suivre les patients de près et les connaître dans leur quotidien quand dans leur quotidien ne va pas bien. Et moi j'ai ce truc de dire qu'il ne faut vraiment pas hésiter à m'envoyer un mail dès que ça ne va pas et on trouve d'une plage d'urgence ensemble pour en parler. Il faut explorer, gratter sous les plaintes d'un patient tout le temps malade ou faisant des grosses poussées d'herpès par exemple. Parfois une bête plainte peut être un signal glissé sous le tapis...en le prenant en compte et en grattant parfois ils s'écroulent devant nous et relâchent tout dans la consultation.

NF : Avez-vous déjà entendu parler de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » ? Si non, que pensez-vous de l'utilité d'une grille par questionnaire pour évaluer un risque suicidaire ?

MG2 : Vraiment si j'en connaissais ça m'aiderait parce que, à nouveau, tu vois, c'est difficile d'objectiver avec le DSM. Ce sont beaucoup de questions sur la dépression en général, mais par rapport au risque suicidaire, il y a une seule question à propos des idées noires. Moi je la mets un peu en sous-question qui peut aller de "j'ai envie de mourir" à "j'ai déjà acheté la corde". De nouveau ce qu'il faut savoir c'est "comment je vais le faire, où je vais le faire et quand je vais le faire" mais ce serait vraiment intéressant d'avoir un outil beaucoup plus précis que ça.

NF : Quel est votre ressenti sur la collaboration des médecins généralistes avec les structures psychologiques de première ligne ?

MG2 : Ben moi j'aime, j'adore en fait travailler en réseau. J'aime beaucoup parce que j'ai souvent des contacts très rapprochés avec les psychothérapeutes. Mais avec les psychiatres, c'est beaucoup plus compliqué.

NF : De quoi souhaiteriez-vous disposer comme aide complémentaire lors de vos consultations autour du dépistage du suicide ?

MG2 : J'aurais besoin qu'on ait un numéro direct pour avoir les decks des spécialistes effectivement. Pour le reste au niveau des outils, je n'y connais rien mais effectivement une grille, ou en tout cas un truc qu'on peut évaluer ensemble avec le patient, pour objectiver son mal être et pour qu'il se rende compte aussi parfois qu'une hospitalisation est nécessaire et qu'on ne doive pas en arriver à une procédure de Nixon ou un truc comme ça. Il faut pouvoir arriver à objectiver les choses un peu compliquées.

3. Entretien semi-dirigé n°3 :

NF : Je voudrais savoir du coup sans indiscrétion ton âge ? Et depuis combien de temps tu pratiques ?

MG3 : J'ai 32 ans si je calcule bien et je pratique depuis 6 ans dont 2 ans d'assistantat.

NF : OK. Et du coup dans quel type de pratique as-tu exercé ?

MG3 : J'ai fait une maison médicale à l'acte et une maison médicale au forfait et actuellement je travaille en groupe à l'acte.

NF : Ma première question concerne le suicide en consultation : depuis la crise COVID, est ce que tu as remarqué une évolution au niveau de la fréquence de ce type de consultation ?

MG3 : C'est compliqué parce que mon expérience pré-COVID est trop faible, je ne pense pas que ce soit significatif. Et que surtout, mon expérience était dans une maison médicale. Avec une patientèle peu encline à aborder ce genre de sujet puisque c'était une population quasiment exclusivement arabophone avec barrière linguistique et des réseaux de soutien hors du circuit médical classique. Mais je dirais que, en tout cas de ma pratique post 2020, j'en vois assez régulièrement depuis que je travaille.

NF : Ça représente environ combien de consultations en termes de fréquence ? Plus ou moins ?

MG3 : Donc évoquer des idées noires ou vraiment le suicide ?

NF : Les deux.

MG3 : Je dirais peut-être au moins une fois par mois.

NF : Et d'après toi, c'est quelle population qui présente le plus de risques au niveau suicidaire ?

MG3 : Je dirais les 25-55 ans.

NF : Avec des catégories spécifiques ? Hommes ou femmes, ou d'autres classes sociétales ?

MG3 : C'est compliqué à dire... Ouais non, je dirais 50-50.

NF : Et du coup comment est-ce que tu te sens quand tu dois aborder ce motif en consultation, quel est ton ressenti dans la façon d'aborder la plainte ?

MG3 : Je pose la question directement, donc quand je sens qu'on en arrive ça, je demande, est-ce que vous avez des idées noires ? Est-ce que vous avez déjà pensé au suicide ? Est-ce que vous avez déjà pensé à des moyens de le mettre en œuvre ?

NF : Et alors ?

MG3 : Je dirais dans la majorité des cas, c'est plutôt des gens qui y ont pensé mais sans mettre en œuvre avec un plan clair. Et les rares fois où j'ai eu des gens qui m'ont dit oui avec un plan bien défini, alors j'ai toujours proposé des hospitalisations.

NF : Et au niveau émotions que ça procure chez toi, comment tu te sens face à ce genre de motif ? Tu te dis plutôt confiante ? As-tu des doutes parfois sur des choses ?

MG3 : Ouais non, stress clairement (rire). Bah c'est comme si à partir du moment où on a l'information, on a une responsabilité qui vient et tant qu'on l'ignore, on peut repartir et faire comme si de rien n'était. Du moment que la personne nous a confié qu'elle avait des idées noires et qu'elle pensait à éventuellement mettre fin à ses jours, pour moi, s'il arrivait quelque chose, c'est comme si j'avais une responsabilité.

NF : Et quelles difficultés se présentent du coup face à ce genre de consultation aussi ?

MG3 : Le problème de recours à la seconde ligne, en fait. C'est les soins psychiatriques qui sont complètement saturés. Euh, je dirais que mes meilleures expériences étaient avec les équipes mobiles de crise où là, les fois où j'ai fait appel à eux, dans les 24 h, j'avais quelqu'un. Je suis passée aussi 2 fois où ce n'étaient pas de claires tentatives de suicide, mais j'avais quand même des grosses inquiétudes. J'ai fait alors appel au... je crois que c'est le procureur et où dans les 24 h il y avait une mise en place de prise en charge urgente. Donc ça c'est quand même hyper bien. On écrit le papier, on met son cachet et puis après c'est la police et le procureur qui gèrent et la psychiatrie ensuite. Et après les fois où il fallait plutôt trouver une place d'hospitalisation semi-urgente, là c'est compliqué parce qu'en fait on a beau expliquer la situation au psychiatre c'est juste qu'ils n'ont pas de place. Et donc là bah c'est comment on gère en médecine de première ligne ? À quelle fréquence ? Etc.

NF : Quels outils, questionnaires ou autres connais-tu pour dépister le risque de passage à l'acte par exemple ?

MG3 : Juste ma question “est ce que vous comptez passer à l'acte ?” (rire). Rien de plus.

NF : Plus globalement alors quel est ton avis sur le réseau de soins de santé psychologique de première ligne ?

MG3 : Ben je pense qu'il y a quand même des bonnes ressources. On a Psy Bru quand même pour les psychologues. On enlève le frein financier. C'est facile maintenant avec la carte géographique de trouver quelqu'un. Les équipes mobiles elles sont vraiment bien, il y en a donc des équipes mobiles d'urgence et de suivis plus de long cours. Je trouve qu'ils sont vraiment disponibles, efficaces. La communication est facile. Franchement, j'ai toujours trouvé ça excellent. Les urgences psychiatriques, je suis mitigée parce que je pense qu'elles reposent aussi sur des médecins assistants et qu'on ne sait jamais sur qui on va tomber. Donc là j'ai eu parfois des patients qui étaient hyper satisfaits, où le contact était bien fait, et cetera, et puis d'autres où j'avais une inquiétude et finalement le patient retournait dans la rue 2H après.

NF : Certains psychiatres ne sont pas totalement fiables au niveau de la prise en charge ?

MG3 : Oui c'est ça ou dans l'évaluation de la gravité, c'était complètement discordant par rapport à ma perception à moi. Et du coup ils n'en prenaient pas compte vu que c'était moi qui avais référé le patient. Et cetera.

NF : Pour toi qu'est ce qui pourrait favoriser un bon dépistage par le médecin généraliste, sans nécessairement directement référer chez un psychologue, sans de prévention suicide, les urgences ou un psychiatre ?

MG3 : Ben poser régulièrement la question de “comment ça va ?”, interroger les émotions, sur la famille. Interroger les différentes sphères de la vie professionnelle, familiale, amicale, relationnelle. Au sens large, demander aussi si la personne a des loisirs, une activité physique, voire un peu s'il y a des facteurs d'alarme, un repli, un isolement, des tensions non résolues. Anticiper de passer à une chronicité de l'isolement et des idées dépressives. Proposer un psychologue plus rapidement en support, proposer de se revoir régulièrement et éventuellement pouvoir proposer déjà en première ligne un traitement antidépresseur si on le juge adéquat avant que ça aille trop loin. Parce que du coup, il y a aussi les risques pour le médecin généraliste. Moi je n'aime pas, quand je vois une personne et que je la récupère vraiment au pied du mur, mettre un traitement antidépresseur si elle risque de passer à l'acte. C'est encore notre responsabilité, et donc là c'est typiquement le genre de moment où je n'oserais pas initier un traitement antidépresseur. Donc le proposer en amont permet de s'écarter un peu de ce risque-là qui nous pend au nez. Et ça faut qu'il y ait un suivi par un psychiatre ou voire une hospitalisation pour le faire.

NF : Dans les outils, c'est vrai qu'on parle peu des médicaments qui sont pourtant un outil thérapeutique.

MG3 : Mais si on met en amont je pense que ça peut être bien mais c'est surtout que tout le monde a trop peur de faire décompenser le patient et c'est compliqué à gérer quoi.

