Épidémiologie descriptive du risque suicidaire dans le système médical français de médecine générale

Descriptive epidemiology of suicide risk in a French general medicine health care system

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2021, Vol. 66(5) 451-459
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0706743720961741
TheCJP.ca | LaRCP.ca

J.-L. Ducher¹, P.-M. Llorca², S. Callahan³, and I. de Chazeron²

Résumé

Objectif : La prévention du suicide passe certainement par une meilleure connaissance du risque suicidaire en soins primaires. Un certain nombre de publications internationales se sont intéressées à évaluer celui-ci, mais le plus souvent, auprès de populations particulières de consultants : patients jeunes, âgés, anhédoniques, dépressifs, etc. Notre étude analyse la prévalence du risque suicidaire chez des patients consultant en médecine générale quel que soit leur motif de consultation, somatique ou psychiatrique, leur pathologie ou leur âge.

Méthode : Cette étude transversale a été menée auprès de patients adultes (inclusion de 827 sujets) venus consulter un panel de praticiens généralistes français sélectionnés de manière aléatoire. Ils ont rempli un auto-questionnaire validé (aRSD) évaluant leur risque suicidaire sur les 15 jours précédents et renseigné certaines données personnelles et professionnelles.

Résultats : Les 757 dossiers (483 femmes; 274 hommes), totalement utilisables, montrent que près d'un quart des consultants (24,3 %) présente un risque suicidaire positif au cours des 15 jours précédant leur consultation et 6,3 %, un risque sévère (aRSD ≥ 7) avec idées et envie de passer à l'acte. Lorsque le motif de consultation est psychiatrique, 64,6 % de ces consultants ont un score aRSD positif. Une fois sur deux, il s'agit même d'un risque sévère.

Conclusions : Ces données montrent l'importance de la prévalence du risque suicidaire en médecine générale. Elles confirment le rôle majeur que peuvent jouer les praticiens de soins primaires dans les actions de prévention du risque suicidaire. Elles montrent également l'apport que pourrait représenter l'utilisation d'un auto-questionnaire évaluant rapidement l'intentionnalité suicidaire dans le dépistage de celle-ci.

Abstract

Objective: Suicide prevention certainly includes a better knowledge of suicide risk in primary care. A number of international publications have shown interest in assessing this risk, but mostly through specific consultant populations: young patients, old patients, anhedonic, depressive, etc. Our study analyses suicide risk prevalence in patients consulting in general medicine for any somatic or psychiatric reason, their pathology or their age.

Method: This cross-sectional study was conducted with adult patients (827 subjects included) who were consulting a French generalist doctor panel randomly selected. They filled a validated self-questionnaire (aRSD) assessing their suicide risk in the 15 preceding days and providing professional and personal data.

¹ Ramsay Générale de Santé, Clinique de l'Auzon, 63670 La Roche-Blanche, France

² CHU Clermont-Ferrand, Psychiatrie B, Clermont-Ferrand, F-63003, France ; Université Clermont Auvergne, EA7280, F-63000 Clermont-Ferrand, France

³ Université de Toulouse II - Jean Jaurès, Toulouse, France

Coordonnées détaillées de l'auteur-ressource :

I. de Chazeron, C.H.U. Clermont-Ferrand - Psychiatrie B de CHAZERON Ingrid, Rue Montalembert BP 69F-63003 CLERMONT-FERRAND, France
Courriel : idechazeron@chu-clermontferrand.fr

Results: The totally operable 757 files (483 female; 274 male) show that close to a quarter of consultants (24.3%) presents with a positive suicide risk in the 15 days preceding their consultation and 6.3%, reveal a severe risk ($aRSD \geq 7$) with ideas and impulses to commit the act. When the reason to consult is psychiatric, 64.6% of these consultants have aRSD positive. One time out of two, the risk is even severe.

Conclusions: This data shows how important the suicide risk prevalence is in general medicine. It confirms the main role played by primary care patricians in acting to prevent suicide risk. This data also shows the contribution represented by a self-questionnaire that would rapidly assess the suicide intent while screening, it.

Mots clés

Suicide, risque suicidaire, épidémiologie, médecine générale, santé primaire

Introduction

Cette étude est une enquête épidémiologique descriptive transversale visant à évaluer la prévalence du risque suicidaire en soins primaires, les jours précédant une consultation en médecine générale, chez un échantillon de patients vus pour quel que motif que ce soit.

Au niveau mondial, de nombreuses données épidémiologiques montrent l'importance de la prévalence du risque suicidaire en population générale. Mais la connaissance qu'en a la médecine de soins primaires reste limitée. Pourtant, c'est habituellement à ces praticiens que s'adressent en premier les patients quel que soit le problème dont ils souffrent. Dans son premier rapport sur la prévention du suicide, l'Organisation Mondiale de la Santé parle d'une épidémie mondiale de suicide et de tentatives de suicide¹. Elle a édité pour les professions de santé primaire un livret sur la prévention du suicide². De 1999 à 2014, le taux de suicide a augmenté de 24 % aux États-Unis, passant de 10,5 à 13,0 pour 100 000 habitants³.

