

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 saurait 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