NF : Et un obstacle peut-être, qui était quand même assez fréquemment mentionné par d'autres médecins, c'est la contrainte de temps au niveau de la durée de consultation. Qu'est-ce que t'en penses ?

MG3 : Bah j'assume assez fréquemment d'être en retard. Donc voilà. Mais c'est clair que je tourne plutôt vers 30 minutes de consultation que 15 quoi.

NF : Vois-tu un intérêt à revaloriser une consultation psychologique en médecine générale pour ce genre de motif vu le temps que cela peut demander ?

MG3 : Tout à fait. Oui je pense que ça aurait un intérêt que ce soit l'INAMI qui le prenne en charge et pas les patients quoi.

NF : Est-ce que tu as déjà entendu parler de la “grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire” ?

MG3 : Non.

NF : Du coup je voulais savoir si tu penses que c'est utile d'avoir une grille par questionnaire pour évaluer ce genre de risque en consultation ?

MG3 : ça pourrait être intéressant. Ouais, je pense à un patient en particulier que j'ai et qui a très fréquemment envie de se suicider. Donc on a une responsabilité et c'est un peu oppressant parce que du coup il l'écrit noir sur blanc (par mail) qu'il veut mettre fin à ses jours, et il vient le dire en personne et je pense que ce sont vraiment des appels à l'aide. Et du coup typiquement pour ce genre de profil très en demande ça va permettre de démêler un petit peu si oui ou non c'est une vraie menace suicidaire ou pas. Mais sinon je veux dire pour les autres personnes ou c'est très ponctuel, dans une situation précise, j'ai l'impression que pas forcément.

NF : Quel est ton ressenti sur la collaboration entre les médecins généralistes et les structures psychologiques de première ligne ou les psychiatres ?

MG3 : Ben en psychiatrie, ce n'est clairement pas l'endroit où on a les rapports d'hospitalisation le plus rapidement, voire on ne les a jamais. Euh, il y a quand même beaucoup de gens qui vont chez des psychiatres privés et voilà, c'est 0. Enfin moi je n'ai jamais reçu, ou alors anecdotique, un rapport de psychiatre privé alors que les cardiologues privés le font tous par exemple. Et psychologues pareils. Je dirais que si le psychologue me connaît de près ou de loin, je reçois un rapport. S'il me connaît pas, j'en reçois jamais. Donc pas très bon et pas uniforme surtout. Et les hôpitaux c'est un peu la boîte noire hein. Je trouve qu'il faut les réclamer pour obtenir quelque chose.

NF : Est-ce que tu as déjà eu des contacts avec le centre de prévention du suicide pour certains patients ?

MG3 : Je ne pense pas. Mais je donne leur numéro si c'est la même chose que SOS suicide.

NF : Et toi, de quoi aimerais-tu disposer comme aide complémentaire lors de tes consultations quand tu as des patients à risque suicidaire ?

MG3 : Ouais, comme aide supplémentaire... Bah peut-être qu'il y ait des espèces de hotline ou de consultation d'urgence psychiatre. Avoir un réseau de psychiatres qui gère justement les situations d'urgence par exemple à qui on peut téléphoner. Et qui nous dit OK, c'est gérable par vous ou vous me l'envoyez, je fais une première évaluation, donc une espèce de service de tri. Euh. Peut-être aussi une espèce de truc qui centralise toutes les équipes mobiles de crise avec les informations qui existent parce que là ce n'est pas forcément simple de les regrouper ou de les trouver simplement. Quand on les connaît, on les trouve, mais quand on les connaît pas, ce n'est pas en tapant dans Google qu'on va trouver de support. Et peut-être aussi, je sais pas, une espèce d'outil pour les procédures d'urgence. Avec intervention du procureur et de la police. Enfin moi la première fois que j'ai dû gérer ça, je ne savais pas si je devais appeler le procureur ou la police en premier. J'avais l'impression d'être un peu coincée entre les 2 alors qu'en fait c'est super simple mais qu'on ait une fiche récap'. Voilà.

NF : Ok on arrive tout doucement à la fin du questionnaire donc je ne sais pas s'il y a autre chose à rajouter éventuellement ?

MG3 : Simplement un truc que j'aimerais bien savoir... une fois j'étais hyper inquiète pour un patient, j'ai envoyé la police. J'aimerais juste savoir si ça entraîne des frais pour les patients d'aller faire défoncer leur porte parce que à chaque fois moi c'est ça qui me provoque des grosses inquiétudes et je me dis en même temps s'il n'y a rien et que j'ai fait défoncer sa porte et qu'il reçoit 500€ de facture c'est le petit détail que j'aimerais bien connaître. Quelle est la répercussion pour le patient quand on lance vraiment les pompiers ou la police à son domicile ? Et donc voilà peut-être un peu de cours théoriques sur qui on appelle et quel est le coût pour le patient.

NF : Très bien, merci beaucoup.

4. Entretien semi-dirigé n°4 :

NF : Avant de commencer, petite question subsidiaire, je voudrais bien savoir votre âge et depuis combien de temps vous travaillez comme médecin généraliste ?

MG4 : Alors presque 60 ans avec 34 ans de pratique, je crois.

NF : Donc ma première question est la suivante, à partir de la crise COVID, comment est-ce que selon vous, a évolué la fréquence des consultations autour du suicide ?

MG4 : Moi je n'ai pas vu de changement dans mes consultations.

NF : OK d'accord, et plutôt en sous-question, quelle population finalement présente d'après vous le plus l'idée suicidaire ?

MG4 : Euh, les très vieux. Et souvent des très vieux qui ont des polypathologies, qui ne sont pas

dépendants mais qui ont très peur de perdre leur indépendance et de perdre toutes les capacités qu'ils ont. Donc c'est un petit peu le deuil de la perte d'indépendance le souci. Et alors les ados. Donc quand je dis ado, c'est jusque 25 ans hein, je crois qu'on est ado beaucoup plus longtemps qu'avant de nos jours (rire).

NF : Justement selon vous, y a-t-il une patientèle plus difficile plus difficile à aborder sur ce plan-là ou bien globalement l'approche reste un peu pareille ?

MG4 : Personnellement, j'ai aucun problème à verbaliser peu importe le patient en face quand je sens que dans ce qui m'est apporté, il pourrait y avoir en effet un discours qui laisse penser l'idée de "Tout arrêter, disparaître, s'extraire", tout cela. Ça dépend aussi un petit peu des termes qui vont être utilisés. Moi je n'ai jamais aucun souci à la verbaliser, vraiment aucun.

NF : Est-ce que par hasard, ça provoque parfois de votre côté, une anxiété d'aborder ce sujet ?

MG4 : Pas du tout. C'est beaucoup plus difficile de gérer l'après. Si en effet on a un patient ou une patiente qui exprime de manière claire un processus avec même déjà la mise en place d'un scénario ou de scénarii suicidaires, ça, c'est beaucoup plus compliqué à gérer je trouve. Parce qu'on est souvent très très seul. En plus en général c'est des consultations qui vont se faire à 18h30 et puis après il faut qu'on laisse les gens rentrer chez eux. Donc voilà plutôt la gestion effectivement, post confession en tout cas on va dire.

NF : Et quelles sont les difficultés finalement qui se présentent aussi pendant ces consultations ?

MG4 : De 2 ordres, soit que les gens sont dénués d'affect et d'émotions. Et il nous parle de manière extrêmement froide, calculée, contenue. Et on doit un peu tirer les vers du nez. Soit au contraire, c'est une consultation hyper émotionnante avec même un travail de contre-transfert qui a tendance à se faire pendant ces consultations. Je crois qu'avec l'expérience, on est beaucoup plus armé pour pouvoir lutter déjà contre le contre-transfert et puis on est beaucoup plus à même de pouvoir rebondir sur toute une série de d'éléments qui nous sont apportés pour désamorcer certains phénomènes.

NF : Quels outils est-ce que vous utilisez avec les patients pour dépister le risque suicidaire ou à quelles ressources faites-vous appel en général ?

MG4 : Je n'ai pas de ressources spécifiques. Il serait un peu prétentieux de dire que c'est juste le feeling.

NF : À titre d'exemple c'est parfois l'utilisation de questionnaires spécifiques qui existent.

MG4 : Non, je n'ai pas de questionnaires et c'est vraiment au cours de la consultation que les choses se construisent progressivement. Et à partir du moment où on est face à quelqu'un qui semble présenter un risque suicidaire, c'est surtout ne pas lâcher le morceau. C'est surtout aller jusqu'au bout, jusqu'à lui faire décrire les scénarios qu'il invente, verbaliser ce qui pourrait être des éléments qui pourraient le faire passer à l'acte. S'enquérir de l'entourage éventuellement présent aussi et repérer tout signe évoquant la solitude ou voir si c'est dans un cadre d'une rupture, d'un deuil ou de tout autre élément qui ferait partie de facteurs aggravants dans l'ensemble.

NF : Quel est votre avis par rapport au réseau de soins de santé psychologiques de première ligne ?