Au Canada, le suicide est considéré depuis longtemps comme un problème de santé publique important. En moyenne, 11 personnes se suicident chaque jour, 4000 chaque année, trois fois plus souvent de sexe masculin que féminin. C'est la deuxième cause de décès des moins de 34 ans. Si plus de 3 % des Canadiens rapportent une tentative de suicide au cours de leur vie, près de 12 % reconnaissent avoir eu des pensées suicidaires (2,5 % au cours des 12 derniers mois)⁴. Mais si le taux ajusté de suicide au Canada se trouve dans la moyenne des pays de l'OCDE, il peut varier du simple au double selon les provinces⁵. Au Québec, la baisse du taux de suicide amorcée au début des années 2000 semble s'estomper⁵.

Au Royaume-Uni, des études^{6,7,8} ont constaté que, dans une population de patients psychiatriques qui se sont suicidés, près de 20 % avaient consulté dans les 24 heures avant de passer à l'acte et près de 50 % dans les 8 jours précédents. Leur risque suicidaire avait alors été évalué « faible ou absent » dans environ 85 % des cas par les équipes de santé mentale. Celles-ci n'utilisaient pas d'instrument psychométrique, mais un questionnaire standardisé.

En France, malgré la mise en place de plusieurs plans de prévention, le nombre de suicides n'a pas vraiment diminué pendant de nombreuses années⁹. Les médecins généralistes y

représentent l'essentiel de la prise en charge en santé primaire. La Conférence de consensus sur la crise suicidaire¹⁰ organisée par la Fédération Française de Psychiatrie rappelle que « le généraliste, médecin de premier recours, se trouve totalement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires... ». Elle souligne également que 60 % à 70 % des suicidaires ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, et 36 % dans la semaine précédant l'acte.

Par ailleurs, la Conférence de consensus note qu'il existe peu de données épidémiologiques sur le risque suicidaire en médecine générale, particulièrement en France. On trouve principalement dans la littérature des évaluations de pourcentage de patients ayant consulté leur médecin peu de temps avant de passer à l'acte, présentant des antécédents ou des facteurs de risque.

Au Canada, le Guide d'évaluation du risque de suicide de l'Association des hôpitaux de l'Ontario¹¹ note que le dépistage du risque de suicide ne fait pas partie des pratiques habituelles de la plupart des médecins de premier recours, en raison en partie des contraintes de temps, mais aussi d'inconfort des professionnels quand il s'agit d'aborder des sujets délicats comme le suicide. Il insiste sur la nécessité de formation des médecins de soins primaires à l'utilisation d'un instrument de dépistage du risque suicidaire rapide afin de cerner celui-ci de façon précoce.

S'il existe beaucoup de données épidémiologiques en population générale sur la dimension suicidaire, il n'en va pas de même en santé primaire. Nombre de publications sont parues, mais pour préciser la façon de prendre en charge ces patients, étudier leurs antécédents, leurs facteurs de risque, leurs modifications de comportement dans la période précédant leur passage à l'acte.

Sur le plan épidémiologique, une grande revue réalisée sur les études en soins primaires a été publiée en 2004¹². Depuis nous n'avons trouvé qu'une seule étude réalisée en Corée du Sud¹³ s'adressant à une population générale de consultants en santé primaire. D'autres études existent, mais elles concernent des catégories de consultants particuliers : adultes jeunes¹⁴, personnes âgées¹⁵, population masculine¹⁶, personnes anhédoniques¹⁷, tristes¹⁷, anxieuses, dépressives, vétérans, etc.

L'objectif principal de la présente étude est la recherche de données épidémiologiques sur le risque suicidaire en

médecine générale, celui-ci représentant en France l'essentiel de la prise en charge en soins primaires.

À la différence de nombreuses études internationales, l'absence de limitations ou de critères d'inclusion spécifiques (sexe, âge, pathologie présentée), donne une valeur particulière à cette étude. Le seul critère d'exclusion retenu en raison de l'utilisation d'un auto-questionnaire concerne les patients mineurs.

Méthode

Échantillonnage

L'échantillon provient de patients consultant le panel de médecins généralistes français sélectionnés dans le secteur du bassin clermontois, de la base de données exhaustive du ministère de la Santé des professionnels de la santé en France, et des données INSEE (sélection uniquement en zone urbaine ou suburbaine) en accord avec la notion de bassin de vie. Clermont Auvergne Métropole, constitué autour de la ville de Clermont-Ferrand, représente une population de près de 300 000 habitants dont les trois quarts ont moins de 60 ans.

Informations descriptives

Vingt-six médecins généralistes (15 de sexe masculin et 11 de sexe féminin), âgés de 35 à 65 ans, exerçant en groupe ou en individuel, ont participé à cette étude. Les répondants devaient être âgés d'au moins 18 ans et ont fourni des données démographiques, notamment leur sexe, leur année de naissance, leur statut matrimonial et professionnel et le motif de leur consultation (psychiatrique ou non).

Échelle d'auto-évaluation du risque suicidaire de Ducher (aRSD)

Nous avons utilisé l'auto-questionnaire aRSD¹⁸ dont la passation demande en général moins de 3 minutes. Outre les possibilités d'homogénéisation des résultats, l'auto-évaluation offre certains avantages, comme la possibilité de faire un dépistage avant une visite, surtout dans un milieu de soins primaires.

