



HAL
open science

Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient nord-sud ?

Barbara Ivana Lantier

► To cite this version:

Barbara Ivana Lantier. Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient nord-sud ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02386596

HAL Id: dumas-02386596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02386596v1>

Submitted on 7 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS - UNSA
FACULTÉ DE MÉDECINE - CHU DE NICE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Mlle Lantier Barbara Ivana (née le 05 juillet 1984)

« *Suicide des Externes, Internes, Docteurs en Médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient Nord-Sud ?* »

Présentée à la Faculté de Médecine de Nice,
soutenue publiquement le 25 Septembre 2019
Thèse dirigée par le Docteur KARDOUS Robin

Membres du Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Monsieur le Professeur GARDON Gilles

Madame la Docteure LANCREROT Sarah-Line

Madame la Docteure PLANCHARD Jo-Hanna

Monsieur le Professeur QUATREHOMME Gérald

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr DELLAMONICA jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Cette œuvre est mise à disposition sous licence Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> ou écrivez à Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Michel BENOIT : je vous remercie confraternellement pour votre intérêt particulier, votre disponibilité, votre aide pour concrétiser mon projet de Thèse , et car j'ai l'Honneur de vous avoir comme Président du Jury de ma Thèse .

Dr Robin KARDOUS : je te remercie vivement pour avoir accepté de diriger ma Thèse de Médecine Générale. Je te suis reconnaissante pour ton intérêt pour la Thématique choisie, pour m'avoir orientée, et toujours soutenue, au cours de ce cheminement .

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME : je vous remercie sincèrement pour votre intérêt, votre disponibilité, et pour l'Honneur que vous me faites en participant à mon Jury de Thèse.

Monsieur le Professeur Gilles GARDON : je vous suis reconnaissante pour votre attention singulière, et votre disponibilité, grâce auxquelles j'ai l'Honneur de vous compter dans mon Jury de Thèse .

Docteure Jo-Hanna PLANCHARD : Je vous remercie pour votre intérêt et votre disponibilité ; en effet j'ai l'Honneur de vous compter parmi les Membres de mon Jury de Thèse.

Docteure Sarah-Line LANCREROT : chère Consoeur et amie, je te remercie pour ton soutien et tes conseils bienveillants dans toutes situations. Je reconnais la chance de te compter dans mon Jury, et parmi mes proches, grâce à ta sincérité et ton ouverture d'esprit.

- À tous les interlocuteurs au fil de ma recherche, hélas trop nombreux pour tous les citer, notamment : le Dr B. BOYER, le Pr P. CLAVELOU, les Départements de Médecine Générale de Nice, de Strasbourg, les Départements de Médecine Générale et autres Spécialités à la Réunion, Mr B. DUBOUIS , le Dr E. GODART, le Dr E. HENRY, Mme É. HUYNH-VAN, Infosuicide.org, le Dr F. JOVER , le Dr J. MORALI , Mr L. PLANCKE , le Pr J-S. RAUL , Mr G. REY , le Dr C. SACCARDY, le Pr J-L. SERRES , le Syndicat Jeunes Médecins, le Pr J-L.TERRA , le Dr C. THIERY , le Pr P.VIDAILHET , le Pr A. WINER , ainsi qu'à tous les répondants à mon Questionnaire , quelles que soient vos réponses : je vous suis pleinement reconnaissante , car vous m'avez accordé votre intérêt et votre temps précieux , appris , soutenue aussi , et m'avez orientée vers d'autres questionnements et perspectives . Vous avez tous contribué à la réalisation de mon Projet de Thèse.

- Aux très nombreux :

Enseignants, Formateurs, Praticiens Médicaux, Paramédicaux, Patients et leurs familles bien sûr, dès ma 1^{ère} année en Faculté de Médecine, tout au long des Stages dans les Hôpitaux, dans les Cabinets Médicaux, au domicile des Patients ; et de manière plus générale, à tous ceux ayant participé à mon éducation et « pris soin » de moi :

je vous dédie toute ma gratitude, pour avoir suscité en moi la passion pour la Médecine, pour les Soins justes et de qualité aux Patients, pour l'écoute des Patients, de leurs proches, et des Collègues.

À travers les « épreuves », tant théoriques que pratiques, chacun de vous, « Maître à sa manière », m'a enseigné et continuera de m'enseigner, par d'excellents exemples et contre-exemples, les aspects scientifiques, humains et humanistes, essentiels dans l'« Art Médical ». Mais aussi les « armures » pour se faire respecter, et ainsi perdurer, car l'on doit réapprendre perpétuellement, pour exercer une Médecine éclairée, multidisciplinaire, et empathique.

- À Ma', Magda, ma famille, Agustín, mes amis, la vie, la Musique, ici et Outre – Atlantique :

je vous suis infiniment reconnaissante pour votre compréhension, votre soutien « contre vents et marées » parfois, votre amour et bienveillance inconditionnels, pendant le long chemin de mes études pour devenir Médecin. Je vous aime, et reconnais la chance de vous avoir auprès de moi : je m'efforcerai d'être toujours là pour vous le témoigner.

- Enfin, à toutes les « étoiles » des Collègues et Formateurs entre autres, disparus trop tôt : je vous dédie cette recherche, en Hommage à votre travail et vos vies.

« Como la cigarra » -Maria Elena Walsh

*« ...Tantas veces te mataron, tantas resucitarás, Cuántas noches pasarás desesperando,
Y a la hora del naufragio, y a la de la oscuridad, Alguien te rescatará, para ir cantando,
Cantando al sol como la cigarra, Después de un año bajo la tierra
Igual que el sobreviviente, Que vuelve de la guerra ... »*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	13
I - INTRODUCTION	14
II - RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE PAR THÉMATIQUES.....	16
A : II 1 - Rappels sur les chiffres du Suicide, dans la Population Générale, et leur évolution, à l'échelle mondiale.....	16
II 2 - Rappels sur les chiffres du Suicide, toutes Catégories socio-professionnelles confondues, et leur évolution, en France.....	18
II 3 - Rappels sur les chiffres du Suicide dans la Population Étudiante en Médecine et Médicale, et leur évolution, dans les autres pays	22
II 4 - Rappels sur les chiffres du Suicide, dans la population Étudiante en Médecine et Médicale, et leur évolution, en France.....	23
B : II 1 - Rappel des FDR du Suicide à l'échelle mondiale, dans la Population Générale.....	25
II 2 - Rappel des FDR du Suicide dans la Population Générale, en France.....	26
II 3 - Rappel des FDR du Suicide dans la Population Étudiante en Médecine et Médicale, dans les autres pays.....	28
II 4 - Rappel des FDR du Suicide, dans la population Étudiante en Médecine et Médicale, en France.....	29
C : II 1 - Quelques Notions de Facteurs protecteurs du Suicide, et Dispositifs de Prévention du suicide pour la Population Générale, à l'échelle mondiale.....	31
II 2 - Quelques notions de Prévention du Suicide pour la Population Générale, en France.....	32
II 3 - Quelques notions de Prévention du Suicide pour la Population Étudiante en Médecine et Médicale, dans les autres pays	33
II 4 - Dispositifs de Prévention du Suicide, pour la Population Étudiante en Médecine et Médicale, en France (<i>liste non exhaustive</i>)	34
D : Quelques Notions de Postvention du Suicide dans la population générale, à l'échelle Mondiale.....	40
III - MATÉRIEL – MÉTHODES.....	41
III 1 - <u>1^è partie</u> : Étude principale - Étapes du Protocole de Recherche des Cas de Suicide.....	41
III 2 - Sources de données potentielles interrogées.....	42

III 3 - <u>2^e partie</u> : Questionnaire envoyé aux Médecins membres du Corps Enseignant dans les huit CHUs /« Régions » étudiés	43
III 4 - Moyens de diffusion du Questionnaire.....	43
IV - RÉSULTATS.....	44
IV 1 - Recueil des cas étudiés.....	44
IV 2 - Réponses au Questionnaire par le Corps Enseignant.....	48
V - DISCUSSION – CONCLUSION.....	60
VI - BIBLIOGRAPHIE.....	72
VII - ANNEXES.....	77
<u>DOCUMENTS :</u>	
1) Note d'information envoyée aux Institutions concernées par un protocole de recherche dans le cadre d'une Thèse d'Exercice de Médecine Générale - CHU Nice.....	77
2) <u>1^{ère} partie de la recherche</u> : Sélection de Réponses obtenues aux sollicitations, à titre indicatif.....	79
3) Cas exclus, à titre indicatif	80
4) Cas exclus , selon les éléments biographiques retrouvés , à titre indicatif.....	80
5) <u>2^e partie de la Recherche</u> : Questionnaire de 20 Questions à Choix Multiples aux Membres Enseignants / Formateurs des huit CHUs/ Régions étudiées.....	82
6) Sélection de Réponses obtenues pour la diffusion du Questionnaire, à titre indicatif.....	83
7) Détails de la Classification des « Pôles de Spécialités » des Répondants au Questionnaire.....	84
8) Sélection de Commentaires libres des Répondants selon la Question.....	85
9) Sélection de Commentaires libres - Fin de Questionnaire.....	89
<u>ILLUSTRATIONS :</u>	
* <u>Graphiques</u> : 1) Schéma issu du 1er rapport de l'ONS – 2014 (6).....	94
2) Cas exclus, 1 ^{ère} partie de la Recherche, à titre illustratif (deux graphiques).....	94
* <u>Tableaux</u> : 1) Rapport sur le suicide de l'OMS -2014 (10) (un Tableau).....	95
2) Rappel des Items de l'I-ECN 2017 (33).....	96
3) Cas exclus, 1 ^{ère} partie de la Recherche, à titre illustratif (dix Tableaux).....	96
SERMENT D'HIPPOCRATE	99
ABSTRACT (Résumé en Anglais).....	100

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de Santé & Médecins Libéraux	FHF : Fédération Hospitalière de France
AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et aux Soignants	FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non lucratifs
AMSA : American Medicine Students Association	F2RSMPsy : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie Hauts de France
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (devenue en 2004 HAS) , ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France	GEPS : Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	HCL : Hospices Civils de Lyon
ANSP : Agence Nationale Santé Publique	IML : Institut(s) Médico-Légal(aux)
APA : American Psychiatric Association	IMV : Ingestion Médicamenteuse Volontaire
AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	INDS : Institut National des Données de Santé
AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris	INPH : Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
APPS : Association de Promotion des Soins aux Soignants	INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord Est	InVS : Institut de Veille Sanitaire (1998 => devenu Santé Publique France en 2016)
ARS : Agence Régionale de Santé	ISNCCA : InterSyndicat National des Chefs de Cliniques et Assistants des hôpitaux de France (=> devenu Syndicat Jeunes Médecins)
ASRA : Réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes	ISNI : Inter-Syndicale Nationale des Internes
ASSPC : Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes	MG : Médecine Générale / Médecin(s) Généraliste(s)
ATD : Anti-Dépresseurs	MOTS : Association Médecins, Organisation, Travail, Santé
AVP : Accident de la Voie Publique	OMS : Organisation Mondiale de la Santé (= WHO en anglais)
BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire	ONS : Observatoire National du Suicide
BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire	PAIMM : Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (Barcelona 1998 = Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade)
BIPE : Bureau d'Interface Professeurs Étudiants	PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France	PASS : Programme d'Aide Solidarité Soignants
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	PDS : Professionnels de Santé
CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès	PEC : Prise En Charge
Cosmop : Cohorte pour la Surveillance de la MOrtalité par Profession	PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CEPIM : CEntre de Prévention et d'Intervention contre le harcèlement, le sexisme et la Maltraitance des étudiants et des internes	PRFI : Pays à Revenu Faible et Intermédiaire
CEREES : Comité d'Expertise pour les Recherches, Études et Évaluations dans le domaine de la Santé (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation)	QVT : Qualité de Vie au Travail
CFAR : Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs	RPS : Risques Psycho-Sociaux
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10 ^e révision (1993)	RR : Risque Relatif
CME : Commission Médicale d'Établissement	SPS : association Soins aux Professionnels de Santé
CNG : Centre National de Gestion	SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
CNJC : Conseil National des Jeunes Chirurgiens	SAIHL : Syndicat Autonome des internes des Hôpitaux de Lyon
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins	SIHP : Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris
CNPS : Centre National des Professions libérales de Santé	SMART : Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail
CO : Monoxyde de Carbone	SMR : Ratio Standardisé de Mortalité
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle	SNAM-HP : Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics
DADS : Déclaration Annuelle de Données Sociales	SNJAR : Syndicat National des Jeunes Anesthésistes Réanimateurs
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins	SNPHARe : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs
DIM : Département de l'Information Médicale	SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France
DIRAM : DIRection de l'Assurance Maladie - en région	T.A.BOU : dispositif (lire « T'es a Bout ») à Lyon , se composant d'Internes
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques	TCA : Troubles du Comportement Alimentaire
DSPAP : Direction interdépartementale des Services actifs Placée sous l'Autorité du Préfet de Police	TGI : Tribunal de Grande Instance
EAPH : European Association for Physician Health	UQAM : Université du Québec À Montréal
EDP : Échantillon Démographique Permanent	URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne	URPS : Unité Régionale des Professionnels de Santé
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif	WHO : World Health Organization (= OMS en français)
FDR : Facteur(s) de Risque	

I – INTRODUCTION

Dans une région du « Nord » de la France, en 1^è année de Médecine, j'apprends qu'un étudiant de 19 ans s'est suicidé il y a quelques années, alors qu'il doublait sa PCEM1. Puis en DCEM1, l'on m'informe du suicide d'un de mes Co-externes, en se précipitant depuis chez lui. La même année, une autre co-externe - aussi - précipitée, décède dans notre Service de Réanimation. Plus tard, ce sera le cas d'une de mes anciennes Chefs - aussi - précipitée, depuis son Service. Ensuite, l'on me raconte qu'un des Internes « très apprécié » du Service où j'étais en Stage, s'était suicidé récemment. Un peu plus tard, un jeune Urgentiste, se sera - lui aussi- précipité depuis son domicile. Puis, en tant que FFI en Psychiatrie, avant de rejoindre le « Sud » pour l'Internat, je découvre que l'ancienne FFI à ma place un an auparavant, s'était suicidée, retrouvée pendue sur son lieu de travail.

Par la suite, faisant mon Internat dans le « Sud » de la France, j'observe une certaine différence. Après deux ans d'Internat, j'apprends le suicide d'un Interne de Chirurgie dans un autre CHU proche. Puis celui d'un externe de mon CHU.

Points en commun néanmoins face à ces suicides : un certain mutisme collectif est ressenti, et aucun débriefing spécifique, ni « communication extra-ordinaire », ni formation dédiée, etc ... ne nous auront été ouvertement proposés, ni au Nord ni au Sud de la France . Faits suffisamment tragiques et déconcertants pour entreprendre cette recherche.

- En 2003, 1^{ère} enquête française menée par le Dr Yves LEOPOLD **(1)** retrouve une Incidence des suicides de 14% pour les Médecins, contre 5,6 % dans la population générale à âge comparable en 1999. Le Risque Relatif alors calculé était de : 2,37.

- En 2006, une Étude de la DREES (*citée en 2*) met en évidence dans les secteurs de Santé et d'Action sociale le taux de mortalité par suicide le plus élevé : 34,3 /100 000 , et plus d'idées suicidaires chez les Médecins exerçant seuls.

- En 2008, une étude objective que les Idées suicidaires commencent dès la 1^{ère} année de Médecine (*citée en 2*) .

- En 2011, la Thèse de Karen Lamarche **(3)** , interrogeant 250 Psychiatres , confirme que les moyens de Soutien et de Soins pour les Médecins , sont insuffisamment connus .

- En 2012, la Thèse d' Olivia Vol-Ramoino - sous la direction d'Yves Léopold **(4)** , retrouve divers Réseaux d' Aide aux Médecins en Souffrance , en France et ailleurs (Groupes Balint , URPS , ANPAA , URML , APPS , AAPML , Réseau ASRA , PAMQ , PAIMM , etc ...) .

- En 2013, la Thèse de Gildas Chauvel **(5)**, souligne la problématique de l'isolement en Médecine Générale, et le plébiscite d'une prévention spécifique par les Praticiens interrogés .

La même année, la Thèse de Jessica Chaumet (2) objective un RR de suicide à 7 chez les Anesthésistes et les Chirurgiens, à 5 chez les Psychiatres, à 3,5 chez les MG. Le RR est à 13, supérieur donc chez les hommes Médecins divorcés. Chez les Médecins globalement, on déplore plus de “suicides aboutis”, moins de tentatives d’autolyse, et plus d’idées suicidaires chez les femmes Médecins surtout.

- En 2014, l’ONS publie son 1er rapport (6) coordonné par l’InVS et la DREES. Les Employés des Secteurs de la Santé et de l’Action Sociale sont plus touchés par le suicide. On dénote des inégalités régionales : forts taux en Bretagne, Basse-Normandie, Nord- Pas-de- Calais, et Champagne; alors que le Midi-Pyrénées, le Rhône - Alpes et l’Alsace semblent épargnés.

- En 2015, la Thèse de Lucie Simoens-Blanquart (7), retrouve que 25% des Médecins présentent des idées suicidaires. Les FDR retrouvés sont : l’âge supérieur à 60 ans, le stress des cotisations, de la gestion du cabinet, les litiges personnels et la solitude professionnelle.

- En 2016, la Thèse de Charline Perot (8), rappelle que les Médecins présentent un taux de mortalité plus bas que la population générale pour la majorité des pathologies, sauf pour le décès par suicide. Sur 490 Internes interrogés, 13% ont des idées suicidaires. La spécialité, la charge de travail, la thymie, la souffrance psychique, le burnout, et la consommation de stupéfiants sont corrélés significativement aux idéations suicidaires.

La même année, la Thèse de Claire Aubert-Brothier (9), objective un RR global de suicide parmi les PDS à 1.41. Les femmes sont à risque plus élevé, SMR=1.9. Les Médecins des USA présentent un RR maximal. Le taux de suicide a diminué avec le temps, surtout en Europe. Les Anesthésistes, les Psychiatres et les Médecins Généralistes restent les plus exposés. Il y a 1% de tentatives de suicide et 22% d’idées suicidaires chez les Médecins.

- Dans un 1^{er} temps, selon un 1^{er} Protocole de recherche quantitative rétrospective, nous tenterons de calculer la prévalence des suicides en France, parmi les futurs Médecins et Médecins, entre 2007 et 2017, en nous limitant à huit CHUs / « Régions ». Cela pour objectiver peut-être une différence entre le Nord et le Sud de la France, et secondairement une évolution au fil des années.

- Dans un 2^{ème} temps, nous recueillerons selon un 2^{ème} Protocole (Questionnaire), les avis des Enseignants des CHUs / “régions” étudiés, pour optimiser la prévention du suicide des futurs Médecins et Médecins en France.

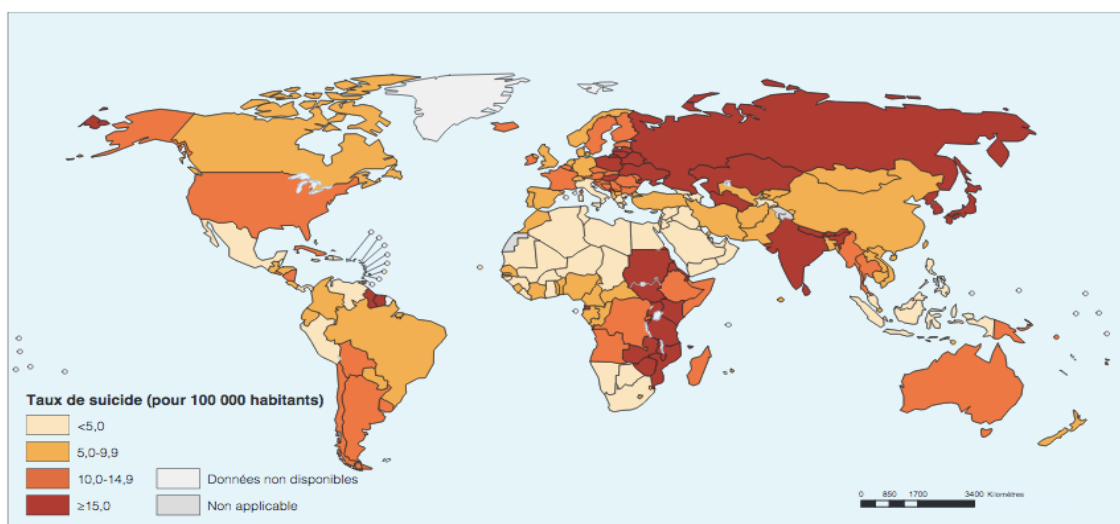
II – RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE PAR THÉMATIQUES

A : II 1 - Rappels sur les chiffres du Suicide, dans la Population Générale, et leur évolution, à l'échelle mondiale

- En 2010, est évoqué dans le rapport de l'INSERM sur le suicide (*cité en 2*) le taux de suicide des hommes en Jamaïque à 0,5 /100 000 contre celui des hommes en Lituanie à 75,6 /100 000 .

- En 2014, l'OMS (**10**) affirme que chaque année, près de 803 900 personnes se suicident, ce qui constitue la 2^{ème} cause de mortalité chez les 15-29 ans. Pour chaque adulte se suicidant, on compte environ 20 autres faisant une tentative d'autolyse. Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France a l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe qui compte 10,2 suicides pour 100 000 habitants (après la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est) . Le taux de suicide serait en augmentation chaque année, dans tous les pays .

Carte 1. Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, 2012



En 2012, standardisés selon l'âge dans les différentes régions du Monde, le taux moyen de suicides pour 100 000 habitants à 11,4 , est partout , sauf dans les PRFI du Pacifique Occidental , supérieur chez les hommes , avec 15 chez les hommes et 8 chez les femmes.

Le classement des régions du Monde par taux de suicides décroissants (*Carte 1*) retrouve en 1^{er} les PRFI Asie du Sud-Est , puis tous les États Membres de l'OMS à revenus élevés , puis PRFI en Europe , puis tous les États Membres à RFI , puis les PRFI d' Afrique , puis les PRFI du Pacifique Occidental , puis PRFI de Méditerranée Orientale , puis PRFI des Amériques en dernier .

- Le taux de suicide standardisé selon l'âge est légèrement supérieur dans les pays à revenus élevés : 12,7 / 100 000 habitants, contre 11,2/ 100 000 habitants dans les PRFI. Cependant, les PRFI (plus peuplés) *totalisent 75,5 % de tous les suicides, contre 24,5 % pour les pays à revenus élevés* . Dans les PRFI, on observe un pic du taux de suicide après 20 ans (> 90 /100 000 hab.), tandis que pour les Pays à revenus élevés, on observe un pic du taux de suicide après 50 ans (> 20/ 100 000 hab.) .

- Le suicide restant un sujet sensible, jusqu'à illégal dans certains pays, fait l'objet d'une sous-notification. Dans les pays possédant un Service d'État civil "efficace", le suicide peut toutefois être classé à tort comme « accident » ou dans les « autres causes de décès ». La notification d'un suicide est une procédure complexe, requérant différentes autorités. C'est pourquoi dans les pays ne possédant pas de système d'État Civil fonctionnel, les suicides ne peuvent être comptabilisés correctement.

Évolution dans le temps : En dépit de l'augmentation de la population mondiale entre 2000 et 2012, on observe une diminution du nombre absolu de suicides : de 883 000 à 804 000, diminution de 9% environ. Néanmoins, il persiste des disparités selon les pays.

- Le taux de suicide standardisé selon l'âge, a baissé de 26 % (23 % chez les hommes, 32 % chez les femmes) sur les 12 années étudiées, dans toutes les régions du monde , *sauf dans les PRFI d'Afrique et chez les hommes des PRFI de la Méditerranée orientale*. Dans les 172 États membres de l'OMS avec plus de 300 000 habitants, les taux de suicide standardisés selon l'âge varient beaucoup : diminution la plus importante de 69 % , et augmentation la plus importante de 270 %, de 2000 à 2012.

- L'amélioration majeure de la santé mondiale au cours de la dernière décennie peut expliquer ces disparités partiellement. Les taux de suicide diminuent plus rapidement que ceux de la mortalité globale (26 % vs 18 %), mais seulement de 8%. A ce rythme, l'on pourrait atteindre une réduction de 10 % du taux de suicide d'ici à 2020 (objectif du Plan d'action pour la Santé mentale de l'OMS) .

Moyens létaux : en 2009, l'étude taïwanaise **(11)** sur le suicide de ses Médecins entre 2000 et 2008, retrouve comme principaux moyens létaux : la pendaison / asphyxie , la noyade , la précipitation de lieux élevés , le monoxyde de Carbone , et l'empoisonnement .

- Au niveau national (10), les données sur les moyens létaux des suicidés sont peu nombreuses. La CIM-10 comprend des codes X pour les "causes externes de morbidité et de mortalité", y compris pour les "méthodes de suicide", et de nombreux pays ne recueillent pas ces informations. Les moyens létaux utilisés dans 72 % des suicides sont méconnus.

- Ces données sont mieux retrouvées dans les pays à revenus élevés, que dans les PRFI. Dans les pays à revenus élevés, un suicide sur deux a lieu par pendaison, puis viennent les armes à feu (18% des cas). L'autolyse par ingestion de pesticides est l'un des principaux moyens létaux dans les PRFI (notamment dans les zones rurales) : 30 % des suicides. Dans les zones très urbanisées (ex : Hong Kong - Chine et Singapour) où la majorité de la population vit dans des gratte-ciels, la précipitation est un moyen d'autolyse courant. En 1998, la combustion du charbon de bois comme moyen d'autolyse, débutée à Hong Kong, s'est très largement répandue à Taïwan. Puis le mélange de produits chimiques pour obtenir du sulfure d'hydrogène (ex : Japon) et l'Hélium également. La plupart de ces nouvelles méthodes ne peuvent être colligées dans les codes actuels de la CIM-10, sauf si les autorités locales décrètent l'utilisation de sous-classifications uniques, réservées aux moyens létaux.

- En 2014 toujours, l'État des lieux du Suicide en France **(12)**, affirme une moyenne de taux de suicide en Europe à 10,2 /100 000 hab.

- En 2019 **(13)** sont évoquées les études menées dans les pays Anglo-saxons grâce aux rapports des *coroners*. Ce sont des officiers judiciaires déterminant les causes et circonstances des décès en cas de *morts violentes, non naturelles ou suspectes*. Ils peuvent pratiquer, ou faire pratiquer un examen externe du cadavre, une autopsie, des analyses toxicologiques, demander une enquête policière, ou l'accès au dossier médical du défunt. En fin d'investigation, ils établissent un rapport pouvant être alors exploité. Elles confirment l'intérêt des données issues d'enquêtes médico-légales accessibles pour la Recherche, la Surveillance et la Prévention des suicides.

II 2 - Rappels sur les chiffres du Suicide, toutes Catégories socio-professionnelles confondues, et leur évolution, en France

- En 2006, le Rapport Cosmop **(14)** est publié grâce à l'INSERM-CépiDC, qui reçoit des données de Certificats de décès depuis 1968, avec codage CIM10 de l'origine du décès. Ce programme a souhaité mettre en place une Cohorte de surveillance systématique de la mortalité, par profession et par secteur d'activité en population générale. Sur 137 860 hommes (dont 35 968 décès) et 105 290 femmes inclus (dont 13 797 décès), avec activité professionnelle sur la période étudiée, l'on note une surmortalité relative, plutôt marquée dans les secteurs industriels et de production. En revanche, l'on observe une sous-mortalité relative dans le secteur agricole et dans certains secteurs du commerce et des services.

Malgré certaines limites (fluctuations d'échantillonnage, facteurs de confusion potentiels : consommation de tabac /alcool), cette 1^{ère} investigation propose des indicateurs de mortalité, par cause et par secteur d'activité professionnelle pour l'ensemble de la population française. Ses résultats sont plutôt cohérents avec les connaissances scientifiques. Elle permet de mettre en évidence certaines pathologies liées à l'activité professionnelle, dans un but de surveillance et d'alerte.

- Ensuite l'enquête Samotrace (*citée en 12*), explore entre 2006 et 2008 le risque suicidaire dans le milieu du Travail, sur 4000 salariés. Elle a pour but d'adapter les stratégies de Prévention du suicide dans le monde du Travail, et envisage une possible « surveillance » de la Santé mentale selon l'activité professionnelle. Le risque suicidaire au travail concerne près de 10 % des femmes, et 7 % des hommes, les catégories sociales les plus favorisées sont les moins concernées. Malgré des résultats «non significatifs», les secteurs de la Santé, de l'Action sociale, des Transports et Communications sembleraient plus affectés par le risque suicidaire. Mais les chiffres ont subi des biais de sélection (Arrêts Maladie, Refus de réponses, salariés exclusivement interrogés, diminution hétérogène des réponses sur les problèmes psychiques, etc....) et sous estiment les prévalences. Les « Questionnaires minimums » ont pu surestimer les risques suicidaires.

- En 2007 en France, l'on recense 10 093 décès par suicide par an, ce qui représente 2 % dans la mortalité toutes causes (530 820 décès) **(15)**. Sept décès par suicide sur dix, touchent des hommes. Chez les plus de 25 ans, le taux de décès par suicide standardisé est le plus élevé 33,2/100 000 chez les divorcés. Puis viennent les célibataires 31,0/100 000. Les hommes veufs se suicident le plus fréquemment : 78,1/100 000, puis viennent les hommes divorcés : 55,5/100 000, et les hommes célibataires : 48,0/100 000. Le taux de suicide chez les femmes divorcées est de 18,9/100 000. Il y a deux fois moins de suicides chez les personnes mariées.

Les données recueillies sont insuffisantes pour analyser les facteurs professionnels et sociaux du suicide, car souvent incomplètes. Le CépiDc suggère de renseigner lors des décès à l'État-Civil, la situation socio-professionnelle. L'aspect multifactoriel incontournable (âge, sexe, statut marital, profession, etc ...) des FDR de suicide est souligné.

-En 2009, les pouvoirs Publics mettent en œuvre le « Plan Stress » **(16)** pour favoriser la Santé au Travail.

-En 2010, l'INSERM (*cité en 17*), publie un rapport sur les 10334 morts par an par suicide, en France. Il apparaît en très légère diminution depuis 20 ans, et concerne surtout les hommes : 73% des suicides. On observe des pics suicidaires entre 45 et 64 ans (40% du total des suicides). Le suicide en France,

est la 1ère cause de mortalité entre 25 et 34 ans (= 20 % du Nombre total de décès). Il est la 2è cause de mortalité entre 15 et 24 ans et entre 35 et 44 ans (= 16 % du nombre total de décès pour chaque groupe). Le 1er mode de suicide des hommes en France est la pendaison ; puis viennent les Armes à feu (18%). Le 1er mode de suicide des femmes en France est l'IMV (31%).

