

La crise suicidaire en médecine générale

Une revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques

Claire-Elise Colas¹

Rodolphe Charles

Bruno Meyrand

Département de médecine générale
Faculté de Médecine
Jacques Lisfranc
de Saint Etienne

Mots clés :

développement professionnel continu, évaluation, pratiques professionnelles

Résumé

Contexte : Les tentatives de suicide et les suicides ont une prévalence importante en France. Ils apparaissent comme un risque critique évitable (RCE) survenant dans des situations fréquentes en soins primaires.

Objectif : Mettre en œuvre une revue de morbi-mortalité et en analyser la faisabilité dans deux groupes d'analyse de pratique en médecine générale.

Méthode : Deux groupes (17 généralistes) d'analyse de pratiques professionnelles (GAPP) ont participé à cette étude qui a inclus 2 séances préparatoires, une séance de RMM proprement dite et une séance de restitution.

Résultats : L'analyse systémique d'une cinquantaine de cas cliniques a mis en évidence les éléments en jeu dans la crise suicidaire. La confrontation aux données scientifiques actuelles a permis l'élaboration d'un « référentiel » adapté aux médecins concernés.

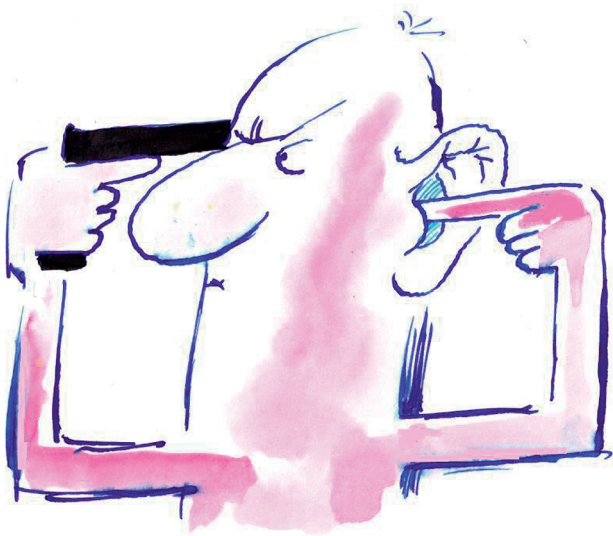
Discussion : Les GAPP paraissent un lieu optimal pour ce type de travail ; la lourdeur apparente du dispositif pourrait être atténuée par une pratique plus habituelle de la méthode. Les thèmes possibles sont aussi nombreux que les champs d'activité des soins primaires.

Conclusion : Cette démarche est exigeante et nécessite un apprentissage. La RMM semble permettre au groupe de sortir de son attitude défensive. Elle déculpabilise et propose des solutions.

L'Inserm dénombrait 190 000 tentatives et 11 à 13 000 suicides en France en 2003. Les pathologies psychiatriques sont des étiologies fréquentes : 65 % des suicidés présentent une dépression avant le passage à l'acte, 90 % une autre pathologie psychiatrique [1, 2]. Les médecins généralistes sont au premier plan quant à la prévention [3]. En effet, si la prévalence du suicide en médecine générale est relativement faible, un cas sur 5 000 actes en moyenne, 70 % des suicidants ont consulté un médecin dans le mois précédant

l'acte, 36 % dans la semaine. Le suicide est donc un risque critique évitable (RCE), survenant dans des situations fréquentes en soins primaires sur lesquelles des efforts d'amélioration des pratiques professionnelles peuvent être portés. Selon l'observatoire de la médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), la « réaction à des situations éprouvantes » est en 2007 au quatorzième rang des résultats de consultations (4,2 %) ; « insomnies », « anxiété », « humeur dépressive », « dépression » ont des prévalences respectives de 3,46 %, 3,19 %, 2,60 % et 2,29 % [4]. Ces chiffres confirment la pertinence d'une action spécifique en soins primaires sur la problématique de la crise suicidaire « *point de rupture entre vulnérabilité individuelle et évènement de vie douloureux* » [2]. Par ailleurs, le suicide de

1. Cet article a fait l'objet de la thèse de Claire Colas : Revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques : la crise suicidaire [thèse]. Saint Etienne : Université Jacques Lisfranc ; 2009. Les principes d'une revue de morbi-mortalité adaptés à la médecine générale ont été publiés dans la première partie de cet article (numéro précédent de *Médecine*).



Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 09/03/2017.

l'adolescent est préoccupant puisqu'il est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 19 ans, après les accidents de la voie publique parmi lesquels il faut envisager de probables conduites suicidaires. Notre hypothèse est que la revue de morbi-mortalité (RMM) est l'une des méthodes possibles à utiliser au sein d'un groupe de professionnels (groupe d'analyse de pratiques professionnelles : GAPP) pour analyser et améliorer les pratiques dans ce domaine. Nous avons exposé précédemment les définitions et méthodes d'organisation d'un tel travail en médecine générale [5].

Méthode

Nous avons analysé les données qualitatives recueillies au cours d'une RMM en soins primaires au sein de deux GAPP. L'enquêtrice, interne en médecine générale de Saint-Étienne, était « *observante participante* » dans ces deux groupes, tenant un carnet de bord depuis la première séance de lancement jusqu'à la réalisation de la RMM. Elle a recueilli l'ensemble des écrits et ensuite réalisé des entretiens qualitatifs semi-dirigés auprès de quelques médecins un mois après la fin du travail.

À l'occasion des deux séances précédant la RMM, les groupes ont reçu de brèves explications écrites et orales sur la méthode et une série d'articles sur la crise suicidaire. Lors de la première séance, l'enquêtrice et son directeur de thèse ont rencontré les deux groupes, présenté et distribué la procédure et la bibliographie à chacun des membres et obtenu l'autorisation pour les enquêtes. Ils ont demandé d'informer l'enquêtrice de toutes les questions et difficultés rencontrées.

Les groupes ont été ensuite divisés en binômes : un a reçu de la documentation sur les RMM qu'il a analysée et présentée lors de la séance suivante ; les autres ont travaillé sur trois articles concernant la crise suicidaire (en général et chez les adolescents en particulier) issus de la conférence de consensus de 2000, de la recommandation de l'OMS (Genève 2001), ou de revues de soins primaires [2, 3, 6-10].

La RMM s'est déroulée, deux mois plus tard, en 3 temps :
– une première heure dédiée au tour de table sur les cas de crises suicidaires des 5 dernières années ;

- une deuxième heure avec présentation, par chaque binôme, des points forts des articles dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins ;
- une troisième heure consacrée à la rédaction d'un texte consensuel sur les objectifs pour la pratique ultérieure, tenant compte des écarts révélés par la RMM en comparaison avec les référentiels.

Les groupes étaient invités à s'autogérer sans respecter trop strictement le cadre.

L'enquêtrice a participé à la séance suivante pour réaliser quelques sondages et vérifier si le groupe avait encore des idées à apporter sur les thématiques de la crise suicidaire ou des RMM. Quelques médecins des deux groupes, tirés au sort ont été interrogés (*encadré 1*). Les entretiens ont cessé à saturation des réponses.

Encadré 1.

