

M. Laanani

Inserm, CépiDc, hôpital Bicêtre, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

Mots clés : Suicide ; Épidémiologie ; Inégalités sociales de santé ; Inégalités territoriales de santé ; Crise économique

L'objectif de cette communication sera de faire l'état des lieux des connaissances épidémiologiques de la mortalité par suicide, afin de mettre en évidence les disparités sociales et territoriales du suicide en France. Les données disponibles en France sur la mortalité par suicide sont issues de la base de données des causes médicales de décès du CépiDc-Inserm [2], établie à partir des certificats médicaux de décès français. Le CépiDc-Inserm est en charge de la production de ces données, de leur diffusion et de leur analyse [4]. Nous présenterons les indicateurs les plus récents, selon différents axes d'analyses territoriaux et sociaux. L'évolution de ces indicateurs sur la dernière décennie sera discutée. La mortalité par suicide touche trois fois plus les hommes que les femmes en France. Le taux augmente de façon particulièrement forte avec l'âge chez les hommes à partir de 65 ans. La répartition géographique est inégale, le taux étant plus élevé en Bretagne et dans le nord de la France, chez les femmes comme chez les hommes. Une estimation des conséquences imputables à la hausse du chômage pendant la crise économique de 2008 sur le suicide en France sera présentée. La sensibilité de cette estimation a différentes hypothèses, ainsi que sa variabilité selon l'âge, le sexe ou la région de résidence seront discutées. Enfin, les limites des données de mortalité par suicide seront discutées notamment en ce qui concerne la sous déclaration des suicides dans les certificats de décès [1,3].

Références

- [1] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2011;18-47:497-500.
- [2] CépiDc-Inserm. Base de données sur les causes médicales de décès en France. Disponible sur : <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm> [Internet].
- [3] Jouglu E, Rossolin F, Niyonsenga A, Chappert JL, Johansson LA, Pavillon G. Comparability and quality improvement of European causes of death statistics - Final report. European Commission - DG Sanco Agreement; 2001.
- [4] Rey G. Données de décès par suicide. In: « Stress au travail et santé - situation chez les indépendants ». Paris: Inserm; 2011. p. 443-51.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.201>

Être médecin : comment se protéger avant de protéger ?

Président : J.-J. Chavagnat, Centre hospitalier Henri-Laborit, 86000 Poitiers, France

S13A

Faire face au traumatisme du patient, quel impact pour les médecins ?

L. Jehel^{a,b,c,d}, M. Evans^{a,b,c,d}, J.-L. Sigward^{a,b,c,d}, C. Debien^{a,b,c,d}

^a Université Antilles-Guyane, UAG, 97200 Fort de France, Martinique

^b Martinique University Hospital (CHUM), Fort de France, Martinique

^c Inserm U669, Paris-Sud University and Paris-Descartes University, Paris, France

^d Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (EA 4569), Paris, France

Mots clés : PTSD ; Psychotraumatisme ; Psychiatres ; Médecins ; Traumatisme vicariant ; *Burnout*

L'exercice de la médecine est un compromis permanent entre la vie et la mort, entre puissance médicale et risque d'échec. Un exercice d'autant plus complexe qu'il est soumis aux contraintes d'une organisation institutionnelle mouvante et d'une charge de travail croissante. Par essence, les psychiatres sont exposés à une charge émotionnelle intense dans leurs échanges avec des patients souffrants et traumatisés, d'autant qu'il leur est recommandé de faire preuve d'empathie. Ainsi les médecins présentent un risque important de *burn out*, avec 49 % d'épuisement émotionnel chez des psychiatres italiens par exemple. Les comorbidités du *burn out* restent la dépression, le suicide, les addictions. Le risque suicidaire est plus élevé chez les médecins (les hommes médecins sont 1,4 fois plus à risque de commettre un suicide que les hommes non-médecins) et seulement 1/5 déclarent qu'ils iraient chercher de l'aide s'ils souffraient d'une maladie mentale. Être thérapeute auprès de victimes de traumatismes peut entraîner une souffrance psychologique cumulée se manifestant sous forme de certains symptômes post-traumatiques révélant un traumatisme vicariant ou secondaire. L'usure de compassion, terme parfois utilisé comme synonyme, est pourtant quant à elle conceptualisée comme la somme de deux entités : le trauma vicariant et le *burn out*. La vulnérabilité à ces modifications cognitives est d'autant plus grande chez les soignants qu'ils présentent une exposition personnelle à des événements traumatisants importants. L'élaboration d'échelles d'évaluation validées permet de mener des études sur ces différentes dimensions (« usure de compassion », traumatisme vicariant, *burn out*,...) parfois comprises comme conséquences néfastes de stratégies de *coping* dépassées. En France, le développement de la prise en soin des victimes de psychotraumatisme, doit conduire à étudier l'impact de celui-ci sur les personnels soignants.