Les biais de cette étude sont : *une Certification médicale hétérogène (Certificats de décès non redirigés vers l'INSERM, ex : *examens médico-légaux de Paris*) , *une Codification médicale de l'origine du décès non univoque : avec 3,5 causes en moyenne notées, mention non explicite (sous-estimation du nombre de suicides) , * Procédures manquant d'exhaustivité, avec sous-évaluation des chiffres entre 14 et 20 % .

- En 2011, dans le BEH (*citée en 2*) on lit que 3,9 % de la population générale a eu des idées suicidaires durant l'année écoulée, avec un pic entre 45 et 54 ans. 7,6 % de femmes, vs 3,2 % des hommes, ont déjà fait une tentative d'autolyse dans leur vie.

- La même année, l'InVS (*citée en 2*) , à partir de données PMSI des établissements de santé retrouve que 65% des tentatives d'autolyse hospitalisées sont des Femmes (IMV surtout) , avec un taux de réhospitalisation pour le même motif de 14 % à 1 an , passant à 23% à 4 ans. Les aspects humains et socio-économiques (90 000 Hospitalisations /an) encouragent les actions de prévention et de suivi post tentative d'autolyse .

- En 2013, la Ministre de la Santé Marisol Touraine (**18**) créé l'Observatoire National du Suicide. En France alors, toutes les 50 minutes a lieu un suicide « abouti », et toutes les 4 secondes, une tentative d'autolyse . Le suicide est alors la 1ère cause de décès chez les 25-34 ans et la 2ème chez les 15-24 ans. À cette occasion, le Professeur Michel DEBOUT (*Professeur de Médecine Légale et de Droit de la Santé, Chef du Service de Médecine Légale au C.H.U. de Saint-Étienne, Expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon*) rappelle que le suicide touche trois fois plus la population générale en France , qu'en Grande-Bretagne, et deux fois plus qu'en Allemagne .

- La même année, une étude exploratoire (*citée en 15*) souligne la richesse potentielle des données dans les rapports des IML, non retrouvées dans les autres bases de données (ex : circonstances du décès, enquêtes de Police ou de Gendarmerie, observations du Médecin Légiste, témoignages des proches , ou encore lettre de la victime, etc ...) .

- En 2014, l'ONS dans son 1er rapport (**18**) retrouve en France, en 2011, 11 400 suicides enregistrés en Métropole, avec trois fois plus d'hommes . Le taux de décès par suicide augmente avec l'âge. Les Agriculteurs, Employés, et Ouvriers ont un risque de suicide deux à trois fois plus élevé que celui des

Cadres. Les détenus ont un taux de suicide, sept fois supérieur à celui des hommes en population générale. Chez les plus de 65 ans, 25% des décès par suicide, s'accompagnent de pathologies somatiques (cancers chez 8%). La France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, après la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est. Les personnels du secteur de la Santé et de l'Action sociale sont davantage concernés par le suicide. Des inégalités régionales apparaissent : forts taux en Bretagne, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, et Champagne, alors que le Midi-Pyrénées, le Rhône - Alpes et l'Alsace semblent épargnés. À noter, les taux de suicides en Île-de-France restent fortement sous-estimés (9,3 / 100 000 hab.), car non transmission des données par l'IML de Paris.

- En 2014 toujours, un état des lieux du Suicide en France (*citée en 12*) affirme que chaque année près de 10 500 personnes se suicident (trois fois plus que les décès par AVP), avec 176 000 à 200 000 tentatives de suicide prises en charge chaque année par les urgences hospitalières. 75% environ des suicidés sont des hommes. Les tentatives d'autolyse comptent 65% de femmes (intoxications médicamenteuses surtout). Les classes d'âge actives sont les plus touchées : les 45-54 ans (>22% des suicides), les 35-44 ans et les 55-64 ans (>17 % pour chaque groupe). Le suicide est la 1ère cause de mortalité des 25-34 ans, la 2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans (après les AVPs). L'incidence du suicide augmente avec l'âge : de 6,4/ 100 000 hab. chez les 15-24 ans, jusqu'à 40,3 /100 000 pour les 85-94 ans.

Le nombre de suicides en France a diminué au cours des 20 dernières années (11 403 en 1990, à 10 524 en 2011) avec un taux de décès par suicide passé de 20,3 pour 100 000 habitants en 1990 à 16,2 pour 100 000 habitants en 2011, mais restant élevé. L'on observe d'importantes disparités régionales: les régions de l'Ouest et du Nord dépassent nettement la moyenne nationale.

Attention les comparaisons internationales doivent être analysées avec précaution, devant l'hétérogénéité de qualité, d'exhaustivité des déclarations, des procédures d'investigation, d'enregistrement et de codage des décès.

- La même année, la F2RSMPsy (**19**) affirme que la région du Nord-Pas-De-Calais (800 suicides/ an) connaît une surmortalité suicidaire de 38 % par rapport au reste de la France, et atteint le 3ème rang français pour le suicide des hommes.

- En 2017, avec environ 9 000 décès par suicide par an, la France garde l'un des taux les plus élevés d'Europe. Santé publique France a publié dans le BEH (**20**), le baromètre 2017. Rapporté au nombre d'habitants, le taux de suicide est le plus élevé dans la région Bretagne (24,7 pour 100 000 habitants), suivie des Pays de la Loire (21,3), des Hauts-de-France (20,7) et de la Normandie (19,5). L'Île-de-France a le taux le plus bas (7,6), moitié moins que la moyenne nationale à 15,8.

- Depuis le 1^{er} janvier 2018 de nouvelles informations sont ajoutées sur les certificats de décès, comme *la survenue du décès lors d'une activité professionnelle*. Sans analyse spécifique, elles paraissent toutefois insuffisantes pour relier finement le suicide au travail. Malgré la problématique croissante dans le débat public, l'épidémiologie des « suicides en lien probable avec le travail » reste mal connue.

- En 2019, l'étude parue dans le BEH de février 2019 (*citée en 13*) retrouve une sous-estimation des décès par suicide à environ 10% en France. En effet, une partie des suicides sont classifiés comme « *morts violentes indéterminées* » ou « *décès de cause inconnue* », quand l'intention n'a pu être caractérisée. Cette sous-estimation est aussi liée à la transmission non systématique et inhomogène au CépiDc, selon les régions, des informations concernant les causes médicales de décès après enquête médico-légale. Les *suicides en lien potentiel avec le travail*, ne peuvent être repérés par les systèmes actuels d'information. Les données des IML constituent une source intéressante pour améliorer la surveillance épidémiologique des suicides.

II 3 - Rappels sur les chiffres du Suicide dans la Population Étudiante en Médecine et Médicale, et leur évolution, dans les autres pays

Les études sur le suicide des Médecins existent depuis plus de 100 ans en réalité. À partir de 1903, on compte diverses études avec de nombreux biais de sélection. Dès 1963, la bibliographie s'enrichit (1).

- En 1976 déjà, l'Étude américaine (21) retrouve que le suicide des futurs Médecins -Médecins, chaque année, atteint l'équivalent d' « une promotion moyenne d'Étudiants en Médecine » aux Etats-Unis . La plupart de ces suicides ont lieu dans la décennie suivant la fin des Études. 20 à 30 % sont associés à des abus de toxiques et 40 % à l'alcool-dépendance.

- En 2009, une étude taïwanaise (11) met en évidence que la majorité des suicides parmi les Médecins taïwanais (61,8 %) concerne des quarantenaires, Médecins Généralistes, Psychiatres, et Chirurgiens, travaillant dans les Services Publics , et vivant en zone urbaine .

- En 2014, une étude italo-suédoise (22) objective des idées suicidaires dans l'année écoulée, pour 18% des Chirurgiens Italiens, et pour 12% des Chirurgiens Suédois.

- En 2015, une étude brésilienne (23) conclue que les décès par suicide surviennent 20 ans plus tôt chez les Médecins.

- En 2016, une étude hongroise **(24)** affirme que les femmes Médecins hongroises, comparées aux femmes des autres CSP, ont une santé mentale de moindre qualité (dépression, idées suicidaires, et troubles du sommeil) en 2003 comme en 2013 .

- En 2017 aux États Unis, le projet documentaire « Do No Harm » (25) de Robyn Symon, s'intéresse aux 400 Médecins américains se suicidant chaque année, avec 900 000 patients se retrouvant sans soignant. Sa page Internet montre le message *«Vous avez perdu un étudiant en Médecine ou un Médecin par suicide? Donnez en sa mémoire. Nous avons besoin de votre aide. »*

- En 2018, le Dr Deepika TANWAR (Psychiatric Program, Centre Hospitalier de Harlem, New York) publie une étude **(26)** confirmant que les Médecins américains ont le taux de suicide le plus élevé comparés aux autres professions et pays : un suicide par jour, taux de suicide de 28 à 40 / 100 000 hab. , plus du double de celui de la population générale (à 12,3 / 100 000 hab.) , et plus élevé que celui au sein de l'armée. Les femmes Médecins font moins de tentatives de suicide que les hommes dans la population Générale, mais leur taux de « réussite » de suicide est de 2,5 à 4 fois celui de la population générale. L'empoisonnement et la pendaison sont les moyens létaux les plus courants chez les Médecins. Fatalement ils ont une « meilleure connaissance des moyens létaux et un accès plus facile ». La Psychiatrie aux Etats-Unis, bat toutes les Spécialités Médicales en termes de taux de suicide. Des études menées en Finlande, Norvège, Australie, Singapour, Chine, entre autres sont évoquées et montrent une augmentation de la suicidabilité chez les Étudiants en Médecine et les Praticiens.

- En 2019, **(27)** le Dr Joy ALBUQUERQUE - Psychiatre, et le Dr Sarah TULK - Généraliste (chercheuses canadiennes), confirment que le Suicide est un risque professionnel pour les Médecins : seule cause de mortalité plus élevée chez les Médecins que les non-Médecins . Comparées aux non-Médecins, les femmes Médecins ont un risque doublé de suicide, alors que les hommes Médecins ont un risque augmenté de 40 %. Comme pour les non-Médecins, les armes à feu sont les moyens létaux les plus fréquents. Les Médicaments sont plus souvent utilisés par rapport aux non –Médecins, et les chocs violents.

II 4 - Rappels sur les chiffres du Suicide, dans la population Étudiante en Médecine et Médicale, et leur évolution, en France

L'intérêt pour ce sujet dans les Études françaises semble plus récent .

- En 2003, la 1^è enquête française du Dr Yves LEOPOLD (1) suite à plusieurs suicides dans le Vaucluse est réalisée. Il a étudié sur 5 ans, 26 départements, sur 42 137 Médecins actifs, et a dénombré 69 suicides sur 492 décès de Médecins . D'où une **incidence des suicides chez les Médecins à 14%, contre**

5,6 % dans la population générale à âge comparable entre 35-65 ans en 1999. En France alors, on compte 5208 suicides sur 93346 décès. Le **RR de suicide chez les Médecins** calculé est alors de : **2,37**.

- En 2006, l'enquête Samotrace (*citée en 4*), retrouve « malgré des résultats non significatifs » que le secteur de la Santé , entre autres , semble plus affectée par le risque suicidaire .

- Début 2008, la CARMF et le CNOM lancent une enquête (1), pour créer une sorte d' «Observatoire des décès » parmi les Médecins . S'intéressant aux Médecins Libéraux, on retient un taux de suicide de 8,1 %, inférieur à la 1^{ère} étude du Dr Y .LÉOPOLD : ce qui correspond à un RR suicidaire à 1,4 . Les informations ont été obtenues grâce à la déclaration anonyme et volontaire des familles endeuillées. Une sous-déclaration est possible, par crainte des implications au niveau des Assurances Vie / de Crédits . (*En effet, en cas de suicide, les Contrats ne peuvent être honorés, et l'Assurance Vie versée aux bénéficiaires serait réduite de 30 %*) .

- De Janvier 2006 à Mars 2008, l'étude (*cité en 4*) portant sur 4000 salariés retrouve un sur-risque de conduites suicidaires chez les PDS dont les Médecins. Mais ses chiffres subissent divers biais de sélection.

- En 2008 toujours, une étude (*citée en 2*) affirme que les Idéations suicidaires commenceraient dès la 1^{ère} année de Médecine .

- La même année, une enquête (*citée en 2*) retrouve le taux de mortalité par suicide le plus élevé à 34,3 /100 000 dans les secteurs de Santé et d'Action sociale , et plus d'idées suicidaires chez les Médecins exerçant seuls.

- En 2014, des Médecins se mobilisent pour combattre le Burn-Out, devant « les 45 médecins qui se suicident - selon le journal (*sources non précisées*) - chaque année en France » **(28)**, victimes d'épuisement professionnel.

- La même année, l'ONS dans son 1er rapport (6) confirme que les Employés des Secteurs de la Santé notamment sont plus touchés par le suicide.

- En 2015, dans un Journal Télévisé français, l'on apprend que chaque année en France, une cinquantaine de Médecins mettrait fin à ses jours (*sources non exposées*) **(29)**.

B : II 1 - Rappel des FDR du Suicide à l'échelle mondiale, dans la Population Générale

- En 2010, dans la revue Soins Psychiatrie (30) l'article de Jehel L, Simon G. , rappelle l'Échelle « Sad Personnas Scale » , soulignant les FDR de suicide chez tout patient , et « quantifiant » ainsi le Risque suicidaire .

ENCADRÉ 1

Échelle d'évaluation du risque suicidaire

- 1/ Homme = 1 pt
- 2/ Âge < 19 ans ou > 45ans = 1 pt
- 3/ Déprimé ou désespéré = 2 pts
- 4/ Antécédents de tentative de suicide = 1 pt
- 5/ Éthylisme, abus de substances actuel = 1 pt
- 6/ Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2 pts
- 7/ Séparé, divorcé ou vie isolée = 1 pt
- 8/ Intention exprimée ou geste organisé = 2 pts
- 9/ Absence de lien social significatif = 1 pt
- 10/ Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2 pts

Le total permet d'évaluer le risque suicidaire, réparti en trois catégories, pour être intégré dans l'évaluation opérationnelle : faible = 0-4; moyen = 5-9; élevé = 10-14.

Source : "Sad Personnas scale" est un entretien semi-structuré, développé par Patterson WM et al. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The Sad Personnas Scale. Psychosomatics 1983; 24(4) : 343-9.

- Selon le rapport de l'OMS en 2014 (10) un cumul de plusieurs FDR aggrave la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. On distingue :

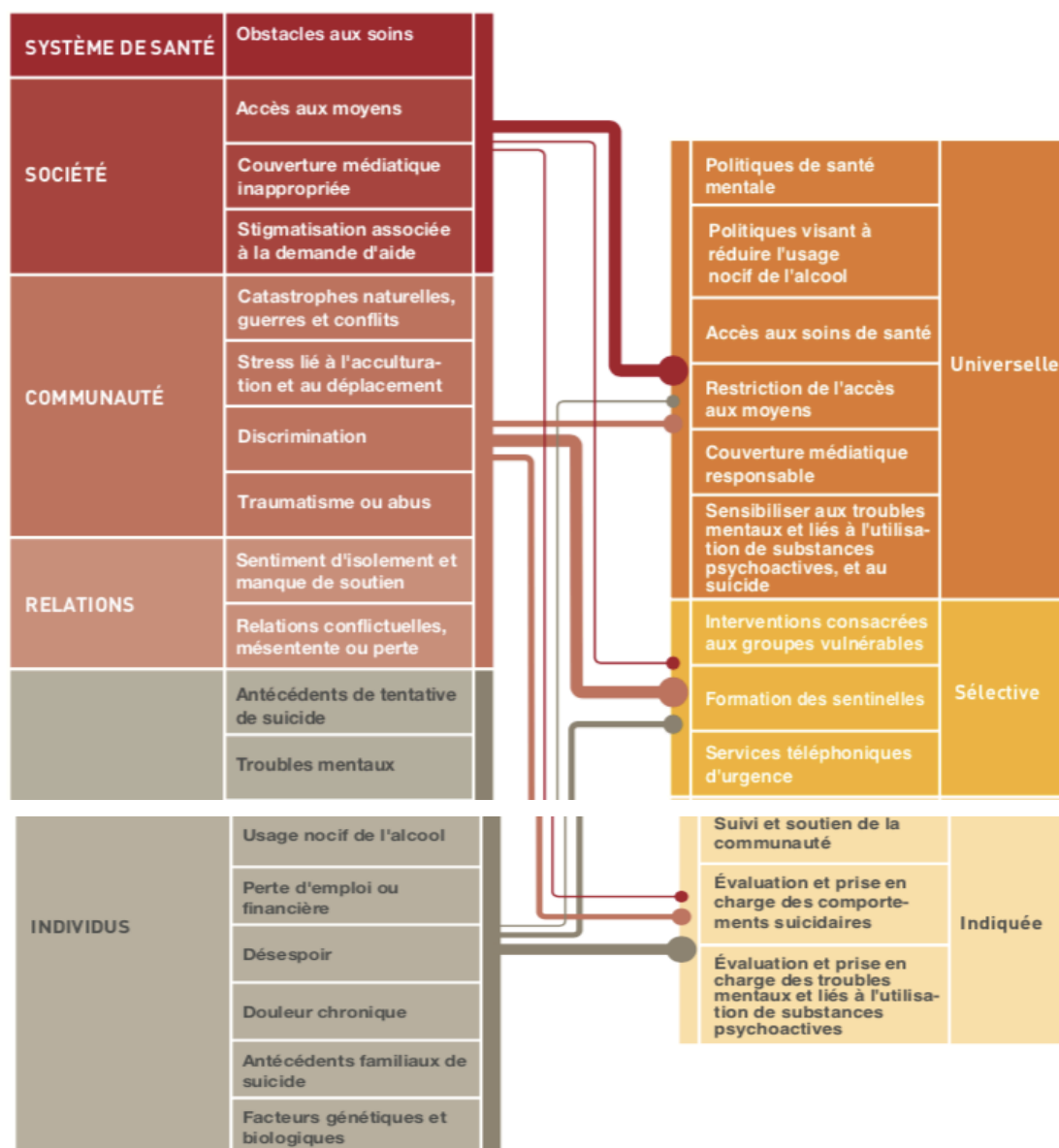
* les FDR liés au Système de santé et à la Société : ex : descriptions inappropriées ou sensationnalistes du suicide dans les médias, augmentant le risque de *suicide mimétique*, la stigmatisation des personnes recherchant de l'aide face à leur comportement suicidaire, les troubles de santé mentale ou la consommation abusive de substances psychoactives , etc...

* les FDR liés à la Communauté et aux Relations : ex : parmi les peuples autochtones, les réfugiés , par la maltraitance, la violence , etc ...

* Les FDR, au Niveau Individuel .

Figure 7. **Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes.**

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



II 2 - Rappel des FDR du Suicide dans la Population Générale, en France

- En 2010, l'étude de l'INSERM (15) retrouve que le Statut matrimonial influe sur le suicide : prévalence du suicide des veufs, supérieure à celle des hommes divorcés ; prévalence du suicide chez les femmes divorcées, supérieure à celle des veuves .
- La même année, dans l'ouvrage du Pr Ph. COURTET (1) sont connus comme à haut risque suicidaire, les patients avec une maladie bipolaire, ou des TCA.

- En 2014 (6), l'ONS retrouve que 40% des Certificats de Décès pour suicide attestent de troubles mentaux. Leur fréquence est supérieure chez les femmes : 49,2% (vs 37,2% chez les hommes), maximale chez les 45-64 ans. Les diagnostics les plus fréquents sont les Troubles de l'Humeur (32,7% des Certificats), puis beaucoup moins souvent (de 5,4% à 2,4%) les conduites addictives (Alcool), troubles anxio-dépressifs ou troubles de l'adaptation, puis troubles psychotiques. Un contexte dépressif est retrouvé dans 34,8% des suicides.

- La même année, malgré le « rôle bénéfique » connu du travail sur l'individu, certaines situations en milieu professionnel, peuvent toutefois provoquer des souffrances psychiques parfois aiguës, devenant alors un FDR de suicide (12). L'on parle de RPS dans le milieu professionnel, car ils compromettent l'intégrité physique et mentale des travailleurs, et le bon fonctionnement des entreprises *in fine* (outils proposés dans www.travailler-mieux.gouv.fr).

- En 2017, le volet médical complémentaire du Certificat de Décès est créé par décret. Il doit être rempli par le Médecin recherchant la cause de décès, en cas de mort suspecte ou violente (*cité en 13*).

- En 2019, une étude parue dans le BEH de février (13), est menée auprès de neuf IMLs (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours) pour 2018. L'étude se penche entre autres sur des suicides, où les conditions de travail semblaient reliées au geste suicidaire (hypothèse de lien de suicide avec le travail « très probable » à « incertain »). Un appariement des données des IMLs avec celles du CépiDc-Inserm est prévu avec diverses analyses, pour examiner la concordance des causes de décès (résultats prévus fin 2020). Fin 2019, des propositions pour l'amélioration de la Surveillance des Suicides en France sont attendues. Si cette étude s'avère faisable, cette surveillance sera étendue à tous les IMLs français ; en cas d'intégration possible de données « pertinentes », le volet médical complémentaire du Certificat de décès deviendra plus exhaustif.

- Toujours en 2019, dans le BEH (13) on lit qu'avec environ 9 000 suicides par an, la France garde l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Aussi, un tiers des pensées suicidaires est attribué à des raisons professionnelles, avec certains secteurs Professionnels plus exposés. Les prévalences sont élevées pour : les hommes dans les secteurs de *l'hébergement et de la restauration* (6,8 %), des arts et spectacles (6,3 %), de l'enseignement (5,0 %) de la Santé humaine/action sociale (4,5 %), et les femmes dans les *arts et spectacles* (7,5 %), l'enseignement (7,5 %), l'information- la communication (6,8 %) et l'hébergement -restauration (6,8 %).

II 3 - Rappel des FDR du Suicide dans la Population Étudiante en Médecine et Médicale, dans les autres pays

- En 1976 déjà, (21) les FDR de suicide des Futurs Médecins / Médecins aux États-Unis évoqués sont : la pression de la responsabilité professionnelle, pouvant mener à des excès de consommation de toxiques (dans un but d'augmenter l'efficacité au travail), un déni du Médecin de sa propre dépendance, un "sens exagéré du devoir" en regard des attentes des patients et leurs familles, la « pensée magique » du Médecin croyant en son invulnérabilité, intriqués avec la haute estime par la population générale des Médecins. On déplore le fait que les Médecins se sentent « mal à l'aise » pour demander de l'aide à leurs Collègues, et tendent à s'isoler (en recourant à l'alcool et autres toxiques).

- En 2014, l'étude italo-suédoise (22) retrouve les FDR évoqués par les Chirugiens: charge de travail pénible, « présentisme pathologique », harcèlement au travail, épuisement / désengagement, conflits professionnels.

- En 2015, l'étude brésilienne (23) rappelle des FDR de suicide chez les Médecins : troubles psychiques, facteurs professionnels de stress, etc...

-En 2016, l'étude hongroise (24) affirme que les femmes Médecins hongroises, comparées aux femmes des autres CSP souffrent plus de dépression d'idées suicidaires, de troubles du sommeil). Une charge de travail augmentée influe directement sur les troubles du sommeil et la dimension d'accomplissement personnel.

- En 2018, aux États-Unis (*citée en 26*) pour les Médecins en souffrance, l'obstacle majeur à la recherche d'une prise en charge est la peur de la stigmatisation, retrouvée surtout chez les femmes Médecins. Une prise de conscience croissante du problème chez les Médecins a lieu. Le taux de suicide des Médecins y est « *alarmant, mais pas si surprenant* », sachant les facteurs de stress auxquels le métier expose. Le stress débutant dès les 1ères années de Médecine, continue pendant l'Internat, très exigeant, compétitif, avec longues heures travaillées, et où l'on dort peu. Tout cela pouvant contribuer à l'abus de substances, autre FDR de suicide.

- La même année aux États-Unis, l'étude du Dr D. TANWAR (26) rappelle que les futurs Médecins et Médecins souffrent de dépression, de maladies mentales non ou sous-traitées. Les troubles de l'humeur (dépression : 12% des hommes Médecins, jusqu'à 19,5% des femmes Médecins, prévalence équivalente à celle de la population générale), l'alcoolodépendance et la toxicomanie apparaissent comme les FDR les plus courants. La fréquence de la dépression est plus élevée chez les étudiants en Médecine et les Internes : de 15% à 30%. Elle évoque aussi des études menées en Finlande, en

Norvège, en Australie, à Singapour, en Chine, etc..., montrant une augmentation de la prévalence de l'anxiété, et de la dépression chez les étudiants en Médecine et les Praticiens.

- En 2019, une étude menée au Canada (27) souligne cinq points sur le suicide des Médecins, dont le n° 3 : idées suicidaires apparaissant tôt dans le cursus, dès la Faculté. Aux États-Unis: une méta-analyse en 2016 a estimé à 11,1% la prévalence des idées suicidaires parmi les Étudiants en Médecine ; le n° 4 : les réclamations avec les Autorités de Régulation augmentent le risque d'idées suicidaires (risque triplé selon une étude anglaise) ; et le n° 5 : les Médecins suicidaires ont des difficultés d'accès aux soins, par manque de temps et peur de la stigmatisation. Comme dans la population générale certes, mais ils s'inquiètent surtout de la confidentialité et ont peur d'être discriminés par leurs Confrères, Employeurs et les Autorités de Contrôle.

II 4 - Rappel des FDR du Suicide, dans la population Étudiante en Médecine et Médicale, en France

- En 2003, la 1^{ère} enquête française (1) évoque des FDR de suicide des Médecins comme : le divorce / la rupture affective, la maladie Psychique /Physique, les difficultés Financières, les Contentieux administratif /judiciaire /ordinaux, les Conduites Addictives. Ces FDR sont des marqueurs pour un dépistage. 80 % des Médecins suicidés avaient trois FDR ou plus.

L'on a pu définir des Profils à haut risque suicidaire : Femmes > 45 ans ; Hommes > 50 ans, divorcés, séparés, célibataires, ou avec difficultés conjugales, troubles Psychiatriques actuels, ATCDS psychiatriques, problèmes physiques, schéma comportemental addictif, accès aux moyens létaux.

Et des Facteurs professionnels précipitants : changement de Statut, menaces pesant sur celui-ci, sur l'autonomie, sur la sécurité, la stabilité financière, sinistre récent, augmentation des exigences professionnelles.

- En 2008, une enquête (citée en 12) portant sur les MG de cinq régions françaises, objective que 80% se déclarent en bonne santé, 33% indiquent souffrir de problèmes de santé chroniques. La fatigue, puis le stress, et les troubles du sommeil, sont supérieurs chez les MG, comparés aux autres Professions Intellectuelles Supérieures. Plus de 10% des MG sont en détresse psychologique (femmes deux fois plus souvent que les hommes). Les idéations et projets de suicide sont plus fréquents chez les MG exerçant seuls. La prise d'anxiolytiques, d'antidépresseurs est plus fréquente pour les femmes MG que pour leurs Confrères.

- En 2014, «45 médecins se suicident chaque année en France » selon un Journal de Presse- sources non précisées (28) victimes d'épuisement professionnel. Sont déplorés : une charge de travail excessive, un travail administratif envahissant, des patients trop exigeants, un sentiment de n'être pas reconnu à sa juste valeur.

- En 2015, différents travaux confirment la réalité du mal-être, l'ampleur du syndrome d'épuisement professionnel chez les Médecins, souffrances paraissant tabou en France (29).

- En 2016, une enquête par le CNPS et SPS (31), objective que 52% des 1 383 Médecins interrogés déclarent être ou avoir été concernés par le Burn-out.

- Toujours en 2016, la 1ère Enquête Nationale (32) par les Syndicats ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, et ISNCCA, retrouve une prévalence des idées suicidaires chez 24 % des futurs Médecins sur presque 22 000 interrogés . 75% sont anxieux (vs 26 % dans la population générale). 28 % ont des symptômes dépressifs (vs 10 % du reste des français). 738 ont déjà fait une tentative de suicide. Des violences psychologiques à l'Hôpital sont subies par 51,5 % des Internes, et 62,7 % des Externes . Les Repos de sécurité ne sont pas respectés pour 45,7 % des Internes, Chefs de Clinique et Assistants , et 65 % des femmes enceintes n'ont pas eu accès à un planning aménagé.

-En 2017, au programme de l'I-ECN, l'UE3 : « Maturation , Vulnérabilité , Santé mentale , Conduites addictives » , avec l' Item 58 : « Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout » (33) , la particularité des Soignants y est abordée. « *Population à risque... objet de nombreuses études récentes... morbidité particulièrement élevée ... en activité ou en formation ... exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donnée la pénibilité de leur travail ... causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale ...ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.)...*» Y sont évoqués différents FDR rendant les PDS vulnérables : « *demande de performance, image du soignant infailible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc...* »

- En 2019, une étude menée à l'APHM (34), objective que 49% des Médecins sont en burn-out , avec des disparités selon les Spécialités . Cet épuisement professionnel touche surtout les Urgentistes (57%) , puis les Jeunes Médecins-Internes , devant les MG et les Anesthésistes-Réanimateurs (44%). 5 % du panel présentent un burn-out sévère. Par ailleurs un Questionnaire sur la Santé mentale des MG, met en évidence des Femmes MG < 45 ans, en situation de détresse psychologique. Les Hommes MG prendraient un peu plus de psychotropes que la population générale.

C : II 1 - Quelques Notions de Facteurs protecteurs du Suicide, et Dispositifs de Prévention du suicide pour la Population Générale, à l'échelle mondiale

- En 2010, (30) le fait d'être marié est rappelé comme étant un facteur protecteur de suicide.

- La même année (1), est évoqué le début des campagnes de Prévention du Suicide, dans les années 1990. L'on observe une diminution des Taux de suicide en Scandinavie, Grande-Bretagne et Hongrie, pays où taux historiquement très élevés. Aussi, d'après plusieurs études anglaises, l'évaluation psychiatrique systématique des suicidants aux Urgences diminue le risque accru de récurrence de tentative d'autolyse. Une continuité des Soins après Hospitalisation, au long cours (dispositifs de « chaîne de soins » en Norvège), diminue les risques de rupture thérapeutique et de récurrence.

La formation des intervenants de 1^{ère} ligne : « gatekeepers » (Paramédicaux, Éducateurs, Bénévoles, Gardiens de prisons etc ...) en Norvège et aux Etats-Unis, a pour objectifs :

*de permettre d'intervenir précocément, *de favoriser l'accès à l'aide psychique, *de «déstigmatiser» la maladie mentale, *de favoriser les facteurs protecteurs : soutien social et compétences de « coping » (= stratégies pour faire face).