MG4 : Personnellement, moi j'ai plutôt des mauvaises expériences avec cette collaboration, malheureusement. Mes expériences, elles sont de plusieurs ordres. Premièrement, c'étaient des patients qui étaient, semble-t-il, bien pris en charge avec une hospitalisation organisée. Avec un vrai, une vraie collaboration et qui sont quand même passés à l'acte de manière extrêmement violente. J'ai un patient qui s'est immolé. Ce n'est quand même pas n'importe quoi. Un autre qui s'est jeté, je sais plus, du 9e étage. Donc malgré que les scénarios étaient élaborés, que le risque suicidaire était établi et qu'ils étaient hospitalisés, on les a quand même laissé sortir. Donc de ma part, il y avait beaucoup d'incompréhension. Donc ça, c'est un des éléments qui fait que je trouve c'est parfois complexe. L'autre élément, ce sont des délais énormes dans la mesure où les patients avec risque suicidaire et acceptant de se faire soigner ne sont pas susceptibles d'être mis en observation et quand on prend contact en disant voilà, j'ai un patient avec un vrai risque suicidaire, quand est-ce qu'il peut être vu ? Bah on nous dit qu'il n'a qu'à prendre rendez-vous et alors c'est dans 5 mois ou dans 4 mois donc il n'y a pas de disponibilité ou alors on prend le patient sous le bras. Et le patient, un petit peu roublard, a bien compris que si vous voulez éviter la mise en observation, il suffisait qu'il dise qu'il allait accepter de se faire soigner et tout tombe à l'eau quoi. Et ça c'est quand même fréquent.

NF : Est-ce que vous avez déjà eu des contacts avec des psychiatres, des psychologues en particulier pour le suivi d'un patient, ou parfois avoir eu recours au centre de prévention suicide ?

MG4 : Alors le centre de prévention suicide, j'ai appelé 2, 3 fois. Je dois reconnaître que les gens qui sont là sont à l'écoute. Mais ils n'ont pas beaucoup de clés. Ils nous renvoient très fort comme on est soignant, à l'idée du "vous devez contacter l'équipe de crise". Pour les ados, l'équipe de crise de Saint-Luc fonctionne plutôt pas mal. Mais il faut avouer qu'ils sont beaucoup trop peu nombreux par rapport à la demande. Les contacts que j'avais avec les psychiatres, oui, je n'hésite pas. J'en connais quelques-uns, ça se fait dans les 2 sens, mais eux aussi, ils sont certainement beaucoup trop peu nombreux pour gérer toutes les demandes.

NF : Que pensez-vous globalement de l'utilité d'une grille par questionnaire à utiliser avec le patient en consultation pour ce genre de motifs ?

MG4 : L'intérêt du questionnaire n'est pas tellement en consultation, il est surtout une possibilité de discuter de la problématique. Éventuellement entre médecins. Et pour voir un petit peu comment chacun fonctionne. Mais les questionnaires, souvent, je trouve qu'ils sont trop vite fermés et nous emmène parfois dans des directions qu'une consultation simple ne nous aurait pas données. Et j'aime bien les questionnaires, je les lis et puis je les range dans un tiroir et je ne les ressorts jamais. Donc ça, le questionnaire a le mérite de nous faire nous poser des questions par rapport à une problématique.

NF : Ici, une question qui reprend un petit peu ce que vous avez déjà dit. Par rapport à la collaboration entre les médecins généralistes et les structures psychologiques de première ligne. Comment vous la ressentez ? Avoir un réseau de psychiatres, c'est toujours quand même assez pratique dans ce genre de cas. Mais au niveau feedback par des psychologues, qu'en est-il ?

MG4 : Je suis tout à fait d'accord, je collabore volontiers avec le psychologue. Alors il y a aussi des gens chez qui j'ai mal évalué le risque suicidaire et qui sont suivis par un psychologue. Je fais un contrat avec les patients. Quand les patients disent je vais voir un psychologue, je leur demande si s'ils sont d'accord que j'échange avec leur psychologue s'il me téléphone. S'ils me disent non alors je ne partage pas. S'il y a un risque suicidaire qui m'est rapporté par le psychologue, je ne partage pas plus, mais au moins j'en tiens compte. Et puis on essaye de revoir le patient. Inversement, si moi j'ai des inquiétudes parce que je vois le patient dans le cas d'une autre consultation, je lui demande la

permission pour pouvoir contacter son psychologue pour voir s'il n'y a pas une autre approche qui doit être mise en place. Et les psychologues régulièrement sont interpellés en disant voilà, on a décidé de ne pas donner de thérapeutique, mais est ce qu'il ne serait quand même pas temps de mettre une thérapeutique. Alors dans le risque suicidaire je pense qu'il ne faut pas laisser les gens partir sans thérapeutique dans un premier temps hein. Si le risque est avéré, il faut vraiment leur donner quelque chose qui les apaise.

NF : Il y a souvent la peur aussi de précipiter un petit peu les idées au tout début par la mise en place de certains médicaments.

MG4 : Il ne faut pas donner ceux-là (rire). Par le passé en tant que SMURiste, j'ai vécu des passages à l'acte comme médecin, principalement avec les tricycliques mis en cause. C'était hyper connu et pourtant c'était hyper prescrit. En plus de ça il y avait un énorme défaut avec ces médicaments c'est qu'ils faisaient prendre parfois 30 ou 40 kilos et que le risque suicidaire n'apparaissait pas tellement dans les premières prises mais après quelques mois. Au moment où on avait l'impression que tout était éteint. Avec les nouvelles molécules, on a quand même moins ce risque de passage à l'acte. Je pense qu'on ne doit vraiment pas négliger les nouveaux neuroleptiques dans ce cadre-là, cela ne semble pas être associé à une augmentation du risque du passage à l'acte en tout cas.

NF : Que pensez-vous de la contrainte de temps lors des consultations autour de ce motif ? Ça vous est déjà arrivé d'être un peu pris par le temps par rapport à ça ?

MG4 : Alors évidemment si le patient ne prévient pas qu'il vient parce qu'il a envie de se suicider, peut-être qu'on a prévu un créneau de 20, 30 ou 40 minutes, et ça va être un peu chaud. Comme je travaille sur rendez-vous, pour moi ce n'est pas un vrai souci, je les reçois. Je leur dis qu'on ne va pas pouvoir régler le problème là ici et maintenant. Mais par contre, à la fin de mes consultations, s'ils sont d'accord d'attendre, je leur consacre encore du temps. Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois, alors ce n'est pas facile parce que les gens n'ont pas toujours envie d'aller attendre dans une salle d'attente pendant une, 2, 3 ou 4 heures. Mais c'est la seule solution qu'on a. Dans d'autres cas, quand on sent vraiment que le risque est majeur et qu'on ne peut pas interrompre la consultation, ce sont les autres qui attendent. Bon je me dis une fois c'est l'un, une fois, c'est les autres. Alors, si derrière, heureusement c'est une angine, ce n'est pas grave. Si c'est un 2e cas de risque suicidaire dans la même après-midi, ça s'est compliqué (rire).

NF : Mais du coup est ce que ça aurait du sens qu'on revalorise peut-être des consultations psychologiques en médecine générale ? Tant au niveau du temps, que du remboursement pour le patient ?

MG4 : Globalement, je suis persuadé que tous les actes intellectuels en médecine devraient être revalorisés, pas qu'en médecine générale bien sûr mais je suis persuadé, qu'en revalorisant correctement les actes intellectuels, on va diminuer toute une série d'interventions chirurgicales inutiles, toute une série d'exams médicaux qui reviennent négatifs simplement parce qu'on n'a pas eu le temps, donc on prescrit un examen médical parce que ça va plus vite que de prendre du temps à écouter, et cetera. Alors clairement, quand on valorise un acte intellectuel, ceux qui ont une forme d'habitude de travailler en 10 minutes avec un problème par consultation, ben ils vont se remplir les poches. Et puis les autres qui sont plus cohérents avec l'idée d'écouter leurs patients, ben ils consacreront le temps qu'il faut. Donc c'est pas du tout une mauvaise idée maintenant faire une consultation spécifique psy par rapport à une autre... Tous les patients quand ils viennent dans un cabinet de consultation, même pour un problème mineur, nous exposent les difficultés de leur vie ou

un problème psychologique. Donc moi je crois qu'il ne faut pas faire de séparation entre les différentes consultations. Un système qui est intéressant, c'est le système Suisse. Où la consultation de base vaut autant et puis en fonction du temps que l'on consacre, la consultation augmente en prix. Bien évidemment, on n'est pas des épiciers, mais ça a le mérite de faire en sorte que si une consultation doit prendre du temps, et bien on peut consacrer ce temps parce qu'on est rétribué à la hauteur du temps que l'on consacre.

NF : De quoi est-ce que vous aimeriez bien disposer comme aide complémentaire lors des consultations autour du dépistage du suicide ?

MG4 : D'un accès facile à une psychiatrie de première ligne, ou de seconde ligne, ça dépend comment on la voit, pour partager la responsabilité. Ce n'est pas une responsabilité légale ou une responsabilité par rapport à une assurance hein. Partager la responsabilité par rapport au patient, de savoir que quoi qu'il arrive, il va pouvoir être pris en charge. On sait très bien que les suicidaires, on peut faire ce qu'on veut, ils vont passer à l'acte. Enfin les vrais. Mais il y en a quand même beaucoup qui sont dans une élaboration intellectuelle. Qui ne passent pas à l'acte s'il n'y a pas d'élément déclenchant et que cet élément déclenchant est souvent l'isolement et que le corps médical, s'il montre des faiblesses, parce que "oui, mais vous allez pouvoir voir le docteur Intel ou la doctoresse intel". Et puis le lien disparaît. Quand on réfère aux psychiatres, je ne dis pas qu'on rompt le lien mais on laisse entendre que le lien qu'on a créé avec eux, il va persister, mais que le lien thérapeutique plus efficace ça va être l'autre. Et donc si ce lien thérapeutique que l'on exprime au patient comme étant plus efficace est inexistant, ben le premier lien devient un petit peu parfois trop souple et donc ça c'est vraiment ce que j'aimerais qui change. Le reste, non pas vraiment. Avoir un accès direct avec des psychiatres serait vraiment utile. Quand je suis en milieu hospitalier, il y a de nouveau une notion de disponibilité et de temps. C'est qu'en effet un patient qui est adressé pour ce motif-là dans une unité de crise, ce n'est pas une consultation de 15 minutes, on leur consacre 40, 50 minutes voir 1 heure. S'il n'y a qu'un psychologue et/ou un psychiatre... Bah ils ne savent pas voir beaucoup de monde et je pense que la demande est nettement supérieure à l'offre hein.