Guide de l'enquête

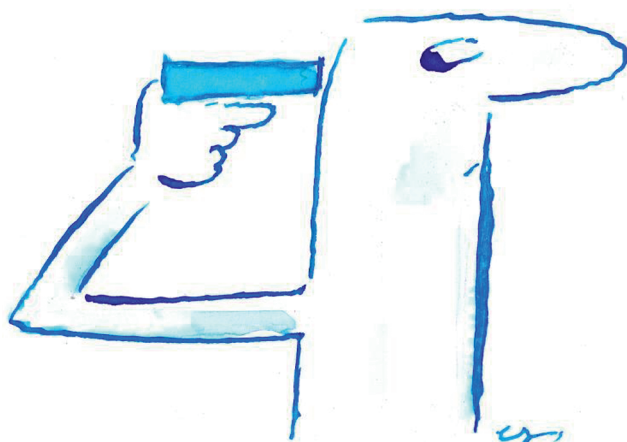
- Présentation de l'enquêté.
- Connaisait-il les RMM, en avait-il déjà fait ?
- A-t-il rencontré des difficultés (sur le recensement des cas, leur description, la lecture et la synthèse des articles, le temps consacré...) ?
- Quels profits en a-t-il retirés : impact sur sa pratique (meilleure prise en charge des personnes à risques sur le plan technique, relationnel ou psychologique), profits plus personnels (partage de situations difficiles avec d'autres médecins) ?
- A-t-il une conclusion plus générale sur son ressenti après et lors de la séance ?
- A-t-il eu en consultation depuis la séance de RMM à gérer des cas de crises suicidaires ?

Il a été effectué *a posteriori* une triangulation par des membres des groupes et des médecins du département de médecine générale de l'université de Saint-Étienne intéressés par les questions d'EPP.

Résultats

Séances préparatoires

Les médecins se sont interrogés sur la définition même de crise suicidaire (le protocole prévoyait : gestion en soins primaires d'un suicide, d'une tentative, ou d'un patient à très haut risque suicidaire). Quelques-uns relevaient la difficulté à recenser les cas (oubli, trop de cas, pas de cas, pas de moteur de recherche pour leur base de données de patientèle). Certains suggéraient de choisir un autre sujet tel que l'erreur médicale ou la iatrogénie aux AVK. Lors de la deuxième séance, un mois après la première, quelques médecins avaient déjà lu les articles et recensé leurs cas de crise suicidaire. Certains ont estimé que la lecture des articles – jugés trop « longs » – prenait trop de temps, d'autres qu'il était difficile de recenser les cas. Un médecin a témoigné de son malaise, la RMM faisant resurgir un sentiment de culpabilité.



Séance de RMM

Les groupes ont pris une orientation différente : les 9 médecins du premier groupe ont commencé par la lecture critique des articles. L'animateur dirigeait les discussions et un secrétaire prenait des notes. Les 8 du deuxième groupe ont d'abord fait un tour de table des cas recueillis. Tous ont évoqué leur difficulté à résumer des articles longs, quelques articles jugés inintéressants pour la pratique quotidienne n'ayant pas été lus en totalité, d'autres au contraire appréciés et aidant les médecins dans leurs histoires cliniques. Les médecins présents avaient en moyenne 3 dossiers (1 à 7) à l'exception d'un seul dont le dossier concernait la prise en charge de l'entourage. Dans un groupe, il a été décidé d'intégrer rapidement les histoires à la discussion des articles. Dans l'autre groupe, l'analyse des articles a été succincte. Le texte consensuel a été élaboré ensuite par échanges de courriels. Plusieurs thèmes récurrents ont été abordés de façon similaire dans les deux groupes. Le relevé proprement dit concerne une cinquantaine de cas de crises suicidaires.

Les facteurs de risques de la crise suicidaire

Parmi les cas cliniques rapportés sont signalés :

- la présence d'abus sexuels antérieurs ;
- la fréquence d'antécédents familiaux de suicide ;
- la dépression et l'alcoolisme chronique : l'alcool a un effet dépressogène, certains médecins se demandant si le risque n'était pas supérieur en cas d'alcoolisme aigu qu'en cas d'alcoolisme chronique ;
- un évènement de vie, une rupture ou une crise familiale, la maladie somatique ou l'annonce d'un diagnostic grave (exemple du cas d'un patient sans antécédents psychiatriques qui s'est suicidé après l'annonce d'un résultat de PSA élevé). Un médecin a expliqué sa vigilance devant un patient « pas comme d'habitude », notion subjective qui n'a de sens que pour des patients consultant au cabinet depuis des années.