- En 2014, (6) le travail, *contribuant au développement du lien social*, est reconnu comme facteur protecteur vis-à-vis du suicide.

- La même année (10), l'on sait que réduire les FDR de suicide est essentiel, mais il est aussi important de connaître et de renforcer les facteurs Protecteurs permettant la résilience, et de faire face. Certains peuvent même neutraliser les FDR selon les individus. Sont évoquées : les relations personnelles solides, les croyances religieuses ou spirituelles (*abordées avec précaution, car bienveillance et bienfaisance dépendent des pratiques et interprétations humaines*), un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être (*bonne estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, compétences pour la résolution de problèmes, comme pour demander de l'aide*).

Une surveillance continue des moyens létaux utilisés pour les suicides et les tentatives de suicide est indispensable, pour adapter la limitation d'accès à ces moyens, et l'éducation des communautés. Les programmes de prévention du suicide, complets et appropriés à la culture, améliorent nettement les connaissances, les attitudes, les comportements, et montrent un impact significatif sur les taux de suicide.

Recommandations OMS : - *Surveillance Régionale et Nationale des cas de Suicide et Tentatives de suicide, pour définir les profils à risque régionaux ,et vérifier les Soins de santé proposés*

- *Plans de Prévention Régionaux et Intersectoriels, coordonnés par l'Autorité Régionale de Santé*
- *Formation des prestataires de Soins de Santé, notamment ceux des Soins de santé Primaires et des Services d'urgence*
- *Programmes de Prévention dans les écoles, basés sur la protection socio-environnementale, l'apprentissage de l'estime de soi, les aptitudes à la vie quotidienne, les capacités à faire face aux situations de crise, et à prendre des décisions*
- *Création d'un système d'Aide en cas de crise, via notamment un service Téléphonique, une page Web, et un Programme d'intervention dans chacun des services généraux de Santé du Pays*
- *Programme d'éducation des Médias, pour réduire la couverture médiatique inappropriée des suicides, et pour valoriser le rôle protecteur potentiel des Médias.*

Pour une Prévention du suicide en progression continue, un engagement et une réflexion sur les réalisations passées et futures potentielles, sont essentiels. Cette analyse comporte des questionnements sur les : **Forces**, **Faiblesses**, **Possibilités**, et **Menaces**, tout en considérant les ressources existantes, la volonté politique, les options législatives, et les partenariats entre les différents secteurs.

II 2 - Quelques notions de Prévention du Suicide pour la Population Générale, en France

- En 2010, dans la *Partie II* de son ouvrage, le Pr COURTET (1) évoque le risque attribuable populationnel. C'est la proportion de nouveaux cas, dans une période de temps donnée, attribuable au FDR d'intérêt. Il donne une indication de la réduction attendue des taux de mortalité, si un FDR causal est éliminé. Ce risque est très élevé, concernant les troubles psychiatriques : environ 40%. Si les troubles de l'humeur étaient « éliminés », on observerait une diminution du risque de tentative d'autolyse grave de 80%, et une réduction des taux d'autolyse jusqu'à 29 %. En France, l'on pourrait réduire de 30% la mortalité par autolyse, grâce à l'utilisation des antidépresseurs de manière adaptée chez les patients déprimés .

Les psychothérapies sans traitement ATD et vice-versa, ne présentent pas de grands bénéfices. L'on sait aussi que maintenir un contact avec la Psychiatrie au décours d'une tentative d'autolyse prise en charge aux Urgences, réduit la mortalité suicidaire. La lutte contre l'accès aux moyens létaux est celle qui reste la plus efficace en prévention du suicide. Elle peut être toutefois affaiblie par « substitution du moyen létaux ». Le rôle « à double tranchant » des Médias persiste. Dans la prévention médicale

Primaire du suicide, le dépistage des idées suicidaires à travers le discours du patient est essentiel.

Concernant la Prévention Secondaire, la Formation spécifique des Médecins et Soignants tout au long du suivi du suicidant, est indispensable contre la récurrence.

- En 2013, l'ONS alors fondé (18), rattaché à la DREES, se veut indépendant et Pluridisciplinaire, et a pour rôles de coordonner, d'améliorer les connaissances sur le Suicide et les Tentatives d'autolyse, d'évaluer les Politiques Publiques en matière de Prévention, et de produire des Recommandations.

- En 2019, l'exploitation des données des IMLs (cité en 13) permettrait d'enrichir les connaissances sur les suicides, notamment ceux en lien potentiel avec le travail, et ciblerait mieux les actions de Prévention auprès des populations les plus exposées.

II 3 - Quelques notions de Prévention du Suicide pour la Population Étudiante en Médecine et Médicale, dans les autres pays

- En 1976 déjà, (11) il est suggéré de travailler sur les problèmes émotionnels des Étudiants en Médecine Nord-américains durant leur Formation, et après le début de leur Exercice. Une remise en question sur le plan Académique de la sélection des Étudiants en Médecine et de leur Formation globale, et aussi la considération des stress et tensions auxquels ils sont exposés, sont préconisées.

- En 2014, l'étude italo-suédoise (22) souligne que les réunions régulières pour discuter de situations au travail seraient protectrices, selon les Chirugiens interrogés.

- En 2015, l'étude brésilienne (23) encourage le développement par les Institutions Médicales de stratégies de prévention des FDR de suicide connus.

- En 2018, les initiatives pour prévenir le suicide des futurs Médecins et Médecins se multiplient (26). Beth BRODSKY (Chercheuse et Psychologue Clinicienne -Columbia University et Irving Medical Center, New York City) se réjouit de la communication de l'APA sur le suicide des Médecins. Selon elle, « *parler ouvertement du suicide comme d'une maladie aide à « le faire sortir de l'ombre » et à se débarrasser de la stigmatisation qui entoure cette question ».*

Au congrès de l'AMSA, le Dr Pamela WIBBLE, encourage les jeunes à agir pour aider leurs camarades en difficulté : « *N'attendez pas d'avoir votre diplôme pour être un soignant ; vous en êtes déjà un... Face*

à quelqu'un en souffrance, ne demandez pas la permission, agissez » « *Don't ask, act* ». Elle y donne des exemples de comportements collectifs à tenir en cas d'abus et de harcèlement.

La même année, l'étude du Dr Deepika TANWAR (*citée en 26*) souligne que les futurs Médecins et Médecins souffrent de dépression notamment, non traitée ou sous-traitée, d'où la nécessité d'une intervention précoce.

- En 2019, a lieu à Oslo - Norvège, les 20 et 21 Mai, la 1^{ère} Conférence de l'EAPH (**35**), avec comme invités : le Professeur Eric Galam (France) *MG*, responsable du DIU « *Soigner les soignants* » - Vice Président du PASS (*Programme Aide Solidarité Soignants*), Pilar Lusilla (Espagne), Karin Rø (Norvège), Andrée Rochfort (Irlande), Kristiina Toivola (Finlande), Friedrich Wurst (Autriche).

L'EAPH a pour objectifs d'encourager un meilleur soutien standard et universel pour les Médecins en difficulté, dans toute l'Europe, en créant un Forum pour : *partager leurs expériences, les Bonnes pratiques de PEC de Médecins par les Médecins, *influencer et encourager le développement de Services de Santé pour les Médecins, *entreprendre des Recherches en commun sur la Santé et le Bien-être des Médecins.

II 4 - Dispositifs de Prévention du Suicide, pour la Population Étudiante en Médecine et Médicale, en France (*liste non exhaustive*)

- En 2003, (*1*) les FDR de suicide des Médecins (le divorce / la rupture affective, la maladie Psychique /Physique, les difficultés financières, les Contentieux administratif /judiciaire /ordinaux, les conduites Addictives) s'avèrent être des marqueurs, pour déclencher dès trois FDR, une procédure d'alerte avec une cellule d'intervention spécifique du CDOM, au nom du « Droit d'Ingérence Confraternelle ».

- Créée en 2005, l'**AAPML** (*citée en 4*) vient en aide aux Soignants en Souffrance, à travers son Forum de discussion Internet, et sa ligne téléphonique : **0826 004 580** (Dr Éric GALAM- Médecin coordonnateur : **06 98 11 41 56**, Lauréline Dupré -Chargée de mission : **06 67 28 49 09** - **contact.aapml@gmail.com**, Twitter : **AAPML_asso**).

- En 2006, le **BIPE** (**36**) est créé dans une Faculté de l'APHP, pour répondre aux questions des Étudiants, concernant leur orientation, leur carrière, la gestion du stress, etc ...

- Depuis 2009, la commission **SMART** du CFAR (**37**) propose des actions, et met en place des outils concrets pour le Bien-être et la Santé au Travail des PDS d'Anesthésie-Réanimation, avec un projet d'extension aux autres Spécialités. Ceci pour prendre en charge les conséquences du mal-être et des

pathologies affectant les PDS, et survenant dans le milieu professionnel. Cette Commission renvoie aux **Numéros de SPS** ou du **CNOM**, **smart@cfar.org** , et à leur page Facebook .

- En 2010, le CDOM de Haute-Garonne créé **l'association MOTS (38)**, avec une plateforme téléphonique (**06 08 282 589**) dédiée aux Médecins en détresse , pour des conseils spécialisés .

- En 2012 le Ministère de la Santé, les partenaires Sociaux, les Responsables d'établissement et Professionnels de la Santé au Travail **(39)**, confirment l'axe central de la prévention des RPS en établissement de santé, avec le 2nd Plan « Santé au Travail » 2010-14. La **Satisfaction et la Qualité de Vie au travail**, dans les Établissements de Santé sont **désormais prises en compte par la HAS, dans la procédure de Certification** .

- En fin 2014-début 2015, naît **SOS-SIHP (40)** pour les Internes de l' APHP en détresse , filière du Syndicat Parisien SIHP, avec prise d'appel par le Secrétariat, puis communication via l'adresse **sos.sihp@gmail.com** .

- En 2015, un Hôpital du Sud de la France (*cité en 29*) accueille anonymement des Médecins en détresse , inquiets pour leur réputation. L'un d'eux déclare : "*Je crois que c'est une humiliation, d'être malade. Le comble du Médecin...* »

- En 2015 toujours , est créée l'association **SPS (= Soins Pour Soignants) (41)** <https://www.asso-sps.fr> ; **0805 23 23 36 , 7j/7 , 24h/24 , contact@asso-sps.fr**, sous la Direction du Dr Éric HENRY . Un accueil téléphonique, aux Soignants en détresse, est assuré par des Médecins , Psychologues , etc. Un registre anonyme des appels est tenu, comprenant diverses Informations (raison de l'appel , degré de gravité de 0 à 5 , orientation conseillée etc ...). Sur plus de 3000 appels comptabilisés, environ 40 appels d'Étudiants toutes Professions Soignantes confondues . Le stade de gravité de l'appel va de – 0 : Informations, Journaliste, etc... 1 : Anxiété , 2 : Addiction / Dépression , 3: Burn-out , 4: Évocation de velléité suicidaire, à 5: appel du 15 préconisé. SPS contribue à la création croissante de Lits d'Hospitalisation spécifiques pour Soignants. L'association émet des Propositions aux PDS, aux ARS, avec des Journées -Ateliers, Congrès Annuel, Formations dans diverses régions dédiées aux Futurs Soignants / Soignants, par des Spécialistes du Sujet. La recherche de Financements pour l'Organisation de ces Enseignements / Sensibilisations est une problématique incontournable.

- En 2016, l'« IGAS Établissements de santé» traite les RPS des personnels Médicaux et émet des recommandations pour une meilleure prise en charge **(42)** . Sollicitée par la Ministre de la Santé après le suicide fin 2015 d'un PUPH, cette mission porte une appréciation d'ensemble, sur l'importance et la spécificité des RPS, spécifiques chez les Personnels Médicaux en Établissements de santé . Sont relevées des Difficultés liées à : *la diversité des Catégories professionnelles concernées, allant des

PUPH, aux Étudiants de 2^{ème} cycle et les Internes, *la diversité de leurs parcours individuels (de quelques années à plusieurs décennies) , *des effets induits par les Politiques Publiques dans les Organisations et les Communautés de travail, pouvant varier nettement d'une structure à l'autre.

La vulnérabilité des Médecins a été très tardivement considérée par la Communauté Médicale et les Pouvoirs Publics en France (contrairement au Canada, à l'Espagne, etc...). Les RPS concernant « *ces professionnels ne souhaitant pas exposer leurs faiblesses* » étaient jusqu'à présent passés sous silence, voire niés. **L'action sur ces RPS est indissociable de l'analyse du Management.** Sont recommandées *une évolution, tant en Prévention qu'en Gestion des RPS, et en responsabilité Médicale, et *une évolution des statuts des Personnels Hospitalo-Universitaires pour faciliter, dans certains conflits , l'engagement d'une procédure disciplinaire.

- La même année, dans l'Item 58 de l'I-ECN (33) l'on y lit que « *les Soignants nécessitent une PEC spécifique avec un réseau de Soins adapté. Au même titre que les autres groupes professionnels, celle-ci implique le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée. Les PDS Salariés bénéficient d'un suivi au sein de leur Service de Santé au travail comme tout autre travailleur salarié* ». Sur sa « fiche mémo » (43) la HAS définit le « Syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout », pour améliorer son repérage, sa PEC, et l'accompagnement des Patients lors de leur retour au Travail. **L'action sur l'organisation du travail** est exclue de ces recommandations cliniques, **mais elle est néanmoins indispensable pour la Prévention du burnout.** La singularité des Soignants y est abordée *avec des répercussions non seulement humaines, mais aussi sur l'Organisation et la Qualité des soins.*

- En 2017 (32), on compte **dix cellules d'Aide « SOS Internes »** créées par des Étudiants en Médecine à Bordeaux, Caen, Grenoble, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Paris, Rouen et Rennes, joignables par mail. D'autres Réseaux locaux ou Nationaux proposent aussi leur aide. Un recensement de ces Dispositifs d'accompagnement pour les promouvoir, est souhaité par les Syndicats. Ils demandent aussi que chaque étudiant soit reçu par la Médecine du Travail au début de chaque Stage et/ou Semestre. 45 % des Externes et 60 % des Internes n'ont jamais été reçus en consultation. Ils sont souvent pris en charge trop tard, s'auto-médiquent et tardent à demander de l'aide . Une fois dépisté, l'Étudiant en souffrance devrait bénéficier d'un aménagement du terrain de stage avec « *un taux de gardes et d'astreintes réduit* ».

- En 2017 toujours, l'ANEMF réclame de vraies sanctions auprès des Services en faute, comme la perte de l'Agrément. D'autres Syndicats suggèrent de former les Managers par des journées dédiées, à des pratiques bienveillantes . L'ISNI, propose aussi d'organiser des temps d'échange dans chaque service , pour extérioriser les difficultés vécues par le personnel .

- Fin 2017 **(44)**, suite au suicide d'un Chirurgien sur son lieu de travail, le Médiateur National Édouard COUTY, est sollicité par la Ministre de la Santé pour dresser un état des lieux dans ce CHU . La CME et la Médecine du Travail y ont organisé une « sous-commission de vie hospitalière » pour les situations conflictuelles médicales . La **Direction Générale est consciente du caractère indispensable d'une bonne qualité de dialogue social et d'une meilleure gestion des Ressources Humaines**. Une liste exhaustive de mesures pour la Qualité de Vie au Travail a été intégrée au Projet social. Les mesures ponctuelles restent insuffisantes si les relations entre la Gouvernance et les Services n'évoluent pas avec un objectif prioritaire : rétablir la Confiance et le Respect pour construire mutuellement un projet. Pour les PUPH, l'Employeur principal étant l'Université, celle-ci doit aider au règlement de certaines problématiques .

- En Janvier 2018, est créé le **PASS** à Avignon **(45)** , avec le CNOM et sept Associations d'Entraide pour les Soignants (AAPMS , APSS , ARENE , le réseau ASRA , ASSPC , ERMB , MOTS). Ce dispositif National de proximité pour la Santé et l'équilibre Professionnel des Soignants, est joignable au **0800 800 854** , **7j/7 , 24h / 24** .

- En 2018 aussi, l'Association **Med'Aide** est créée **(46)** dédiée aux Médecins Libéraux : ***medaide@urps-ml-paca.org*** , ***urps-ml-paca.org*** , **04 65 40 00 10** , avec sur sa page d'accueil un extrait de « *La maladie de Sachs* » de Martin Winckler **(47)**:

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin mais on n'est pas obligé de le faire payer aux autres et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

- Elle fournit une cartographie des Centres dédiés aux Soins des PDS (ci-après), et rappelle les Coordonnées des Commissions d' Entraide de la Région , et Autres structures départementales :

CDOM 04 : **Responsable de la commission d'entraide** : Dr Pascale QUENETTE **06 80 46 90 34** doc.quenette@yahoo.fr

CDOM 05 : hautes-alpes@05.medecin.fr **04 92 53 85 29**
Responsable de la commission d'entraide : Dr Georges STOLTZ – **04 92 57 82 80**

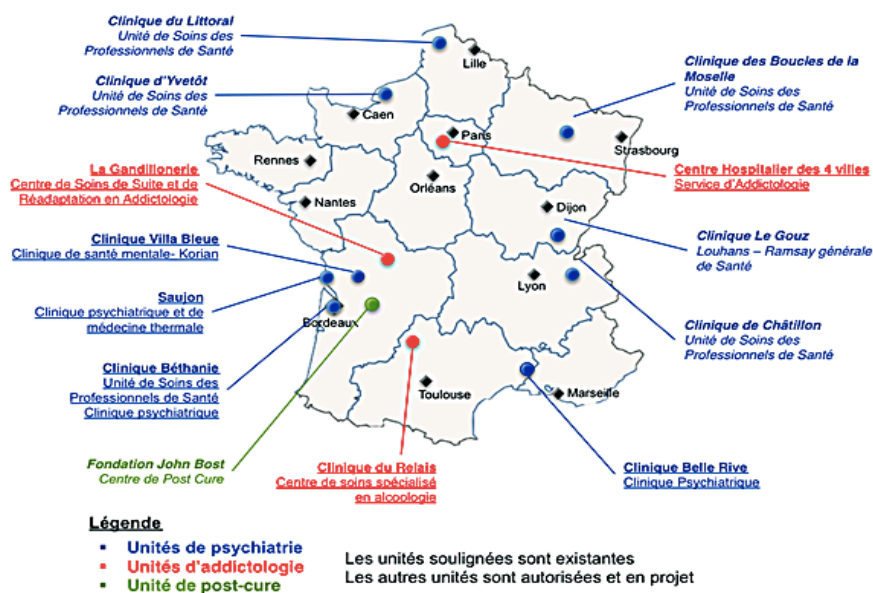
CDOM 06 : alpes-maritimes@06.medecin.fr **04 93 81 78 78**
Responsable de la commission d'entraide : Dr ASQUIER Thierry – Dr AUQUE/COLIEZ Marie-France – Dr COLIEZ Jean-Philippe -Dr PHILIP Jean-Luc – Dr PLAT Jean-Marc

CDOM 13 : bouches-du-rhone@13.medecin.fr 04 96 10 10 20

CDOM 83 : Responsable de la commission d'entraide : Catherine VEYSSIERE
BERTRAND var@83.medecin.fr

CDOM 84 : Responsable de la commission d'entraide : Dr Isabelle GUEROULT vaucluse@84.medecin.fr

Carte de France des structures dédiées à la prise en charge des soignants



AAPMS	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants		aapml@gmail.com
MOTS	Médecins Organisation Travail Santé	0608 282 589	
CAIRE 13	Cancer Aide Info Réseau Entrepreneur	04 86 67 72 72	caire@gims13.com
CARMF FAS	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France Mme LEBUFNOIR	01 40 68 32 00	
AFEM	Aide aux Familles et Entraide Médicale	01 45 51 55 90	info@afem.net
APSS	Association pour la Promotion des Soins aux Soignants	0810 003 333	apss75@aol.com
MED-DOC 84			

- Toujours en 2018, le Ministère de la Santé lance l'**Observatoire National de la Qualité de vie au Travail** (=QVT) (**48**). Le Pr Philippe COLOMBAT, président de l'Observatoire (Chef du pôle de Cancérologie - CHU de Tours), a mis en place dans son Service un *Management participatif*. Cet Observatoire a pour but d'émettre des Recommandations afin d'améliorer la QVT des hospitaliers

comme des libéraux. Les Syndicats SNAM-HP et INPH regrettent néanmoins la multiplication des Instances d'Observation, au détriment d'une Protection et d'un Soutien plus concrets.

- En 2018 encore, un plan d'action par la Ministre de la Santé, et la Ministre de l'Enseignement Supérieur **(49)** pour la qualité de vie des Étudiants en Médecine voit le jour, après d'autres suicides d'Externes et d'Internes. Chargée d'analyser la qualité de vie des 350 000 étudiants en santé, le Dr D. MARRA, dans son rapport **(50)** souligne des mesures à prendre : *la Formation des Enseignants et Étudiants , grâce à un « Centre National d'Appui » favorisant la Qualité de Vie des Étudiants en Santé - ceci pour mieux détecter la souffrance des Étudiants, et débriefer des situations difficiles ; *Une généralisation des Dispositifs de Soutien et d'écoute ; *une amélioration de l'encadrement et de l'évaluation des stages , avec si besoin , un réexamen d'Agrément / des Conventions ; *un «circuit court » psychothérapeutique pour les Étudiants , comme parcours de soins adapté et confidentiel ; *un respect du temps de travail hebdomadaire et du repos de sécurité des Étudiants mieux contrôlé .

L'ANEMF satisfaite, regrette toutefois l'absence de révision du statut d'Étudiant Hospitalier. L'ISNAR-IMG loue cette concertation, et réclame un suivi et une évaluation de ces dispositifs dans le temps.

- En Mars 2019, après le suicide d'un chirurgien, quatre Syndicats (SNPHARe, SYNGOF, SNJAR et CNJC) demandent **(51)** : une prise en charge systématique annuelle de tous les PH par la Médecine du Travail, la création d'une Instance décisionnaire Indépendante de la CME - destinée à la veille et la prévention des RPS, une meilleure Médiation Régionale pour externaliser les conflits en cas d'échec de solutions locales. Ils déplorent l'absence d'une instance spécifique où ils siègeraient, pour examiner les Conditions de travail, de Sécurité et de Santé de tous les praticiens.

- En Mai 2019, les HCL mettent en place des Groupes de parole **(52)** et ont rappelé les interlocuteurs existant pour ceux en souffrance : Référents de Spécialités, Médecine du Travail, Chefs de service, Coordonnateurs de DES, Syndicats, réseau T.A.BOU, et le CEPIM fondé cette même année.

D : Quelques Notions de Postvention du Suicide dans la population générale, à l'échelle Mondiale

- La postvention renvoie aux mesures à prendre à la suite d'un suicide. Elle a été l'objet d'investigations par un Groupe d'étude sur le suicide au Canada, à l'UQAM en 1994 : «*Prévention, intervention et postvention : Élaboration d'une réponse au problème*» (53) .

La postvention a été prévue initialement pour l'entourage immédiat des personnes suicidées. Progressivement, son champs d'intervention s'est élargi à d'autres groupes comme les milieux scolaire, de travail, les collectivités touchées par un ou plusieurs suicides. Les actions de postvention se divisent en deux grands domaines : * les interventions de Deuil auprès des personnes endeuillées à la suite d'un suicide (« *survivors* » en anglais), celles qui ont un lien d'attachement avec le défunt ; et * les interventions de Stress, de Crise, de Deuil, dans le « milieu du défunt » : ceux touchés personnellement ou témoins du suicide . *Un milieu qui a vécu le suicide d'un membre de l'entourage, n'est pas obligatoirement un milieu endeuillé.* La mise en place d'actions adaptées aux réactions et aux besoins des différents groupes cibles est essentielle.

- En 2006, (36) un accueil téléphonique et physique est créé dans une des Facultés de l'APHP après plusieurs suicides (Étudiants , Sénior) .

-En 2010, (1) la prévention Tertiaire est évoquée, se concentrant sur l'accompagnement de l'entourage du suicidé.

- En 2010 toujours (38), une plateforme téléphonique locale, dédiée aux Médecins en détresse, après quatre suicides de Médecins dans un même Département , est créée .

- En 2014, l'OMS (10), évoque la Postvention, comme composante essentielle de la Prévention du suicide. Les interventions destinées aux personnes endeuillées, aident ces personnes au travail de deuil, et tentent ainsi de réduire le risque d'imitation des comportements suicidaires. Ceci permet de réduire la détresse émotionnelle immédiate (dépression, anxiété et désespoir). Par ailleurs, il est préconisé de toujours proposer des Services de Soutien et de Réadaptation aux personnes ayant des ATCDs de tentative d'autolyse. Par exemple en Suisse, dans chaque canton, il existe des groupes d'Entraide pour les personnes endeuillées par le suicide.

- En Mai 2019, des Groupes de parole sont mis en place, après le suicide d'une Interne dans un CHU (52). Les deux Syndicats (51) APH et Jeunes Médecins saisiront systématiquement la Justice après le suicide d'un Confrère « *afin de mettre les pouvoirs publics face à leurs responsabilités* ».

Ici l'on peut deviner un effort de Postvention (avec intention de Prévention par ailleurs), devant la création d'Associations, de Groupes de paroles, de mesures spécifiques, etc ... suite à un ou plusieurs suicides .

III - MATÉRIEL – MÉTHODES

III 1 - 1^è partie : Étude principale - Étapes du Protocole de Recherche des Cas de Suicide

- **Plan expérimental** : Notre étude est quantitative, multicentrique, rétrospective, et teste l'hypothèse d'une différence entre « villes du Nord et du Sud » de la France. Notre recherche à visée descriptive du moins, recueille les données concernant les suicides «aboutis» , parmi trois groupes « homogènes » 1) Externes 2) Internes 3) Médecins thésés , sur huit Régions / CHUs français (choix « arbitraire ») : quatre CHUs/ « régions du Nord » (*selon la délimitation géographique avant 2016*) : Paris , Lille , Strasbourg , Brest ; et quatre CHUs / « régions du Sud » : Clermont-Ferrand , Marseille/ Ajaccio , Nice/ Bastia , La Réunion/Bordeaux , entre 2007 et 2017 .

Les informations recherchées, anonymisées bien sûr, sont : l' Année/ le mois de décès , l' âge , le sexe , la spécialité , l' année d'étude , le mode d'exercice Libéral / Institutionnel / Mixte , le moyen légal si possible , éléments biographiques si possible.

*Les critères d'inclusion sont : avoir été Externe /Interne /Médecin thésé , appartenant aux huit CHUs / Régions étudiés , avec décès avéré par autolyse , quels que soient : l'âge , l'origine , le sexe , la situation familiale , le statut Salarié ou Libéral , et même si les Internes sont en « inter-Chu » , sur la période de 2007 à 2017 .

*Les critères d'exclusion sont : les tentatives d'autolyse « non abouties » , les Médecins retraités , Externes / Internes en Pharmacie / Odontologie , autolyses en dehors de la période étudiée , en dehors des huit régions/CHUs étudiés .

- **Autorisations Réglementaires -Légales** : le Protocole de notre étude a été validé le 24 mai 2018 , dans le registre des traitements du CHU de Nice , sous la référence R022 , avec la méthodologie MR003 (selon les modalités de la CNIL , Numéro d'enregistrement CNIL : 2154548) à laquelle le CHU de Nice a signé un engagement de conformité le 28 octobre 2016. Un Questionnaire RGPD et une Fiche technique du Protocole ont été joints aux mails envoyés aux interlocuteurs sollicités.

- L'avis du CPP dont dépend le CHU de Nice a également été consulté, l'étude étant rétrospective, une commission spécifique n'a pas été indiquée car l'étude est hors Loi Jardé.

- La note d'information individuelle du patient nécessaire dans le cadre de la MR003 n'est pas applicable ici, mais après avis spécialisé auprès du CEREES, une vérification de l'absence d'opposition au recueil de données personnelles , du vivant de la personne (dans son dossier médical en général) , sera nécessaire .

- **Outils d'évaluation** : des codes pour les centres, seront tirés au sort , en double aveugle ; suivis du numéro attribué aux individus concernés , dans le centre . Ces codes pour patients seront contenus dans une liste de correspondance . Pour ces données recueillies, dont nous n'avons pas à connaître les noms bien sûr , une dé-identification des cas est nécessaire . Les données seront collectées sur un

fichier Excel , circulant jusqu'à nous par mail de façon sécurisée , accessible sur un seul ordinateur mono-accédant , par une seule personne - moi-même , avec un mot de passe pour mon ordinateur personnel , et pour le fichier , contenus dans un local fermé à clé , (condition permettant une tolérance de la CNIL par rapport à la MR003 qui suppose stricto sensu l'utilisation d'une vraie base de données mémorisant les accès). Puis le codage des données sera fait, avec la Confidentialité de données anonymisées. La liste de correspondance sera détenue par chacun des CHU / Régions, et sera détruite dès le gel du fichier de données, quand un retour aux sources n'est plus nécessaire. Tous ces documents seront conservés pour un éventuel contrôle a posteriori de la CNIL. La liste de correspondance sera stockée sur un autre support physique sous forme sécurisée. Toutes ces étapes sont prévues de manière conforme aux exigences actuelles de protection des données.

- **Objectif principal d'évaluation** : Mettre en évidence une différence de prévalence du suicide « abouti » parmi les Externes /Internes /Docteurs en Médecine, entre les régions « nordiques » et « sudistes » en France , étudiées , entre 2007 et 2017 .

- **Objectifs - Critères secondaires** : Observer une évolution sur la période étudiée ? Éléments qualitatifs récurrents pour les cas inclus ?

III 2- Sources de données potentielles interrogées

- Personnes / Institutions / Services ciblées, interrogées (par téléphone, mail, ou Rdv - plus de 65) :

Au fil de la recherche, ne trouvant pas de sources « officielles » pour les cas recherchés, nous avons dû prendre des « chemins de traverse », ou suivre les suggestions de certains interlocuteurs .