5. Entretien semi-dirigé n°5 :

NF : Donc ma première question déjà, c'est quel est votre âge et depuis combien de temps vous travaillez ?

MG5 : Presque 69 ans et ça va faire 45 ans que je travaille comme médecin généraliste.

NF : Entre avant la crise COVID et après la crise COVID, comment a évolué la fréquence de consultation autour du suicide ou autour des idées suicidaires chez vous ?

MG5 : Dans ma pratique, les suicidaires pas tellement plus, des problèmes de burn out, des choses comme ça, énormément mais pas tellement de suicides.

NF : Et plus en général, d'après vous, quelle population présente le plus d'idées suicidaires ?

MG5 : Mais moi, c'est plus les adultes relativement jeunes quoi, 30, 40, 50 ans, quelque chose comme ça.

NF : Et ce sont des gens de classes sociales ou culturelles spécifiques ?

MG5 : Je vois plutôt le belge moyen ou l'Européen. Je soigne aussi d'autres d'origines, par exemple maghrébine ou asiatique mais je rencontre assez peu de suicidaires dans ces classes-là.

NF : Et du coup plus sur le plan personnel quand il y a quelqu'un qui va consulter sur ce genre de motif, comment est-ce que vous vous sentez à l'idée de le recevoir ?

MG5 : Moi je ne suis pas trop à l'aise avec tout ce qui est psychologique donc souvent je vais référer à ce moment-là. Il y a des choses auxquelles je ne réfère pas vite, mais là je vais référer peut-être plus vite.

NF : Au niveau professionnel, en tant que médecin, comment est-ce que vous abordez le sujet avec les patients ? De front ? Avec des questionnaires ?

MG5 : J'essaie de rester professionnel, neutre. Si tu veux, je ne vais pas rentrer dans les émotions. Maintenant, c'est vrai, parfois les gens ils viennent avec d'autres motifs et c'est nous qui posons alors des questions. On fait ça parce qu'ils sont fatigués des choses comme ça. Et c'est une fois qu'on commence à les faire parler, que ça sort, mais c'est assez rare qu'ils présentent d'emblée ce genre de plainte quoi. Mais parfois il faut gratter, parfois les gens viennent et ils disent "voilà ça ne va pas" et en investiguant ils fondent en larme et là on a compris qu'il fallait s'axer dessus. Mais ils vont rarement d'emblée dire je viens parce que je suis dépressif ou parce que j'ai des idées suicidaires. Il y a d'abord un autre motif qui est présenté.

NF : Quelles difficultés se mettent face à vous par rapport à ces patients ?

MG5 : Moi je trouve, en tout cas mon temps, je ne sais pas comment c'est maintenant, mais tout le versant en psychologie et psychiatrie, c'était fortement négligé. Les études étaient fort axées sur la médecine pure. Donc c'est vrai qu'au début en tout cas, j'étais très très mal à l'aise avec des cas comme ça parce que je me sentais pas du tout formé pour faire face à ça. Maintenant avec l'expérience je vais pas dire que je suis parfait, ça va un peu mieux quoi. Je suis moins stressé quand il y a ça mais c'est vrai que pour la prise en charge ce n'est pas toujours facile.

NF : Vous avez déjà mentionné que vous utilisez souvent le recours aux psychologues en tant que tels, est-ce qu'il y a d'autres ressources que vous utilisez pour référer le patient ?

MG5 : Bah on va d'abord parler avec le patient. Je vais le reconvoquer pour le revoir, mais souvent je vais lui conseiller de voir un psychologue. Et d'autant plus facilement maintenant que le système permet aux patients de bénéficier d'un remboursement. C'est vrai que là aussi avant on était limité parce qu'aller voir un psychologue ce n'est pas une consult' quoi. C'est plusieurs consultations, et avant il n'y avait pas de remboursement donc il y avait quand même pour un certain nombre de patients une limitation financière à ce genre de prise en charge. Alors depuis un an ou deux je peux très bien les référer, parce que si on remplit un papier, là les gens peuvent bénéficier d'un remboursement. Donc ça me permet de pousser un peu plus mes patients parce qu'il n'y a plus ce frein financier.

NF : Ce serait plutôt un avis positif par rapport à cette mise en place alors ?

MG5 : Tout à fait positif parce qu'on nous reproche à nous de prescrire trop vite des médicaments et d'un autre côté, l'approche non-médicamenteuse n'est pas prise en charge. Voilà, moi je trouve, c'est tout à fait positif hein, parce que au moins ça évite de devoir prescrire des benzodiazépines et des antidépresseurs à tour de bras. Et ça, on est parfois obligé. Alors moi, j'évite au maximum les antidépresseurs. Mais on est quand même amené à en prescrire assez souvent. Mais de nouveau, je pense que c'est complémentaire.

NF : Mais donc la thérapie médicamenteuse a tout à fait sa place dans ce genre de problématique selon vous ?

MG5 : C'est-à-dire que dans les problèmes, on va dire plus psychologique ou dépressifs, oui. S'il y a des idées suicidaires assez nettes et pas comme un patient qui dirait "j'ai envie de partir" mais qu'on sent que ça fait plus partie des symptômes du "j'en ai marre" là c'est plus délicat. Une fois que vraiment on sent qu'il y a, heureusement moi je ne suis pas confronté très souvent à ça, une vraie idée suicidaire, là je vais tout faire pour ne pas prescrire un antidépresseur pour limiter le passage à l'acte. Et une fois qu'il y a des gros problèmes comme ça. Là, je préfère passer la main parce que c'est quand même des responsabilités importantes et surtout chez les jeunes, parce que s'ils passent à l'acte et qu'on les a pris en charge tout seul, après, on est quand même face à nos responsabilités hein.

NF : Et comment vous faites pour avoir une petite idée globalement de l'idée suicidaire ? Comment vous dépistez le risque de passage à l'acte ? Comment est-ce que vous creusez ça avec le patient en consultation ?

MG5 : une fois qu'on commence à parler des affects dépressifs ou des affects négatifs, si le patient est suicidaire, il va bien le formuler. En tout cas, moi, dans mon expérience, c'est comme ça. Et je dirais même, c'est souvent un discours dénué d'émotions. Comme si c'était quelque chose de bien établi dans sa tête. Pas comme le type qui est dépressif, qui va me dire "oui, j'en ai marre, je me jetterais bien par la fenêtre" Mais chez qui ? On sent bien que c'est une façon de parler pour dire qu'il en a ras-le-bol, quoi. Le type vraiment qui a ses idées suicidaires déjà bien ancrées dans sa tête, il est plus froid vis-à-vis de ça.

NF : à part les psychologues, vous avez déjà eu recours à d'autres structures de soins psychologiques ?

MG5 : oui, j'ai déjà référé chez des psychiatres ou dans des centres de santé mentale.

NF : Est-ce que vous avez déjà été face à l'urgence éventuellement aussi ?

MG5 : Oui, ça m'est déjà arrivé. J'ai eu une patiente que j'ai vu au domicile et j'étais accompagné d'un psychiatre de Saint-Luc qui était venu spécialement et qui m'avait demandé d'être là. Donc oui, ça m'est arrivé une seule fois et une autre fois où la dame était ingérable. Je n'ai pas été appelé, mais elle a fait une tentative de suicide et elle a été embarquée dans je ne sais plus quel hôpital. Elle est revenue plus tard chez moi en consultation, elle m'en a parlé, mais je n'ai pas eu de collaboration, disons directement. Tandis qu'avec la première, oui. C'était d'ailleurs plus comme une consultation à 2, on était 2 chez la patiente et donc c'était beaucoup plus enrichissant que des simples rapports papier ou autres.

NF : Qu'est ce qui pourrait peut-être éventuellement favoriser un meilleur dépistage ou une meilleure consultation en médecine générale, plutôt que de référer directement vers un psychologue ou une structure de soins psychologiques de première ligne ?

MG5 : C'est probablement un peu simple et c'est le défaut de ma pratique, c'est la pratique solo. Je ne suis pas très adepte ni très chaud pour les maisons médicales. Mais peut-être que là, ce genre de problème sera le mieux pris en charge dans les pratiques de groupe. Je vais faire un rapprochement mais par exemple, ce que je ne fais jamais tout seul, c'est m'occuper de toxicomanes Parce que c'est impossible. C'est impossible à gérer tout seul. Donc là il faut reconnaître que les pratiques de groupe pour ça, c'est un de leurs avantages.

NF : Cela clôture la 2e partie de mon questionnaire. On va entamer la 3e et dernière partie. Ma première question est de savoir si vous avez déjà entendu parler de la grille d'estimation de dangerosité du passage à l'acte suicidaire ?

MG5 : Non.

NF : Et qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation d'une grille standardisée en consultation ?

MG5 : Je ne suis pas tellement grille et écrit. Je fonctionne beaucoup plus...Ouais, à l'intuition je dirais. Mais finalement j'ai remarqué, peut-être pas pour le suicide où ce serait quand même intéressant que j'en vois une, mais un petit peu comme dans la BPCO ou l'asthme. Il existe plein d'algorithmes. Mais finalement, ils respectent souvent plus ou moins, les questions que je pose durant mon anamnèse. Après pour le suicide, oui, là je n'ai peut-être pas assez de d'expérience dans ma pratique et le feeling est peut-être un peu moins fiable que pour d'autres pathologies. C'est très difficile parce qu'il existe énormément de grilles différentes. Tu peux passer ta vie sur Internet à chercher différentes grilles pour toutes les pathologies. Je trouve que c'est contraignant. C'est probablement plus utile en hôpital par exemple si un stagiaire est aux urgences. Mais en médecine générale, c'est souvent comme ça, on fonctionne un peu plus avec son expérience et son feeling. Et souvent pour les pathologies courantes qu'on a l'habitude de voir, quand tu réfléchis au feeling, après-coup il suit quand même grosso modo, ce qui est recommandé hein. Ici, peut-être qu'avec le suicide, je suis moins comme ça parce que j'ai moins l'habitude, mais pour d'autres pathologies, voilà, c'est comme ça.