L'aRSD est corrélé à l'échelle d'hétéro-évaluation du risque suicidaire de Ducher (RSD)²¹ ($r = 0,92$; $p < 0,001$)³⁶ (Matériel supplémentaire 1). Ces deux instruments évaluent l'intention suicidaire en recherchant quel est le niveau de la décision de passer à l'acte d'un patient. Leur validation et leurs caractéristiques psychométriques sont détaillées en matériel supplémentaire. Plusieurs études^{19,20} ont montré que le risque suicidaire évalué par la RSD pouvait être considéré sévère à compter de 7. Pour l'analyse des résultats, les patients de cette enquête ont donc été séparés en trois groupes en fonction de leur score à l'aRSD : risque nul (score aRSD 0), modéré (aRSD 1-6), sévère (aRSD 7-10).

Procédure

Analyse des données. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Tous les tests étaient bilatéraux, avec une erreur de type I fixée à $\alpha = 0,05$. Les comparaisons concernant les données catégorielles ont été effectuées à l'aide du test du Khi-2 ou du test exact de Fisher. Ces analyses ont été complétées par une régression logistique factorielle afin d'examiner quels facteurs sont associés au score positif et au score de fort risque suicidaire. Nous avons effectué cette analyse de régression en utilisant des variables statistiquement et cliniquement significatives observées dans les analyses univariées.

Résultats

Acceptation de participation des consultants

Les refus de remplir le questionnaire ont été très rares, ne dépassant pas les 3 %.

Caractéristiques des participants

Au total, 827 répondants ont participé à l'enquête. Parmi ceux-ci, 757 (92 %) ont répondu à l'ensemble des items (Tableau 1). Nous dénombrons près de deux fois plus de femmes (64 %) que d'hommes (36 %) ($p < ,0001$). Leur âge moyen ne diffère pas significativement (49 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes). Le critère de représentativité de l'échantillon a été vérifié en ce qui concerne l'âge et le sexe sur la base de la consultation du mois précédant le début de l'inclusion. Pour des raisons pratiques, seulement 469 patients ont été interrogés pour savoir si leur motif de consultation était d'ordre psychiatrique ou non.

Les répartitions en fonction des classes d'âge, du statut marital ou des catégories socio-professionnelles sont très variées ($p < ,001$). Les sujets âgés de 45 à 64 ans s'avèrent les plus nombreux (43 %), ainsi que les personnes mariées (49 %). Plus de la moitié de notre population a un travail (55 %), mais 6 % sont en arrêt de maladie. Près d'un tiers a pris sa retraite, près de 4 % sont étudiants. Seulement 10 % des patients interrogés sur l'objet de leur consultation ($n = 469$) déclarent venir pour un motif psychiatrique.

Risque suicidaire

Les scores à l'auto-questionnaire d'évaluation du risque suicidaire aRSD (Tableau 2) nous indiquent que près d'un quart des consultants (24,3 %), ont présenté un risque suicidaire positif à l'aRSD (de 1 à 10) au cours des 15 jours précédant leur consultation, 18 % un risque modéré (aRSD 1- 6) et 6,3 % un risque sévère (aRSD ≥ 7). Vu autrement, 9,6 % avaient des idées de mort de manière plus fréquente qu'habituellement (aRSD 1- 2) et 14,7 % des idées de suicide (aRSD 3- 10).

Tableau 1. Caractéristiques démographiques de la population (n = 757).

	Pourcentage	n
Sexe		
Homme	36,2	274
Femme	63,8	483
Classe d'âge, Années		
[18-24]	8,6	65
[25-34]	13,0	98
[35-44]	15,7	119
[45-54]	21,4	162
[55-64]	21,8	165
[65-74]	12,5	95
>74	7,0	53
Statut marital		
Célibataire	17,2	130
En concubinage	17,0	129
Marié	48,8	369
Divorcé / Séparé	11,5	87
Veuf	5,5	42
Statut professionnel		
Étudiant	3,7	28
Sans travail	9,6	73
Avec un travail	48,5	367
Arrêt de travail	6,2	47
Retraite	32,0	242
Motif de consultation psychiatrique (n = 469)		
Oui	10,2	48
Non	89,8	421

Un rapport de cotes corrigé (RC) de 1,55 (IC à 95 % 1,08 à 2,23) indique une présence nettement plus élevée d'un risque suicidaire chez les femmes. (19,3 % des hommes c. 27,1 % des femmes; $p = 0,017$). Face à un risque suicidaire sévère, elles sont plus fréquemment touchées que les hommes (7,7 % c. 4,0 %; $p = 0,048$), mais pas lorsque le risque reste modéré ($p = 0,16$).

La répartition du risque suicidaire (nul, modéré ou sévère) en fonction des classes d'âge ne révèle pas de différence significative (Tableau 2). Cependant, le pourcentage de ceux qui présentent un risque modéré augmente avec l'âge, passant de 14 % pour les 18-24 ans à 23 % pour les plus de 65 ans (RC = 1,01 [1,00-1,02] $p = 0,019$ risque modéré c. nul). Le risque sévère est majoritairement observé pour les classes d'âge de 35 à 54 ans et pour les plus de 74 ans ($p = 0,08$).