Au niveau National / International : Archives Nationales des États Civils , CARMF , CNG , CNIL, CNOM , DREES , GEPS , INDS , INSEE , Ministère de la Santé , Mutuelles Médicales (MACSF, Groupe Pasteur Mutualité, etc ...), Préfecture de Police de Paris - Cabinet du Préfet , Santé Publique France (=ANSP = ex -InVS), INSERM-CépiDC , SNDS , FHF , GIS-IRESP , OMS, ONS, multiples Référents sur le sujet (Sociologues, Psychiatres...), Presse : le Quotidien du Médecin , France Info , Journal du Dimanche , et autres Journaux locaux Associations : les Amis de J-L. Mégnien , SPS , Infosuicide.org , Med'Aide ,

Pour chaque CHU /Régions étudiées : ARS, Scolarités 1^{er} / 2^e / 3^e Cycles des Facultés , Bureaux / Secrétariats des Doyens , Départements de Médecine Générale , Présidence des Universités , Direction Générale des Différents CHUs / CHs, CDOMs, Siège APHP, APHM, Associations locales type SOS Internes , BAPUs, États Civils départementaux, Polices Nationale / Municipale, Gendarmeries, SUMPPS, Direction des Affaires Médicales, DRHs, F2RSMPsy, IMLs, **Services de** : Biostatistiques, DIM, Épidémiologie, Maladies Professionnelles/ Médecine du Travail, Médecine Légale, PMSI, Réanimations Polyvalente / Médicale/ Chirurgicale , SAMUs , Santé Publique , Urgences.

Au total, les différents interlocuteurs ont été joints de une à trois fois : sur 16 mois 848 mails envoyés (NB : sans compter les discussions par mail bien sûr ; total appels téléphoniques supérieur à 100) .

III 3 - 2^e partie : Questionnaire envoyé aux Médecins membres du Corps Enseignant dans les huit CHUs /« Régions » étudiés

Voyant notre 1^{er} Protocole difficile à honorer, nous avons décidé d'envoyer un Questionnaire aux différents Membres du Corps Enseignant/ Formateur, des huit CHUs / Régions sur lesquels se penche notre étude (Cf Annexes) intitulé : « *Prévention dans la Formation Médicale , du suicide des futurs Médecins/Médecins en France : questionnaire au Corps Enseignant / Formateur des Facultés de Médecine (env. 5min. - réponses anonymes – jusqu'au 16.06.2019 inclus)* » .

Il a été diffusé dès Novembre 2018, jusqu'au 16.06.2019, à travers Google Forms, et par lien Internet. Il est basé sur 20 Questions à choix multiples , avec commentaires libres possibles pour chaque question, et destiné aux : Assistant(e) Associé(e) , AHU , Assistant(e) Spécialiste , Assistant(e) Universitaire , Chargé(e) d' Enseignement , CCA , CCU , PH , PHC , PHU , Maître de Conférence Associé(e) , MCU , MCU Honoraire , MCU-PH , MCU-PH Stagiaire , Maître de Stage , PRAG , Professeur(e) Associé(e) , Professeur(e) Certifié , Professeur(e) Émérite , Professeur(e) Honoraire , Professeur(e) des Universités , PU-PH , etc...

III 4 - Moyens de diffusion du Questionnaire

- Au total : 2020 envois manuels nominatifs (en recherchant les Listes/ Noms d'enseignants / Praticiens des huit CHUs/ Régions étudiés , sur les Sites des Facultés ou sur autres pages Internet ; et leurs mails , en les déduisant de la matrice des mails des Facultés), envoyés via Google Forms , ou par mail , via le lien https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSftF1W9wYsB-XBcKOjNYp280QSROeBrlmhQy5CZKNVebnzd5A/viewform?usp=sf_link à partager .

- Les Scolarités de deux Facultés ont bien voulu diffuser notre Questionnaire aux Maîtres de Stage / Enseignants en MG, et une 3^{ème} scolarité aux Formateurs des autres Spécialités dans leurs CHs.

- Conformément aux modalités de Diffusion d'un Questionnaire de Thèse en Île-de-France parmi les Maîtres de Stage /Enseignants en Médecine Générale, nous avons soumis notre projet à Harmothèse en Mars 2019. À ce jour, la Commission n'a pas rendu son avis.

- Le Syndicat Jeunes Médecins, ainsi qu'Infosuicide.org, ont bien voulu diffuser notre Questionnaire sur leurs pages Internet via un lien .

IV – RÉSULTATS

IV 1- Recueil des cas étudiés

- Au total pour le 1^{er} recueil de données pendant 16 mois au total, sur 848 mails envoyés → 246 réponses, taux de réponse : 29%.
 - Les réponses que nous avons pu recevoir, nous renvoyaient vers d'autres Interlocuteurs, déjà contactés pour la plupart auparavant.
 - Pour certains IMLs nous ayant répondu, il nous fallait saisir le Juge du TGI pour obtenir sa réquisition des Dossiers concernés, afin d'accéder aux données recherchées.
 - Pour ce qui est des Commissariats de Police / Gendarmeries (sur les 124 mails envoyés => 46 ont répondu, soit un taux de réponse de 37%) : ils nous ont préconisé de contacter d'autres Services .
 - Concernant les Archives d'États Civils sachant les données recherchées (« *morts suspectes classées sans suite* ») datant de moins de 75 ans , nous avons déposé un dossier de *Demande de consultation par dérogation au délai de libre communicabilité des documents, prévu par le code du patrimoine (Articles L 213-1 à 3)* aux Archives Publiques en Mars 2019 . Une réponse favorable nous a été adressée début Juin 2019. À ce jour, nous n'avons pas encore pu définir avec eux les Modalités de consultation « nominative de durée illimitée », des États civils concernés par notre recherche.
 - Au cours de nos recherches et procédures suivies, il apparaît que notre recueil de données multicentrique, nécessiterait entre autres un appariement de base de données, une standardisation selon l'âge, et pour le calcul de prévalence, des chiffres de suicides par an toutes CSP confondues entre 2007 et 2017. Il nous est expliqué après neuf mois de démarches entreprises, que notre protocole *ne pourrait s'inscrire dans une méthodologie de Référence... qu'il nécessiterait une autorisation particulière de la CNIL... données, issues probablement du SNDS dont l'hébergement et le traitement doivent être soumis au référentiel de sécurité du SNDS...qu'il nous faudrait faire une déclaration d'homologation à ce référentiel, pour ce système d'information , à joindre à la demande d'autorisation de la CNIL .*
 - Malgré toutes les Institutions interrogées, nous avons dû orienter notre investigation vers d'autres sources non " officielles", grâce à des témoignages de PDS, et la Presse.
 - Au final, faute de temps illimité pour notre recherche, et d'aide appropriée pour ces étapes complexes surajoutées, nous avons décidé de faire un dénombrement de cas inclus par année, « plus aisé », sans prétendre calculer de prévalences, ni taux de suicide.
- Cela compromet évidemment nos résultats, biaisés de ce fait, limite leur significativité et leur interprétation.

CAS INCLUS , SELON LE SEXE , ET L'ANNÉE DE DÉCÈS	Cas d' Hommes suicidés inclus	Cas de Femmes suicidées inclus	Cas sans sexe précisé	TOTAL DES CAS INCLUS
2007	0	1	0	1 (=4,3%)
2008	1	0	0	1
2009	0	0	0	0
2010	0	2	0	2 (=8,7%)
2011	0	0	0	0
2012	0	0	0	0
"fin 2013/début 2014"	1	0	0	1
2014	2	0	0	2
2015	4	0	0	4 (=17,4%)
2016	4	1	0	5 (=21,7%)
2017	2	1	0	3 (=13%)
Cas sans années précisées	0	0	4	4
TOTAL	14 (=60,9%)	5 (=21,7%)	4 (=17,4%)	23

L'on compte presque trois fois plus d'hommes suicidés que de femmes suicidées dans les cas inclus.

À partir de 2015, le nombre de suicidés semble avoir augmenté dans les populations étudiées.

CAS INCLUS, SELON LES MOIS / PÉRIODES DES SUICIDES :

Malgré 17,3 % de périodes indéterminées (soit 4 cas sur les 23 inclus) il n'apparaît *pas de résultat significatif* concernant cet item dans notre recherche .

CAS INCLUS , SELON RÉGION/CHU D'APPARTENANCE	TOTAL
PACA / CHU Nice-Bastia	7 (=30,4%)
Aquitaine / CHU Bordeaux-La Réunion	5 (=21,7%)
PACA / APHM -Ajaccio	3 (=13%)
Région parisienne /APHP	2 (=8,7%)
Nord-pas-de-Calais /CHU Lille	2
Alsace / CHU Strasbourg	2
Bretagne / CHU Brest	2
Auvergne / CHU Clermont-Ferrand	0
TOTAL	23

Dans la limite de « seuls 23 cas » inclus, contrairement au présupposé initial, *la Région PACA / CHU Nice-Bastia apparait comme la 1ère en terme total « brut » de suicides sur 10 ans, puis vient la Région Aquitaine /CHU Bordeaux-La Réunion , puis la Région PACA / CHU Marseille –Ajaccio , et « à égalité »* , la Région parisienne /AP-HP, Nord-pas-de -Calais /CHU Lille , Alsace/CHU Strasbourg et Bretagne / CHU Brest , et enfin aucun cas pour l' Auvergne / CHU Clermont Ferrand .

CAS INCLUS , SELON L'ÂGE	TOTAL
entre 17 et 25 ans	1 (= 4,3%)
entre 26 et 29 ans	4 (= 17,4%)
entre 30 et 39 ans	1
entre 40 et 49 ans	3 (= 13%)
entre 50 et 59 ans	6 (= 26%)
> = 60 ans	2 (= 8,7%)
Indéterminé	6 (= 26 %)
TOTAL	23

Dans la limite de « seuls » 23 cas inclus, et hormis les six cas sans âge précisé, il semblerait que les cinquantenaires, puis ceux entre 26 et 29 ans , puis les quadragénaires soient plus touchés par le suicide , dans les groupes étudiés .

CAS INCLUS , SELON LE STATUT FACULTAIRE / PROFESSIONNEL	TOTAL
CHU : Interne (tous semestres confondus)	5 (=21,7%)
Cabinet Libéral	4 (= 17,4%)
Indéterminé	4
CHU "au moins PH " / PUPH	4
Cabinet Libéral de groupe	3 (=13%)
1ère année de Médecine (PCEM1 / PACES)	1 (=4,3%)
CHU : Externe (de la 2è à la 6è année de Médecine)	1
Salarié - autre structure de soins	1
TOTAL	23

Hormis les quatre cas sans statut précisé, et dans la limite des chiffres bruts présentés - il apparaît ici, que les Internes, sont plus concernés par le suicide, juste devant les Médecins en Libéral seuls, à risque égal avec les « au moins PHs »/ PUPH en CHU , puis les Médecins en Cabinet de Groupe .

CAS INCLUS , SELON LA « SPÉCIALITÉ » (NB : Internes / Séniors confondus)	TOTAL
Spécialité non précisée	4 (=17,4%)
Psychiatrie	4
Médecine Générale	4
Spécialités Chirurgicales (Chirurgies Cardiaque /Générale-Viscérale /Orthopédique)	3 (= 13%)
Anesthésie-Réanimation	3
1ère à 6ème année d' Externat	2 (= 8,7%)
Spécialités Médicales (Pédiatrie/ Cardiologie)	2
Médecine du Travail	1 (=4,3%)
TOTAL	23

Toujours avec les mêmes limites évoquées précédemment, ici en rassemblant les Différentes Spécialités Médicales et Chirurgicales, l'on obtient les mêmes « tendances » : les MG, comme les Psychiatres, semblent plus à risque suicidaire, juste devant les Anesthésistes-Réanimateurs, à égalité avec les Chirurgiens (toutes sur-spécialités confondues) .

CAS INCLUS , SELON LE MOYEN LÉTAL RETROUVÉ	TOTAL
Indéterminé	13 (=56,5%)
Injection létale	3 (=13%)
Précipitation d'un haut étage	2 (=8,7%)
Arme à feu	1 (=4,3%)
Autolyse médicamenteuse , ingestion	1
Pendaison	1
Précipitation dans un estuaire	1
Précipitation sur voie ferroviaire	1
TOTAL	23

Dans la limite des 13 cas sans moyen létal retrouvé, l'injection létale apparaît comme le 1^{er} moyen utilisé, devant la précipitation d'un haut étage.

CAS INCLUS , SELON LE LIEU DE DÉCÈS RETROUVÉ	TOTAL
Indéterminé	12 (=52,2%)
Au domicile	4 (=17,4%)
Sur lieu de travail	3 (=13%)
Hors du lieu de travail	2 (=8,7%)
Hors du lieu de travail & hors du domicile	2
TOTAL	23

Dans la limite des 52,2% des cas sans lieu de décès retrouvé, il semblerait que le 1^{er} lieu de suicide soit le domicile, juste devant le lieu de Travail .

CAS INCLUS , SELON LES COMORBIDITÉS PSYCHIQUES RETROUVÉES	TOTAL
Non précisées	14 (=60,9%)
Épuisement professionnel = Burn-out	4 (=17,4%)
Consommation d'alcool et/ou autres toxiques	2 (=8,7%)
Notion d'idées noires préexistantes	1 (= 4,3%)
Maladie Bipolaire suivie	1
Maladie Bipolaire suivie + Alcoolodépendance	1
TOTAL	23

Malgré les limites toujours de notre recherche (60,9% des cas où l'on n'a pas retrouvé de comorbidité psychique) l'Épuisement professionnel semble le diagnostic le plus fréquent, suivi de l'alcoolodépendance, devant la Maladie bipolaire.

Autres notions retrouvées :

Pour 1 cas / 23 : « Difficultés personnelles préexistantes » ; pour 2 cas /23 : « Harcèlement moral par l'employeur » ; et pour 1 cas /23 : « Mauvais vécu du décès d'un patient »

CAS INCLUS, SELON LES COMORBIDITÉS SOMATIQUES RETROUVÉES :

1 cas sur 23 : sans comorbidité somatique, confirmée ; 1 cas sur 23 : obésité retrouvée;

21 cas /23 (= 91,3%) : aucune information sur les co-morbidités somatiques retrouvée

CAS INCLUS, SELON LES SOURCES DE DONNÉES

13 cas sur 23 (= 56,5%) ont été retrouvés grâce aux témoignages de Collègues/ Confrères (*Étudiants, Médicaux , Paramédicaux*), dix cas sur 23 (= 43,5%) ont été retrouvés grâce à des Articles de Presse (*Médicale , Régionale , Nationale , etc ...*).

CAS INCLUS , SELON ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES RETROUVÉS	TOTAL
"Personne avec isolement socio-affectif"	1 (=4,3%)
"Personne paraissant heureuse , non dépressive , ayant mal vécu le décès d'un patient"	1
"Lettre du défunt retrouvée , évoquant le harcèlement de l'employeur"	1
"Personne spécialiste de la Schizophrénie"	1
"Personne proche de la retraite "	1
"Personne mariée "	1
"Personne mariée , avec enfants"	1
"Personne ayant travaillé 26 ans avec le même associé "	1
"Personne sortie d'un long arrêt de travail en lien avec un harcèlement professionnel "	1
"Personne suicidée , comme son ancien-ne conjoint-e , Médecin également "	2 (=8,7%)
"Personne dont le-la conjoint-e était aussi Médecin , témoin de son burn-out"	1
"Personne paraissant heureuse , battante , optimiste , sociable et studieuse"	1
"Personne brillante , PU-PH à 37 ans , Chef de Service à 44 ans"	1
"Personne avec difficultés personnelles pré-existantes"	1
Aucun élément retrouvé	8 (=34,8%)
TOTAL	23

Éléments
biographiques
retrouvés
pour 65,2%
des cas inclus.

IV 2 - Réponses au Questionnaire par le Corps Enseignant

- Nous n'avons pu savoir le nombre précis total, de Médecins contactés / exposés au Questionnaire , à travers les diffusions collectives , ou via les pages Internet), pour calculer un taux de réponse précis. D'où une estimation du Taux de Réponse maximal 435 /2020 : à 21,5% .

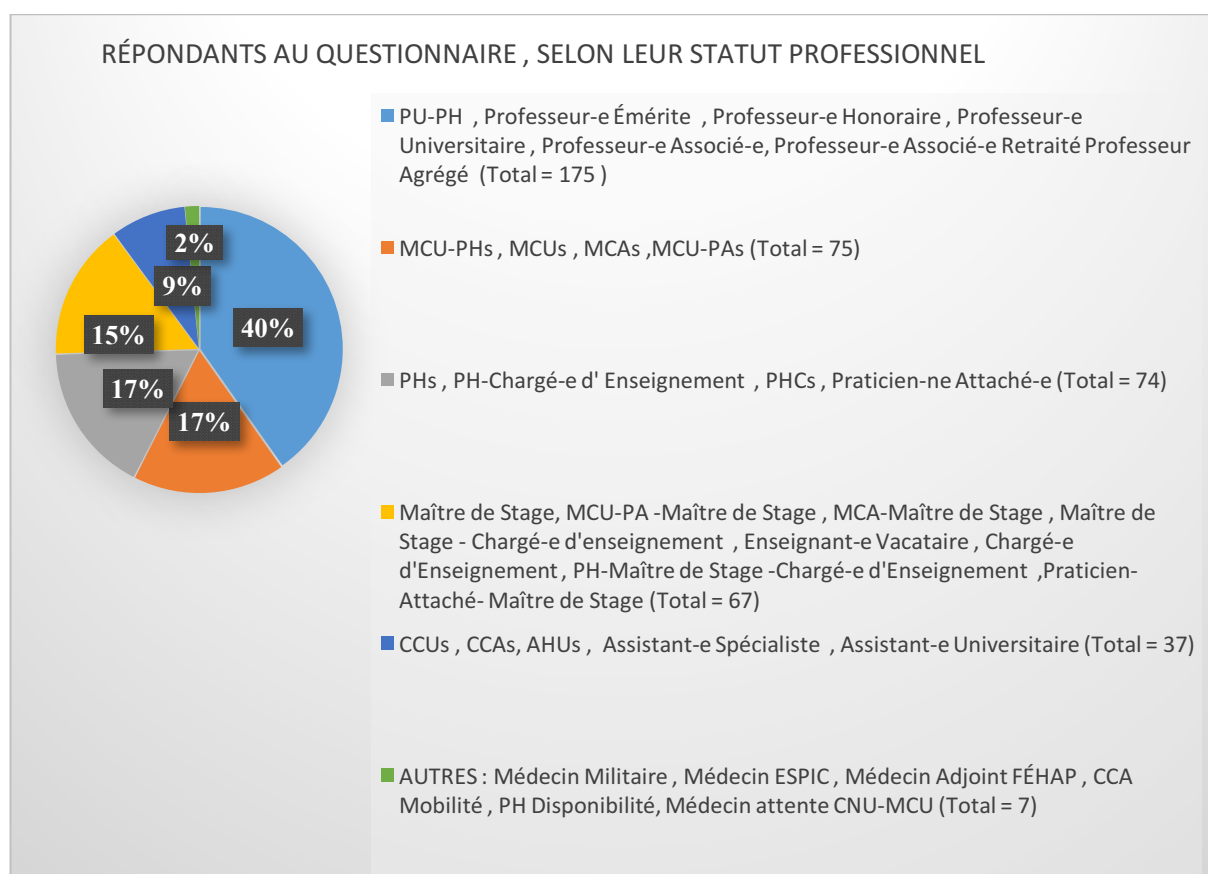
Nous avons exclu 13 réponses au Questionnaire (12 provenaient d'Internes, et un Praticien n'appartenait pas aux CHUs /régions étudiés) .

- Pour la lecture résultats , notons la *disparité de diffusion de notre Questionnaire* : seuls deux Facultés sur les 14 étudiées (sept CHUs + Île-de-France / APHP = sept Facultés) ont bien voulu diffuser le questionnaire aux Enseignants/ Maîtres de Stage en MG . La Scolarité d'un CHU étudié a bien voulu diffuser le Questionnaire aux Formateurs d'autres Spécialités, au sein d'un groupe d'hôpitaux. Nous

n'avons pas eu accès à la liste des Enseignants pour deux CHUs, et six Facultés sur sept de la Région Parisienne. En outre, l'hétérogénéité du nombre de Médecins-Enseignants/Formateurs par CHU/ « Région », et de la répartition hommes/ femmes selon les statuts facultaires /professionnels, peuvent expliquer une partie des résultats.

1) Quelle est votre statut au sein de la Faculté de Médecine où vous exercez ?

435 réponses



2) En quelle discipline êtes –vous spécialisé(e) ?

435 réponses

La plupart des Répondants ont une Spécialité Médicale : Total = 123 (28 % des Répondants) , puis vient la Médecine Générale : Total = 100 (23 %) , puis les Spécialités Médico-Chirurgicales et Chirurgicales : Total = 61 (14%) , puis les Spécialités de Laboratoires : Total = 40 (9,2%) , puis les Spécialités de Pédiatrie / Chirurgie Infantile : Total = 36 (8,3 %) , puis la Psychiatrie / Pédopsychiatrie : Total = 30 (7%) , puis Anesthésie –Réanimation –Urgences : Total = 17 (4%) , puis le « Pôle Santé Publique » : Total = 15 (3,4%) , puis les Spécialités « Mixtes » : Total = 9 (2%) (Cf Annexes -détails des « Pôles »)

3) Êtes-vous :

435 réponses

-Un homme : 240 réponses : soit 55,2%

- Une femme : 195 réponses : soit 44,8%

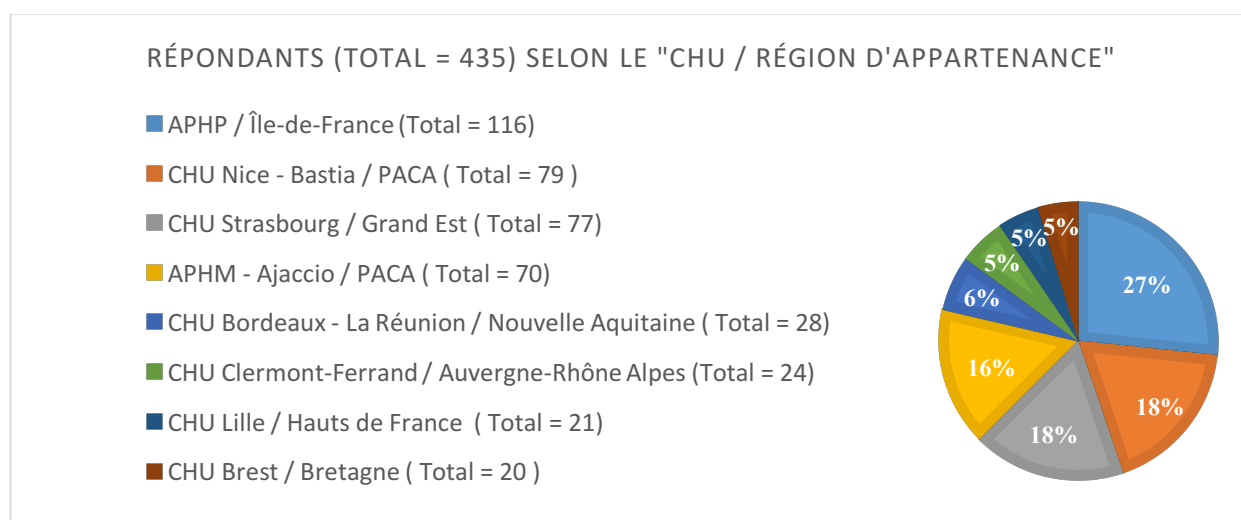
4) À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

435 réponses

La plupart des répondants : 31% (Total = 135) ont entre 51 et 60 ans, puis 27,6% (Total = 120) ont entre 41 et 50 ans , puis 22,1% (Total = 96) ont entre 31 et 40 ans , puis 14,9 % (Total = 65) ont plus de 60 ans , puis 4,4% (Total = 19) ont entre 25 et 30 ans .

5) Dans quels CHU / "Région" travaillez-vous ?

435 réponses



6) Avez-vous déjà été concerné(e) « de près ou de loin », par le suicide d'un Externe / Interne / Docteur en Médecine dans votre entourage , durant votre formation / votre carrière ?

435 réponses

Oui : pour 295 pour répondants = 67, 8 % , Non : pour 140 répondants = 32,1 % .

7) Si oui répondu à la question 6) : combien de fois ?

295 réponses

(Taux de réponse = 67,8%) Pour 127 personnes (= 43,1% des répondants) « 1 fois » ; pour 96 (= 32,5%) « 2 fois » ; pour 45 (= 15,3%) « 3 fois » ; pour 16 (= 5,4%) « 4 fois » ; pour 9 (= 3,1%) « plus de 5 fois » ; enfin pour 2 (= 0,7%) « 5 fois » .

8) l'UE3 : « Maturation , Vulnérabilité , Santé mentale , Conduites addictives » avec l'Item 58 : "Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout" vous paraissent :

435 réponses

Ont été choisies les Réponses :

*« *N'existaient pas lors de ma Formation* » 183 fois = 35,3% des choix (sur 518 choix multiples au total) ;
 puis *« *Je ne les connais pas* » 150 fois = 29 % ; puis *« *Je ne m'en souviens pas* » 90 fois = 17,4% ;
 puis *« *Utiles malgré tout* » 42 fois = 8,1% ; puis *« *Incomplets* » 24 fois = 4,6% ; puis *« *Sujet trop vaste* » 19 fois = 3,7% ; puis * « *Autre* » : 6 fois = 1,1% ; puis * « *Complets aboutis* » 4 fois = 0,8 % .

« **Autre** » (Sélection) : « Destabilisation familiale à chaque fois : absence de mère (décédée) chez des Étudiants/ Internes » , « Tout n'est pas abordable au cours du second cycle. L'intitulé d'un Item de Programme ne préjuge pas de l'importance qui lui est accordée d'une Faculté à une autre » ,
 « Inadaptés »

9) Pensez-vous qu'une formation spécifique serait bénéfique pour prendre en charge ce type de situation ? (ex: lorsque l'on reçoit l'entourage , les étudiants collègues , les Confrères , d'un futur Médecin / Médecin suicidé)

435 réponses

« Oui » : répondu par 348 personnes = 80% des répondants , « Non » : par 63 personnes = 14,5 % ,
 « Autre » : répondu par 24 personnes = 6% des répondants .

« **Autre** » (Sélection) : « Il faut faire de la Prévention, pas de la prise en charge » , « Je ne sais pas »
 « La Médecine du Travail dispose d'un service spécifique pour prendre en charge ces problèmes »
 « Une Formation est certes importante, mais je pense que le plus important c'est l'écoute et je ne pense pas qu'une formation théorique soit la plus pertinente pour acquérir cela. Des groupes de parole seraient plus pertinents, ou un accompagnement personnalisé dès le début des études de médecine. » , « Je pense que pour le suicide le plus proche, celà n'aurait rien changé. »
 « Plus qu'une Formation avant événement, la possibilité de recevoir des Conseils au moment où cela est nécessaire, serait utile. » , « Est bénéfique dans la mesure où un optionnel existe pour les internes de Médecine Générale dans notre fac ; mais je ne suis pas convaincu qu'il faille le distinguer du Burn out , ou du risque suicidaire des autres Professions , dans la Formation initiale et/ou continue » , « Une formation à l'écoute est nécessaire. Une formation spécifique pour chaque type

de situation dramatique n'est pas utile, sauf pour ceux qui se spécialisent dans un service type SOS-Suicide », « Je ne suis pas sûre qu'il s'agisse de formation !! » , « Cela pourrait rentrer dans le cadre de Formations plus générales , concernant le soutien aux personnes (malades, entourage, collègues, équipe) après annonce d'un événement rare » , « ? » , « Plus qu'une prise en charge une analyse du pourquoi , et la mise en place réelle de mesures contre ce type de situation. Il s'agit toujours de personnes profondément impliquées dans leur travail dont on profite, aussi bien les collègues que l'administration. » , « Pour le Médecin du Travail oui » , « Travail en amont : situations de harcèlement NON TRAITÉES » , « Formation au Burn-out de manière générale » , « Tout dépend de la Spécialité d'exercice ! Les besoins ne sont évidemment pas les mêmes pour un Chirurgien, que pour un Généraliste. L'aspect psychologique est quelque chose qui est peu abordé pendant notre formation surtout, de 3^e cycle . » , « Une Formation , ou Information de base en Éthique me semble utile . » , « Utile mais pas tellement pour recevoir l'entourage, plutôt pour repérer et prévenir les situations à risques » , « COMBIEN de formations spécifiques pour le MG ? 1000 ? 10.000 ? » , « Peu intéressant comme question à mon sens... ».

10) Pensez-vous que la Profession Médicale nécessiterait dans son Programme de Formation un ou plusieurs Items obligatoires sur la Prévention du Suicide des futurs Médecins / Médecins ?

435 réponses

« Oui , 1 Item » répondu par 261 personnes = 60% des répondants , « Oui , plusieurs Items » répondu par 98 personnes = 22,5% des répondants , « Non » répondu par 76 personnes = 17,5% des répondants. ➔ Soit au total 359 personnes = 82,5% des répondants sont en faveur de cette suggestion.

11) Si oui répondu à la question 10) : à partir de quelle année d'étude souhaiteriez-vous intégrer cet Item de Formation ?

358 réponses

La réponse : « Début d'Internat » a été choisie 124 fois = 26,5% (sur les 468 choix multiples au total) ; puis vient « 4^{ème} année de Médecine » 83 fois = 17,7% ; puis « 2^e année de Médecine » : 63 fois = 13,5% ; puis « 3^e année de Médecine » : 56 fois = 12% ; puis « 5^e année de Médecine » : 53 fois = 11,3 % ; puis « 6^e année de Médecine » : 47 fois = 10% ; puis « 1^e année de Médecine » : 42 fois = 9%.

12) Si oui répondu à la question 10) : pensez-vous que cette formation de Prévention devrait persister ? :

361 réponses

La réponse : « *Oui, tout au long de la carrière des Docteurs en Médecine* » a été choisie 268 fois = 51,4% (sur les 521 choix multiples au total) ; puis « *Oui , durant tout l'Internat* » : 125 fois = 24% ; puis « *Oui , durant tout l'Externat* » : 81 fois = 15,5 % ; puis vient le « *Non* » : 36 fois = 7% ; puis « *Autre* » : 11 fois = 2% . → Total de à 474 « *Oui* » = 91% approuvent la persistance de cette Prévention durant le cursus.

« **Autre** » (sélection) : « Pas sous forme de Formation mais peut-être sous forme de Groupe de travail /Séminaire », « Je pense que tous les Médecins doivent être formés pour le diagnostic du Burn-out, et la prévention du suicide , toutes professions confondues , sans le limiter aux Médecins et futurs Médecins. C'est un diagnostic général et nous ne devons pas nous limiter à soigner nos Pairs », « Qu'entend-on par persister ? Il faut effectivement comme tout apprentissage plusieurs temps. Un avant la préparation à l'ECN et un durant l'Internat. Après, on est beaucoup plus sensibilisé à cette problématique . », « Une Prévention du suicide ne nécessite pas de cours, mais bien d'autres choses » , « La prévention n'est pas un cours. La prévention c'est pouvoir être un Homme humain. La prévention c'est arrêter cette course à la gloire, à l'argent et réellement participer à la construction médicale collective sans marcher sur l'autre », « Ne sait pas », « À différents temps tout au long de la carrière professionnelle mais pas limité au Médical (englober le Paramédical) ».