« Fantômes suicidaires » et moyens létaux

Les divers guides de pratique recommandent de ne pas craindre de les rechercher en posant la question explicitement. Un médecin a déclaré avoir déjà changé sa pratique depuis la lecture des recommandations. Un autre a soulevé le problème de la relation médecin-patient : il est plus ou moins facile d'aborder le thème du suicide. En réalité, la réponse du patient fait peur au médecin : que faire quand il exprime clairement des idées suicidaires ?

Le cas clinique d'un patient chasseur qui s'est suicidé avec son fusil selon un comportement apparemment impulsif a lancé le débat sur les moyens létaux à portée : l'absence de cette arme n'aurait peut-être pas permis ce geste. Des membres du groupe proposaient déjà de confier transitoirement les armes à feu, les médicaments à la famille.

Les personnes âgées

À partir de l'exemple du suicide à l'insuline d'une patiente de 85 ans, sans antécédents psychiatriques, diabétique, veuve vivant seule à domicile, qui avait auparavant demandé solennellement au médecin une aide pour mourir, les participants ont abordé les situations frontalières où le suicide deviendrait une position philosophique qui jouxterait la question de l'euthanasie. Dans l'ensemble, ces dernières années, les médecins ont constaté dans leur pratique une augmentation des suicides s'inscrivant dans ce cadre.

La relation médecin généraliste et psychiatre hospitalier

De nombreux cas cliniques ont alimenté le vif débat sur le manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes. La majorité des participants déplorait l'absence de comptes-rendus d'hospitalisation, la difficulté d'un rendez-vous dans l'urgence avec un psychiatre. Pour tous, il était primordial d'hospitaliser toute tentative de suicide et d'adresser rapidement les patients exprimant des projets suicidaires, mais certains ont signifié leur incompréhension quand leurs patients ressortaient le jour même de l'hôpital, y compris après réalisation d'un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Le simple fait de consulter le psychiatre des urgences et de rester quelques heures suffirait-il ? Habitué à gérer au cabinet d'autres urgences (cardiologiques, pneumologiques...), le médecin généraliste échange au téléphone avec son confrère spécialiste. Cette rencontre n'est que très rarement possible avec le psychiatre.

La gestion de la crise suicidaire

Un médecin a cité le cas d'un patient divorcé qui s'est suicidé dix jours après l'avoir consulté. Il s'est interrogé sur la relation qui s'est nouée. A-t-il induit quelque chose qui a précipité le geste ? L'attitude du médecin doit être rassurante car le patient peut percevoir le désarroi de son médecin. Par un « contrat moral » certains médecins se rendent disponibles 24 heures sur 24 en donnant leur numéro de téléphone personnel en échange du non suicide de leur patient. Cette pratique semble apaiser le médecin et le patient !





Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 09/03/2017.

Autres thèmes abordés

- Le test « TS-TS-cafard » utilisé pour ouvrir une discussion en particulier en face d'une plainte mal formalisée.
- Le désarroi de certains devant les suicides impulsifs (assez rares).
- Le caractère évitable de la crise suicidaire : l'expérience de l'île de Götland a été longuement analysée puisqu'il y apparaissait que le fait de former des médecins généralistes sur la dépression permet de réduire le risque suicidaire.
- L'intérêt des antidépresseurs IRS, l'inutilité des benzodiazépines, le bon usage du lithium dans la maladie bipolaire.
- La difficulté de trouver une personne acceptant de signer la demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (un médecin a rappelé la possibilité de réaliser un certificat d'HDT en urgence sans la présence de ce tiers).

Séance suivante

Un groupe a élaboré un référentiel

Dans la perspective initialement prévue de réalisation d'un audit, le groupe a élaboré une liste de facteurs de risques à rechercher (antécédents familiaux, solitude, dépression, pathologies psychiatriques, grand âge, pathologies somatiques graves, facteurs socio-environnementaux, conduites addictives, prise de certains médicaments). Il a insisté sur l'importance d'interroger clairement le patient sur ses intentions suicidaires. Au fil de la discussion, il s'est avéré très difficile de réaliser l'audit en raison de la rareté des consultations à risque. Le groupe a conclu que la RMM correspondait bien à la

meilleure méthode d'évaluation des pratiques professionnelles pour ce type de pathologie.