En analysant uniquement le statut marital, on constate qu'être en concubinage protège significativement du risque suicidaire (RC = 0,51 [0,27-0,95] $p = 0,03$). Le fait d'être marié n'est pas significativement protecteur contre un risque suicidaire (RC = 0,60 [0,36-1,01] $p = 0,05$), mais le devient si l'on tient compte du risque suicidaire sévère (RC = 0,41 [0,18-0,95] $p = 0,04$). Le fait d'être mariée pour une femme ne modifie pas significativement le risque suicidaire, qu'il soit positif ($p = 0,79$) ou sévère ($p = 0,65$). Pour un homme,

le fait d'être marié devient protecteur uniquement dans le cas du risque suicidaire sévère (RC = 0,19 [0,04-0,91] $p = 0,04$). Le pourcentage des divorcés/séparés ayant un risque suicidaire sévère est très supérieur à celui des autres classes maritales (13 %). Être divorcé/séparé devient significativement un facteur de risque lorsqu'on observe plus spécifiquement le risque suicidaire sévère (RC = 7,67 [1,7-42,95] $p = 0,02$).

20,4 % des personnes ayant un travail présentent un risque suicidaire. Avoir un travail, par rapport aux autres activités socio-professionnelles, protège significativement d'un risque suicidaire, (RC = 0,67 [0,46-0,98] $p = 0,04$). La présence d'un risque suicidaire est significativement plus élevée chez les retraités (27,7 %, $p = 0,040$) et chez ceux qui n'ont pas de travail (31,5 %, $p = 0,045$). Les personnes ayant un risque suicidaire positif ne sont significativement pas plus nombreuses parmi celles en arrêt de travail que chez celles qui travaillent (respectivement 23,4 % c. 20,4 %, $p = 0,64$). Par rapport aux autres catégories socio-professionnelles, les « sans travail » sont proportionnellement et significativement ($p = 0,03$) plus nombreux à avoir un risque suicidaire sévère que nul.

Les consultants pour motif psychiatrique présentent plus souvent un risque suicidaire que ceux qui consultent pour un autre raison (64,6 % c. 17,6 % $p < 0,0001$). Cette population se partage de manière relativement équivalente entre les différentes catégories de risques (nul = 35,4 %, modéré = 31,3 %, sévère = 33,3 %) ce qui n'est pas le cas pour la population consultant pour un autre motif (nul = 82,4 %, modéré = 15,5 %, sévère = 2,1 % $p < 0,0001$). Proportionnellement, autant d'hommes que de femmes consultent pour un motif psychiatrique (*données non incluses*). Un consultant pour raison psychiatrique a 8 fois et demi plus de risques d'avoir un score positif à l'aRSD (RC = 8,55 [4,50-16,26] $p < ,0001$) et 23 fois plus d'avoir un risque sévère (RC = 22,9 [9,38-55,87] $p < ,0001$) par rapport à ceux venant pour un autre motif.

Nous avons repris dans deux modèles les facteurs de risques majeurs observés précédemment : être une femme, être séparé-divorcé, ne pas avoir de travail, consulter pour motif psychiatrique (Tableau 3). Que ce soit pour le modèle caractérisant le risque suicidaire positif ou celui caractérisant le risque suicidaire sévère, ces modèles se révèlent valides ($p < 0,0001$ pour les deux). On confirme également le rôle significatif des facteurs de risque « séparé-divorcé » et « consultation pour motif psychiatrique » (respectivement RC ajusté = 1,56/2,60 et 3,05/5,65)

Discussion

L'objectif principal de cette étude est d'améliorer la connaissance du risque suicidaire en soins primaires, en apportant des données épidémiologiques sur la prévalence de ce risque dans les jours précédant une consultation de médecine générale.

Malheureusement, par manque d'études récentes sur le risque suicidaire en population française de consultation de

Tableau 2. Facteurs associés à un risque suicidaire positif (n = 757).