13) Existe-t'il au sein de votre CHU / Région , une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Externes ?

435 réponses

La réponse « *Je ne sais pas* » a été choisie 335 fois = 72,8% (sur les 460 choix multiples au total) ; puis « *Non* » : 68 fois = 14,8% ; puis « *Oui* » : 19 fois = 4,1% ; puis « *Groupe de parole* » : 13 fois = 2,8% ; puis « *Formation à la Relaxation (Sophrologie , Yoga ,etc ...)* » : 11 fois = 2,4% ; puis « *Autre* » : 8 fois = 1,7% ; et enfin « *Cours dédié* » : 6 fois = 1,3% . → La majorité des répondants , ne sait pas si une telle Formation de Prévention, dédiée aux Externes , existe dans leur CHU/ Région → Une minorité des CHUs/ Régions étudiés ne serait pas pourvue d'une telle Formation ;

« **Autre** » : « Oui, le BIPE, dont je fais partie en première ligne », « Il existe un espace pour les étudiants en Médecine qui peuvent contacter à notre Faculté un Médecin Psychiatre dédié à leur écoute », « Enseignement : pas à ma connaissance, mais Cellule dédiée à la fac », « Pas d'externes à La Réunion»,

« Pas sûr pour formation formalisée, mais Structure facultaire gérant la problématique », « Numéro de téléphone », « Oui, Présence dans la région mais pas dans le CHU ».

14) Existe-t'il au sein de votre CHU / Région , une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Internes ?

435 réponses

La réponse « *Je ne sais pas* » a été choisie 317 fois = 70% (sur les 454 choix multiples au total) ; puis « *Non* » : 81 fois = 17,8% ; puis « *Oui* » : 25 fois = 5,5% ; puis « *Autre* » : 12 fois = 2,6% ; puis « *Groupes de parole* » : 11 fois = 2,4% ; puis « *Formation à la relaxation (Sophrologie , Yoga , etc ...)* » : 5 fois = 1,1% ; puis « *Cours dédié* » : 3 fois = 0,7% . → La plupart des répondants ne sait pas si une telle Formation de prévention, dédiée aux Internes, existe dans leur CHU/ Région. → Une minorité des CHUs/ Régions étudiés ne serait pourvue d'une telle Formation.

« **Autres** » : « Oui, Numéro téléphonique spécifique à disposition des Internes (mais pas véritablement de Formation à ma connaissance...) », « La conformation de l'Enseignement en 3^{ème} Cycle ne permet pas de répondre à cette question », « Non, mais des initiatives locales dans les Services » , « Groupe Balint » , « Oui au sein du Département de MG de l'Université » , « Avec la mise en place du Tutorat, les Internes sont mieux connus et on peut détecter plus vite des problématiques personnelles. Il y a les groupes d'échange de pratiques, entre Internes où les internes peuvent parler du sujet s'ils le souhaitent. Mais pas de Formation spécifique. », « Ateliers dans le cadre de Méthodes de Simulation », « Lors de la réception des Internes chaque Semestre, je leur en parle », « Oui, Présence dans la région mais pas dans le CHU ».

15) Existe-t'il au sein de votre CHU/ Région , une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Docteurs en Médecine ?

435 réponses

La réponse : « *Je ne sais pas* » a été choisie 309 fois = 68,2% (sur 453 choix multiples au total) ; puis « *Non* » : 85 fois = 18,8% ; puis « *Oui* » : 22 fois = 4,8 % ; puis « *Formation à la relaxation (Sophrologie , Yoga , etc ...)* » : 15 fois = 3,3 % ; puis « *Autre* » : 11 fois = 2,4 % ; puis « *Cours dédié* » : 2 fois = 0,4%. → La plupart des répondants ne sait pas si une telle Formation de prévention, dédiée aux Docteurs en Médecine, existe dans leur CHU/ Région . → Une minorité des CHUs/ Régions étudiés ne serait pas

pourvue d'une telle Formation .

« **Autre** » : « Oui, Cellule d'écoute », « Médecin Psychiatre dédié », « Oui, ce thème existe en FMC »
 «Cellule "souffrance au travail" à l'initiative de la CME, dont les membres sont joignables individuellement », « Conférences, Groupe Balint une année qui n'a pas été renouvelé, Séances de Méditation pleine conscience », « Ateliers simulation », « Psychologue du travail », « Groupe de parole, chaque Groupe Hospitalier a une Commission Médicale accessible pour Médecins en difficulté ».

16) Quel(s) outil(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins ?

435 réponses

La réponse : « *Groupes de paroles réguliers à thèmes libres, animés par un Médecin Membre du Corps Enseignant* » a été choisie 243 fois = 40,8% (parmis les 595 choix multiples au total) ; puis « *Cours / ateliers sur la crise suicidaire ,etc ...*» 180 fois = 30,2% ; puis « *Séances régulières de Relaxation (Sophrologie , Yoga , etc...)* » : 117 fois = 19,7% ; puis « *Autre* » : 55 fois = 9,2% .

« **Autre** » (Sélection): « Lutte contre les sources du problème: interface avec Administration, diminution du volume horaire réel, diminution du travail administratif » , « AVOIR ET DÉCLARER UN MÉDECIN TRAITANT POUR TOUT MÉDECIN / ÉVITER L'AUTOMÉDICATION AUTOPRESCRIPTION... » , « Modification de la position des médecins dans l'organigramme hospitalier » , « Incitation à ne pas cumuler les gardes obligatoires avec les facultatives en particulier dans le privé » , « Connaissance des Étudiants tutorat effectif enseignement socratique ,Apprentissage par problème, Suivi des étudiants » , « La formation de l'Encadrement au Dépistage du suicide en général » , « Évaluation des "Managers" médicaux càd des Chefs de service » , « Ne se prononce pas » , « Rien » , « Amélioration des conditions de travail avant tout » , « La prévention du suicide chez les Médecins ne doit pas être différente que dans la population générale. Pas de spécificité, une Sensibilisation tout au long du parcours professionnel avec une destigmatisation de la souffrance psychique. » , « Lieu de parole indépendant de l'Institution » , « Avis spécialiste » , « Vigilance des enseignants » , « Pourquoi faire une formation spécifiquement pour cette Profession? » , « Partage du travail » , «Former les Chefs de Service à la Bienveillance et à sa Responsabilité vis à vis de son personnel avec possibilité de recours vers un Psychiatre ou Psychologue extérieur » , « Entretiens ou Questionnaires de dépistage » , « Mindfulness » , « Site internet » , « Consultation Psychologue proposée annuellement » , « Ne pas cibler que les potentiels suicidants , mais les Acteurs du système » , « Il faut changer les mentalités, respecter le repos de garde, et considérer les Étudiants et les Médecins à leur juste valeur. Ils doivent s'autoriser à

être fragiles si c'est le cas, et se soigner en conséquence. », « DPC entrant dans le cadre de la Recertification », « Groupes Balint » (six fois) , « Gestion de cas particuliers non généralisables », « Il faudrait proposer différentes choses , pour que chaque personne puisse trouver celle qui lui va. », « Outils pour desceller le sentiment de culpabilité, d'impuissance, aider à l'optimisation du planning afin de conserver du temps libre » , « Visite médicale, Médecine du Travail », « Être moins écrasé par le travail, les sollicitations et le poids administratif et comptable qui nous éloignent du coeur de notre métier et de notre réflexion » , « Avant de proposer des outils, il faudrait s'interroger correctement sur les causes » , « Enquêtes régulières de veille individualisée (en ligne par exemple) » , « Tutorat de compétence clinique » , « Je pense que s'il faut arriver à une Prévention du suicide c'est qu'il est "déjà trop tard", c'est partir du principe que l'on ne peut pas changer les causes du suicide ! Il faudrait AUSSI améliorer les relations qui existent entre soignants et surtout supprimer les rapports de forces qui existent entre Administration omnipotente et sourde et Médecins qui ont perdu leur capacité de gestion et de décision dans les Hôpitaux » , « Meilleure gestion hospitalière, amélioration des Conditions de travail, application du Temps de travail » , « Modification du management; diminution de la pression de rentabilité » , « Médecine du travail » , « Je ne sais pas / Non compétent » (cinq fois) , « Conditions de travail permettant de faire son travail dignement et en sécurité » , « Cours /ateliers sur le Burn-out » , « Ne pas arriver aux situations de harcèlement , et manque de professionnels » , « Supervision animée par Psychologue ou Psychiatre » , « Groupe de Soutien par les Pairs » , « VACANCES régulières » , « Moins d ' heures de présence hospitalière , pour une possibilité de vie sociale » , « Mais il ne faut pas une formation de prévention !!! Il faut surtout revoir les conditions de travail, la pression exercée sur les Internes/ Médecins qui est le facteur essentiel. C'est pas en apprenant aux futurs Médecins qu'ils risquent de se suicider qu'on va prévenir le passage à l'acte ! » , « Redonner à l'Interne la place qu'il occupait au sein des Services; avoir une vraie Médecine du Travail » , « Téléphone et Consultations libres et anonymes » , « Mooc » , « Agir sur les conditions de l'Étudiant en service hospitalier » , « Aborder le Programme dans le cadre du Mode de vie et d'Exercice en général , et pas le suicide de manière spécifique » , « Cellule d'Écoute Psychologique Nationale » , « Une meilleure organisation des Institutions » , « Prévention Sociétale plus qu'individuelle » , « Amélioration du management des Médecins hospitaliers: -rendez-vous annuels avec leurs Chefs de Service et la DIRAM, -cours de Management et de Leadership pour les Chefs d'unité. Et Suivi réel par la Médecine du Travail » , « Amélioration des conditions de travail, sensibilisation à la bienveillance avec soi-même, réflexion autour de la non-toute puissance médicale et supervision par un psychologue extérieur au service » .

17) Quelle(s) mesure(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins ?

435 réponses

MESURES PRÉVENTIVES PROPOSÉES (Total des choix multiples = 1378)	NOMBRE DE FOIS OÙ ELLES ONT ÉTÉ CHOISIES
Suivi particulier des Externes / Internes / Médecins avec difficultés socio-économiques et/ou médicales avérées	236 (=17,1%)
Entretien facilité avec Psychologue/Psychiatre , en présentiel ou par téléphone (au moins une fois/ an , par ex .)	231 (=16,8 %)
Homogénéisation du Temps de travail , application systématique des Repos compensateurs , des Journées de Formation	224 (=16,2%)
Accès facilité au BAPU pour les Externes / Internes (au moins une fois par an , par ex.)	191 (=13,9%)
Visite médicale obligatoire au SUMPPS (au moins une fois par an, par ex.)	181 (=13,1%)
Campagne de Santé Publique de Prévention du Suicide des futurs Médecins / Médecins	163 (=11,8%)
Promotion du recours aux Associations locales d'écoute et d'aide aux Externes / Internes / Docteurs en Médecine	140 (=10,2%)
Autres : (Total : 12)	12 (= 0,9%)

➔ Chaque proposition pour optimiser la Prévention de ces suicides, intéresse les répondants

à des niveaux assez proches , notamment les trois 1ères mesures .

« **Autre** » (sélection) : « Encourager la vie communautaire à l'Internat avec ses fêtes » , « Rien » ,

« Il faut analyser les causes et le diagnostic avant de proposer un traitement préventif ou curatif » ,

« Évaluation des "managers" Médicaux càd des Chefs de service » , « Ne se prononce pas » ,

« Vigilance » , « Je ne sais pas » , « Sans que ce soit un sujet que je connaisse, je pense qu'il y a 2

niveaux : -un niveau général de tous les médecins en formation initiale sur le suicide en général ,

où le sujet devrait être abordé au moins pendant une heure , -et un niveau de prise en charge des

alertes permettant de répondre aux attentes des personnes en situation de stress "péri-suicidaire" » ,

« Tout est obsolète car dépend du Service , du CHU , et si l'Administration copine avec les médecins

tout-puissants » , « Groupes de Pairs avec tuteur , 1 à 2 fois par mois » , « Stopper les harceleurs ,

favoriser Communication Administration – Médecins » , « Remise en question sociétale du modèle

productiviste » .

18) Quel(s) outil(s) / mesure(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la postvention après le suicide d'un futur Médecin / Médecin ?

435 réponses

OUTILS DE POSTVENTION PROPOSÉS (Total des choix multiples = 827)	NOMBRE DE FOIS OÙ ILS ONT ÉTÉ CHOISIS
Cellule de Débriefing systématique après le suicide d'un futur Médecin / Médecin	350 (= 42,3%)
Entretien facilité avec Psychologue / Psychiatre , en présentiel ou par téléphone	271 (= 32,8%)
Organiser au sein des Institutions une rencontre et un suivi spécifiques avec la famille / les proches du défunt	129 (= 15,6%)
Cours / ateliers pour l'annonce d'un suicide d'un futur Médecin/ Médecin	59 (= 7,1%)
Autre	12 (= 1,4%)
"Je ne sais pas"	6 (= 0,7%)

→ Les trois 1ères mesures du Tableau sont les plus choisies par les répondants.

« **Autre** » : « À valider », « Pas d'avis », « Rien », « Ne se prononce pas », « Avis spécialiste », « ? » (deux fois) , « Je n'ai pas de compétence pour faire des propositions et ne connais pas l'étendue du problème , qui permettrait de cibler les objectifs principaux d'une telle prévention ... si tant est qu'elle puisse avoir un intérêt. » , « Soignants en nombre suffisant ; accès au soins gratuits pour tous ; et toutes autres mesures permettant aux médecins de soigner tout le monde (pauvres ou riche, français ou non, patients ayant une entorse ou patient en fin de vie) dans des conditions dignes et en sécurité » , « Traiter la cause : harcèlement et non dialogue de l' Administration , moyens contre Burn-out » , « Prévention » , « De quel groupe humain parle t-on ? Équipe d'un Service ? Fac ? ... ».

19) À quel degré trouveriez-vous pertinent l'existence d'un Registre prospectif des suicides des futurs Médecins / Médecins en France ?

435 réponses

DEGRÉ DE PERTINENCE D'UN REGISTRE PROSPECTIF	NOMBRE DE FOIS OÙ LE DEGRÉ DE PERTINENCE A ÉTÉ CHOISI (Nb : total des choix = 435)
4 : très pertinent	181 (=41,6%)
3 : assez pertinent	134 (=30,8%)
2 : moyennement pertinent	50 (=11,5%)
1 : peu pertinent	29 (=6,7%)
0 : non pertinent	22 (=5%)
Autre	19 (=4,4%)

En ajoutant les choix de degrés 3 et 4 → on obtient 315 = 72,4 % d'avis favorables majoritaires pour un tel registre prospectif .

« **Autre** » : « Je ne connais pas suffisamment les données pour avoir un avis pertinent sur la question »

« Cela dépend des objectifs poursuivis. Je pense qu'il faut différencier observatoire et registre », « ? » (deux fois) , « Je ne sais pas » , « Pas d'avis . Je ne connais pas assez le problème et notamment sa fréquence ? », « Pas d'avis » (trois fois), « Dépend de la fréquence...que je ne connais pas » , « Sujet à controverse... » , « Géré par ...? » « Il existe un registre général ? peu utile par profession mais plutôt global. » , « S'il devait y avoir un Registre de suicide lié à un Stress Professionnel , il faudrait que ce soit dans tous les métiers , et pas qu'en Médecine ».

20) Si vous trouvez nécessaire ce type de Registre , quelles données devrait-il tracer selon vous - en s'assurant que le défunt ne s'opposait pas de son vivant , au recueil de ses données de santé ?

371 réponses

Taux de Réponse pour cette question = 85, 3 %

DONNÉES PROPOSÉES POUR RENSEIGNER UN TEL REGISTRE	NOMBRE DE CHOIX POUR LES PROPOSITIONS (Nb : Total choix multiples = 4679)
Âge du défunt	345 (=7,4%)
Sexe	333 (=7,1%)
Mode d' Exercice (Libéral / en CHU / en Hôpital Public / Mixte ...)	333
Spécialité	330 (=7%)
Si le suicide s'est produit sur le lieu de travail	319 (=6,8%)
CHU d'appartenance	280 (=6%)
Notion de co-morbidités psychiques	280
Année d'Externat	278 (=5,9%)
Semestre d'Internat	278
Notion de consommation de toxiques	260 (=5,5%)
Statut marital , familial	258 (=5,5%)
Ville / Région d'exercice	253 (=5,4%)
Notion de co-morbidités physiques	242 (=5,3%)
Moyen léthal	230 (=5,2%)
Conditions de Travail	188 (=4%)
Si une lettre du défunt a été retrouvée	182 (=3,9%)
Ville de décès	152 (=3,2%)
Autres éléments biographiques	97 (=2%)
Autre	41 (=0,9%)

« **Autre** » : « ATCD d'autre suicide dans le même Service », « Avis spécialiste » , « Quel serait l'intérêt de ce type de recueil ? » , « ????? » , « Je ne sais pas » (quatre fois) .

➔ La plupart des répondants trouve ce registre pertinent, nécessaire, le souhaiterait anonyme bien sûr, et exhaustif .

V - DISCUSSION - CONCLUSION

Résultats principaux de notre étude :

1^{ère} partie de notre recherche : *sous réserve des multiples limites de notre recherche (biais méthodologiques, absence de standardisation selon l'âge et d'appariement des cas, manques de significativité et de puissance)

- Nous avons rencontré au cours de nos recherches de « données officielles », des « résistances » plus ou moins importantes, une certaine « inaccessibilité » aux informations recherchées, et nous n'avons pas retrouvé de Registre pour le recueil de données envisagé.

- Le suicide des Futurs Médecins et Médecins en France, sujet toujours d'actualité hélas, représente pourtant un fort enjeu de Santé Publique, et un enjeu scientifique aussi, pour mieux connaître l'Épidémiologie de la Santé de ces populations spécifiques. Au cours de notre recherche bibliographique, les données confirment effectivement que les Étudiants en Médecine et les Médecins sont plus exposés au risque de suicide que la population générale.

- Contrairement au présumé initial, les régions « sudistes » apparaissent plus touchées, par le suicide, entre 2007 et 2017, cela est probablement lié à tous les biais de notre étude. L'on passe de la Région PACA / CHU Nice-Bastia (sept cas), puis Région Aquitaine /CHU Bordeaux-La Réunion, puis Région PACA / CHU Marseille –Ajaccio, et « à égalité » Région parisienne /AP-HP, Nord-pas-de -Calais /CHU Lille, Alsace/CHU Strasbourg et Bretagne / CHU Brest, à aucun cas pour l' Auvergne / CHU Clermont- Ferrand.

- En outre depuis 2015, le nombre « brut » total de suicidés semble augmenter dans les groupes étudiés (deux cas par an maximum jusqu'en 2014, puis de trois jusqu'à cinq cas par an dès 2015).

- Sur un total de 23 inclus, nous retrouvons près de trois fois plus d'hommes que de femmes suicidés (14 cas vs cinq cas).

- Les personnes cinquantenaires ont été plus touchées par le suicide (six cas) dans les groupes étudiés, suivies des personnes âgées de 26 à 29 ans (quatre cas), puis celles de 40 à 49 ans (trois cas), devant celles de plus de 60 ans (deux cas), puis celles de 17 à 25 ans comme celles de 30 à 39 ans (un cas dans chaque groupe).

- Les Internes semblent avoir été plus atteints par le suicide (cinq cas), puis les Médecins en Cabinet Libéral seuls comme les "au moins PH" / PUPH en CHU (quatre cas pour chaque statut), puis les Médecins en Cabinet de Groupe (trois cas) notamment.

- Les Spécialités les plus endeuillées par le suicide (Internes / Séniors confondus) sont la Psychiatrie et la Médecine Générale (quatre cas pour chaque spécialité sur 10 ans). Puis viennent les Spécialités Chirurgicales, comme l' Anesthésie-Réanimation (trois cas pour chaque spécialité sur 10 ans) .
- Les moyens létaux les plus employés ont été l'injection létale (trois cas) , devant la précipitation d'un haut étage (deux cas) ; notons la limite de puissance avec 13 cas (= 56,5%) sans moyen létaux retrouvés.
- Le 1^{er} lieu de décès retrouvé a été le domicile (quatre cas), puis le lieu de travail (trois cas) . Rappelons les 12 cas (= 52,2%) non renseignés pour cet item.
- Concernant les co-morbidités psychiques retrouvées : l'épuisement professionnel est le plus fréquemment retrouvé (quatre cas) , devant la consommation de toxiques- dont l' alcool (trois cas) , devant la Maladie bipolaire (deux cas) , et la dépression avec idées noires (un cas) .
- Nous n'avons pas retrouvé de Co-morbidité somatique sauf pour deux cas sur 23 inclus . → *Les co-morbidités somatiques devraient pouvoir être mieux renseignées à l'avenir pour une meilleure étude épidémiologique.*
- Pour le recueil des informations recoupées, toutes de sources non « officielles » : pour 56,5 % des cas , elles ont été colligées grâce aux témoignages de Collègues Étudiants , Confrères Médicaux , et Paramédicaux. Pour 43,5% des cas, elles ont été regroupées à partir de divers articles de Presse.

*2^e partie de notre recherche - basée sur le Questionnaire : ***notons la diffusion du Questionnaire inhomogène, non aisée dans certaines régions, d'où la disparité de certains résultats pas tous interprétables.***

- La plupart des 435 répondants ont été des PU-PH/Professeurs (40%). Puis l'on retrouve les Maîtres de Conférence (17%) , les PHs (17%) , les Maîtres de Stage / Enseignants MG (15%) , puis les Chefs de Clinique / Assistants (9%) et Autres (2%). → Certes le Questionnaire a été plus facilement adressé aux PUPHs selon les listes d'Enseignants retrouvées, néanmoins leur intérêt pour la problématique est prégnant.
- Les répondants sont majoritairement des Hommes 55,2% ,44,8% sont des Femmes. → Dans certains statuts hospitalo-universitaires , l'on compte plus d'hommes que de femmes .
- La majeure partie des répondants exercent en Île-de-France /APHP (27%), puis en PACA / CHU Nice - Bastia et Grand Est / CHU Strasbourg (18% chacun), puis PACA / Marseille -Ajaccio (16%) , puis de façon plus restreinte en Nouvelle Aquitaine/ CHU Bordeaux -La Réunion (6%) , puis en Auvergne-Rhône-Alpes / CHU Clermont-Ferrand , Hauts-de-France / CHU Lille et en Bretagne / CHU Brest (5% pour chaque région) . → Ces résultats sont le reflet aussi de la disparité majeure de diffusion du Questionnaire, du nombre d'enseignants par Faculté , etc ...

- La majorité des répondants (295 = 67,8 %) a déjà connu un cas plus ou moins proche de suicide de futur Médecin ou Médecin. 43,1% l'ont vécu : « une fois » ; 32,5% : deux fois ; 15,3% : trois fois ; 5,4% : quatre fois ; 3,1% : plus de cinq fois ; et enfin 0,7% : cinq fois . ➔ Cette problématique est connue et vécue par la majorité des Enseignants / Formateurs.

- L'item 58 et l'UE 3 ne semblent connus que pour 17,2 % des répondants . ➔ Ce qui suggère d'en améliorer la Diffusion et la Formation en rapport.

- Concernant la proposition d'une *Formation spécifique par exemple pour recevoir l'entourage, les Étudiants collègues, Confrères, d'un futur Médecin / Médecin – suicidé* , 80% des répondants trouvent qu'une telle formation serait bénéfique. ➔ Cette réponse est importante pour son éventuelle application dans les Facultés /CHUs.

- Concernant la proposition d'un ou plusieurs Items obligatoires sur la *Prévention du Suicide des futurs Médecins / Médecins dans le Programme de la Formation Médicale* : 82,5% des répondants sont en faveur de cette suggestion (60% des choix : « Oui , 1 Item » , et 22,5% : « Oui , plusieurs Items »).

➔ Cette réponse est à considérer pour son éventuelle mise en pratique dans un Programme de Formation Médicale.

- Concernant *l'année d'Étude où les Enseignants souhaiteraient voir intégré cet(ces) Item(s) de Formation* , les deux choix principaux sont le « *Début d'Internat* » pour 26,5% d'entre eux , puis la « *4^{ème} année de Médecine* » pour 17,7% . ➔ Élément à prendre en compte pour une éventuelle Formation .

- Concernant la *persistance de cette Formation de Prévention* , un total de 91% des choix sont en faveur de cette proposition . ➔ Réponse à considérer pour cette éventuelle Formation.

- Concernant *l'existence dans leur CHU /Région, d'une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Externes / Internes / Docteurs en Médecine* : la majorité des Enseignants /Formateurs répondants , ne sait pas si une telle Formation existe dans leur CHU (68,2% à 72,8%) . Une minorité des CHUs/ Régions étudiés ne serait pas pourvue d'une telle Formation (14,8% à 18,8%). ➔ **Ce qui confirme la nécessité d'une meilleure communication sur les Structures de Soutien et Prévention destinées à ces 3 groupes, au sein des Facultés /CHUs / Régions.**

- Concernant *les outils préférentiels pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins*, les « *Groupes de paroles réguliers à thèmes libres , animés par un Médecin Membre du Corps Enseignant* » ont été choisis à 40,8 % . Puis viennent surtout les « *Cours / ateliers sur la crise*

suicidaire , etc ... » (30,2 %) , puis les « Séances régulières de Relaxation (Sophrologie , Yoga , etc...) » (19,7 %). → À prendre en compte pour leur éventuelle réalisation, selon les Facultés.

- Concernant les *mesures de préférence pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins*, les sept propositions ont été choisies à des degrés très proches : allant du « *Suivi particulier des Externes / Internes / Médecins avec difficultés socio-économiques et/ou médicales avérées* » (17,1% des choix) , à « *la Promotion du recours aux Associations locales d'écoute et d'aide aux Externes / Internes / Docteurs en Médecine* » (10,2 %). → À considérer pour leur éventuelle concrétisation future.

- Concernant les *Outils / mesures de préférence pour optimiser la postvention après le suicide d'un futur Médecin / Médecin* , la « *Cellule de Débriefing systématique après le suicide d' un futur Médecin / Médecin* » est préférée dans 42,3 % des choix , puis l'*Entretien facilité avec Psychologue / Psychiatre , en présentiel ou par téléphone* » , puis « *Organiser au sein des Institutions une rencontre et un suivi spécifiques avec la famille / les proches du défunt* » , puis des « *Cours / ateliers pour l'annonce d'un suicide d'un futur Médecin/ Médecin* » (7,1%) . → Réponses à retenir pour leur éventuelle mise en application.

- Concernant le *Degré de pertinence pour l'existence d'un Registre prospectif des suicides des futurs Médecins / Médecins en France* : un total de 72,4 % des répondants sont en faveur d'un tel registre . → Élément d'importance pour un éventuel registre de la sorte.

- Concernant les *données à tracer* selon les personnes trouvant nécessaire un tel registre (*en s'assurant que le défunt ne s'opposait pas de son vivant au recueil de ses données de santé*) : 85 % des interrogés trouvent nécessaire un tel registre . Les répondants envisagent un Registre anonymisé bien sûr, avec des données exhaustives pour chaque cas. → Réponse éloquente pour un tel Registre dans le futur.

Confrontation des résultats aux données connues de la Littérature :

*1^{ère} partie de notre recherche : n'ayant pas pu finalement calculer des prévalences, ni des taux de suicide, nous n'avons pas d'éléments pour comparaison. D'autres éléments en revanche peuvent être confrontés aux Études citées dans notre Bibliographie. ***Des points de convergence sont retrouvés, indiquant un certain degré validité externe :***

- *Régions plus touchées par le suicide des Futurs Médecins / Médecins* : à l'opposé de notre présumé quatre Régions sudistes en tête, puis « à égalité » la Région parisienne /AP-HP, le Nord-pas-de-Calais /CHU Lille , l' Alsace/CHU Strasbourg ,la Bretagne / CHU Brest , et aucun cas pour l' Auvergne / CHU

Clermont- Ferrand . Dans son 1^{er} rapport (6), l'ONS signale des taux de suicides en Île-de-France fortement sous-estimés devant une non transmission des données par l'IML de Paris. → Ce qui pourrait partiellement expliquer nos résultats.

- *Plus d'hommes que de femmes suicidés dans les Groupes étudiés* : ce qui est retrouvé à l'échelle mondiale dans le Rapport de l'OMS (10) , ainsi qu' en France , dans le Rapport Cosmop en 2006 (14). En 2010 , l' INSERM (15) confirme ce fait aussi en France . En 2014 , l' ONS (18) dans son 1er rapport , objective la même conclusion . En 2014 toujours, l'état des lieux du Suicide en France (12) , en témoigne aussi .

- *Augmentation du nombre des suicides depuis 2015* : selon le même rapport de 2014 (10) , le taux de suicide est en augmentation chaque année, dans tous les pays. → Ce qui paraît assimilable à nos résultats.

- *Injection létale, puis précipitation d'un haut étage* : moyens létaux les plus fréquents, partiellement confirmés par l'étude de 2009 (12) (pendaison / asphyxie , la noyade ,précipitation de lieux élevés , Monoxyde de Carbone , l'empoisonnement) .

- *Spécialités les plus endeuillées par le Suicide* : *Psychiatrie, comme la Médecine Générale, puis l'Anesthésie –Réanimation et les Spécialités chirurgicales* : en 2009 , l'étude taiwanaise (11) retrouve des résultats similaires (Médecins Généralistes, Psychiatres, et Chirurgiens). En 2013, la Thèse (2), objective un RR de suicide à 7 chez les Anesthésistes et les Chirurgiens , à 5 chez les Psychiatres , à 3,5 chez les MG. En 2016, la Thèse (9) confirme que les Anesthésistes, les Psychiatres et les Médecins Généralistes restent les plus exposés au suicide. En 2018 (26), aux Etats-Unis, la Psychiatrie dépasse toutes les Spécialités Médicales en termes de taux de suicide. Par ailleurs, en 2019 (34) une étude française retrouve que l'Épuisement professionnel touche : les Urgentistes d'abord (57 %), puis les Jeunes Médecins-Internes (52 %), devant les MG (48 %) et les Anesthésistes-Réanimateurs (44 %).
→ Ce qui va dans le même sens, du moins partiellement, que nos résultats.