L'autre groupe a fait l'objet d'une analyse du ressenti

Deux membres seulement de ce groupe avaient déjà pratiqué l'exercice. Tous étaient volontaires pour faire d'autres séances sous réserve du choix du thème. Ce travail, contrairement aux séances traditionnelles de GAPP, a permis d'explorer à fond un sujet grâce à la bibliographie fournie. Les médecins ont été dans l'ensemble satisfaits du thème malgré les quelques réticences initiales. Il s'agissait pour eux en définitive d'une question de médecine générale, ce qui a suscité l'intérêt pour ce travail. Un médecin a été surpris de voir à quel point la prise en charge de la crise suicidaire était codifiée.

La lecture et la synthèse des articles ont été dans l'ensemble estimées fastidieuses, un article étant même jugé incompréhensible. Il a été revendiqué de donner moins d'articles : « *La médecine générale est tellement variée qu'un médecin ne peut passer tant de temps sur un sujet aussi peu fréquent.* » Un praticien a apprécié le travail en binôme tirant profit de l'avis de son collègue, un autre a affirmé avoir trouvé les articles passionnants et très pratiques.

Tous les cas recensés l'ont été par simple souvenir, ce qui a entraîné une certaine frustration chez un médecin qui a eu le sentiment de « *travailler à la légère* ». Un seul participant disposait d'un logiciel adapté à la recherche par mots-clés. Un autre a été surpris par le grand nombre de situations. Dans l'ensemble, les praticiens n'ont éprouvé aucune gêne à exposer leurs histoires cliniques. L'un d'eux a témoigné de son réconfort en entendant ses pairs décrire leurs difficultés et leurs échecs. Il s'est senti « *moins seul* ». Un autre a regretté le manque de temps pour la description des cas cliniques.

La moitié des médecins a rencontré des situations de crises suicidaires le mois suivant la séance de RMM ! La majorité des participants ont confirmé le rôle bénéfique de la RMM sur leur pratique : l'un a affirmé qu'« *il gère maintenant la crise suicidaire avec plus de confiance* », un autre a déjà utilisé le résumé de la séance, un troisième pris conscience du rôle fondamental du généraliste dans la crise suicidaire (il disait avoir appris en formation initiale à dépister des situations à risque mais jamais à les prendre en charge ; la RMM lui a permis d'acquérir des connaissances sur le sujet). Seul un médecin a regretté le manque de structuration de la séance empêchant tout impact sur sa pratique. Un dernier, plus enthousiaste, s'est posé la question de l'utilité de RMM organisées à l'échelle nationale.

Discussion

Le cadre : les GAPP

L'appartenance à un GAPP est une forme de FMC extrêmement exigeante, propice à la mise en place de RMM : assiduité mensuelle aux rencontres, respect de l'hétérogénéité des pratiques, habitude de l'analyse systémique et de la réalisation de recherche documentaire. La réalisation de ce travail avec des médecins non initiés aurait sans doute été plus



difficile quand on constate comme ici « l'irritation » de certains participants à la lecture de trois articles en deux mois, les difficultés à tenir les timings et le dépit à consacrer trop de temps à l'analyse de situations accidentelles à prévalence faible...

Une RMM pourrait être mise en œuvre dans un cadre différent tel que des structures d'hospitalisation à domicile, des maisons de santé... Des groupes dédiés aux RMM permettraient de lever un certain nombre d'écueils tout simplement par expérimentation successive. Mais comment trouver encore du temps dans l'agenda déjà chargé du médecin ? Une solution crédible serait de consacrer en GAPP 6 à 8 séances tous les deux ans à des RMM.