NF : Et c'est quoi votre ressenti sur la collaboration entre les médecins généralistes et tout ce qui est structure psychologique de première ligne ?

MG5 : C'est très compliqué. Autant il y a comme ça des spécialités avec lesquelles on collabore beaucoup et où ça se passe bien, comme la cardiologie par exemple où on envoie un patient aux urgences, puis il aura tout de suite la mise au point. Autant la psychiatrie, c'est un monde à part. Un monde à part, très difficile d'accès. Ils mettent beaucoup de barrières. Justement, pour une de mes patientes où la psychiatre est venue et où c'était gravissime, il faut montrer presque pattes blanches et se justifier pour que cette patiente puisse être admise en urgence en psychiatrie. Dans une autre situation, on téléphone pour dire, je vous envoie un infarctus et là l'ambulance l'emmène directement. Donc je trouve la psychiatrie un milieu un peu spécial.

NF : Et à côté des psychiatres, qu'en est-il des psychologues ? Avez-vous éventuellement reçu des feedbacks pour vos patients ?

MG5 : Très peu, très peu oui.

NF : De quoi aimeriez-vous bien disposer au cas où vous seriez de nouveau confronté à des consultations autour du suicide dans le futur ? De quelle aide aimeriez-vous bien disposer à ce moment-là ?

MG5 : Oui je pense que ne fût-ce qu'avoir une grille peut être intéressant pour un peu voir si ce que je fais peut correspondre un petit peu aux algorithmes ou questions à poser. Même si je ne vais pas l'utiliser après. Mais un petit peu, comme pour d'autres pathologies, ce serait intéressant peut-être, pour donner un peu des exemples. Avoir aussi des contacts directs, des lignes directes pour avoir des contacts avec les services de psychiatrie ou des psychiatres directement, je pense que ce serait très intéressant. Alors je le fais pour un certain nombre de spécialités. Je n'ai pas besoin d'avoir des hotlines parce que je connais bien certains spécialistes et donc j'ai déjà leur numéro de GSM. Mais par exemple la psychiatrie, je n'ai pas de numéro de GSM, pas de psychiatre dans mes connaissances

et donc avoir des hotlines serait bien. Surtout si je dois déjà avoir un premier conseil. Je me rappelle une autre jeune fille où j'ai dû faire des pieds et des mains pour qu'elle puisse aller en psychiatrie. On a l'impression que les psychiatres ne nous font pas confiance. Par analogie, j'ai eu récemment une patiente atteinte d'un myélome qui a évolué de façon explosive. J'ai téléphoné en hématologie à l'hôpital et 2 jours après, la patiente était reçue. Et je n'ai pas dû négocier la consultation. Avec les psychiatres par contre, j'ai l'impression que ces gens, je ne sais pas. Ils se protègent je crois, et c'est compliqué. Ils sont de contact difficile. Et il faut négocier pour qu'il voie un de nos patients. Il y a vraiment un grand déficit de communication également. Ils ne sont pas disponibles et ne cherchent pas non plus à nous rencontrer. Alors que tous les autres services un peu partout, ils organisent des journées de cardiologie par exemple, des journées de ceci, des journées de cela. On a l'occasion de rencontrer aussi ces spécialistes. Ils viennent vers nous et on va vers eux. Mais là, avec les psychiatres, j'ai l'impression qu'ils n'ont pas besoin de nous. Ils vivent un peu à côté. Comme dans un monde à part.

6. Entretien semi-dirigé n°6 :

NF : Ma première question subsidiaire, c'est peut-être juste savoir votre âge et depuis combien de temps vous travaillez ?

MG6 : J'ai 53 ans. Et je travaille en médecine générale depuis 2002 donc 22 ans.

NF : Depuis la crise COVID, comment a évolué la fréquence de consultation autour des idées suicidaires, voire du suicide dans votre cabinet ?

MG6 : Dans mon cabinet, moi je n'ai pas vu de nette différence au niveau des idées suicidaires. Au niveau des tendances dépressives oui, mais des idées suicidaires, j'en ai pas vu plus, mais j'en ai toujours eu un petit peu. Pas beaucoup dans notre population, mais j'en ai toujours eu.

NF : On est plus ou moins à quelle fréquence de consultation pour ce motif ?

MG6 : Je dirais un peu moins de un par mois.

NF : Et en général dans la population. Pour vous, qui présente le plus d'idées suicidaires en soi ?

MG6 : ça peut-être que ça a changé. J'ai un peu plus chez les jeunes depuis le COVID, alors qu'avant c'était plus des quarantennaires ou cinquantennaires. Donc plutôt les adolescents et jeunes adultes. J'en ai eu 2 récemment autour de la vingtaine.

NF : Pas de changement chez les personnes âgées ?

MG6 : Non aucun pour moi.

NF : Et du coup plutôt sur le plan personnel et professionnel, comment est-ce que vous abordez ce type de de consultation ? Comment vous vous sentez à l'idée d'aborder ce motif ?

MG6 : Je n'ai pas de problème personnellement ni professionnellement. Maintenant, moi, comme je travaille que sur rendez-vous et je demande le motif de pourquoi on se voit. Ça me permet de préparer des temps de consultation différents. Et en général, c'est comme les annonces de mauvais diagnostics, les dépressions sévères, je les mets en fin de consultation pour avoir le temps de gérer ce que je veux. Je ne les mets pas en fin de consultation à 19h00, je les mets en fin de consultation le matin, ou alors vers 14 h pour avoir des intervenants d'autres structures si nécessaire quoi.

NF : Et quelle difficulté se présente du coup quand vous êtes face à un patient comme ça qui présente des idées suicidaires ?

MG6 : Ah Ben je crois qu'on a tous les mêmes difficultés. C'est la prise en charge parce que nous on ne peut pas les prendre en charge à notre niveau. On peut éventuellement gérer, enfin gérer, c'est-à-dire évaluer le degré d'urgence et en fonction du degré d'urgence, on est bloqué parce que le service de santé mentale est tout à fait overbooké, enfin saturé. Et donc, même en référant aux urgences, on n'est pas sûr d'une prise en charge adéquate.

NF : Ça abordé déjà un peu les points suivants, donc ça c'est pas mal. Mais du coup, vous ne vous sentez pas forcément anxieuse à l'idée d'aborder la question suicidaire avec les patients ?

MG6 : Ah non, pas du tout, pas du tout.

NF : Quels outils est-ce que vous vous utilisez pour essayer justement de dépister le risque suicidaire avec le patient ?

MG6 : moi je n'ai pas d'outils spécifiques, je n'étudie pas, je n'utilise pas le DSM je ne sais combien pour évaluer la dépression. Je pense que ça reste subjectif, c'est peut-être une erreur mais pour moi il y a un lien de relation et de laisser parler et de laisser sortir les mots du patient plutôt qu'aller commencer à dire "Est-ce que tu as ça ?" pour faire des grilles d'évaluation. Dans ce domaine-là plus que dans d'autres, je trouve ça encore moins adéquat. Si on n'a pas le ressenti et qu'on hésite, on peut éventuellement essayer d'affiner avec un outil. Mais pour moi c'est vraiment long surtout qu'on n'est pas à l'aise avec la précision du diagnostic. Et donc voilà, je vois les antécédents, je vois s'il y a des personnes ressources. Est-ce que la personne est accompagnée ou pas ? Est-ce que quelqu'un peut venir la chercher ? Identifier celui qui a des idées claires, celui qui a un schéma préétabli. Est-ce qu'elle a déjà tout ce qu'il faut chez elle ? Enfin des questions je pense habituelles, quoi.

NF : Quel est votre avis globalement sur le réseau de soins de santé psychologique de première ligne ?

MG6 : Première ligne, donc, nous ?

NF : Plutôt les psychologues, centre de prévention suicide, psychiatre de première ligne aussi.

MG6 : Ben je pense que le problème c'est qu'ils ne sont pas toujours disponibles, ils sont saturés et ce n'est pas qu'ils sont de mauvaise foi mais pour prendre en charge correctement ce type de pathologie, il faut du temps et le temps c'est bien la seule donnée qui est inextensible et donc une fois qu'ils sont saturés ils ne peuvent pas travailler correctement à rajouter, rajouter et rajouter d'autres patients. Donc voilà pour les psychologues, les psychiatres je trouve que ça c'est le problème. Maintenant les urgences du coup c'est leur métier de prendre en charge leur relais des autres, des trop pleins. Et ça je trouve que le travail n'est pas toujours fait correctement. Pour exemple une situation vraiment récente avec une jeune fille archi motivée qui pour finir, maintenant est hospitalisée mais ça a mis plus d'un mois pour qu'elle le soit et où j'ai appelé les urgences qui m'ont dit : "vous avez déjà appelé le psychiatre ?". J'ai dit oui bien sûr mais il ne pouvait pas la recevoir en urgence. Ils m'ont répondu "bah s'il estime que ce n'est pas nécessaire de la recevoir en urgence et qu'il n'est pas inquiet, ça n'a aucun intérêt de nous l'envoyer". Et là je leur ai dit attendez, je vous rappelle comment ça fonctionne. Moi si un patient m'appelle et qu'il a une douleur thoracique et que je ne sais pas le recevoir en urgence, je l'envoie aux urgences pour la prise en charge urgente ! Et donc c'est comme si pour eux les urgences psychiatriques ne sont pas des urgences. En fait la santé mentale, pour moi elle est 17ème siècle quoi. En médecine, on fait de la

médecine préventive, on a des grilles de prise en charge cardiovasculaire, on a plein de choses en prévention, on fait des vaccins etc et autant en santé mentale, on n'a pas de prévention, on est en réactif, on est trop tard encore dans la prise en charge. Je trouve qu'il y a zéro... (silence) Quand quelqu'un dit qu'il va chez le Psy, c'est toujours se dire "Bon t'es folle" ou enfin c'est comme si quand on va chez le psy c'est qu'on n'est pas bien alors qu'on pourrait très bien aller chez le Psy parce qu'on est bien et qu'on veut rester bien.