	Risque suicidaire aRSD			Facteurs associés au risque suicidaire positif			Facteurs associés à un risque suicidaire sévère		
	Nul (0)	Modéré (1-6)	Sévère (≥ 7)	RC	IC à 95 %	p	RC	IC à 95 %	p
Total % (n)	75,7 (573)	18,0 (136)	6,3 (48)	–	–	–	–	–	–
Sexe % (n)									
Homme	80,7 (221)	15,3 (42)	4,0 (11)						
Femme	72,9 (352)	19,4 (94)	7,7 (37)	1,55	[1,08-2,23]	0,02	1,98	[0,10-3,96]	0,05
P	0,016	0,16	0,048						
Classes d'âge, Années % (n)									
[18-24]	81,5 (53)	13,9 (9)	4,6 (3)	0,69	[0,36-1,31]	0,25	0,70	[0,21-2,30]	0,55
[25-34]	82,7 (81)	12,2 (12)	5,1 (5)	0,62	[0,36-1,07]	0,08	0,77	[0,30-2,00]	0,59
[35-44]	78,1 (93)	14,3 (17)	7,6 (9)	0,82	[0,51-1,31]	0,41	1,26	[0,59-2,67]	0,55
[45-54]	72,2 (117)	19,1 (31)	8,7 (14)	1,26	[0,85-1,87]	0,25	1,56	[0,82-2,98]	0,18
[55-64]	75,1 (124)	20,0 (33)	4,9 (8)	1,04	[0,70-1,55]	0,85	0,70	[0,32-1,53]	0,38
[65-74]	71,6 (68)	23,2 (22)	5,2 (5)	1,28	[0,79-2,06]	0,32	0,80	[0,31-2,07]	0,65
>74	69,8 (37)	22,6 (12)	7,6 (4)	1,38	[0,75-2,54]	0,30	1,23	[0,42-3,55]	0,71
Statut marital % (n)									
Célibataire	75,4 (98)	17,7 (23)	6,9 (9)	0,65	[0,36-1,20]	0,17	1,12	[0,53-2,38]	0,77
Concubinage	79,8 (103)	14,0 (18)	6,2 (8)	0,51	[0,27-0,95]	0,03	0,97	[0,44-2,13]	0,97
Marié	77,0 (284)	18,1 (67)	4,9 (18)	0,60	[0,6-1,01]	0,05	0,61	[0,34-1,18]	0,11
Divorcé / Séparé	65,5 (57)	21,8 (19)	12,7 (11)	2,00	[0,38-10,58]	0,42	7,67	[1,37-42,95]	0,02
Veuf	73,8 (31)	21,4 (9)	4,8 (2)	0,71	[0,31-1,63]	0,42	0,73	[0,17-3,10]	0,67
Statut professionnel % (n)									
Étudiant	71,4 (20)	21,4 (6)	7,2 (2)	1,05	[0,44-2,49]	0,92	1,14	[0,26-4,96]	0,86
Sans travail	68,5 (50)	19,2 (14)	12,3 (9)	1,20	[0,68-2,12]	0,53	2,33	[1,08-502]	0,03
Avec un travail	79,6 (292)	15,5 (57)	4,9 (18)	0,67	[0,46-0,98]	0,04	0,62	[0,64-1,13]	0,12
Arrêt de travail	76,6 (36)	14,9 (7)	8,5 (4)	0,80	[0,38-1,66]	0,55	1,41	[0,48-4,10]	0,53
Retraite	72,3 (175)	21,5 (52)	6,2 (15)	1,30	[0,92-1,85]	0,14	0,97	[0,51-1,18]	0,91
Motif de consultation psychiatrique [#]									
Oui	35,4 (17)	31,3 (15)	33,3 (16)	8,55	[4,50 – 16,26]	<0,001	22,89	[9,37-55,87]	<0,001
Non	82,4 (347)	15,5 (65)	2,1 (9)						

[#] Sur les 469 patients interrogés sur leur motif de consultation

RC : rapport de cotes ; IC : Intervalle de confiance

médecine générale, nous ne pouvons pas comparer nos résultats. Nous n'avons trouvé qu'une étude²¹ parue en 2006 qui analyse les modifications du nombre et des motifs de recours au médecin généraliste durant la période précédant l'acte suicidaire (abouti ou non).

À défaut, nos données peuvent être comparées avec la prévalence d'idées suicidaires en population générale²² au cours des douze derniers mois. On retrouve la prépondérance féminine, le fait de vivre seul, d'être sans travail, ainsi que l'augmentation des prévalences avec l'avancée en âge pour atteindre un pic entre 45 et 54 ans.

Mais, seulement 4,9 % de la population française²² ont eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée, soit trois fois moins que notre population de consultants sur une période vingt-quatre fois plus longue. Ces différences sont encore plus marquées lorsqu'on s'intéresse aux patients venus pour raison psychiatrique.

Ces divergences entre la population générale et celle de nos consultants en médecine générale pourraient paraître paradoxales sauf si l'on considère que ces deux populations ne soient pas obligatoirement représentatives l'une de l'autre.

Nos consultants pour raison psychiatrique aggravent probablement nos résultats. Mais on constate déjà un pourcentage plus élevé chez les patients venus consulter pour d'autres raisons et ces chiffres évoquent ceux observés chez des jeunes de moins de 26 ans consultant pour un bilan de santé (24 %; RSD ≥ 4)²³. On peut également aussi supposer qu'au bout d'un certain temps, les personnes interrogées oublient plus les idées suicidaires que les actes suicidaires²⁴ ou qu'elles tiennent plus compte des idées suicidaires persistantes qu'épisodiques.

Dans tous les cas, cela montre la nécessité d'étudier la prévalence du risque suicidaire en population de soins

Tableau 3. Modèles de régression logistique factorielle des facteurs associés au score de suicide (n = 469).

Variables	Modèle 1 : risque suicidaire positif		Modèle 2: risque sévère aRSD	
	RC ajusté (ET)	p	RC ajusté (ET)	p
Sexe				
Homme	(référence)		(référence)	
Femme	1,29 (0,13)	0,057	1,34 (0,27)	0,270
Statut marital				
Autres	(référence)		(référence)	0,002
Divorcé or Séparé	1,56 (0,17)	0,007	2,60 (0,30)	
Statut professionnel				
Autres	(référence)		(référence)	
Avec un travail	0,87 (0,12)	0,265	1,07 (0,24)	0,762
Motif de consultation psychiatrique				
Non	(référence)		(référence)	
Oui	3,05 (0,17)	<0,001	5,65 (0,26)	<0,001

RC : rapport de cotes; ET: écart-type

primaires, ainsi que de se poser la question d'une éventuelle sous-estimation des pensées suicidaires en population générale. L'utilisation d'un auto-questionnaire proposant un éventail de réponses plus large permettrait peut-être d'affiner la qualité des réponses.