Le thème : la crise suicidaire

Les médecins ont dans l'ensemble apprécié car ils ont ainsi approfondi un sujet sur lequel ils ne se seraient pas orientés naturellement. Cette situation potentiellement létale survient rarement en soins primaires, mais reste le risque critique évitable de nombreuses consultations. Les indicateurs de santé publique en Rhône-Alpes publiés par l'Observatoire Régional de la Santé confirment la forte prévalence de ce problème dans la Loire [11] et ont été l'objet, après la RMM, du renouvellement des débats dans les groupes. Cependant, des participants ont remis en cause le caractère évitable de certaines situations comme les suicides « impulsifs », pour d'autres, l'éloignement des moyens létaux (armes, médicaments) peut être un moyen préventif.

Cette étude montre à quel point le suicide est tabou, comme nous l'avons exposé dans l'article précédent [5] et pose des questions difficiles. La RMM semble une bonne méthode pour sortir de ce déni. En témoignent plusieurs items : une forte minorité était déjà prête le jour de la deuxième séance préparatoire ; les médecins étaient surpris par l'apport de l'exercice et en tiraient profit dès le premier mois... et lors des entretiens individuels la moitié d'entre eux disait avoir déjà rencontré des situations à risque ce qui dément cette

fois l'idée d'une prévalence faible. Quant aux articles [2, 3, 6-10] si difficiles à lire pour certains, ils occupent tellement le premier groupe qu'il est contraint de négliger l'analyse systémique de ses cas pour ne s'en servir que d'illustration des affirmations bibliographiques... Façon d'éluder l'exposition des cas (position défensive) ou désir de comprendre (position réflexive) ? Il y a souvent oscillation entre les deux.

L'organisation

La RMM est une analyse *systémique* prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction, ayant contribué à la prise en charge du patient. Les RMM hospitalières font appel à tous les professionnels (secrétaires, psychologues, médecins, infirmières, biologistes, urgentistes, etc.) qui travaillent habituellement ensemble au quotidien.

Dans notre étude en soins primaires, beaucoup de participants ont évoqué le manque de communication entre psychiatres et généralistes et leur mauvaise compréhension des décisions hospitalières. Une deuxième phase aurait pu consister en une rencontre des deux spécialités pour clarifier l'itinéraire thérapeutique des patients, chacun montrant à l'autre ses offres et ses contraintes pour tenter d'améliorer la qualité des soins. Cette approche est toutefois bien théorique et, dans la pratique, il est très difficile de réunir plusieurs intervenants. Il est crédible que l'article 36 de la loi HPST définissant le « *médecin généraliste de premier recours* », l'article 59 de cette même loi définissant les nouvelles modalités de FMC-EPP (appelé désormais « *Développement Professionnel Continu* ») permette grâce à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'envisager des RMM de type « *réseau de quartier* » entre médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes...

Déroulement

La plupart des médecins de notre étude avaient déjà réalisé des audits, ce qui a plutôt joué comme facteur de confusion, limitant peut-être une véritable analyse systémique en privilégiant les axes retrouvés dans les recommandations aux hypothèses spontanées. Il semble quand même que les deux champs d'investigation aient été utilisés : en témoignent le médecin « *stupéfait de la codification de la prise en charge* » et à l'opposé celui « *désapprouvant le manque de structuration de l'exercice* ». Ils faisaient pourtant partie du même groupe !

Des séances ultérieures réduites à 3 cas cliniques (un par heure) auparavant sélectionnés par l'organisateur pourraient se dérouler selon le plan défini par la HAS [12] :

- Présentation du cas : qu'est-ce qui est arrivé ?
- Recherche et identification de problèmes de soins : comment est-ce arrivé ?
- Recherche de causes et analyse de la récupération : pourquoi cela est-il arrivé ?
- Synthèse et proposition d'un plan d'action : qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

Retentissement sur le soignant

Réduire le retentissement à la culpabilité et au *burn out* serait incomplet. Il ne faut pas oublier d'analyser toutes les

stratégies défensives résultant des situations accidentelles que rencontre le professionnel : déni, évitement, hyperactivisme, addictions.