NF : Que pensez-vous de la notion d'imprévisibilité du suicide ?

MG6 : Imprévisibilité je ne suis pas certaine. Je pense que quand on regarde en arrière, on ne retrouve quand même pas mal de signes. Donc oui il y a une imprévisibilité, mais qui est relative. Ça dépend des contextes. Je pense que peut-être que chez les ados, c'est plus. Enfin, il y a moins de... On ressent peut-être moins le passage à l'acte. Chez des adultes, on a l'impression que c'est moins ON/OFF. C'est moins sur un coup de tête. Je crois que les ados sont plus impulsifs par rapport à ça. Ils ont des causes qui nous paraissent moins essentielles. Donc voilà, donc ils peuvent passer à l'acte sur un chagrin d'amour quoi. C'est le côté impulsif qui est plus déterminant, et là on n'a pas tellement notre place parce qu'on n'a jamais été dans le circuit.

NF : Qu'est ce qui pourrait favoriser finalement le bon dépistage du risque suicidaire par le médecin généraliste, sans directement référer à un psychologue, un psychiatre ou un centre de prévention suicide par exemple ?

MG6 : Ben je pense qu'il faut déjà qu'il y ait un suivi, un médecin traitant. Parce qu'il faut une relation thérapeutique pour qu'on puisse venir déposer ça, qu'il y ait un cadre clair sur le secret médical. Parce que justement, la place du médecin traitant parfois nous défavorise. Parce qu'on est le médecin de toute la famille, et donc il y a des personnes qui n'ont pas envie de venir déposer ça chez nous et du coup ça a un point positif et négatif je trouve. Peut-être aussi du coup ? Bon, c'est un peu imaginaire. Mais comme on ferait par exemple toi aujourd'hui, tu es responsable de tous les appels du soir dans un groupe d'une dizaine de médecins et se dire que toi aujourd'hui tu es prêt à recevoir une urgence psychiatrique parce que tu as beaucoup d'administratif et tu sais que tu as plus de temps. Donc s'il y a quelque chose avec un patient, on te l'envoie. Et voilà. En fait qu'il y ait une sorte de réseau entre nous, entre médecins généralistes un peu informel, qui permettent de donner les disponibilités à tout moment de la journée. Et puis bon après des outils et des grilles je ne sais pas si c'est utile. En tout cas des listes claires de référence. Quels sont les centres qu'on peut appeler ? Quels sont les centres de crise ? Quelles sont les personnes-contact, les psychiatres dans notre coin ? Enfin, qu'on ait plus de réseau en tout cas.

NF : Est-ce que vous avez déjà entendu parler de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ? Si non, trouvez-vous cela utile une grille en médecine générale pour ce type de problème ?

MG6 : Non pour moi moins. Il faut la lire et il faut voir ce qui est dedans mais pour moi, c'est moins utile. Ou bien alors de ce qui pourrait être utile, c'est qu'on l'ait en tête et qu'on la connaisse et qu'on l'utilise comme canevas sous-jacent, sans poser des questions.

NF : Et globalement, quel est le ressenti sur la collaboration entre le médecin généraliste et les structures psychologiques de première ligne ?

MG6 : Ils sont de bonne volonté je trouve mais ils sont débordés donc on ne peut pas leur en vouloir mais quand on essaie et qu'on force, qu'on pousse, on peut avoir une petite collaboration dans la mesure de ce qu'ils peuvent faire.

NF : Y a-t-il ici une distinction qui est faite entre le psychiatre et le psychologue par exemple ? Au niveau accessibilité peut-être ?

MG6 : Non pas vraiment, tout n'est pas bon c'est sûr mais ils sont tous débordés. Si on pousse, on peut chez tous avoir un rendez-vous assez rapide...enfin... En tout cas on peut essayer d'avoir un rendez-vous dans la semaine quoi.

NF : Avez souvent un retour des psychologues/psychiatres sur vos patients. Par exemple, ici, vous parlez de celle qui était hospitalisée. Vous avez des retours parfois ?

MG6 : Alors les rapports de psychiatre oui mais pour les psychologues jamais, on n'a pas de rapport. Parfois ils se donnent un coup de fil, mais sinon on n'a pas de rapport. Mais le psychiatre, il y a toujours un rapport.

NF : Et qu'est-ce que vous pensez de la revalorisation des consultations psychologiques en médecine générale ?

MG6 : Ben Ouais, je trouve que ça reste important parce que moi ma dernière patiente ici j'ai mis 2 h hein 2h à 10€ quoi. On se dit c'est un peu dommage maintenant le problème c'est qu'il peut y avoir des abus et du coup voilà. Maintenant ça se fait bien pour la tabacologie, donc pourquoi ça ne serait pas fait pour ça ? Donc je pense que ça pourrait. Beaucoup de patients nous prennent au dépourvu et donc on a des consultations qui durent 45 à 50 minutes souvent. Et donc je trouve que si on a le feeling pour, on pourrait avoir une valorisation, mais personnellement je trouve que ça ne devrait pas être donné comme ça à tout le monde. Il faudrait faire une formation. Il faudrait avoir une petite formation, une certification comme les ECG par exemple qui fasse qu'on puisse prendre en charge ce type de patient. Sinon c'est un peu porte ouverte à tous les abus.

NF : Et finalement, de quoi est-ce que vous souhaiteriez disposer comme aide, en tout cas pour ce type de consultation (outils ou contacts) ?

MG6 : Alors une hotline qui fonctionne déjà ! Moi celle que j'ai trouvé ça ne marche jamais. Le concept est pas mal, l'idée est bien mais en pratique je ne suis pas sûre. Je pense aussi pourquoi pas avoir des endroits où les personnes peuvent rester en observation sans que ce soit un service d'urgence, avec tout ce qu'il y a autour, comme un peu les salles cocoon pour les femmes qui accouchent, des structures pré hospitalisation qui seraient dans des centres de santé mentale où on aurait une prise en charge orientée et pas un peu mélangée avec tout et dans un cadre calme. On pourrait déjà évaluer et temporiser correctement.

NF : Certains mentionnent aussi la difficulté de trouver toutes les informations pour trouver les contacts, contacter une équipe mobile de crise ou vraiment trouver toutes les informations relatives à la détresse psychologique. Qu'est-ce que vous en pensez ?

MG6 : C'est ce qu'on avait dit avec tout le réseau, avoir un carnet d'adresses correct. Il n'y a pas de sites qui existent et qui soit par commune ou pour Bruxelles. Pas besoin d'avoir tout ça sur toute la Belgique hein mais qu'on ait un réseau en tout cas. Et chez les psychiatres aussi hein, il pourrait y avoir une personne de garde d'urgence pour cette problématique-là mais il n'y en a pas assez et personnellement ils sortent tous avec un alprazolam et retour à la maison. Après on se dit ben c'est plus notre responsabilité. Mais à la fin du compte, s'il y a un passage à l'acte, on est quand même... C'est quand même difficile à gérer. C'est beaucoup plus difficile à gérer s'ils sont passés par chez nous. Moi, ce n'est heureusement jamais arrivé. Mais c'est parfois comme ça. Je veux dire, on peut faire ce qu'on veut, on fait de notre mieux et moi je suis assez fataliste toute façon, si une personne veut vraiment se suicider, je pense qu'elle y arrivera et elle a ses raisons. Et si pour elle c'est la

solution et que la vie est plus terrible. Ça reste son choix et donc c'est difficile pour tous ceux qui restent, mais je pense que pour la personne qui se suicide ce n'est pas facile et si elle en arrive à vouloir ça, c'est que pour elle sa vie est pire que cet acte-là qui est déjà difficile. Donc moi quelque part, je respecte. Voilà, si c'est un jeune sur un chagrin d'amour, je trouve ça terrible. Mais il y a des personnes qui refont, qui persistent et qui réessayeront. Et ça on ne sait rien y faire.

NF : ça clôture tout doucement le questionnaire je ne sais pas si vous aviez d'autres idées éventuellement dans le cadre de l'amélioration de cette prévention ?

MG6 : Bah je pense que ça vaut peut-être parfois la peine d'essayer d'entendre la famille autour et de voir parce que les ressentis de la famille sont parfois beaucoup plus évocateurs. Les personnes qui sont motivées vont pas le dire quoi. Celles qui vont le dire c'est celles qui ont envie qu'on les aide, mais les autres elles peuvent ne pas en parler et donc ben souvent on tombe des nues par rapport au suicide qui a eu lieu parce qu'on sait que la personne était dépressive. On a déjà évalué mais ils peuvent ne pas répondre à nos questions parce qu'ils savent déjà ce qu'ils font. Moi j'ai des personnes qui m'ont dit "mais je ne vais pas répondre parce que si je le dis vous allez m'empêcher de le faire". Là on a une réponse, on sait mais c'est clairement motivé. "Je ne veux pas être à l'hôpital parce que je n'ai pas envie d'aller mieux parce que ça ira mieux qu'un temps et après ça n'ira pas mieux. Et je suis vraiment décidée cette fois-ci.". On essaie malgré tout mais franchement, c'est des personnes qui y arrivent hein. J'ai des histoires tragiques comme ça.