Sur le plan international, de nombreux articles ont été publiés sur la prévalence du risque suicidaire en soins primaires, mais ils concernent des populations spécifiques avec des critères d'inclusion sélectifs (âge, sexe, troubles psychiatriques, etc.) qui ne permettent pas une comparaison avec nos résultats. Seule, une étude sud-coréenne s'adressant à une population générale de consultants en soins primaires l'autorise. Dans cette enquête, l'évaluation du risque suicidaire sur les deux dernières semaines a été faite en prenant en compte une réponse positive à la question 9 de l'auto-questionnaire PHQ 9 (Questionnaire sur la santé du patient, version à neuf questions)²⁵. Elle montre un taux de prévalence de 18,3 %. Ce chiffre se rapproche de celui de notre population présentant des idées suicidaires (aRSD 3-10 : 14,7 %) d'autant que la prévalence des idéations suicidaires en population générale de la Corée du Sud est supérieure à celle évaluée en France (7,7 %/4,9 %).

Parmi les instruments d'évaluation du risque suicidaire les plus souvent utilisés dans les études faites auprès des populations spécifiques consultant en soins primaires, on trouve la PHQ 9²⁵, l'échelle de désespoir de Beck (BHS)²⁶⁻²⁸, la SAD PERSONS²⁹, l'échelle d'idéations du risque suicidaire de Beck³⁰ (SSI) et la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)³¹. Un tableau (Matériel supplémentaire 2) compare certaines de leurs caractéristiques.

Notre étude valide également la possibilité d'utiliser l'auto-questionnaire aRSD en soins primaires : 92 % des patients ont rempli correctement ce dernier. Ceci est d'autant

plus important que nombre de publications insistent sur les difficultés des praticiens de soins primaires pour repérer les patients à risque suicidaire et les pratique d'exploration sont très variables^{32,33,34,35,36}. Même face à des patients dépressifs, donc à risque suicidaire potentiel important, l'interrogatoire semble souvent insuffisant³⁷. Or la grande majorité de ces patients est suivie en médecine générale. Dans l'étude sud-coréenne, 2 fois sur 3 le risque suicidaire n'avait pas été repéré par les médecins participants, confirmant d'autres publications³⁸.

Dans le mois qui a suivi cette enquête, aucun passage à l'acte suicidaire n'a été à déplorer. On peut supposer que la participation des médecins généralistes à cette étude les a davantage sensibilisés à ce risque et que les patients se sont sentis plus autorisés à évoquer leurs idées suicidaires devant eux. Des études complémentaires pour préciser le vécu des uns et des autres permettraient probablement d'améliorer cette prise en charge.

Mieux former les acteurs de soins primaires à diagnostiquer le risque suicidaire et la dépression est donc une nécessité. Le programme spécifique de formation des médecins généralistes de l'île de Gotland³⁹ l'a bien montré. Mais après un certain temps, ce bénéfice s'est progressivement estompé. L'utilisation d'outils psychométriques d'évaluation du risque suicidaire simples et rapides, pouvant s'intégrer dans le temps de la consultation, peut donc se révéler une aide efficace en soins primaires. L'avantage d'un auto-questionnaire paraît encore plus appréciable et permet une standardisation des évaluations indépendamment de la formation des praticiens.

Notre étude a plusieurs limites. Les tailles d'échantillon par sous-groupes d'âge pour le risque suicidaire sévère restent faibles. Ces résultats doivent donc être interprétés avec une certaine prudence, même si la non-significativité d'un

test n'entraîne pas l'absence de lien, surtout sur un échantillon réduit.

Notre population étudiée n'est pas représentative géographiquement de toute la France. Cependant, elle donne un bon profil dans un environnement urbain français de grande taille. Il s'agit d'une enquête transversale, donc sans recherche de causalité. L'évaluation du risque suicidaire est effectuée grâce à un auto-questionnaire et n'a donc pas la précision d'une évaluation clinique détaillée. Néanmoins, l'échelle aRSD utilisée possède de bonnes qualités métrologiques et il a été documenté qu'un auto-questionnaire pouvait permettre d'obtenir plus facilement des informations sur les pensées, les comportements suicidaires ou le risque de passage à l'acte²⁴.