Pour en savoir plus

Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Secondary trauma issues for psychiatrists. *Psychiatr Times* 2010;27(11):24-26.

Devi S. Doctors in distress. *Lancet* 2011;377(9764):454-455.

Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6:186-189.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.202>

S13B

Les pistes de prévention auprès des médecins : de l'étudiant au médecin chevronné

D. Levy-Chavagnat

Centre hospitalier Henri-Laborit, 86000 Poitiers, France

Mots clés : Santé des soignants ; *Burn out* ; Médecine de prévention ; Suicide

Longtemps la profession médicale a été perçue comme une « vocation » qu'on embrassait comme on rentrait dans les ordres ou en religion... Cette représentation faisait du médecin un être à part, un peu « désincarné ». De plus si on se réfère à Hippocrate – que tout jeune médecin thésard découvrirait à travers son serment – : « le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint, car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état, ne sauraient soigner convenablement les autres ». Ce précepte encore actuel, a donné naissance à des générations de médecins – super héros, dévoués entièrement à l'humanité souffrante mais souvent au détriment de leur propre santé. Et pourtant conserver un corps et un esprit sains est indispensable pour soigner les autres. Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre devrait être enseigné dès les études de médecine et rester le mot-clé du médecin durant toute sa carrière. En effet très vite on pensera au « médecin blessé » dont C.G. Jung parla le premier en 1951. Il reprit le mythe de Chiron, père de la Médecine et maître d'Esculape qui considérait comme le redira Platon que « les plus habiles des médecins seraient ceux qui n'étant pas eux-mêmes d'une complexion saine, auraient souffert de toutes les maladies ». En fait toutes les études et en particulier un

rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2008, le détaillent : les médecins sont vulnérables, se soignent pas ou mal ; le *Burn Out*, le taux de suicide, l'alcoolisme sont bien supérieurs à ceux de la population générale. C'est ainsi que l'APSS est née : (Association pour les Soins aux Soignants). Son but est de promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive depuis l'Université, instaurer une médecine préventive pour tous, mais aussi engager « un contrat thérapeutique » sur le modèle des confrères espagnols. De plus, le patient entretient une vision de la santé idéalisée où le droit à la guérison absolue serait un devoir imposé aux soignants et la maladie en particulier chronique puis la mort un échec ! Nous allons donc mettre en évidence les facteurs de risque, mais surtout de protection que dès le début des études le médecin devra essayer de développer, et expliquer le système de solidarité inter-générationnelle proposé par l'Ordre des médecins.

Pour en savoir plus

Chabrol A. Les médecins : des patients pas comme les autres. Le magazine de l'ordre national des médecins. septembre-octobre 2008.

Colloque vulnérabilité et souffrance du soignant, Paris, 4 décembre 2008.

Jung CG. Fundamental questions of psychotherapy, 1951.

La souffrance du médecin : thème de la journée organisée par l'Ordre des médecins à Lyon 28 mars 2010.

Léopold Y. Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ? Informations ordinales. 2003.

Tholin S. Épouse PELLARIN ; thèse : Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement. Thèse de médecine, Lyon 2008, 249 pages, 1 tableau, 1 illustration.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.203>

S13C

Protections nécessaires dans l'intervention psychothérapeutique de crise

V. Dubois

Clinique universitaire Saint-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique

Mots clés : Intervention de crise ; Cadre thérapeutique ; *Burn out* des soignants