NF : Très bien, merci pour vos réponses.

7. Entretien semi-dirigé n°7 :

NF : Première question, c'était juste, Ben quel est ton âge, depuis combien de temps tu pratiques ?

MG7 : J'ai 30 ans et je j'ai fini mon assistantat en. En octobre et donc ça fait 3 ans et demi que je pratique.

NF : Et donc tu es en maison médicale actuellement, c'est ça hein ?

MG7 : Ouais, tout à fait.

NF : Ok, tu avais travaillé avant dans d'autres structures ?

MG7 : J'ai travaillé que dans cette maison on décale ci donc ici mon questionnaire. Il sera vraiment divisé en 3 phases différentes. Là la première on va vraiment aborder plus le contexte de du suicide en consultation en tant que tel.

NF : Depuis la crise COVID, comment est-ce qu'elles ont évolué ? Les consultations autour des idées suicidaires ou du suicide dans ton cabinet ?

MG7 : De façon générale ou chez les jeunes plutôt ?

NF : De façon générale plutôt, je m'étais fixé au départ sur les jeunes adultes, mais ça peut recouvrir tous les âges.

MG7 : Ok Ben moi je n'ai pas énormément d'expérience avant le COVID parce que je suis vraiment arrivée en pleine période COVID justement. Donc c'est un petit peu difficile pour moi de répondre à

cette question. Mais clairement au niveau de la santé mentale, ça c'est évident que depuis le COVID c'est devenu très important pour énormément de nos patients. Maintenant c'est difficile de témoigner de ça vu que je n'ai pas pratiqué avant cette période.

NF : Et en termes de fréquence, combien de fois par mois et-tu confrontée à des consultations autour de la santé mentale ou du suicide en tant que tel ou avec des idées suicidaires ?

MG7 : Autour de la santé mentale, c'est énorme. Je crois que ça a été vraiment plusieurs fois par jour. Et effectivement, quand on aborde la santé mentale, Bah tu poses très vite la question des idées noires, et cetera, je dirais quand même au moins une fois par semaine, je pense.

NF : Et en général, pour toi quelle partie de la population présente le plus d'idées suicidaires ?

MG7 : Je dirais plutôt les jeunes entre... Bah ça il y en a où ça commence vraiment assez tôt, donc pas mal vers l'adolescence, des jeunes qui sont secondaires donc vers 15-16 ans et puis la vingtaine aussi quand même.

NF : Par rapport aux personnes âgées, as-tu rencontré cela aussi dans cette catégorie de population ? Des idées suicidaires ou de la détresse mentale ?

MG7 : Des idées suicidaires en tant que telles, pas tellement. Euh. Mais en termes de santé mentale, oui, il y en a beaucoup qui disent qu'ils veulent en finir, qui n'en peuvent plus, et cetera, qui veulent que leur vie se termine sans parler en tant que tel de suicide.

NF : Quand tu es confrontée en consultation à des motifs d'idées noires, idées suicidaires, comment est-ce que toi tu abordes ça sur le plan personnel et professionnel ?

MG7 : Ben déjà je veux être sûre qu'on parle bien de la même chose parce qu'en fait parfois les patients, quand tu leur dis le mot idées noires, c'est parfois "je suis de mauvaise humeur" ou "bon je suis triste" et donc ça j'essaie d'abord vraiment de vérifier qu'on parle vraiment bien de la même chose. Au niveau de mon ressenti, ben ça dépend en fait du type de patient aussi parce qu'il y a des patients pour qui en fait tu es très vite inquiet et où tu vas mobiliser beaucoup de choses directement et d'autres où bizarrement, je ne sais pas ce qui peut expliquer vraiment ça mais c'est l'impression que ce n'est pas de vraies idées noires donc souvent moi je pose la question de "est-ce qu'on parle bien de la même chose ?". Et je vais dans les détails aussi pour savoir notamment s'ils ont déjà pensé à comment le faire. Euh. Est-ce que vous avez une arme chez vous ? Enfin une vraie question. Un peu pour voir la sévérité de cette idée et bah évaluer la gravité du problème.

NF : Et globalement, tu te sens anxieuse face à ces consultations ou tu dirais plutôt que tu arrives à gérer et à attaquer un petit peu le problème de front ?

MG7 : Ah oui, ça dépend vraiment. Il y en a pour qui je suis vraiment angoissée parce que souvent, ceux qui sont les plus stressants, les convaincre d'aller aux urgences psychiatriques ou en unité de crise ou quoi, c'est impossible. Et donc pour moi, je trouve qu'on a une responsabilité là-dedans qui est très difficile à gérer par moment. Et oui, j'ai déjà eu plusieurs fois le cas. Une personne de la soixantaine où j'ai été plusieurs fois chez elle, et cetera. J'ai failli défoncer la porte parce qu'elle ne me répondait pas. Et une autre fois où c'était plutôt une jeune et qui ne voulait de nouveau pas entendre parler d'hospitalisation et où c'est très anxiogène. Tu peux parfois mettre des Nixon en place mais c'est très compliqué quand même. Et donc pas sûr parfois que ça en vaut la peine. Et donc heureusement moi j'ai des ressources autour de moi, je veux dire j'ai des collègues avec qui je peux discuter et demander un peu leur avis par rapport à la gravité et à l'urgence. Mais je me sens oui, anxieuse et démunie. Et je trouve que les services psychiatriques sont tellement difficiles d'accès que

parfois tu te retrouves tout seul en tant que médecin traitant par rapport à ça. Et ouais, c'est un peu compliqué.

NF : On a déjà les bases pour la suite de mes questions mais du coup dernière question, plus par rapport au contexte finalement pour toi, quelles sont les difficultés majeures qui se présentent quand tu as ce genre de consultation ?

MG7 : Le refus de soins, généralement de de patients et des patientes. Le fait que tu te sentes ouais démuni, que ne t'as pas de solution toute faite de médicaments comme une angine ou quoi. Mais donc ce sont les freins c'est ça ?

NF : Oui, les freins, les difficultés qui se présentent à toi quand tu es face à un patient comme ça.

MG7 : Oui, et parvenir à les convaincre d'aller voir un spécialiste ou d'aller aux urgences. Et l'accessibilité aux services psychiatriques. Parce que parfois tu les envoies aux urgences et ils sont remballés. Et voilà.

NF : Donc ça clôture la première partie. Et donc ici on va passer plus sur comment travailler les idées suicidaires, quels moyens sont déjà disponibles ? Ma première question, c'est du coup quels outils tu utilises avec tes patients pour dépister le risque suicidaire ou à quelles ressources est-ce que tu fais appel ?

MG7 : Je n'ai pas vraiment d'outils, je pose la question et je vais dans les détails qui peuvent parfois un peu choquer les patients. Donc oui je pose la question de s'ils ont une arme chez eux, et cetera. Ouais, je pose des questions dans les détails et au niveau des ressources, vraiment ça je trouve qu'on n'en a pas beaucoup. Je crois qu'il y a une unité de crise à Saint-Luc où j'ai déjà pu envoyer quelqu'un et où ça s'était bien passé. Mais très souvent en fait, si par exemple la personne ne veut pas aller aux urgences mais qu'elle veut bien être vue par un psychiatre ou quoi ben c'est très compliqué de trouver un rendez-vous rapide. Et donc oui, de nouveau, on en revient à cette accessibilité au niveau de la psychiatrie.

NF : On embraye un petit peu sur la question suivante qui est un peu de savoir quel est ton avis sur le réseau de soins de santé psychologique de première ligne ? Donc ça peut être effectivement les urgences psychiatriques ou les psychologues.

MG7 : Les psychologues, je trouve qu'on arrive quand même à avoir un rendez-vous dans des délais plus ou moins raisonnables. Pas en urgence, mais bon. Et c'est surtout que moi quand j'ai vraiment quelqu'un qui s'adresse à moi avec des idées suicidaires concrètes, j'ai besoin d'être sûre qu'il soit pris en charge par un médecin aux urgences ou qu'il soit éventuellement hospitalisé. Et c'est là où c'est vraiment compliqué quoi.

NF : Et est-ce que tu as éventuellement déjà eu un contact avec le centre de prévention suicide ?

MG7 : Tu parles de SOS suicide ?

NF : Oui. C'est une ligne similaire.

MG7 : je n'ai pas eu un contact direct mais j'ai une patiente qui est suivie par eux. Euh. En fait, elle a eu vraiment un jour une crise d'angoisse énorme avec des idées noires, et elle s'était elle-même rendue aux urgences psychiatriques de Saint-Luc. Elle n'a pas été hospitalisée mais justement ils ont décidé d'appeler SOS suicide et elle a été prise en charge chez eux donc vraiment super bien. Et d'ailleurs même si elle n'a plus d'idée noire concrète, elle est encore suivie par cette équipe. Et ça fait

je pense maintenant un an. Donc je n'ai pas eu un contact direct mais en tout cas j'ai des patients qui ont ça comme ressource.

NF : Et du coup, pour toi, qu'est-ce qui pourrait favoriser le bon dépistage du risque suicidaire par le médecin généraliste sans directement référer vers un psychologue ? Qu'est-ce que tu pourrais mettre en place en consultation, quelque chose qui pourrait garder ce lien avec le patient et qui pourrait favoriser un meilleur dépistage le du risque de passage à l'acte ?

MG7 : être mieux formé. Suivre une formation concrètement par rapport à ça pour qu'on puisse un peu justement pouvoir différencier les véritables urgences, enfin avec un risque suicidaire imminent, ou plutôt une menace. Même si pour moi, dès qu'une personne parle d'idées noires, il ne faut quand même absolument pas la prendre à la légère. Donc oui avoir des formations un petit peu plus ciblées par rapport à ça.