La réalisation d'études sur le risque suicidaire en soins primaires peut permettre d'en améliorer la connaissance ainsi que la compréhension plus globale de la crise suicidaire, car il devance le passage à l'acte, parallèlement à d'autres recherches⁴⁰. De nombreux facteurs de risque suicidaire ont été décrits, différents pour les hommes et pour les femmes, pour ceux qui vont faire des tentatives de suicide ou des passages à l'acte réussis, pour différents contextes socio-professionnels. L'impulsivité, l'agressivité, les conduites addictives, ou des troubles de la personnalité tels que les états limites modulent le risque de passage à l'acte. Le nombre de tentatives de suicide antérieures reste le meilleur prédicteur d'une récurrence, de même que les antécédents suicidaires familiaux d'un acte suicidaire réussi. Il serait certainement intéressant de tenir compte non seulement du risque suicidaire sur les 15 jours précédents, mais également par exemple des facteurs de risque cités ci-dessus, de l'évolution du risque suicidaire entre deux consultations, des pathologies présentées, somatiques ou psychiatriques. Cependant, cela nécessiterait un nombre d'inclusions important.

Notre objectif était de réaliser une étude transversale, observationnelle, afin de mieux connaître la prévalence du risque suicidaire chez des patients consultant en médecine générale, quel que soit leur motif de consultation, ce qui jusqu'alors n'a été que rarement réalisé.

Quels que soient les pathologies présentées, les antécédents suicidaires, personnels ou familiaux, les troubles associés ou le contexte socio-professionnel, chaque passage à l'acte est précédé d'une prise de décision, dont le niveau est évalué par l'auto-questionnaire aRSD. L'emploi d'instruments d'évaluation du risque suicidaire simples et rapides, ne nécessitant pas de connaissances psychiatriques particulières, ni d'interprétation des réponses de la personne interrogée, peut être autorisé à des non-spécialistes impliqués dans la prévention du suicide⁴¹.

Conclusion

Le risque suicidaire des consultants en médecine générale s'avère beaucoup plus important qu'en population générale, particulièrement chez les patients venus voir leur généraliste pour un motif psychiatrique. Il concerne alors deux patients

sur trois, la moitié de ceux-ci étant à risque sévère. Les résultats de ce travail montrent la nécessité de développer d'autres études d'évaluation de la prévalence du risque suicidaire en médecine primaire. Ils mettent en question l'intérêt de renforcer la formation de ces acteurs de santé primaire ainsi que leur rôle dans les actions de prévention du suicide, en particulier dans le dépistage du risque suicidaire et la gestion de la crise, ce qui n'a été que peu réalisé jusqu'alors.

L'utilisation d'échelles d'évaluation du risque suicidaire simples, rapides, ne nécessitant pas de connaissances psychiatriques particulières peut se révéler utile dans ce cadre-là, l'emploi d'auto-questionnaires également.

Accès aux données

L'ensemble des données analysées au cours de cette étude sont disponibles auprès de l'auteur-ressource sur demande motivée.

Remerciements

Les auteurs remercient les médecins généralistes impliqués dans cette étude pour leur collaboration : Drs G. Arveuf ; H. Carla ; C. Churie ; JY. Churie ; M. Collange ; V. Demure ; JB. Doly ; P. Dupont ; M. L. Geaix ; JM. Gilard ; F. Haddou ; P. Hager ; S. Leyendecker ; J. Malgat ; F. Marion ; S. Mourrellon ; JF. Perrier ; B. Pichot ; P. Pons ; C. Pouget ; F. Rastel ; ML. Robatel-Busi ; E. Roussel ; G. Tiboulet ; P. Vorilhon ; T Zeganadin ainsi que Mme B. Chandeze.

Divulgarion de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts concurrents.

Financement

Il n'y a pas de financement pour cette étude.

ORCID iD

I. de Chazeron <https://orcid.org/0000-0003-1195-8372>

Matériel supplémentaire

Matériel supplémentaire 1 : Échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (hétéro-évaluation RSD / auto-évaluation aRSD)
Matériel supplémentaire 2 : Tableau des échelles les plus souvent utilisées dans les études de prévalence du risque suicidaire en soins primaires.

Références

1. OMS, Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Bibliothèque de l'OMS. Bibliothèque de l'OMS 2014.
2. OMS, La prévention du suicide: indications pour professionnels de santé primaire. Genève, 2002.
3. Curtin S. C., Warner M., Hedegaard H., Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief. 2016, (241), 1-8.
4. Agence de la santé publique du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographique.html>