La pratique de crise se transforme dans de nombreux pays européens. En Belgique, une réforme majeure de l'organisation des soins est en cours et oblige notamment les praticiens en santé mentale à sortir des murs de l'hôpital et développer une pratique au domicile des usagers. Plus que jamais, outre le contenu de nos interventions, il faut penser le cadre de celle-ci et particulièrement les éléments de protection nécessaires aux soignants pour être opérant. Deux dimensions nous semblent prioritaires : le cadre thérapeutique et le bien-être de l'intervenant. Du côté du cadre thérapeutique, la lisibilité et la clarté du mandat, la répartition des rôles dans le travail multidisciplinaire et la transmission des informations vis-à-vis de l'extérieur quel qu'il soit sont des points à bien appréhender. En ce qui concerne le bien-être du soignant, ici, plus que jamais, les risques d'inconfort et d'épuisement sont majeurs. Il faudra donc penser des dispositifs capables de les cerner et d'y apporter des solutions.

Pour en savoir plus

Nicaise P, Costa J, Dubois V, Lorant V, & the "Title 107" Study Group. The mental healthcare system reform in Belgium: assessing network outcomes and inter-organisational effectiveness. *Eur J Public Health* 2011;21(Suppl. 1):163.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.204>

Être(s) psychiatre(s) : du pourquoi au comment ? (Symposium du Comité Jeunes Psychiatres et de l'AFFEP)

Président : L. Bindler, Clinique Psychiatrique du Parc, 44000 Nantes, France

S19A

Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie : résultats de l'enquête de l'AFFEP auprès des internes

D. Sebbane

EPSM Lille Métropole, 59000 Lille, France

Mots clés : Psychiatrie ; Interne ; Profil identitaire ; Sociologie

« L'interne de psychiatrie n'est pas là par hasard ! », « il préfère la littérature à la science ! », « il a raté l'Examen Classant National non... ? »

Voilà nombre de représentations qui sous-tendent les nombreux préjugés portés sur les jeunes psychiatres en formation et qui semblent questionner les motivations pour l'exercice de la profession. La psychiatrie semble en effet être une spécialité médicale « à part », qui se distingue des autres par sa spécificité et l'originalité de sa pratique. Les internes de psychiatrie se distinguent-ils tout autant de leurs confrères ? Aucune étude ne s'est encore intéressée au profil identitaire du jeune psychiatre en formation, pourtant les représentations, parfois stigmatisantes, sont nombreuses bien que non objectivées. Alors aujourd'hui, pourquoi devient-on psychiatre ? Quelle est la spécificité des contours de la photographie socio-démographique de l'interne en psychiatrie ? Existe-t-il des prédispositions ou des facteurs communs à ceux qui se destinent à devenir psychiatre ? Aussi, comment l'interne en psychiatrie se projette-t-il dans l'exercice de son futur métier ? Pouvons-nous dresser une esquisse de ce que sera le paysage de la pratique des psychiatres à l'avenir ? Voilà autant de questions auxquelles l'Association Fédérative Française des Étudiants de Psychiatrie (AFFEP) a tenté de répondre à travers une enquête nationale menée auprès de 1299 internes dont 760 internes de psychiatrie, 253 internes de médecine générale, 124 internes d'anesthésie-réanimation, 60 internes de neurologie et 45 internes de chirurgie orthopédique. La méthodologie a consisté en l'envoi d'un questionnaire anonyme par mail à tous les internes français inscrits sur les mailing-listes nationales des cinq spécialités citées. Les résultats de cette enquête viennent certes confirmer quelques idées mais en bousculent aussi beaucoup d'autres.

Pour en savoir plus

Andlauer O, et al., Factors influencing French medical students towards a career in psychiatry. *Psychiatr Danub* 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.205>

S19B

Début de carrière : comment éviter les mauvais plans ? Un point sur les statuts et la richesse des modes d'exercices de la psychiatrie

O. Andlauer

CHU de Besançon, 25000 Besançon, France

Mots clés : Carrière ; Psychiatrie publique ; Libéral ; Médicosocial
La psychiatrie constitue une spécialité variée, y compris dans ses possibilités de modes d'exercices. Cependant, les premiers stages d'internes ne permettent pas toujours d'appréhender toutes ces opportunités [1]. Existe-t-il des bons plans à ne pas rater, et des mauvais à surtout éviter ? L'hôpital public permet une pratique proche de ce que l'interne a connu au cours de son internat, et de débiter une carrière de psychiatre de secteur ou universitaire.