- *Statuts les plus fréquemment endeuillés* : *Internes, puis Médecins en Cabinet seuls comme les « au moins PH » / PUPH en CHU , puis les Médecins en Cabinet de Groupe* : en 2018 (26), sont évoquées des études menées en Finlande, Norvège, Australie, à Singapour, en Chine, montrant une augmentation de la suicidabilité chez les Étudiants en Médecine et les Praticiens. La fréquence de la dépression est en effet plus élevée chez les étudiants en Médecine et les Internes (15% à 30%). En 2019 , une étude française (34), retrouve entre autres que l'Épuisement professionnel touche en 2^e position les Jeunes Médecins-Internes (52 %). → Ces éléments pourraient par extension concorder avec une partie de nos résultats.

- *Co-morbidités psychiques retrouvées : Épuisement professionnel, puis consommation de Toxiques-dont l'alcool, puis Maladie bipolaire, puis Dépression* : en 2016 , la Thèse française (8) , objective que chez les Internes la Spécialité, la charge de travail, la thymie, la souffrance psychique, le burnout, et la consommation de stupéfiants sont corrélés significativement aux idéations suicidaires. De même dans les autres investigations, concernant les FDR de suicide (1, 20, 24, 26, 32) . → Ce qui paraît cohérent avec nos données.

- *Co-morbidités physiques* : 21 cas sur 23 inclus sans informations retrouvées. → Cette information ne semble pas suffisamment précisée dans les autres études de notre Bibliographie.

*2^{ème} partie de notre Recherche : nous n'avons pas retrouvé d'élément de comparaison avec une étude assimilable dans la Littérature. En revanche, ressortent - malgré le faible de taux de réponse au Questionnaire (21,5% maximum) , **des points de convergence avec notre Bibliographie** :

- À travers les réponses données, nous avons confirmation que plusieurs Formations Préventives et Structures de Soutien selon les Régions, luttent contre les FDR de suicide des Futurs Médecins / Médecins en France. En 2011, la Thèse (3) souligne que les moyens de Soutien et de Soins pour les Médecins sont insuffisamment connus . En 2012, la Thèse française (4) retrouve divers Réseaux d'Aide aux Médecins en souffrance, en France et ailleurs (33, 35, 36,37, 38, 39,40 , 41, 43 , 45, 46, 49 , 52) .

→ Ce qui concorde avec nos résultats .

- À travers les Réponses toujours (dont les Réponses personnalisées -Cf Annexe), nous pouvons constater que celles-ci s'accordent avec les revendications des Syndicats d'Étudiants en Médecine et de Praticiens (28 , 32 , 49 , 51, 52) .

- Les doléances - suggestions des Répondants, concordent aussi en 2018, avec les directives des Ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, pour lutter contre la souffrance des Étudiants en Santé (48, 49, 50) ; et avec les demandes des Syndicats de Médecine en Mars 2019 (51 , 52) *entre autres* (28 , 39 , 42, 43 , 44 , 48) .

Discussion des données non significatives et/ou divergentes :

*Dans la 1^{ère} partie de notre Recherche :

- *Le statut familial / marital des cas inclus* : pour seulement deux cas sur les 23 inclus, l'on a pu avoir l'information qu'ils étaient mariés (dont un qui avait des enfants), et sachant que le mariage est un

facteur protecteur du suicide (10, 13, 14, 230) : → ici nous n'avons pas assez de données pour conclure sur ce point, de toute évidence.

- *La période de l'année des Suicides* : cet item paraît ne montrer aucun résultat significatif. En revanche dans une Étude américaine de 2017 (54) le suicide est retrouvé comme 2^e cause aux États Unis de décès des Internes (après les néoplasies), dès le début d'Internat, et durant certains mois de l'année universitaire. → Ce qui ne concorde pas avec notre étude.

- *Les Sources d'informations non officielles* (témoignages de Collègues Étudiants, Confrères Médicaux, et Paramédicaux 56,5 %, vs 43,5% dans la presse) : les données sur les Certificats de Décès semblent plus étoffées, et la communication entre Services / Institutions / Chercheurs, facilitée, en France et ailleurs (10, 12, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 26). → Ce qui n'a pas été le cas pour notre recherche.

- *Les Régions les plus touchées par le suicide des Futurs Médecins / Médecins* : en 2014 (12), les régions de l'Ouest et du Nord dépassent nettement la moyenne nationale pour le taux de suicide (16,2/100 000 hab.). En 2014 toujours, la F2RSMPsy (19), confirme une surmortalité suicidaire de 38 % dans la région Nord-Pas-De-Calais. La même année, l'ONS (17) évoque de forts taux de suicide en Bretagne, Basse-Normandie, Nord - Pas-de- Calais, et Champagne, alors que le Midi-Pyrénées, le Rhône - Alpes et l'Alsace semblent épargnés. En 2017, le Baromètre 2017 (20), retrouve en France le taux de suicide le plus élevé : dans la région Bretagne (24,7 / 100 000 hab.), suivie des Pays de la Loire (21,3), puis des Hauts-de-France (20,7) et de la Normandie (19,5). L'Île-de-France a le taux le plus bas (7,6) moitié moins que la moyenne nationale (15,8). Ici la situation des Suicides dans nos groupes et régions étudiés diffère tout à fait de notre hypothèse initiale et de nos éléments bibliographiques. → Faute de puissance, de calculs possibles de Taux / Prévalence des suicides, notre recherche ne permet pas de conclure à des tendances significatives.

- *Le lieu de décès -Domicile puis Lieu de travail* : (sous réserve de nos données recueillies limitées - 12 cas sur 23 inclus, sans lieu de décès précisé) selon l'enquête Samotrace terminée en 2008 (citée en 12): le risque suicidaire au travail touche moins les catégories sociales les plus favorisées. → Ceci ne paraît pas valable pour le Suicide des Futurs Médecins et Médecins (26, 27).

- *L'augmentation du nombre des suicides depuis 2015* : en 2010, l'INSERM (15) publie que le suicide en France apparaît en très légère diminution depuis 20 ans. En 2016, une Thèse (9) retrouve que le taux de suicide a diminué avec le temps, surtout en Europe. → Dans notre étude, notre échantillon de cas inclus ne permet pas de conclure significativement (divers biais et faible puissance).

- *L'âge des suicidés -Cinquantenaires, puis 26-29 ans, puis Quarantenaires* : en 2009 (11), les Médecins quarantenaires taiwanais se suicident le plus. En 2010 (15), le suicide en France, est la 1ère cause de mortalité entre 25 et 34 ans , et 2è cause de mortalité entre 35 et 44 ans . En 2014 (12), le suicide est la 1ère cause de mortalité des 25-34 ans. → Une nouvelle fois , manquant de puissance , notre recherche ne peut conclure de manière significative (résultats biaisés faute d'appariement et de standardisation selon l'âge) .

- *Injection létale, puis précipitation d'un haut étage* : en 2014 dans les pays à revenus élevés (10), un suicide sur deux a lieu par pendaison , puis viennent les armes à feu (dans 18% des cas). Aussi dans une étude américaine en 2018 (26), l'empoisonnement et la pendaison sont les moyens létaux les plus courants chez les Médecins. En 2019, une étude canadienne (27) retrouve chez les Médecins , les armes à feu comme 1^{er} moyen létaux, comme pour les non-Médecins ; puis les Médicaments, bien plus que pour la population générale , et les chocs violents. → Nos résultats diffèrent faute de puissance sans doute ; et par différence culturelle / sociétale ?

- *Co-morbidités psychiques retrouvées -Épuisement professionnel, puis consommation de Toxiques – dont l'alcool, puis Maladie bipolaire, puis Dépression* : en 2010, les patients avec une maladie bipolaire , ou des TCA (1) sont les plus à risque de suicide. En 2016 (32) une enquête française, objective que 24 % des futurs Médecins ont des idées suicidaires, 75% sont anxieux (vs 26 % dans la population générale), et 28 % ont des symptômes dépressifs (vs 10 % du reste des français). Puis en 2018, selon une étude américaine (26) les futurs Médecins et Médecins souffrent de dépression (12% des hommes, jusqu'à 19,5% des femmes). Les troubles de l'humeur, l'alcoolisme et la toxicomanie sont les FDR les plus fréquents. Y sont évoquées des études menées en Finlande, Norvège, Australie, Singapour, Chine, entre autres, confirmant une augmentation de la prévalence de l'anxiété, de la dépression chez les étudiants en Médecine et les Praticiens. En 2019, (34) 49 % des Praticiens en France sont en burn-out , avec des disparités selon les Spécialités. → Ces éléments discordent partiellement de nos résultats, sans doute par manque de puissance, et de données retrouvées sur ces co-morbidités.

*Dans la 2è partie de notre recherche :

À travers de multiples autres suggestions des répondants pour chaque question, et aussi les Commentaires (Cf Résultats , et Annexes), l'on peut lire de multiples arguments divergents mais tout aussi intéressants à analyser, concernant la Prévention du Suicide des futurs Médecins / Médecins (16, 26, 31, 33, 34 ,35 , 36 ,37, 38, 39, 40 , 41, 42 , 43 , 44 , 48 , 49 , 50).

Biais et limites de l'étude, diminuant la validité interne de notre recherche :

*1^{ère} partie : nous n'avons pu appliquer notre 1^{er} Protocole conforme aux Exigences de la CNIL entre autres, faute de sources officielles et de coopération des Services sollicités. Voyant les nouvelles procédures à remplir au fil de notre recherche, et sans aide adaptée pour l'appariement et la standardisation selon sur l'âge, pour calculer les Prévalences de suicides notamment, nous avons du nous limiter à dénombrer les cas retrouvés selon les critères d'inclusion. ***Cela altère donc considérablement la significativité de nos résultats et leur interprétation.***

- L'on peut citer le biais de rappel, à travers les témoignages des Collègues pour les cas inclus . Faute de registre officiel, le biais de recrutement est inévitable (cas de suicides retrouvés dans la Presse.)
- Les informations collectées n'ont pas été assez exhaustives, pour renseigner tous les Items analysés.
- L'on peut noter la faible puissance de notre échantillon (23 cas inclus « seulement »).

*2^è partie : la diffusion du Questionnaire s'est faite de manière très restreinte via les Facultés / CHUs, plus ou moins disponibles, et intéressés. Le taux de réponse réel n'a pu être calculé précisément car nous n'avons pu obtenir le nombre précis de personnes « exposées » à notre Questionnaire. Nous avons décidé de diffuser aussi le Questionnaire grâce à 2 sites Internets (syndicat Jeunes Médecins, et Info suicide.org). D'où les disparités dans les Catégories de Répondants, leur nombre, leur âge ,leur sexe ,leur Spécialité , variant aussi selon les CHUs / « Régions » d'appartenance.

- Le fait d'avoir laissé à chaque question, la possibilité d'autres suggestions au choix de chacun, et de Commentaires , enrichit le travail de recherche effectué , et celui-ci devient d'autant plus instructif. Reste à analyser toutes ces réponses personnelles prolixes, pour en ressortir les suggestions les plus « importantes » dans un travail complémentaire à part entière.
- Enfin, notons que parfois la tournure des Questions semble avoir été mal comprise, malgré les corrections apportées.

Points forts des résultats :

*1^{ère} partie: ce type de recherche a été peu souvent entrepris en France . On compte en effet la recherche du Dr Y. LEOPOLD en 2003 (1) , qui a pu manifestement accéder aux données d'États Civils, des CDOMs , et autres sources , pouvant confirmer ou pas le décès par suicide des Médecins ; puis l'étude pilote de 2008 du CNOM et la CARMF (1) .

Malgré les difficultés rencontrées, nous avons pu faire concorder nos sources de données et colliger tout de même 23 cas inclus (et 35 cas exclus dont l'analyse pourrait faire l'objet d'un autre travail).

En dépit des réticences, le taux de réponse moyen aux mails atteint 29% , et nous avons trouvé des interlocuteurs intéressés , pédagogues , coopérants , voire soutenant notre projet .

Malgré des données incomplètes, la majeure partie des 14 Items a pu être renseignée pour chaque cas.

*2^{ème} partie : notre Questionnaire apparaît comme inédit, comparé aux autres travaux de Thèses / Recherches dans notre Bibliographie, puisqu'il interroge les Enseignants/ Formateurs des CHUs/ Régions étudiés, sur les moyens d'améliorer la Prévention des suicides parmi les Futurs Médecins et Médecins en France.

- À travers les réponses données, nous pouvons nous réjouir **des diverses Formations de Prévention et Structures d'Aide existantes, selon les Régions, destinées aux Futurs Médecins et Médecins.**

- Malgré un faible taux de réponse (21,5 % maximum), nous avons néanmoins perçu un **intérêt certain pour nos questions, avec une nécessité de s'exprimer.** Chaque répondeur a pu rajouter ses propres suggestions/ expériences/ commentaires personnels (Cf Résultats et Annexes). Tous ces « suppléments personnels » sont riches d'enseignements : ils nous instruisent sur certaines situations vécues, sur des dispositifs de Prévention et Soutien existants , sur les opinions des Enseignants/ Formateurs, et sur des pistes d'amélioration, incontournables. Ils sont aussi intéressants qu'éloquents, et pourraient être analysés dans un autre travail dédié. Par ailleurs, nous avons eu le plaisir de recevoir des témoignages de soutien et d'encouragements ; certaines réponses « redonnent espoir ».

Conclusion - Perspectives de travail :

*Concernant la 1^{ère} partie de notre Étude : **nous n'avons pu conclure de manière significative sur la Question initiale de notre recherche, à cause de nombreuses limites « imprévues ».** Mais les perspectives de travail ultérieur sont nombreuses.

- Certains interlocuteurs nous ont préconisé pour notre recueil de données de contacter entre autres : les différents Procureurs de la République - via les TGI , en sollicitant le pôle « Recherche des causes de mort » , la Direction Centrale de la Sécurité Publique de Paris , l'État - Major de la DSPAP (= Direction interdépartementale des Services actifs Placée sous l'Autorité du Préfet de Police) , le Palais de Justice de Paris , les Services Médicaux de la Préfecture de Police , le SIRPA (= Service d'Informations et de Relations Publiques des Armées) , la Direction de la Sécurité de Proximité , la Direction Générale de la Police Nationale , les Bureaux Centraux des archives de certains CHUs ,la « Direction de la Sécurité de Proximité de l'Agglomération » , le « Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure » au

Ministère de l'Intérieur...Tout autant de Services à contacter, qui seraient de prochaines pistes de Recherche de cas.

- Les Archives Nationales des États Civils nous ayant donné leur accord pour consulter sous dérogation les dossiers « *classés sans suite* » dans les Départements étudiés, nous avons un réel outil de recherche de cas désormais, à exploiter.

- L'on pourrait imaginer aussi colliger des cas, en faisant une sorte d'« appel à témoins » pour recueillir des témoignages de familles de futurs Médecins / Médecins , endeuillées par le suicide (1).

- Notre Recueil de données, n'ayant pu se faire à partir de sources « officielles », et à la lumière des réponses à notre Questionnaire : il serait de toute évidence plus aisé de bénéficier d'un registre en France des Suicides, où les Professions / Études en cours seraient spécifiées, en plus d'autres données exhaustives. Cela permettrait de développer les connaissances épidémiologiques sur les Futurs Médecins et Médecins en France, et d'adapter les moyens de Prévention du suicide dans ces populations. D'autres études prospectives pourraient être ainsi menées par l'ONS, en partenariat avec d'autres Institutions Médicales.

- Enfin, les 35 cas exclus pourraient tout à fait faire l'objet d'une analyse, non dénuée d'intérêt pour des raisons quantitatives et qualitatives, car ils contiennent de nombreuses données.

*Concernant la 2^{ème} partie de notre Étude :

- la diffusion de notre Questionnaire ayant été non optimale (huit listes d'Enseignants sur 14 n'ont pu être accessibles), il reste néanmoins possible, à partir de chaque site Internet de chaque Hôpital, d'adresser un par un notre Questionnaire, aux différents Médecins (tout en recherchant sur Internet et en déduisant leur mail). Ce qui resterait très chronophage néanmoins.

- La Commission « Harmothèse » passée en Mars 2019 pour transmettre notre Questionnaire aux Maîtres de Stage de MG de l'Île-de-France, n'a rendu aucune décision à ce jour. Peut-être faudrait-il s'y représenter ? Cela permettrait en effet une diffusion considérable au Corps Enseignant / Formateur de Médecine Générale, du moins en Région Parisienne ; notre Questionnaire gagnerait en puissance aussi, recrutant plus d'opinions.

- Un pourcentage majoritaire des Enseignants/ Formateurs interrogés, sont non informés des structures d'Aide, de Prévention aux Futurs Médecins / Médecins , existant dans leur Institution/

Région . **Ce qui constitue un fort argument pour mieux communiquer sur ces Associations et leurs Actions.**

- Diverses Structures de Soutien et Prévention dédiées aux Futurs Médecins et Médecins, se partagent les Cycles Facultaires, CHUs, Départements et Régions en France. Il apparaît indispensable de fédérer les Formations qu'elles organisent, et leurs actions mises en place. Ce qui pourrait améliorer la synergie de toutes ces Associations.

- L'on pourrait effectuer une analyse à part entière des propositions et Commentaires riches des répondants . Celle-ci mettrait en évidence sans nul doute d'autres axes et perspectives de Travail.

- Aussi, une étude des « Profils des répondants » selon leurs réponses, serait envisageable.

- Enfin , pour résumer les Réponses libres et les Commentaires au Questionnaire , ils suggèrent pour lutter contre le suicide des futurs Médecins et Médecins , de nombreuses améliorations : Formation médicale dédiée, Sensibilisation des Managers, Conditions de travail, Relation Médecins-Administration, Culture de la Bienveillance et de la Reconnaissance, lutte contre les harcèlements ,Médecine du Travail ,Médecin Traitant ,meilleure communication de toutes les Structures d'aide existantes , rappels Éthiques et Déontologiques , etc...

VI - BIBLIOGRAPHIE

- 1) « Suicides et tentatives de suicide » Pr COURTET Philippe.Médecine-Sciences Flammarion ; 2010 –Chapitre 10, p227-233 : « Les suicides dont on parle et ceux dont on ne parle pas ; Le suicide dans la population médicale » Dr Y.LEOPOLD ; chapitre 11 , p234 -240
- 2) « Le risque suicidaire propre à la profession médicale » / Jessica Chaumet ; sous la direction de Véronique Blettery Université Claude Bernard (Lyon) 2013 , 2013LYO1M170
- 3) « Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique / Karen Lamarche ; sous la direction de Marie Guitteny » Thèse d'exercice : Médecine. Psychiatrie : Nantes : 2011 , 2011NANT056M
- 4) « Prise en charge de la santé des médecins en cas de troubles psychologiques ou psychiatriques : les programmes nationaux ou régionaux de santé, leurs résultats et propositions / Olivia Vol-Ramoino ; sous la direction d'Yves Léopold » Thèse d'exercice : Médecine. Qualification en Médecine Générale : Aix-Marseille Université : 2012 , 2012AIXM6901
- 5) « Suicides de médecins généralistes : représentations au sein de la profession : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Bretagne et Pays-de-la-Loire / Gildas Chauvel ; [sous la dir. de] Paul Le Meut » Thèse d'exercice : Médecine : Rennes 1 : 2013 , 2013REN1M014
- 6) Observatoire national du suicide (France). « Suicide : état des lieux des connaissances et perspective de recherche. » Paris, France : Observatoire national du suicide (ONS); https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
- 7) « Existe-t-il une prévalence anormale des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais ? » / Lucie Simoens-Blanquart ; sous la direction de Yannick Caremelle » Thèse d'exercice : Médecine générale : Lille 2 , 2015, 2015LIL2M219
- 8) « Suicide des médecins : état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes » par Charline Perot ; [sous la direction de Eric Charles] , Thèse d'exercice de Médecine , 2016 , Université de Limoges , 2016LIMO3129
- 9) « Suicide des médecins et des professionnels de santé : Revue systématisée de la littérature et méta-analyse » AUBERT-BROTHIER Claire ; Directeur de thèse, DUTHEIL Frédéric, Thèse d'exercice : Médecine : Versailles-St -Quentin en Yvelines : 2017
- 10) World Health Organization. « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale » OMS | Prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 23 janv 2019].2014 https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- 11) Pan Y-J, Lee M-B, Lin C-S. Physician Suicide in Taiwan, 2000–2008 : Preliminary Findings. Journal of the Formosan Medical Association. 1 avr 2009 ;108(4):328-32.
- 12) DICOM_Anne.G. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 23 janv 2019] <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>

- 13)** Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes , BEH 3-4-5 février 2019, 63 : « Focus : Étude de la faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides basé sur les données des Instituts Médicaux Légaux » Virginie Gigonzac, Imane Khireddine-Medouni, Christine Chan-Chee, Grégoire Rey, Laurence Chérié-Challine, et le groupe de travail IML , Santé publique France, Saint-Maurice, France , Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre, France , Soumis le 05.10.2018
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4.pdf , Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. :52 » [cité 2 juil 2019]
- 14)** rapport_cosmop.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2017]
http://invs.santepubliquefrance.fr//publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf
- 15)** CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cité 20 déc 2017].
[http://www.cepidc.inserm.fr/Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Echantillon Démographique Permanent \(=EDP\) "](http://www.cepidc.inserm.fr/Analyse%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20et%20des%20causes%20de%20d%C3%A9c%C3%A9s%20par%20secteur%20d'activit%C3%A9%20de%201968%20%C3%A0%201999%20%C3%A0%20partir%20de%20l'Echantillon%20D%C3%A9mographique%20Permanent%20(=EDP))
- 16)** Stress au travail : plan d'urgence, Conseil d'orientation sur les conditions de travail, COCT, prévention des risques, dépression, anxiété. En bref - Actualités - Vie-publique.fr [Internet]. 2009 [cité 15 août 2019] <https://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/stress-au-travail-plan-urgence-critique.html>
- 17)** 217.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2019]
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=30>
- 18)** L'Observatoire national du suicide (ONS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 août 2019]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>
- 19)** « Le Nord - Pas-de-Calais affiche une surmortalité par suicide de 38 % par rapport au reste de la France » [Internet]. Le Quotidien du Médecin.
https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/10/03/le-nord-pas-de-calais-affiche-une-surmortalite-par-suicide-de-38-par-rapport-au-reste-de-la-france_676741
 Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France [Internet]. [cité 28 août 2019]. <https://www.f2rsmpsy.fr/>
- 20)** Léon C. Baromètre de Santé Publique France 2017 : Tentatives de Suicide et Pensées Suicidaires chez les 18-75 ans , http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_1.pdf
- 21)** Bressler B. Suicide and Drug Abuse in the Medical Community. *Suicide and Life Threatening Behavior.* 1976 ;6(3):169-78.
- 22)** "Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - a cross-sectional study." Wall M , Schenck-Gustafsson K, Minucci D, Sendén MG, Løvseth LT, Fridner A. , *BMC Psychol.* 2014 Nov 29;2(1):53. , doi: 10.1186/s40359-014-0053-0. eCollection 2014. , PMID:25520811
- 23)** « Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade ». *Rev Bras Psiquiatr.* 2015 Apr-Jun;37(2):146-9. Doi : 10.1590-1516-4446-2014-1534. Epub 2015 Apr 1. , PMID: 26083813 , Palhares-Alves HN, Palhares DM, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA, Sanchez ZM.

- 24)** “Workload, mental health and burnout indicators among female physicians.” Gyórfy Z, Dweik D, Girasek E. , Hum Resour Health. 2016 Apr 1;14(1):12. doi: 10.1186/s12960-016-0108-9. , PMID: 27039083
- 25)** Do No Harm [Internet]. [cité 27 août 2019]. <http://www.donoharmfilm.com/>
- 26)** Medscape Medical News le 7 mai 2018 cite « Médecins américains : un taux de suicide plus élevé que dans toutes les autres professions » APA , Dr Deepika TANWAR , Etats-Unis : un suicide de médecin par jour [Internet]. Medscape. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3604128>
- 27)** « 5 choses à savoir sur le suicide des médecins », des chercheurs canadiens décryptent le phénomène [Internet]. [cité 10 mai 2019]. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/05/09/5-choses-savoir-sur-le-suicide-des-medecins-des-chercheurs-canadiens-decryptent-le-phenomene_868739?ecmp=Alerte_suicide_20190510#utm_source=qdm&utm_medium=email&utm_term=suicide&utm_content=20190510&utm_campaign=alerte-thematique
- 28)** « Quand les médecins se mobilisent pour combattre le burn out » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 6 oct 2018]. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/04/17/quand-les-medecins-se-mobilisent-pour-combattre-le-burn-out_683276
- 29)** « Le suicide des médecins, une réalité effrayante » [Internet]. Franceinfo. 2015 [cité 6 oct 2018]. Reportage FranceInfo - France Télévisions France 2 , Mis à jour le 27/02/2015 https://www.francetvinfo.fr/sante/le-suicide-des-medecins-une-realite-effrayante_836391.html
- 30)** Jehel L, Simon G. , Soins Psychiatrie , n° 266 , Janvier/ Février 2010 « Critères d’évaluation et de surveillance pour la prise en charge de la crise suicidaire. » /data/revues/02416972/00310266/37/ [Internet]. 16 févr 2010 [cité 18 janv 2019] ; <https://www.em-consulte.com/en/article/243601>
- 31)** Burn-out : plus d’un médecin sur deux dit souffrir d’épuisement professionnel [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 6 oct 2018] https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/01/15/burn-out-plus-dun-medecin-sur-deux-dit-souffrir-depuisement-professionnel_790141
- 32)** « 24 % des futurs médecins ont eu des idées suicidaires : internes et carabins tirent la sonnette d’alarme » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/06/13/24-des-futurs-medecins-ont-eu-des-idees-suicidaires-internes-et-carabins-tirent-la-sonnette-dalarme_848359
- 33)** Haute Autorité de Santé - UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78) [Internet]. [cité 27 mai 2018]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives-53-78 , - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d’épuisement professionnel ou burnout [Internet]. [cité 27 mai 2018]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout?xtmc=&xtcr=30

- 34)** Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. « Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. » J Affect Disord. 01 2019;246:132-47.
- 35)** EAPH - European Association for Physician Health [Internet]. [cité 26 mai 2019] <http://eaph.eu/>
- 36)** BIPE [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <http://bipe.upmc.fr/>
- 37)** Olivier. Santé au Travail - SMART [Internet]. CFAR. [cité 26 mai 2019] <https://cfar.org/sante-au-travail-smart/>
- 38)** Association MOTS : accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. [cité 8 août 2019] <https://www.association-mots.org/>
- 39)** DICOM_Jocelyne.M DC. La prévention des risques psychosociaux. Pour un renforcement de la santé au travail en établissement de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 4 oct 2018] <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/sante-au-travail-en-etablissement-de-sante/article/la-prevention-des-risques-psychosociauxpour-un-renforcement-de-la-sante-au-travail-en-etablissement-de-sante>
- 40)** SIHP - Article QDM - SOS SIHP - 20 mai 2015 [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <http://www.sihp.fr/article.php?CleArticle=513>
- 41)** <https://www.asso-sps.fr/>
- 42)** Inspection générale des affaires sociales. Établissements de santé, risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Paris : IGAS; 2016. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Resume-2016-083-RPS-ES.pdf>
Dr Marie-Ange Desailly-Chanson et Hamid Siahmed (IGAS), Stéphane Elshoud (IGAENR)
- 43)** Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout?xtmc=&xtcr=30
Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales. Paris; 2011.
- 44)** COUTY E. « Rapport à l'attention de Madame Agnès BUZYN Ministre des Solidarités et de la Santé. » : 12. , 2018 , http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_couty_chu_de_grenoble.pdf
- 45)** « Une nouvelle étape dans la structuration de l'entraide ordinale » [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 août 2019]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/nouvelle-etape-structuration-lentraide-ordinale>
- 46)** Accueil2 [Internet]. Med'Aide. [cité 3 févr 2019] <http://medaide.urps-ml-paca.org/>
- 47)** Martin Winckler, "La Maladie de Sachs" , Paris , Éditions P.O.L , 1998

- 48)** DGOS ;ANACT. Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail des professionnels de santé et du médico-social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 27 août 2019]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de>
- 49)** La qualité de vie des carabins « enfin une priorité », les jeunes saluent le plan d’action du gouvernement [Internet]. Le Quotidien du Médecin. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/04/03/la-qualite-de-vie-des-carabins-enfin-une-priorite-les-jeunes-saluent-le-plan-daction-du-gouvernement_856644
- 50)** DICOM_Jocelyne.M. Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 1 oct 2018]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
- 51)** « Suicide à l’hôpital : deux syndicats de praticiens saisiront systématiquement la justice » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 2 avr 2019] https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/04/01/suicide-lhopital-deux-syndicats-de-praticiens-saisiront-systematiquement-la-justice_867483
- 52)** La communauté médicale à nouveau en deuil après le suicide d’une interne à Lyon [Internet]. [cité 7 mai 2019] https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/05/06/la-communaute-medicale-nouveau-en-deuil-apres-le-suicide-dune-interne-lyon_868653?ecmp=Alerte_suicide_20190507#utm_source=qdm&utm_medium=email&utm_term=suicide&utm_content=20190507&utm_campaign=alerte-thematique
- 53)** UQAM | CRISE prévention suicide | 6. La postvention [Internet]. [cité 10 janv 2019] http://www.criseapplication.uqam.ca/theme6.asp?partie=partie1_1 « *Le suicide au Canada: mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada* » p. 60-73. (1994).
- 54)** Yagmour NA, Brigham TP, Richter T, Miller RS, Philibert I, Baldwin DC, et al. « Causes of Death of Residents in ACGME-Accredited Programs 2000 Through 2014 : Implications for the Learning Environment. *Academic Medicine.* » juill 2017 ;92(7):976-83.

VII – ANNEXES

DOCUMENTS :

1) *Note d'information envoyée aux Institutions concernées par un protocole de recherche dans le cadre d'une Thèse d'Exercice de Médecine Générale - CHU Nice*

« Mesdames, Messieurs,

Je souhaiterais savoir si des personnes référentes ou délégations dans votre institution travaillent sur cette problématique ? afin de colliger les données que je recherche .

- Le Protocole de mon étude a été validé le 24 mai 2018 , dans le registre des traitements du CHU de Nice , sous la référence R022 avec la méthodologie MR003 (selon les modalités de la CNIL , Numéro d'enregistrement CNIL : 2154548) à laquelle le CHU de Nice a signé un engagement de conformité le 28 octobre 2016.

L'avis du CPP dont dépend le CHU de Nice a également été consulté et l'étude étant rétrospective, une commission spécifique n'a pas été indiquée car l'étude est hors Loi Jardé.

La note d'information individuelle du patient nécessaire dans le cadre de la MR003 n'est pas applicable ici , mais après avis spécialisé auprès du CEREES , une vérification de l'absence d'opposition au recueil de données personnelles , du vivant de la personne (dans son dossier médical en général) , sera nécessaire .