5. Levesque P., Pelletier E., Perron P. A., Le suicide au Québec : 1981 à 2016 - Mise à jour 2019. Bureau d'information et d'études en santé des populations, I. n. d. s. p. d. Q., Ed. Québec, 2019.
6. Appleby L., Shaw J., Amos T., McDonnell R., Harris C., McCann K., Kiernan K., Davies S., Bickley H., Parsons R., Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*. 1999, 318 (7193), 1235-9.
7. Appleby L., Shaw J., Kapur N. N.al., Avoidable Deaths: Five year report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness *Report for the National Patient Safety Agency, Department of Health* 2006.
8. Parton D., National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness (NCI). *Ment Health Today* 2013, 5, 5.
9. Ducher J. L., Llorca P. M., [No! The number of suicides in France is not decreasing]. *Encephale*. 2012, 38 (5), 371-2. doi: 10.1016/j.encep.2012.02.001. Epub 2012 May 26.
10. John Libbey Eurotext, [La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge]. Fédération française de psychiatrie: 2001.
11. Association, O. H., Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. a été rédigé par l' Ontario Hospital Association. Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients: Toronto (Ontario), 2011.
12. Schulberg H. C., Bruce M. L., Lee P. W., Williams J. W. Jr., Dietrich A. J., Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26 (5), 337-45.
13. Choi Y. J., Lee W. Y., The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. *Int J Ment Health Syst* 2017, 11, 18.
14. Diamond G. S., Herres J. L., Krauthamer Ewing E. S., Atte T. O., Scott S. W., Wintersteen M. B., Gallop R. J., Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. *Am J Prev Med* 2017, 53 (1), 48-54.
15. Raue P. J., Ghesquiere A. R., Bruce M. L., Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2014, 16 (9), 466.
16. Lemieux A. M., Saman D. M., Lutfiyya M. N., Men and suicide in primary care. *Dis Mon* 2014, 60 (4), 155-61.
17. Moreno-Kustner B., Jones R., Svab I., Maaroos H., Xavier M., Geerlings M., Torres-Gonzalez F., Nazareth I., Motrico-Martinez E., Monton-Franco C., Gil-de-Gomez M. J., Sanchez-Celaya M., Diaz-Barreiros M. A., Vicens-Caldentey C., King M., Suicidality in primary care patients who present with sadness and anhedonia: a prospective European study. *BMC Psychiatry* 2016, 16, 94.
18. Ducher J. L., Renoux M., Kwiatkowski F., [Validation concourante de l'auto-questionnaire d'évaluation du risque suicidaire de Ducher aRSD] Poster, Ed. l'Encephale: Paris, 2013.
19. Ducher J. L., Dalery J., [Concurrent validation of the suicidal risk assessment scale (R.S.D.) with the Beck's suicidal ideation scale]. *Encephale*. 2004, 30 (3), 249-54.
20. Ducher J. L., Terra J. L., [Is the suicidal risk assessment scale RSD of predictive value?]. *Encephale*. 2006, 32 (5 Pt 1), 738-45.
21. Turbelin C. SUICIDE-MG: Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire chez l'adulte. Etude épidémiologique en case-cross-over 2005. <https://www.sentiweb.fr/document/728>.
22. Robert M., Léon C., Du Roscoât E. [Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014] 2016.
23. Larosa E., Consoli S. M., Hubert-Vadenay T., Leclesiau H., [Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center]. *Encephale*. 2005, 31 (3), 289-99.
24. Mars B., Cornish R., Heron J., Boyd A., Crane C., Hawton K., Lewis G., Tilling K., Macleod J., Gunnell D., Using Data Linkage to Investigate Inconsistent Reporting of Self-Harm and Questionnaire Non-Response. *Arch Suicide Res*. 2016, 20 (2), 113-41. doi: 10.1080/13811118.2015.1033121. Epub 2016 Jan 20.
25. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B., The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001, 16 (9), 606-13.
26. Beck A. T., Steer R. A., Kovacs M., Garrison B., Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142 (5), 559-63.
27. Beck A. T., Weissman A., Lester D., Trexler L., The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974, 42 (6), 861-5.
28. Bouvard M., Charles S., Guerin J., Aimard G., Cottraux J. [Study of Beck's hopelessness scale. Validation and factor analysis]. *Encephale*. 1992, 18 (3), 237-40.
29. Patterson W. M., Dohn H. H., Bird J., Patterson G. A., Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983, 24 (4), 343-5, 348-9.
30. Beck A. T., Kovacs M., Weissman A., Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979, 47 (2), 343-52.
31. Posner K., Brown G. K., Stanley B., Brent D. A., Yershova K. V., Oquendo M. A., Currier G. W., Melvin G. A., Greenhill L., Shen S., Mann J. J., The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011, 168 (12), 1266-77.
32. Bajaj P., Borreani E., Ghosh P., Methuen C., Patel M., Joseph M., Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med*. 2008, 5 (4), 229-35.
33. Feldman M. D., Franks P., Duberstein P. R., Vannoy S., Epstein R., Kravitz R. L., Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med*. 2007, 5 (5), 412-8. doi: 10.1370/afm.719.
34. Hooper L. M., Epstein S. A., Weinfurt K. P., DeCoster J., Qu L., Hannah N. J., Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. *J Behav Health Serv Res*. 2012, 39 (2), 103-15. doi: 10.1007/s11414-011-9268-5.

35. Stoppe G., Sandholzer H., Huppertz C., Duwe H., Staedt J., Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord.* 1999, 54 (1-2), 193-8.
36. Williams J. W. Jr., Rost K., Dietrich A. J., Ciotti M. C., Zyzanski S. J., Cornell J., Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med.* 1999, 8 (1), 58-67.
37. 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, 8 (12), e80797. doi: 10.1371/journal.pone.0080797. eCollection 2013.
38. Bryan C. J., Corso K. A., Rudd M., L. C. Improving identification of suicidal patients in primary care through routine screening. *Prim. Care & Community Psychiatry* 2008, (13), 143-7.
39. Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H., Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995, 35 (4), 147-52.
40. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Autopsie Psychologique : Mise en oeuvre et démarches associées. Paris, 2008; p. 131. <http://hdl.handle.net/10608/100>.
41. Institut national de santé publique du Québec, Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec. Québec, 2018.