NF : Et ici, un commentaire qui est souvent revenu dans les différentes interviews où beaucoup parlaient aussi de la notion de temps. C'est très compliqué d'accorder suffisamment de temps aussi à ce genre de patient. Qu'est-ce que t'en penses toi ?

MG7 : Ben de nouveau moi j'ai, j'ai quand même la chance de travailler dans une structure où on est quand même plusieurs, et cetera. Et donc j'ai la possibilité parfois pour certains patients ou patientes compliquées de mettre des consultations d'une heure sans que moi je sois complètement surchargée. Enfin voilà, j'ai le temps. Oui d'office on manque toujours de temps parce qu'en fait les médecins généralistes sont surchargés de base. Mais j'ai la chance d'avoir l'opportunité de pouvoir agrandir mes consultations.

NF : Et est-ce que tu disposes de psychologues dans la maison médicale ou tu travailles ?

MG7 : Pour l'instant non, on est justement en train de mettre ça en place. Ou d'essayer en tout cas de faire un premier test. On recherche une ou un psychologue qui serait là pour un peu les crises, donc pas pour du chronique et que cette personne réfère elle-même en dehors avec son propre réseau. Parce que c'est vrai que nous on connaît un certain nombre de psychologues et de temps en temps on reçoit un retour des patients en disant "oui elle est super" ou "ah non, je n'accroche pas" et voilà donc t'as quelques références, t'as quelques noms. Mais en fait même s'ils sont plus accessibles que certains psychiatres, c'est quand même vite full aussi hein.

NF : On va embarquer plutôt sur la 3e partie du questionnaire qui concerne plus les améliorations potentielles ou ce qu'on pourrait mettre en place en médecine générale. Ma première question c'est plutôt, est-ce que tu as déjà entendu parler de la "grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire" ? Si non, qu'est-ce que tu penses de l'utilité d'une grille par questionnaire pour ce genre de problème en médecine générale ?

MG7 : Alors non je ne connais pas cette grille et je trouve que c'est un peu à double tranchant parce que ça peut d'une part vraiment bien nous aider et voir un petit peu la dangerosité effectivement. Maintenant je pense qu'il y a certains patients qui savent quoi répondre aussi pour vous faire peur. Et donc je trouve que c'est vraiment une thématique hyper compliquée à évaluer. Et parfois tu te fais manipuler en fait en tant que soignant. Donc oui ça pourrait être intéressant pour certains patients, mais tu pourrais aussi te retrouver avec un score à 50. Enfin je ne sais pas, 50 sur 50 par exemple je ne sais pas chez quelqu'un qui sait quoi répondre à mes questions quoi ou à l'inverse quelqu'un qui ne veut pas se faire hospitaliser va mentir pour avoir un score faible. Mais ça c'est comme dans n'importe quelle grille en fait.

NF : Mais du coup moi aussi mon autre question c'est de savoir quel est ton ressenti sur la

collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues ? Et puis après entre les médecins généralistes et les psychiatres ?

MG7 : Avec les psychologues, je n'ai vraiment pas beaucoup de collaboration. Moi je réfère beaucoup de patients auprès des psychologues, mais sans jamais avoir de retour.

NF : Même pas de lettre ou d'email, ou éventuellement le retour des patients ?

MG7 : Le retour de patients, oui. Enfin, je demande très souvent comment ça se passe, est-ce que vous avez eu votre rendez-vous chez le psychologue ? Et cetera. Ça je continue souvent à vérifier qu'ils ont bien un suivi régulier maintenant les psychologues n'ont pas l'air de demander cette collaboration et cet échange, en tout cas ceux chez qui je réfère mes patients. Maintenant on sait aussi qu'il y a ce secret médical qu'eux ne veulent pas partager notamment sur certaines choses avec nous. Mais donc avec les psychologues moi je n'ai pas beaucoup de collaboration. Avec les psychiatres j'en ai quand même un peu plus. J'ai une impression en tout cas, surtout en milieu hospitalier qu'ils vont vite nous téléphoner pour un peu nous demander notre avis, pour un peu nous expliquer la situation. Donc ça franchement, j'ai eu plusieurs chouettes contacts avec les psychiatres, et on sait aussi qu'ils sont, qu'ils sont complètement débordés, et cetera, mais et qu'ils n'y peuvent rien.

NF : As-tu eu le ressenti parfois que dans la prise en charge de certains de tes patients il y avait cette pénurie de psychiatres, en tout cas ce manque de moyens qui était mis en place pour prendre en charge les patients ?

MG7 : Tout à fait. Oui, complètement. Et parfois du coup, ça peut parfois expliquer malheureusement certaines situations qui sont bâclées quoi.

NF : Ok, on arrive tout doucement vers la fin. De quoi est-ce que toi tu aimerais bien disposer comme aide complémentaire lors des consultations autour du dépistage du suicide ou du suicide en général ?

MG7 : Sur le fond en tout cas j'aimerais me former là-dessus et avoir des numéros de téléphone auxquels on peut expliquer la situation et avoir une réponse sans être vu comme, en tout cas comme parfois ça m'est arrivé, des débiles. Donc oui. Des hotlines dans les hôpitaux pour moi, c'est surtout au niveau psychiatrique. Maintenant, c'est vrai que les psychologues peuvent déjà nous aiguiller très fortement là-dedans hein. Moi je n'ai pas beaucoup de contact avec eux. Enfin je trouve que c'est plus difficile d'être en contact avec eux directement en tout cas. Mais ça pourrait être intéressant aussi.

Description TFE :

Après une recherche approfondie dans la littérature, je souhaite mener des entretiens auprès de médecins généralistes de la région de Bruxelles-Capitale afin de faire un état des lieux de leurs pratiques en terme de prévention du suicide auprès de jeunes adultes. Je me

fixe les jeunes adultes (26-45 ans) comme population car il s'agit de la proportion la plus concernée en terme de santé mentale selon une enquête de la FAMG réalisée en 2023 et qu'elle constitue une part importante de la patientèle des médecins généralistes. Sur base de ces entretiens, je compléterai mes données au moyen d'avis d'experts du centre de prévention du suicide à Bruxelles (notamment un psychologue du centre et une neuropsychologue travaillant dans la sensibilisation à la problématique du suicide auprès des acteurs de soins de santé. Dans ma conclusion j'entends tirer des points importants à travailler ou améliorer dans le cadre de la prévention ou encore trouver d'autres pistes sur des moyens ou outils intéressants à mettre en place en première ligne.

Résumé TFE :

Introduction :

D'après les données du centre de prévention du suicide basé sur ceux de l'OMS : En 2019, dans le monde c'est environ 700000 personnes qui se sont suicidées. Dans la tranche 15-29 ans c'est la 4ème cause de décès après les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles. A noter que les statistiques pour l'année en cours sont indisponibles par manque de chiffres. Pour la Belgique, selon Sciensano, en 2019 il y aurait eu environ 1720 décès par suicide. La proportion de décès par suicide réussi est plus importante chez les hommes mais ce chiffre est à nuancer par le fait que les femmes ont en proportion plus de pensées suicidaires et réalisent plus de tentatives de suicide. On compte environ 5 suicides par jour en Belgique et c'est la première cause de décès chez les jeunes adultes.

La crise du covid-19 n'a pas amélioré la santé mentale des Belges, au contraire. Face à la pandémie et le contexte politique, social et économique, les jeunes adultes se sont retrouvés fragilisés et leur santé mentale s'est détériorée, menant à des idées noires et plus de risque de tentatives de suicide.

C'est en consultation chez les généralistes que la détresse des patients s'est faite ressentir et face à cette détresse, il a fallu s'adapter et proposer une prise en charge personnalisée. Comment cette adaptation a-t-elle eu lieu ? Quels moyens sont actuellement utilisés ou sollicités ? Quelles difficultés se font ressentir chez les médecins généralistes en première ligne ? Tant de questions menant à la réflexion de ce travail sur cette problématique.

Méthode :

Une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Région de Bruxelles-Capitale au moyen d'un guide d'entretien. Ce guide comportera 3 parties avec des questions ouvertes couvrant ainsi le contexte des consultations, les moyens disponibles ou utilisés et enfin les pistes d'amélioration.

Objectifs TFE :

La santé mentale des jeunes adultes s'est détériorée ces dernières années suite aux multiples crises (covid, politique, économique ou sociale), amenant beaucoup de personnes à consulter leur médecin généraliste pour détresse psychologique avec idées suicidaires. La prévention du suicide a eu donc une place plus que nécessaire dans les consultations vu la surcharge des soins psychologiques.

Les objectifs de cette recherche sont dans un premier temps d'identifier les difficultés éprouvées par les médecins généralistes lors de la prévention du suicide et du dépistage du risque suicidaire en consultation.

Ensuite sur base des entretiens semi-directifs, mettre en évidence les moyens connus ou utilisés par les médecins pour développer une prise en charge adaptée et personnalisée pour les patients à risque de suicide. Il sera également intéressant de connaître l'avis des médecins sur les ressources qu'ils connaissent et/ou utilisent déjà afin d'analyser les points qui nécessitent de potentielles améliorations en terme d'organisation ou de communication.

Dans un second temps, sur base d'avis d'experts comme mentionnés dans une section précédente, réfléchir sur les soins psychologiques de première ligne en terme de santé mentale pour définir la collaboration actuelle, ses limites et en retirer des pistes de réflexion. Sur base de ses pistes, l'objectif sera de définir des perspectives sur l'amélioration de la prévention du suicide par les médecins généralistes et par extension d'ouvrir la réflexion sur le réseau de soins psychologiques de première ligne.