* Dans une première partie , les données que je souhaite recueillir, ont pour objectif principal : **de mettre en évidence le cas échéant une différence de prévalence du suicide « abouti » parmi les Externes /Internes /Docteurs en Médecine ,** entre les régions « nordiques » et « sudistes » en France , au nombre de 8 au total , étudiées (selon la délimitation géographique avant 2016):
4 CHUs/ « régions du Nord » : Paris , Lille , Strasbourg , Brest ,
4 CHUs / « régions du Sud » : Clermont-Ferrand , Marseille , Nice, La Réunion/Bordeaux
sur la période allant de 2007 à 2017 .

Régions concernées sur un plan Géographique (NB : Répartition des CHUs de Formation d' avant 2016)

- 1) **ÎLE DE FRANCE** , **Départements** : Essonne , Hauts de Seine , Paris , Seine-et-Marne, Seine-St-Denis, Val d'Oise , Val de Marne , Yvelines
- 2) **NORD-PAS-DE -CALAIS** , **Départements** : Nord , Pas-de-Calais
- 3) **BRETAGNE** , **Départements** : Côtes d' Armor , Finistère , Ile-et -Vilaine , Morbihan
- 4) **AUVERGNE** , **Départements** : Allier , Cantal , Haute-Loire , Puy-de-Dôme
- 5) **AQUITAINE** , **Départements** : Dordogne , Gironde , Landes , Lot-et-Garonne , Pyrénées-Atlantiques + **DROM** : Réunion
- 6) **PACA** , **Départements** : Alpes-de-Haute-Provence , Alpes-Maritimes , Bouches-du-Rhône , Hautes-Alpes , Var , Vaucluse

- 7) **ALSACE , Départements** : Bas-Rhin , Haut-Rhin
 8) **CORSE , Départements** : Corse-du-Sud , Haute-Corse

Les informations recherchées, anonymisées bien sûr , sont : l' Année/ le mois de décès , l' âge , le sexe , la spécialité , l' année d'étude , le mode d'exercice Libéral / Institutionnel / Mixte , le moyen légal si possible , éléments biographiques si possible.

Mon étude est quantitative, multicentrique , rétrospective , et teste l'hypothèse d'une différence entre « villes du Nord et du Sud » de la France .

Ma recherche quantitative est à visée descriptive du moins , et recueille les données concernant les suicides « aboutis » ,

parmi 3 groupes « homogènes » 1) Externes 2) Internes 3) Médecins thésés sur les 8 Régions / CHUs français cités ci-dessus , entre 2007 et 2017 .

*Les critères d'inclusion sont : avoir été Externe /Interne /Médecin thésé

Appartenant aux 8 CHUs / Régions étudiés ,

avec décès avéré par autolyse

Quels que soient : l'âge , l'origine , le sexe , la situation familiale , le statut Salarié ou Libéral , et même si les Internes sont en « inter-chu »

Sur la période de 2007 à 2017

*Les critères d'exclusion sont : les tentatives d'autolyse « non abouties » , les Médecins retraités , les Externes / Internes en Pharmacie / Odontologie , autolyses en dehors de la période étudiée , en dehors des 8 régions/CHUs étudiés

- Je vous saurais gré, de bien vouloir me faire parvenir l'information des cas répertoriés (Protocole , et Questionnaire RGPD ci-joints) , ou sinon de m'orienter vers les interlocuteurs pouvant répondre à ma requête .

Je suis disposée également à me déplacer dans les Services qui pourraient contribuer à ma recherche , si nécessaire .

- Des codes pour les centres , seront tirés au sort , en double aveugle ;

ex : - « Paris Centre 100 ... , Lille centre 200 ... , Strasbourg 300.... , Brest 400... , Clermont-Ferrand 500... , Marseille 600... , Nice 700...La Réunion/ Bordeaux 800... » ,

suivis du numéro attribué aux individus concernés , dans le centre (ex : 100 001 , 100 002 , etc ...)

Ces codes pour patients seront contenus dans une liste de correspondance .

Pour ces données recueillies , dont je n'ai pas à connaître les noms bien sûr , une dé-identification des cas est nécessaire .

Les données seront collectées sur un fichier Excel , circulant jusqu'à moi par mail de façon sécurisée , accessible sur un seul ordinateur mono-accédant , par une seule personne - moi-même , avec un mot de passe pour mon PC portable , et pour le fichier , contenus dans un local fermé à clé , (condition permettant une tolérance de la CNIL par rapport à la MR003 qui suppose stricto sensu l'utilisation d'une vraie base de donnée mémorisant les accès).

Puis le codage des données sera fait , avec la Confidentialité de données anonymisées .

La liste de correspondance sera détenue par chacun des CHU / Régions ,

et sera détruite dès le gel du fichier de données quand un retour aux sources n'est plus nécessaire.

Tous ces documents seront conservés pour un éventuel contrôle a posteriori de la CNIL. La liste de correspondance sera stockée sur un autre support physique sous forme sécurisée. Toutes ces étapes sont prévues de manière conforme aux exigences actuelles de protection des données. »

2) 1^{ère} partie de la recherche : *Sélection de Réponses obtenues aux sollicitations, à titre indicatif*

« Nous ne disposons que des chiffres sur les idées suicidaires / Tentatives d'Autolyse »

« Au service de Médecine Légale, les rapports médico-légaux d'autopsie sont effectués sur réquisition judiciaire et soumis au secret Judiciaire (Procureur ou Juge d'Instruction) »

« Ce domaine est très intéressant mais malheureusement encore très bloqué dans son développement par les Institutions, sans doute un effet d'inertie. »

« Je vous signale toutefois que sont conservés des échantillons de la série des procès-verbaux de police et de gendarmerie classés sans suite, provenant des parquets de.... Certains ont pour objet des constats de suicide mais la profession des personnes n'est pas forcément indiquée dans l'instrument de recherche. »

« Naturellement, l'UFR de Médecine, que je dirige depuis juillet 2017, participera activement à votre enquête. Je vais voir avec les sites que vous avez listés ...comment récupérer les informations. Nous piloterons cela à travers la Cellule des Etudiants en difficulté où tous les membres que vous avez listés sont présents. »

« Je suis désolée de ne pouvoir répondre à votre demande , car il nous est impossible de sortir ce type de données (sauf en regardant chaque autopsie : 600/ an en moyenne) »

« En effet, notre logiciel ne permet pas de ressortir les données , ni de les classer ; à moins que vous ayez les noms des personnes suicidées. De plus dans nos commémoratifs relatés par les OPJ, nous n'avons malheureusement pas toutes les informations que vous souhaiteriez , et encore moins les dossiers médicaux car il faudrait faire une saisie de dossier à chaque fois. »

« Les protocoles mis en oeuvre par notre Institution ne nous permettent pas de communiquer de tels éléments, qu'il s'agisse notamment de statistiques ou de toute autre information. Pour autant, je me permets de vous communiquer l'adresse de notre Direction Territoriale qui sera peut être plus à même de répondre à vos interrogations et ainsi vous permettre de finaliser votre projet. »

« Effectivement, les cas de morts violentes ou les suicides font l'objet d'une intervention de notre part, et une enquête est menée systématiquement dans les cas de "morts non naturelles". Ces enquêtes relèvent du domaine judiciaire et vous comprendrez que les contenus ne peuvent être communiqués sans réserves. »

« Après consultation de notre DMG, il n'y a pas eu d'accord préalable de notre part à ce travail.

Sans juger de l'intérêt de votre thématique mais ne disposant ni de temps ni de ressources à disperser sans bénéfice escompté nous ne donnerons pas de suite à votre sollicitation. »

« Nous n'avons aucune garantie d'exhaustivité sur les cas de suicides chez les Externes, Internes et Médecins survenus sur les 10 dernières années. Cette population est très peu suivie par les Services de Santé au travail, et nous ne sommes pas forcément avertis en cas de suicides, notamment sur le début de votre période d'étude. Nous ne pourrions donc pas vous fournir de données exploitables pour votre travail. Par ailleurs, la question des conditions de travail des confrères s'étant suicidés ne me semble pas clairement questionnée, cela risque d'être un facteur de confusion de vos analyses. »

« Nous avons mis en place à la Faculté de Médecine de ..., il y a quelques années, un « parrainage » à la suite de suicides d'étudiants en Médecine (qui venaient d'abandonner leurs études en année). Chaque enseignant suivait un ou plusieurs étudiants au cours de leur scolarité avec mission de dépister une éventuelle souffrance. Ce système a fonctionné quelques années puis, à ma connaissance, a disparu. Dans ce genre d'initiative, la difficulté est de durer. »

« En France, dans la profession médicale, le suicide est statistiquement supérieur à la moyenne relevée dans la population générale. D'après des recherches personnelles faites pour préparer un exposé sur le « burn out » (en 2004), il existe des inégalités suivant les régions. Mais lors de mes recherches, je n'ai pas pu consulter de registre national (inexistant). »

3) *Cas exclus - à titre indicatif*

CAS EXCLUS, SELON LES SOURCES DE DONNÉES :

Pour **13,5 cas exclus = 38,6%** : les données provenaient des « Collègues » (Étudiants, Confrères Médicaux, Paramédicaux)

Pour **21,5 cas exclus = 61,4%** : les données provenaient de la Presse (Médicale, Régionale, Nationale)

4) *Cas exclus, selon les éléments biographiques retrouvés, à titre indicatif*

Pour 21 cas exclus /35 (=58%) (14 cas exclus /35 = 42 % sans éléments biographiques retrouvés)

"Personne mariée avec co-Interne, avec un enfant de 9 mois, Sd anxio-dépressif connu, personne hyperactive, engagée dans la vie associative, sa thèse portait sur le Burn-Out, personne très affectée par le décès d'un patient sur sa garde, ses Confrères auraient averti son épouse de son état "

"Aurait laissé une lettre où conditions de travail comme FFI déplorées, avec remise en question de sa formation et de ses responsabilités en tant que FFI "

« Docteur réputé et apprécié ... selon son épouse : quelqu'un qui aimait la vie, ses enfants, qui adorait son métier... se serait peu à peu renfermé...dans sa lettre: se dit fatigué, usé...être médecin, pour lui, c'était une vocation. Il s'est laissé complètement envahir par ça »

« ...a décidé de prolonger la suspension d'activité de la maternité privée ... sécurité des soins ...pas encore garantie. Plusieurs accidents graves survenus ces dernières années ... ont conduit à l'ouverture d'informations judiciaires. Plusieurs médecins ont reçu une sanction disciplinaire. L'un d'eux s'est suicidé avant la notification de sa mise en examen.... était mis en cause dans deux affaires d'erreurs médicales....suicide quelques jours après la publication dans les médias locaux du témoignage d'une autre de ses patientes »

« ...s'est rendu à l'hôpital,...n'a pas laissé de message pour expliquer son geste... double enquête (policière et en interne)...lourd travail particulièrement stressant dans sa partie carcinologique entraînant progressivement le burn out qui l'a conduit à ce geste fatal... ..pilier, apprécié de toutes et tous pour sa technicité et sa gentillesse »

« Était en poste depuis trois ans , personne mariée , un fils de sept ans, venait d'être reçue au concours de PH - On est passé de 3 ou 4 000 interventions, à 8 ou 9 000 par an. Or on a toujours les mêmes locaux. On est au maximum du maximum. Nos locaux ne sont plus adaptés. On a du travail pour dix anesthésistes-réanimateurs, or on est 8 - et maintenant - il y a quatre mois les vacances sont passées de 8 heures à 10 heures. La semaine précédant son suicide, avait travaillé 78 heures. »

« Notion de causes personnelles et non professionnelles, dans sa lettre laissée sur le lieu de travail , personne mariée , 3 enfants »

« Que ce soit sur le lieu de travail n'est pas anodin. Beaucoup s'interrogent sur les causes de cet acte dramatique. »

« Des collègues évoquent deux autres cas de suicide parmi le personnel, ces dernières années. Une assistante sociale et une infirmière auraient mis fin à leurs jours, hors de l'Établissement....enquête judiciaire ouverte, ainsi qu'une enquête de l'inspection du travail. Le CHSCT va lancer une expertise. La direction de l'hôpital ne s'« explique pas un tel acte ». Interrogée sur d'éventuels messages d'alerte reçus en amont, assure n'avoir eu « aucun élément pour expliquer un geste comme ça, ni personnel ni professionnel, qui aurait permis de savoir ce qui allait se passer »

"vrai défenseur du service public et adorable....à l'hôpital depuis plus d'une vingtaine d'année , Victime d'un burn out au printemps, ce Praticien reconnu et estimé était de retour à l'hôpital depuis quelques semaines"

« Selon les témoignages de son chef de service, de son coordonnateur et de ses amis, il était content de son stage, il venait de terminer son master 1 avec mention très bien et il avait beaucoup de projets ...La communauté d'internes est secouée...L'hôpital n'a pas lancé d'enquête. "

« Au niveau local ... ambiance pas très bonne et même conflictuelle, entre le Pr.... et le chef de service de chirurgie ... conflit entre deux professionnels, et avec le management autoritaire d'un directeurC'est une situation interne typique du monde médical, à ou ailleurs, qui n'est rien d'autre qu'un système clanique. Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHST) extraordinaire s'est déjà réuni dans l'hôpital et une cellule psychologique a été ouverte immédiatement ... professionnel respecté et apprécié de ses équipes qui incarnait l'excellence de sa spécialité et avait une reconnaissance nationale dans le domaine de la chirurgie ...L'hôpital essaye de se défaire de ces responsabilités en évoquant la maladie... du Pr ... mais le contexte professionnel dans lequel il exerçait doit aussi être pris en ligne de compteLe Pr était au top à 50 ans, il dirigeait le service de chirurgie viscérale ... l'un des meilleurs de France. C'était une belle réussite. Et puis, il y a quatre ans, son service a été fermé pour être regroupé avec celui de ... Cette stratégie de regroupement de l'activité médicale n'a pas aidé. »

« Chirurgien et collègue apprécié, le Dr laisse à ses anciens camarades de promotion le souvenir d'un "homme gentil, cherchant à arranger tout le monde avec ce travers qu'il ne savait pas dire non. Son surnom..... résume bien, selon d'anciens camarades de promo, la personnalité attachante et affableami, dans une situation compliquée, confronté à une vie, notamment professionnelle, difficile , n'a pas trouvé les ressources pour se battre...était marié et père de deux enfants... «Toute insinuation qui viserait à établir un lien de causalité avec l'exercice ou le cadre professionnel du praticien serait considérée comme une tentative de diffamation et reçue comme telle : préviennent les directions des hôpitaux »

« Fin de 1^{er} semestre d'Internat de ... s'apprêtait à entrer dans un stage réputé difficile »

« Célibataire ", "Mariée , enfants , lettre de la défunte retrouvée »

5) 2^e partie de la Recherche : Questionnaire de 20 Questions à Choix Multiples aux Membres Enseignants / Formateurs des huit CHUs/ Régions étudiées (* = questions obligatoires)

1) Quelle est votre statut au sein de la Faculté de Médecine où vous exercez ? *

2) En quelle discipline êtes –vous spécialisé(e) ? *

3) Êtes-vous : * Un homme , Une femme ?

4) À quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *

5) Dans quels CHU / Région travaillez-vous ? *

6) Avez–vous déjà été concerné(e) « de près ou de loin » , par le suicide d'un Externe / Interne / Docteur en Médecine dans votre entourage , durant votre formation / votre carrière ? *

7) Si oui répondu à la question 6) : combien de fois ?

8) l'UE3 : « Maturation, Vulnérabilité , Santé mentale , Conduites addictives » avec l'Item 58 : "Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout" vous paraissent : *

9) Pensez-vous qu'une formation spécifique serait bénéfique pour prendre en charge ce type de situation ? (ex : lorsque l'on reçoit l'entourage , les étudiants collègues , les Confrères , d'un futur Médecin / Médecin suicidé) *

10) Pensez-vous que la Profession Médicale nécessiterait dans son Programme de Formation un ou plusieurs Items obligatoires sur la Prévention du Suicide des futurs Médecins / Médecins ? *

11) Si oui répondu à la question 10) : à partir de quelle année d'étude souhaiteriez-vous intégrer cet Item de Formation ?

12) Si oui répondu à la question 10) : pensez-vous que cette formation de Prévention devrait persister ?

13) Existe-t'il au sein de votre CHU / Région, une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Externes ? *

14) Existe-t'il au sein de votre CHU / Région, une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Internes ? *

15) Existe-t'il au sein de votre CHU/ Région, une Formation pour la Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - organisée pour les Docteurs en Médecine ? *

16) Quel(s) outil(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins ? *

17) Quelle(s) mesure(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la Prévention du Suicide des Futurs Médecins / Médecins ? *

18) Quel(s) outil(s) / mesure(s) de préférence proposeriez-vous pour optimiser la postvention après le suicide d'un futur Médecin / Médecin ? *

19) À quel degré trouveriez-vous pertinent l'existence d'un Registre prospectif des suicides des futurs Médecins / Médecins en France ? *

20) Si vous trouvez nécessaire ce type de Registre, quelles données devrait-il tracer selon vous - en s'assurant que le défunt ne s'opposait pas de son vivant , au recueil de ses données de santé ?

- Commentaires libres

6) *Sélection de Réponses obtenues pour la diffusion du Questionnaire, à titre indicatif*

« Pour vous dire les choses honnêtement, j'ai essayé de remplir votre questionnaire, mais me suis trouvé bloqué, décontenancé, par le mode de formulation des questions. J'espère que d'autres que moi seront plus aptes à y répondre. »

« En aucun cas nous ne transmettons de liste courrielle en dehors de notre Département. »

« Il s'agit d'un département dont j'ai la responsabilité et qui reçoit parfois plusieurs fois par semaine des questionnaires de Thèse. Il a été décidé de ne plus y répondre, en dehors des études nationales soutenues par le CNGE, pour éviter un épuisement de nos Internes et de nos Enseignants. »

« Je suis désolé de ne pouvoir répondre positivement à votre demande. Ce type de demande arrive au rythme de 2 à 3 / semaine et vous comprenez bien qu'il n'est plus possible d'y répondre, parfois malgré l'intérêt du projet. »

7) *Détails de la Classification des « Pôles de Spécialités » des Répondants au Questionnaire*

Question 2 :

Pôle « Spécialités Médicales » (28% des répondants) : (Cardiologie Maladies Cardio-Vasculaires , Dermatologie-Vénérologie , Endocrinologie Métabolismes , Génétique Médicale , Gériatrie , Hématologie Clinique , HGE, Immunologie Clinique , Maladies Infectieuses , Médecine Interne , Médecine Nucléaire , Néphrologie , Neurologie , Nutrition , Oncologie Médicale , Oncologie Radiothérapique , Pneumologie , Radiologie Diagnostic , Rhumatologie , Soins palliatifs)

DONT Endocrinologie -Métabolismes : 14 ; Pneumologie : 12 ; Radiologie Diagnostique : 11; Médecine Interne : 9 ; Néphrologie : 9 ; Neurologie : 9

Médecine Générale (23%)

Pôle «Spécialités Chirurgicales & Médico-Chirurgicales » (14%) : (Anatomie , Chirurgies : , Digestive-Viscérale , Face et Cou , Générale , Gynécologie Obstétrique , Ophtalmologie , ORL, Maxillo-Faciale Stomatologique , Neurochirurgie , Orthopédique - Traumatologique , Plastique Réparatrice Reconstructrice , Thoracique -Cardiovasculaire ,Urologique , Vasculaire)

DONT Gynéco-Obstétrique : 12 ;Chirurgie Orthopédique-Traumatologique : 8 ; Chirurgie Digestive-Viscérale : 8

Pôle "Biologie -Laboratoires " (9,2 %) : (Anatomie-Cytologie pathologiques , Bactériologie , Biochimie , Biologie Cellulaire , Biologie Moléculaire/ Histologie Cytologie , Biologie Médicale , Biologie de la Reproduction , Hémobiologie -Transfusions , Hygiène Hospitalière , Myco-Parasitologie , Pharmacologie , Pharmacologie Médicale -Centre Anti-Poison , Physiologie , Virologie)

DONT Biologie Médicale : 12; Anatomie-cytologie pathologiques : 8; Biologie Médicale : 12; Anatomocytologie pathologiques : 8

Pôle « Pédiatrie » (8, 3%) : (Chirurgie Infantile , Pédiatrie , Endocrinologie/ Néonatalogie) *DONT Pédiatrie : 29*

Pôle «Psychiatrie Adultes / Pédopsychiatrie » (7%) : (Addictologie , Addictologie /Médecine Générale , Psychiatrie Adultes) *DONT Psychiatrie Adultes : 14 , Pédopsychiatrie : 9*

Pôle « Anesthésie -Réanimation –Urgences » (4%) : (Anesthésiologie ,Anesthésie-Réanimation , Médecine Intensive -Réanimation , Médecine Générale / Médecine d'Urgence , Médecine d'Urgence , Réanimation Chirurgicale , Réanimation Polyvalente)

Pôle « Santé Publique » (3,4%) : (Biostatistiques-Épidémiologie , Hygiène Hospitalière , Médecine Légale , Médecine du Travail , Santé Publique)

Spécialités « Mixtes » (2%) : (Biologie Médicale /Maladies infectieuses , Radiologie / Anatomocytologie pathologiques , Néphrologie /Physiologie , Biophysique /Médecine Nucléaire , Bactériologie /Biologie Médicale /Hygiène Hospitalière / Maladies Infectieuses , Pédiatrie/Réanimation Polyvalente , Allergo/Physio/Pneumologie , Explorations fonctionnelles/Médecine du Travail)

8) *Sélection de Commentaires libres des Répondants selon la Question*

Question 8 : « Je ne connais pas cet item mais c'est bien que cela fasse partie du programme dorénavant » , « C'est un sujet abordé de manière trop vaste, dans trop de domaines , pour qu'il soit vraiment utile pendant l'internat. De plus il ne s'agit que d'un item, mais qui est très complexe , tant les abords peuvent être multiples. »

Question 9 : « Unités spécialisées » , « Présence d'un Bureau d'Interface Pédagogique avec Psy disponible »

Question 16 : « Sélection des étudiants à l'entrée pas uniquement sur leur capacité théorique, le plus important » , « Réflexion sur les Facteurs de risque et actions pour les corriger (stress, surmenage?) , ainsi qu'un Accompagnement spécifique des Étudiants » , « Apprentissage des techniques de gestion du stress » , «Commission de la Vie Hospitalière » , « Possibilité d 'entretien avec un Référent » ,«Je ne crois pas » , « Instaurer un rythme plus sain, par exemple en obligeant chaque Médecin de garde de 24h à se faire relayer pour dormir ne serait-ce qu'une heure dans la nuit » , «Groupes , mais animés par un thérapeute » , « Médecin dédié à cette écoute pour entretien individuel» , « Changer le système qui pousse les Étudiants au suicide » , « Communication auprès des étudiants sur les aides possibles existantes , et Déculpabilisation » , « Séance de tutorat après les cours de GEASP comme cela existe à la Réunion » , « Diminuer le pouvoir de l'administration

hospitalière », « Outil pour la détection du harcèlement , largement répandu dans les hôpitaux , et les moyens de s'en protéger », « Formation sur la Gestion des Conflits, le Travail en Équipe... », « Médecine intégrative / sport et lieu de détente », « Au choix de chacun » , « Formations sur le Management d'équipe et la gestion de conflits, à l'intention de tout Personnel ayant des Fonctions d'encadrement » , «Éthique,définition des valeurs, réflexions sur la vie, la mort, la maladie.... » , « Groupe Balint animé par un professionnel extérieur, formé » , «Rôle obligatoire du Chef de Service dans l'évaluation régulière de la Satisfaction au Travail » , « Consultation anonyme et gratuite pour les professionnels ,faite par un Psychiatre professionnel / fait dans le Groupe hospitalier où j'exerce : service rendu super +++ » , « Groupes de paroles , encadrés par Psychothérapeutes formés » , « Voir le Médecin du Travail, comme les autres employés » , « En tant que Chef de Service, il faut savoir en parler avec les intéressés » , « Sensibilisation sur les signes de Burn out , des Responsables de Service .Analyse des facteurs de risques en cas d'optimisation du travail , et prise en charge par l'écoute des doléances des Personnels » , « Formation plus générale sur la gestion des émotions ; identification et réponse aux besoins ; prévention des troubles anxieux et dépressifs » , « Consultations individuelles spécifiques pour Médecin, respectant la Profession et l'Anonymat »

Question 17 : « Compagnonage tutorat » , « Les suicides sont le fait de la maltraitance de certains Médecins chefs de service envers certains externes ou internes, donc c'est plus eux qu'il faut « traiter » et non les étudiants !!! » , « Encore une fois toutes ces mesures sont très bien , mais elles ne doivent pas être spécifiques aux médecins mais à tous les soignants et à l'ensemble de la population. » , « Absence de mépris. Culture de la communication non violente et respectueuse. Culture de la reconnaissance (au sens large) » , « Pas seulement un suivi pour les Étudiants/Médecins à risque , mais comme une sorte de « tutorat » comme nous le faisons à présent pour les Internes de Phase Socle. » , « Médecine du travail » , « C'est ce que fait le BIPE pour les Externes » , « Entretien avec des Coachs plutôt que des Psy (favoriser l'acceptation) » , « Des formations au Management » , « Prévention auprès des médecins responsables de la formation. » , « Pouvoir déléguer certaines tâches et apprendre à "dire non" » , « Création d'une vraie Médecine du Travail pour les Internes et Médecins diplômés » , « Reconnaissance du travail » , « Pour les Médecins non étudiants, pas le SUMMPS du coup , mais un service de Médecine du Travail avec consultation obligatoire » , « Faciliter et inciter

l'accès à l'Art et au Sport dans les Facultés » , « Amélioration de l'efficacité des Comissions Médicales qui doivent statuer sur certaines situations complexes , et qui mettent parfois des années , laissant des Internes souffrant en grande détresse. » , « Améliorer les Conditions de Travail et diminuer le nombre d'heures effectuées » , « Médecin Référent au sein du Département identifiable lors de la Journée d'Accueil des Internes avec présence des coordonnées dans le Livret d'Accueil des Internes et sur le Site internet du Département. Coordonnées de ce référent doivent être communiquées au SUMPPS et BAPU » , « Favoriser la Bienveillance et se débarrasser des harceleurs qui hantent nos hôpitaux » , « Évaluation Psychiatrique annuelle » , « Promotion d'un traitement respectueux des Externes et des Internes par les Séniors . » , « Pratique psycho-corporelle et santé intégrative Nutrition etc ... » , « Être moins écrasé par le travail, les sollicitations et le poids administratif et comptable , qui nous éloignent du coeur de notre métier et de notre réflexion » , « Formation des Directeurs et autres Administratifs aux problématiques de Burn out et suicide des Professionnels de Santé » , « Améliorer le Management des Médecins et des Étudiants » , « Soignants en nombre suffisant ; accès au soins gratuits pour tous ; et toutes autres mesures permettant aux médecins de soigner tout le monde (pauvres ou riche, français ou non, patients ayant une entorse ou patient en fin de vie) dans des conditions dignes et en sécurité » , « Promotion précoce des loisirs récréatifs : plein air , sport, musique, etc » , « Déclarer un Médecin Traitant qui ne soit pas soi-même » , « Numéro vert » , « Travail en Groupe dans Maison Médicale » , « Développer le sens du vrai Compagnonnage plutôt que de laisser le Mandarinateur Tyran persister » , « Information sur signalements possibles des lieux de stages mal encadrés. Travail sur la gestion du temps de travail / stress » , « Site Internet (test d'Évaluation, Infos, Adresses) » , « Sensibilisation des Séniors, Tuteurs, Enseignants en Stage » , « Formation des encadrants (Chefs de Clinique et Patrons) Hospitaliers à la Prévention du Suicide et à la souffrance au Travail » , « Formations des Responsables au Management du personnel , tenant compte des risques de Surmenage professionnel » , « Possibilité d'arrêt de travail avec remplacement organisé si impression d'impossibilité de travailler , car en Burn out ou similaire » , « Protection des Médecins contre le harcèlement » , « Consultations spécialisées par téléphone par des Psychiatres, Psychologues extérieurs à la région du personnel » , « Accès facilité , mais à la demande ; il n'est pas nécessaire de faire du systématique mais il faut pouvoir être pris en charge dans la journée par un Psy expérimenté dans la prise en charge des Médecins »

Question 18 : « Une évaluation des "Managers" médicaux càd des Chefs de service » , « Uniquement pour ceux qui en ressentent le besoin » , « Rencontre de la famille » , « Changement de Chu » , « Les suicides de Confrères dans les Hôpitaux sont un sujet tabou dont il convient de ne pas parler . » , « Cellule de débriefing à faire avec attention , car parfois trop rapide » , « Faciliter l'explicitation de

l'antériorité des relations interpersonnelles conflictuelles » , « Revoir l'organisation professionnelle et déterminer quels sont les facteurs ayant pu concourir au passage à l'acte , afin de limiter le risque d'autres évènements. » , « Une attention symbolique et présence représentative du Département Universitaire aux obsèques. »

Question 19 : « Pertinent en soi mais éthiquement discutable » , « Je n'ai pas de compétence pour faire des propositions , et ne connais pas l'étendue du problème qui permettrait de cibler les objectifs principaux d'une telle prévention ... si tant est qu'elle puisse avoir un intérêt. » , « Aucun » , « Très pertinent ... mais pas de raison de le limiter aux Médecins. Cela dit je n'ai pas étudié la littérature sur le sujet. » , « Il faut un registre prospectif des suicides "réussis" , mais ça n'a aucun intérêt sans le recueil prospectif des suicides "ratés", des tentatives de suicide et des Arrêts de travail pour Burn out » , « En y intégrant les médecins libéraux (très souvent seuls dans leur pratique) » , « Notamment pour documenter les suicides sur le Lieu de travail , en augmentation chez toutes les catégories de soignants, qui indiquent clairement la dégradation de la qualité de vie au travail, et les conflits de valeurs intenable imposés par les contraintes budgétaires »

Question 20 : « Sexualité » , « Propriétaire de son Logement - Propriétaire de son Cabinet- Pratique régulière de sport- Atcds familiaux de suicide » , « Est-ce-qu'il y avait eu des alertes avant passage à l'acte formelles (à une cellule d'aide) ou informelle (à son entourage professionnel) ? » , « Harcèlement psychologique / sexuel , remontés, Consultation d'un Professionnel de santé les 6 derniers mois, précarité, existence d'action/de Professionnel dédié à la santé mentale des Étudiants dans les structures d'Accueil /Université » , « Notion d' "appel au secours" dans les jours précédents" »
 « État de la gouvernance » , « Si la lettre retrouvée évoque un lien entre le suicide et la profession... »
 « Témoignages, enquêtes auprès des proches et des collègues » , « Notion avérée de difficultés professionnelles (Consultation Médecine du Travail, ATCD d'interpellations institutionnelles pour évoquer des difficultés au travail...) » , « Le maximum d'informations pour comprendre et connaître l'Épidémiologie de ce problème » , « Notion de conflit dans l' environnement professionnel ou familial; conditions de travail: organisation du temps de travail, surmenage... » , « Si des alertes étaient connues, prises en compte et prises en charge » , « Raison du suicide (harcèlement, chantage de la Direction , etc...) » , « Si le suicide est lié à un problème au travail: responsabilité, Burn-Out, ou persécution de la part d'un associé ou des instances (Sécurité Sociale ,Conseil de l' Ordre des Médecins , HAS ou autre) » , « Harcèlement vécu ou pas » , « Suivi médical oui/non, auto-prescriptions oui/non » , « Traitement /suivi psychiatrique ? » , « Nombre d'heures de travail par semaine, date des dernières vacances » , « Notion de difficultés Universitaires » , « Statut +++: assistant depuis 6ans, FFI, etc...,

nationalité et lieu de formation +++ pour les Médecins déjà en exercice » , « Enquête sociale sur le lieu de travail actuel et les terrains passés » , « Résultat de l'enquête et Conclusions de la Commission dédiée » , « Notion de difficultés de travail (surcharge, harcèlement, ambiance de service...) » , « Rien » , « Tout moyen de certifier ou non relation geste / travail » , « Le plus complet tout en respectant l'anonymat » , « Impact du rythme de travail sur la vie privée et connaissance de plaintes concernant l'ambiance au travail, avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques »

9) *Sélection de Commentaires libres - Fin de Questionnaire*

44 Commentaires = 10,1% des Répondants

« Le problème est que tous ces projets arrivent en post suicide. La prévention n'est pas de discuter avec celui qui est dans la souffrance c'est plutôt d'éviter la survenue de cette souffrance. Nous avons tous des seuils de tolérance différents mais on s'accorde tous à dire qu'il y a des points sources majeurs qui sont: la pression administrative, la pression de rentabilité, le bashing de l'administration, l'incompétence de l'administration, les horaires à rallonge, l'agressivité des patients.

