

possible que se sont développées les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Ce dispositif semble nouveau mais en fait il n'en est rien puisque les premières sont apparues en milieu des années 90 et ont atteint leur majorité. D'autres plus récentes sont apparues après la circulaire du 23 novembre 2005 cadrant les actions de ces équipes. Depuis, elles se sont déployées avec plus ou moins de moyens, tant auprès du public en grande précarité qu'auprès des acteurs sociaux de première ligne. Une enquête avait été réalisée en 2007 puis en 2011. Elle a été réitérée cette année auprès de plus d'une centaine d'EMPP. Les résultats mettent en évidence l'ampleur des besoins et la saturation de ces équipes qui couvrent au fil des ans un territoire de plus en plus large. Les intervenants proposent une photographie de l'existant et le partage d'une réflexion sur la prise en charge des malades mentaux en grande précarité, à partir d'une expérience de terrain.

*Pour en savoir plus*

Alezzah C et al. Psychotiques et sans abri, quelles réponses ? Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2002;54:73–78.

Alezzah C. Considérer l'autre comme semblable. Info Psychiatr 2005;333–336.

Mercuel A. La souffrance psychique des sans abris. Éditions Odile Jacob, 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.198>

## Session thématique : Inégalités sociales et territoriales de santé mentale

Président : L. Plancke, Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale, 59000 Lille, France

S6A

### Social inequalities in antidepressant treatment

A. Bocquier<sup>a</sup>, S. Cortaredona<sup>a</sup>, H. Verdoux<sup>a,b</sup>, P. Verger<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Observatoire régional de la santé, Paca/UMR 912 SESSTIM/Aix Marseille université, 13006 Marseille, France

<sup>b</sup> Inserm U657, Bordeaux University, 33000 Bordeaux, France

**Keywords:** Antidepressive agents; Access to health care; Factors; Socioeconomic; Multilevel analysis

**Purpose.**– We studied the relation between individual and neighborhood socioeconomic characteristics and the probability of:

- new long-duration antidepressant treatment;
- early antidepressant discontinuation.

**Methods.**– We followed two cohorts of inhabitants of Marseille (aged 18–64 years) covered by the National Health Insurance Fund (NHIF) for 2.5 years. In the first cohort (316,412 individuals in 2008), we studied new long-duration antidepressant treatments ( $\geq 4$  antidepressants prescription claims within 6 months after the index claim, and none in the 6 months before). The second cohort was restricted to the 14,518 individuals with a new episode of antidepressant treatment prescribed by a private GP in 2008–2009 to study early treatment discontinuation:  $< 4$  antidepressant prescription claims in the 6 months following the index claim. We developed a deprivation index at the neighborhood level (census block) and used multivariate multilevel logistic models adjusted for consultations with GPs and psychiatrists. In the second cohort, analyses were further adjusted on GPs characteristics.

**Results.**– First cohort: the probability of new long-duration antidepressant treatments was negatively associated with both individual low income and neighborhood deprivation. Second cohort: low income, and prescribers' clientele composition (high proportion of disadvantaged patients) were independently associated with an

increased risk of early discontinuation. A significant interaction was found between low income and gender.

**Conclusions.**– Our results add further evidence supporting the existence of inequalities in antidepressant treatment at both the individual, GP and neighborhood levels, and that these inequalities occur principally during the processes of care. Inequalities in antidepressant continuation are more pronounced among women. Further research is warranted to improve our understanding of their mechanisms.

*Further reading*

Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. J Epidemiol Community Health 2009;63:575–581.

Bocquier A, Cortaredona S, Verdoux H, et al. Social inequalities in new antidepressant treatment: a study at the individual and neighborhood levels. Ann Epidemiol 2013;23:99–105.

Mair C, Diez Roux AV, Galea S. Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. J Epidemiol Community Health 2008;62:940–946.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.199>

S6B

### Les disparités dans l'offre publique de soins en psychiatrie

M. Coldefy

Institut de Recherche et de Documentation en Économie de Santé (IRDES), 75018 Paris, France

**Mots clés :** Psychiatrie ; Territoires ; Offre de soins ; Disparités

Le système français de prise en charge de la santé mentale se caractérise par une diversité des organisations, des financements, des structures et des modalités de soins et d'accompagnement (Coldefy, 2005). Il peut être considéré comme quantitativement important, notamment en regard de ce qui est consacré à la psychiatrie en termes d'équipement et de ressources humaines dans d'autres pays, et qualitativement innovant, de par l'organisation pionnière en réseau de son offre hospitalière publique (le secteur psychiatrique) (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli et Mousquès, 2009). L'atlas 2005 de la santé mentale produit par l'OMS (World Health Organization, 2005) place la France dans les sept premiers pays au monde pour la densité de psychiatres et d'infirmiers exerçant en santé mentale, avec respectivement 22 psychiatres et 98 infirmiers pour 100 000 habitants, et dans les quinze premiers pour le nombre de lits par habitant avec 12 lits pour 10 000 habitants. Cependant, la prise en charge de la santé mentale en France est marquée par de fortes disparités territoriales. Si le secteur de psychiatrie constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, les capacités et les moyens humains, mais également les pratiques organisationnelles sont très disparates, de même que le degré d'engagement vers une psychiatrie communautaire. À ces disparités propres au secteur psychiatrique, s'ajoutent des disparités d'implantation de l'offre de soins non sectorisée (établissements privés, certains services psychiatriques universitaires, psychiatres libéraux) mais aussi des structures d'hébergement et d'accompagnement médico-social et social pour les personnes en situation de handicap psychique. Les différents acteurs du champ de la psychiatrie et de la santé mentale sont appelés avec la loi HPST, à contribuer ensemble à la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires de santé. Nous proposons dans cette communication de caractériser les disparités d'offre entre territoires de santé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.200>

S6C

### Les facteurs associés à la variation de la mortalité par suicide en France

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<sup>a,b,c,d</sup>, M. Evans<sup>a,b,c,d</sup>, J.-L. Sigward<sup>a,b,c,d</sup>, C. Debien<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Université Antilles-Guyane, UAG, 97200 Fort de France, Martinique

<sup>b</sup> Martinique University Hospital (CHUM), Fort de France, Martinique

<sup>c</sup> Inserm U669, Paris-Sud University and Paris-Descartes University, Paris, France

<sup>d</sup> 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