Traçabilité

Les RMM débouchent sur la production de documents écrits. Il pourrait être envisagé par des organismes nationaux (AFS-SAPS, pharmacovigilance, etc.) de mettre en œuvre des bases de données sécurisées et anonymes dans une optique constructive de recherche de solution préventive. *A posteriori*, il faudra s'assurer que les solutions proposées ne sont pas plus nocives que les dangers qu'elles voulaient éviter.

Conclusion

Cette étude montre que le suicide est un risque critique évitable (RCE) survenant dans des situations fréquentes en soins primaires sur lesquelles des efforts d'amélioration des pratiques professionnelles peuvent être portés. Cette démarche est exigeante et nécessite un apprentissage. L'exemple de la crise suicidaire, en tant que risque critique évitable courant en soins primaires reste tabou malgré le développement de séminaires de formation continue. La RMM, en proposant de partir de la pratique, en passant par l'analyse systémique confrontée aux recommandations de prise en charge, semble permettre au groupe de sortir de son attitude défensive. Elle déculpabilise et propose des solutions. Les questions restantes pourraient être traitées en RMM pluridisciplinaire avec les psychiatres, les urgentistes et les médecins légistes.

Conflicts d'intérêts : aucun

Références :

1. DREES Suicides et tentatives de suicide en France – DREES – coll. Études et résultats, n° 488, mai 2006 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>
2. Mazet P, Darcourt G La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge, John Libbey Eurotext, 2002, 488 p.
3. OMS la prévention du suicide indication pour les médecins généralistes, Genève 2001, http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf
4. OMG Observatoire de la médecine générale : <http://omg.sfm.org/>
5. Colas CE, Charles R, Meyrand B. Les revues de morbi-mortalité sont-elles utilisables en soins primaires ? Première partie : approche méthodologique d'une expérience. Médecine. 2010;6(1):???
6. La rédaction de Médecine : crise suicidaire et médecine générale. Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000. Médecine. 2008;4(6):265-8.
7. Nicot P, Bouet R. Risque suicidaire : peut-on mieux faire ? Le système de soins français entre paradoxes et tabous. Médecine. 2008;4(6):244-6.
8. Alvin P, Bellaton E. Adolescents, comment amorcer le dialogue. Rev Prat Med Gen. 2003;19:1174-7.
9. Binder P, Chaubaud F. Accueil des adolescents en Médecine générale, validation d'un référentiel. Rev Prat Med Gen. 2005;17:1307-13.
10. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine. 2008;4(6):279-83.
11. Observatoire de la Santé Rhône Alpes Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône Alpes 2008. Sur http://www.prsp-ra.com/pdf/pdf_documentation/rapport_indicateurs_territoriaux_ORS.pdf
12. HAS revue de morbidité et de mortalité (RMM) et Médecine Générale, en cours de publication : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf

La crise suicidaire : une revue de morbi-mortalité en médecine générale

Ce qui était connu

- La prévalence importante des tentatives de suicide et suicides en France.
- La fréquence des consultations médicales dans les semaines qui précèdent le passage à l'acte.
- La méthodologie des RMM (et leur intérêt) en secteur hospitalier.

Ce que cette étude apporte

- La faisabilité d'une RMM sur le thème « crise suicidaire » en médecine générale, au sein de groupes constitués pour une évaluation des pratiques professionnelles.
- L'estimation d'une relative « lourdeur » de la méthode, notamment pour ce qui concerne la lecture des articles de référence.
- L'intérêt d'une analyse systémique de la crise et des possibilités d'amélioration.

Les zones d'incertitude

- Les réticences possibles à une méthode considérée – à juste titre – comme exigeante pour les participants.
- La place à privilégier ou non de ces méthodes dans le cadre du futur « DPC obligatoire ».
- Des données analogues dans d'autres populations médicales, notamment les généralistes de métropole.