Le point le plus difficile est cette situation de sandwich- entre le volume des choses à faire en un temps court -et le fait d'être dérangé tout le temps, chaque minute par et pour des tâches annexes, chacun estimant que son cas est le plus urgent. Et cela va de la pause pipi, à mon ordonnance de machin, ou la Nième réunion qui ne sert à rien. Et que dire des contrôleurs de gestions qui vous disent que vous ne rapportez rien alors que vous payez leur salaire par votre activité et que quand vous voyez ce qu'ils en font cela vous donne envie de vomir. La liste est longue... »

« Avant prise en compte du sentiment suicidaire, prise en compte du mal-être au travail, et des causes associées (problème de management, d'organisation, harcèlement, etc.) »

« Dans ma promotion nous travaillions beaucoup plus que les internes actuels mais l'Hôpital était notre maison, riche en plaisir d'apprendre, en repas collectifs avec les Séniors et en fêtes »

« Problème pris à l'envers : suicide une des premières causes de décès chez le jeune, pas spécifiquement réservé aux jeunes Médecins. Problème de santé publique global et non limité »

« Pas très gai comme sujet de thèse... mais malheureusement bien utile... :(»

« Devant l'augmentation du nombre de suicides et de cas de burnout, il serait intéressant d'analyser si c'est quelque chose qui est présent dans d'autres professions et d'en analyser les causes pour agir en amont. »

« La souffrance au travail nécessite de partager le travail et donc d'avoir des Médecins en bien plus grand nombre. La souffrance au cours des études renvoie à un mode de sélection absurde par le bachotage »

« Ce n'est pas toujours le burnout qui tue. Obliger un Radiologue vasculaire adulte à faire de la Radiologie diagnostique pédiatrique est une absurdité (c'est un placard d'inactivité), ajoutez à cela un divorce malgré 2 ou 3 enfants, et cela se finit par une balle dans la tête. On n'a pas l'impression que des cours nous auraient permis d'empêcher ce suicide que l'on pressentait depuis plusieurs semaines. »

« Le sujet est important et tous les items de la Question 20 sont potentiellement utiles. Y manque une biobanque (qui ne pourrait être constituée que chez des Médecins/futurs Médecins). Je pense qu'il doit y avoir des causes biologiques expliquant les passages à l'acte et que l'environnement n'explique pas tout. » , « Intéressant » ,

« Il faudrait aussi parler des TENTATIVES de suicide et qu'il y ait des enquêtes systématiques pour comprendre comment un médecin en est arrivé là, surtout quand cela semble lié au travail. J'ai eu le cas récemment d'un collègue (autre hôpital que le mien) qui a essayé de se suicider sur son lieu de travail et la réaction du Chef de son service, de la Fac et de l'Hôpital a été le blackout complet de façon complètement scandaleuse. Il faudrait qu'on ne laisse pas passer ce genre de choses sans réaction. »

« Prévenir les causes du suicide est peut-être plus pertinent que de prévenir l'acte suicidaire.

Un contexte professionnel délétère assumé par l'organisation des soins à l'échelle nationale continuera à produire ces effets et les suicides ne sont peut-être qu'un indicateur du mal-être généralisé qui devrait être l'objet de mesures de prévention. Les suicides indépendants du contexte professionnel peuvent éventuellement faire l'objet d'une politique de prévention mais dans ce cas, le personnel médical n'est pas une population spécifique devant en faire l'objet. » ,

« J'ai eu connaissance de 2 suicides pour raisons familiales, le 3ème chez un chirurgien évincé par son associé de la Clinique où il exerçait , et une 4ème pour responsabilité (erreur diagnostique). »

« Important de connaître la cause du suicide surtout si elle est extérieure aux conditions familiales ; conditions de travail avec la spécialité ; personnel en nombre; notion de harcèlement; notion de regroupement hospitalier » , « Pas d'avis » ,

« Je suis et j'ai été confrontée à plusieurs collègues en situation de Burn-out. Nous avons eu très peur d'un passage à l'acte et avons été très démunis face à ce genre de situation. En effet, la frontière entre le respect de la vie privée et la prévention d'un acte suicidaire est difficile à établir. Il est par conséquent difficile de se faire aider car on court le risque que la personne le prenne mal. » , « Sur fiche, indiquer systématiquement l'hypothèse principale quant au facteur déclenchant du suicide. » ,

« La Cellule des étudiants en difficulté au sein de notre UFR a permis de repérer en amont des difficultés et d'orienter les étudiants vers une prise en charge. Le questionnaire est bien fait mais il n'est pas assez orienté vers la prévention »

« Burn out aussi à évaluer et à suivre » , « Favoriser la discussion entre Administratifs et Médecins +++ » , « La maltraitance de nos jeunes Confrères , notamment en Externat et Internat est fréquente . Soit par le temps de travail excessif. Soit par le mépris avec lequel ils sont traités . Soit par l'absence de prise en compte de leur jeunesse et de leur manque de familiarité avec la souffrance / le décès des patients . Un soutien psychologique devrait leur être proposé sur demande tout au long de leur cursus . Cela éviterait notamment des conduites addictives qui sont une forme de petite mort . »

« Il y a trop de choses en profondeur à changer. L'hôpital aujourd'hui est géré de façon politique avec des administratifs qui n'ont aucun respect du travail et du temps de travail des hospitaliers et encore plus des Hospitalo-Universitaires. Tout ça est régi par du copinage des administratifs et des médecins grandes gueules (qui ne sont pas les plus méritants) mais pas par ceux qui passent du temps en cours, en formation des Internes et dans les Services. Ceux qui ont une conscience professionnelle s'épuisent pour tous les autres, car ils ne supportent pas que certains prennent en charge des patients comme s'ils vendaient des chaussures. Ce genre de sondage a le mérite d'exister mais ne changera rien car avec, en plus, les difficultés financières des hôpitaux et le pouvoir des administratifs , seuls ceux qui sont proches du pouvoir pourront avoir du personnel, les autres continueront à se tuer à la tâche. » , « Valoriser le travail de chacun en étant à l'écoute de l'autre . Remettre les vraies valeurs de Communication et de Sociabilité dans le travail . Valoriser la bonne hygiène de vie (nutrition , sport etc ..) Mettre la Médecine Intégrative dans les manuels de Médecine , et remettre un peu de Philosophie (quelques grammes de finesse dans un monde de brutes ...) »

« Le problème est surtout celui de la souffrance au travail et du contraste entre notre métier et la bureaucratie imposée , avec glissement des tâches et harcèlement par l'épuisement , sans reconnaissance ni aide de l'administratif » , « Les suicides ne sont que la partie émergée de l'iceberg » , « Très bonne initiative » , « Merci pour cette étude, néanmoins les causes de suicides sont très nombreuses du problème personnel ou affectif, à la culpabilité sur une "faute" professionnelle en passant par la charge de travail et la pression tutélaire.... donc très difficile de faire une démarche unique, le problème essentiel (surtout dans ma spécialité) et qu'il n'y a pas de "gestes d'appel" les moyens sont "efficaces".... »

« Vous n'effleurez à aucun moment les causes institutionnelles et politiques de l'épuisement et fragilisation des soignants... dommage »

« Il me semble qu'il faut accentuer l'écoute et la prévention, mais aussi revoir les Conditions de Travail des équipes ainsi que les exigences disproportionnées que les Médecins subissent , alors que notre place est de plus en plus dévalorisée au sein de l'hôpital. Il y a peu d'intérêt pour ce que vit le praticien. »

« Bon courage pour votre travail sur la santé des soignants. Il faut être soi-même en, suffisamment bonne santé, pour être capable de fournir des soins de qualité à nos patients. »

« Le suicide de la profession médicale est en augmentation. Il touche de plus en plus de jeunes confrères. Une explication vient entre autre de la dégradation importante des conditions d'exercice, avec des pressions administratives grandissantes et des moyens en diminution. Outre le caractère particulier de la profession qui nous confronte à des situations difficiles, c'est surtout du côté des conditions de travail qu'il faut regarder. La prévention c'est bien : il faut en parler, parler du risque du passage à l'acte. Mais si derrière le cadre d'exercice ne change pas, il n'y a pas de raison que la tendance actuelle se modifie. » , « Et la vie alors, hors chiffres, qu'en faites vous ? » ,

« Après le passage en réanimation d'un Interne très récemment, l'entretien postvention s'est transformé en une accusation de l'interne en question (mise en avant de sa fragilité et de sa vie perso) sans aucune remise en question du fonctionnement du service (lieu de la TS, après conflit avec chef de service, lettre retrouvée, autres internes en difficulté), et la nécessité de "savoir encaisser dans notre métier" a été mise en avant par les dirigeants de la fac..... Il y a encore beaucoup de travail à faire !! »

« La vraie faille est la Médecine du Travail. Ils ne peuvent pas faire leur travail ou ne le font pas bien. Il faut remettre la Médecine du Travail au sein de l'Entreprise et lui donner plus de moyens et de pouvoirs. »

« Il manque une analyse des facteurs qui conduisent au suicide. Le travail pour les internes n'est pas plus intense qu'il y a 15 ans, bien au contraire. Mais la désresponsabilisation, la discontinuité du temps de présence, ont modifié la place des internes. Ils étaient au coeur du fonctionnement des services et étaient reconnus dans leurs fonctions. Désormais, ils sont substituables l'un à l'autre, la continuité est assurée par les présents (les séniors). Par ailleurs, leur nombre a doublé sans que l'encadrement ait doublé. Il faut réfléchir à simplifier le schéma épouvantable des Études médicales qui les enferment dans un cursus extrêmement anxiogène, épuisant et leur redonner la place qu'ils méritent dans les hôpitaux et cabinets médicaux. »

« Un atelier prendre soin de soi avec identification des valeurs me paraît le plus pertinent »

« C'est un problème important en Médecine, mais de façon générale. La prévention passe surtout par la détection du risque et par le courage d'en parler aux intéressés - mais rien n'est simple en la matière... et parmi ceux que j'ai connu et qui se sont suicidés, j'aurai classé l'un d'eux comme à risque NUL. D'un autre côté en parler à tout le monde, peut lasser tout le monde et devenir contre-productif »

« Évitions le blabla, il faut des actions concrètes, réduction des coûts de la santé (prescriptions et soins inutiles) et investissement dans le recrutement de personnel Médical et Paramédical »

« En insistant uniquement sur des mesures centrées sur l'individu "à risque", ce questionnaire assimile le suicide à une maladie qui doit être prévenue. C'est une hypothèse intéressante mais on pourrait

également envisager le suicide comme le symptôme ultime d'un problème plus large de mal-être ou d'inadaptation, qui serait la maladie à prévenir (diminuer le taux de suicide sans agir sur cette souffrance reviendrait à proposer un traitement symptomatique sans s'intéresser à l'étiologie).

À ce titre, les personnes concernées concernent une part tellement importante de la population (médicale ou non) que les actions individuelles seront de portée limitée sans remise en cause plus globale du modèle sociétal et culturel dans lequel il s'inscrit. »

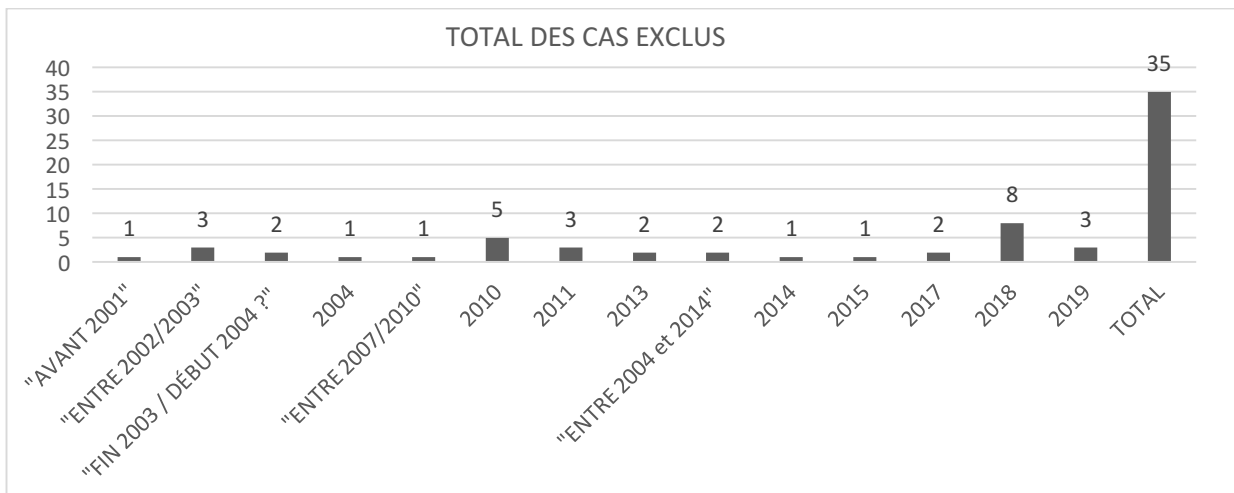
« Je n'ai toujours pas (après 40 ans de MG) répondu à la question de savoir si le suicide est légitime ? »

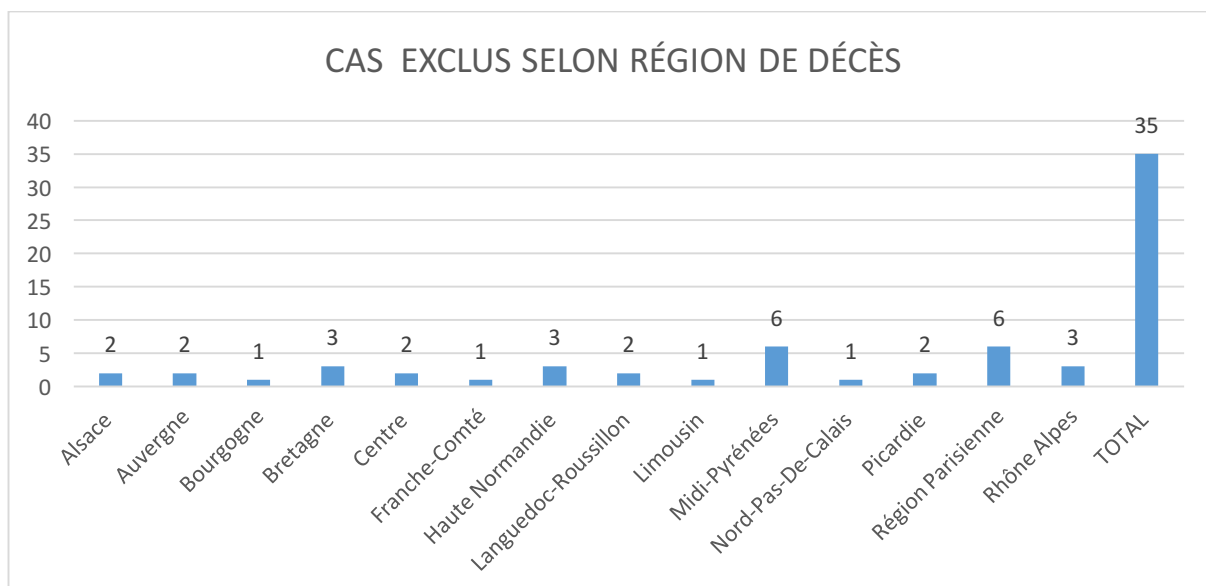
ILLUSTRATIONS :

1) Schéma issu du 1er rapport de l'ONS – 2014 (6)



2) Cas exclus, 1^{ère} partie de Recherche , à titre illustratif (deux graphiques) :





Tableaux :

1) Rapport sur le suicide de l'OMS -2014 (10)

Tableau 4. Composantes classiques d'une stratégie nationale

Composante	Objectifs
Surveillance	Augmenter la qualité et l'à-propos des données nationales sur le suicide et les tentatives de suicide. Soutenir la création d'un système intégré de collecte des données servant à identifier les groupes et les personnes vulnérables ainsi que les situations à risque.
Restriction des moyens	Limiter la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens de suicide (les pesticides, les armes à feu et les lieux en hauteur par exemple). Réduire la toxicité/létalité des moyens existants.
Médias	Promouvoir la mise en œuvre de directives relatives aux médias visant à encourager la couverture responsable du suicide dans la presse écrite et télévisée et dans les médias sociaux.
Accès aux services	Faciliter l'accès à l'ensemble des services destinés aux personnes vulnérables aux comportements suicidaires. Éliminer les obstacles aux soins.
Formation et éducation	Mener à bien des programmes complets de formation des sentinelles identifiées (les agents de santé, les éducateurs, les officiers de police par exemple). Aider les prestataires de soins de santé primaires et les professionnels de la santé mentale à mieux reconnaître et traiter les personnes vulnérables.
Traitement	Améliorer la qualité des soins cliniques et des interventions cliniques fondées sur les données factuelles, en particulier chez les personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide. Améliorer la recherche en matière d'interventions efficaces et leur évaluation.

Interventions en cas de crise	Garantir aux communautés les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les interventions appropriées en cas de crise et aux personnes en crise l'accès à des soins de santé mentale d'urgence, y compris par le biais de lignes téléphoniques d'assistance et d'Internet.
Postvention	Améliorer l'aide aux personnes touchées par le suicide et les tentatives de suicide ainsi que leur prise en charge. Fournir des services de soutien et de réadaptation aux personnes ayant des antécédents de tentative de suicide.
Sensibilisation	Lancer des campagnes d'information du public visant expliquer que le suicide est évitable. Élargir l'accès du public et des professionnels aux informations relatives à tous les aspects de la prévention des comportements suicidaires.
Lutte contre la stigmatisation	Promouvoir le recours aux services de santé mentale et aux services de prévention du suicide et de l'abus de substances psychoactives. Faire reculer la discrimination à l'égard des personnes qui utilisent ces services.
Supervision et coordination	Mettre en place des institutions ou des agences dont l'objectif est de promouvoir et coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services en rapport avec les comportements suicidaires. Renforcer la réponse du système sanitaire et social aux conduites suicidaires.

2) *Rappel des Items de l'I-ECN Rappel des Items de l'I-ECN 2017 (33)*

> UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle (1-20)
> UE 2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Héritéité - L'enfant - l'adolescent (21-52)
> UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78)
> UE 4 : Perception - système nerveux - revêtement cutané (79-114)
> UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement (115-141)
> UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail (142-180)

> UE 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang (181-217)
> UE 8 : Circulation - Métabolismes (218-286)
> UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie (287-317)
> UE 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses (318-326)
> UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës (327-362)
> UE 12 : Formation générale à la recherche
> UE 13 : Stages et gardes

 **Épreuves Classantes Nationales (ECN)**

3) *Cas exclus, 1^{ère} partie de la Recherche, à titre illustratif (Dix Tableaux)*

CAS EXCLUS, SELON LE SEXE	Nombre d' Hommes suicidés parmi les cas exclus	Nombre de Femmes suicidées parmi les cas exclus	INFORMATION NON RETROUVÉE	TOTAL
TOTAL	20 (= 57,1 %)	8 (= 22,9%)	7 (= 20%)	35

CAS EXCLUS , SELON LE MOTIF	TOTAL
HORS RÉGIONS ÉTUDIÉES	14 (=40%)
HORS PÉRIODE ÉTUDIÉE	10 (=28,6%)
HORS RÉGIONS / HORS PÉRIODE ÉTUDIÉES	5 (=14,3%)
DONNÉES TEMPORELLES TROP IMPRÉCISES	2 (=5,6%)
"DOUTE SUR CONTEXTE DE SUICIDE "	2
"DOUTE SUR CONTEXTE DE SUICIDE" ET HORS PÉRIODE ÉTUDIÉE	2
TOTAL	35

CAS EXCLUS , SELON LE MOIS /PÉRIODE DE DÉCÈS	Période indéterminée	"Fin décembre / début janvier "	Janvier	Février	Mars	Avril
TOTAL	14 (=40%)	1 (=2,9%)	4 (=11,4%)	1	2 (=5,7%)	1

ANNÉES / PÉRIODES	Mai	Juin	Juillet	"Été"	Octobre	Novembre	TOTAL
TOTAL	1	2	3 (= 8,6%)	1	4	1	35

CAS EXCLUS , SELON MOYEN LÉTAL	TOTAL
Indéterminé	16 (=45,7%)
Injection létale	4 (=11,4%)
Précipitation depuis un lieu élevé	4
Autolyse médicamenteuse par ingestion (+/- OH)	3 (=8,6%)
Pendaison	3
AVP	1 (=2,9%)
Arme à feu	1
Corps "retrouvé immergé"	1
Précipitation voie ferrée	1
Section vaisseaux	1
TOTAL	35

CAS EXCLUS , SELON LEUR ÂGE	TOTAL
entre 17 et 25 ans	4 (=11,4%)
entre 26 et 29 ans	4
entre 30 et 39 ans	5 (=14,3%)
entre 40 et 49 ans	1(=2,9%)
entre 50 et 59 ans	6 (=17,1%)
> = 60 ans	1
Indéterminé	14 (=40%)
TOTAL	35

CAS EXCLUS , SELON LE LIEU DE SUICIDE RETROUVÉ	TOTAL
Indéterminé	14 (= 40 %)
Sur lieu de travail	12 (=34,2 %)
Au domicile (= 11,4 %)	4 (=11,4%)
Hors du lieu de travail et hors du domicile	3 (=8,6%)
Hors du lieu de travail	1 (=2,9%)
Sur trajet de retour du travail	1
TOTAL	35

CO-MORBIDITÉS PSYCHIQUES RETROUVÉES	TOTAUX
Indéterminé	28 (=80%)
Notion d' Épuisement Professionnel	4 (=11,4%)
Antécédents de tentative de suicide, psychotropes et alcool	1 (= 2,9%)
Sd anxio-dépressif	1
Notion de Dépression	1
TOTAL	35

CAS EXCLUS , SELON LE STATUT FACULTAIRE / PROFESSIONNEL	TOTAL
Interne (tous semestres confondus)	7 (=20%)
Externe (de la 2 ^e à la 6 ^e année de Médecine)	6 (=17,1%)
CH public (tous statuts confondus) salarié	6
"Médecin", sans précisions	5 (=14,3%)
CHU Sénior (tous statuts confondus)	4 (=11,4%)
Cabinet Libéral	2 (=5,7%)
Clinique privée , Salarié	2
Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) non lucratif , salarié	1 (=2,9%)
Fin Externat , FFI avant Internat	1
1 ^è année de Médecine (PCEM1/ PACES)	1
TOTAL	35

CAS EXCLUS , SELON LA "SPÉCIALITÉ" (NB : FFI , Interne , Séniors confondus)	TOTAL
"Externes" (2 ^e à 6 ^e année)	6 (= 17,1%)
Spécialités Chirurgicales	5 (=14,3%)
Spécialités Médicales	4 (=11,4%)
Indéterminé	4
Anesthésie-Réanimation	4
MG	4
Spécialités Médico-chirurgicales	2 (=5,7%)
Psychiatrie	2
1 ^{ère} année de Médecine	1 (=2,9%)
Médecine d'Urgence	1
Radiologie	1
Médecin Thésé , spécialité ?	1
TOTAL	35

Ici : Spécialités Médicales : *Cardiologie , Dermatologie , HGE , Médecine Légale , Pneumologie*

Spécialités Chirurgicales : *Chirurgies Digestive , Orthopédique , Neurochirurgie Pédiatrique , Urologie*

Spécialités Médico-Chirurgicales : *Gynéco-Obstétrique*

CAS EXCLUS , SELON LES CO-MORBIDITÉS SOMATIQUES RETROUVÉES	TOTAL
Indéterminé	33 (= 94,2%)
Notion de "cancer récent "	1 (=2,9%)
Notion de "malaise cardiaque quelques jours avant décès"	1
TOTAL	35

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

« About Suicide of future Physicians / Physicians in France »

Introduction - Faced to the tragic observation of suicides among future Physicians and Physicians , and the increasing investigation about this problem, we wondered about a potential difference for these cases , between North and South of France .

Methods - We tested this hypothesis trying to calculate the prevalences of suicides among Medical Students, Residents, and Medical Doctors(=MD) , in four University Hospitals(=UH) /Northern regions of France , and four Southern ones , between 2007 and 2017, under a first protocol . Afterwards , we followed a second protocol (Questionnaire) for the Teachers of the same UHs/regions, about prevention of these suicides , during the medical education.

Results - First part : for many reasons, we had to restrict ourselves to count simply 23 included cases (unofficial sources, lacking a specific register). Almost three times more men than women committed suicide. Since 2015, the number of suicides seems to increase. Contrary to our assumption the southern regions appear the most bereaved by suicide, from the region PACA /UH of Nice –Bastia (seven cases) , to no case for the region Auvergne /Clermont-Ferrand UH. Suicide appears affecting : the 50-year-old Physicians at first, then those between 26 and 29 years old , then the 40-year-old ones ; at first Residents , above Physicians alone in private practice , like the “Hospital Practitioners at least”/University Professor–Hospital Practitioners, then Physicians in a collective private practice ; first of all General Practitioners, as often as Psychiatrists , above Intensive Care Anesthetists, as often as Surgeons. Lethal injection appears being the first mean, then jump out from a high floor. The Burn-out seems to be the most frequent psychic antecedent, before the alcoholism , then the bipolar disease . Second part : 67,8% of the 435 respondents have already be concerned in some way, by the suicide of a future Physician /Physician. 82,8% don’t really know about the « Teaching Unity 3 » neither the « Item 58 » of the Medical Program « I-Ecn ». 80% approve a *specific training, to receive the bereaved relatives of a future Physician / Physician who committed suicide*. 82,5% approve *one or several Items of Suicide Prevention for the future Physicians/ Physicians, in Medical Education*. The majority (70,5 % on average) ignore if a *Suicide Prevention Training, for Medical students, Residents, and MD* , does exist in their Region/ UH . 72,4 % approve the idea of a *prospective register of suicides among future Physicians / Physicians in France*.

Discussion - Conclusion - Despite the biases, the limits, and the lack of « official data » for our study, our results open prospects to optimize the Medical Epidemiology. The respondents’ answers suggest many improvements to prevent these suicides.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS - FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

LANTIER Barbara (née le 05/07/1984) - Thèse soutenue le 25/09/2019 - Dirigée par le Dr Robin KARDOUS

Thèse d'Exercice de Médecine Générale - Nombre de pages : **101** - Nombre de Références bibliographiques : **54**

TÎTRE DE LA THÈSE : « ***Suicide des Externes, Internes, Docteurs en Médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient Nord-Sud ?*** »

Introduction - Devant un constat tragique de suicides des futurs Médecins et Médecins, et une recherche croissante sur cette problématique, nous nous sommes interrogés sur une éventuelle différence pour ces cas, entre le Nord et le Sud de la France.

Méthodes - Nous avons testé cette hypothèse en tentant de calculer les Prévalences de suicides d'Externes, Internes, et Médecins thésés, dans quatre CHUs/régions du Nord de la France, et quatre du Sud, entre 2007 et 2017, selon un 1^{er} protocole. Ensuite, nous avons suivi un 2^{ème} Protocole (Questionnaire) destiné aux Formateurs des mêmes CHUs/régions, sur la Prévention dans la Formation Médicale, de ces suicides.

Résultats - 1^{ère} partie : pour plusieurs raisons, nous avons dû nous limiter à dénombrer 23 cas inclus (sources « non officielles », faute de registre). Presque trois fois plus d'hommes que de femmes se sont suicidés. Depuis 2015, le nombre de suicides augmenterait. Contrairement à notre présumé, les régions « sudistes » semblent les plus touchées par le suicide, de la Région PACA /CHU Nice-Bastia (sept cas) à aucun cas pour l'Auvergne /CHU Clermont-Ferrand. Il atteindrait : d'abord les cinquantenaires, puis les individus entre 26 et 29 ans, puis les quadragénaires ; d'abord les Internes, devant les Médecins en Libéral seuls, comme les « au moins PHs » /PUPH en CHU, puis les Médecins en Cabinet de Groupe ; d'abord les MG, comme les Psychiatres, puis les Anesthésistes-Réanimateurs, comme les Chirurgiens. L'injection létale serait le 1^{er} moyen, puis la précipitation d'un haut étage. L'Épuisement professionnel serait l'antécédent le plus fréquent, devant l'alcool-dépendance, puis la Maladie bipolaire. 2^e partie : 67, 8 % des 435 répondants, ont déjà connu un cas de suicide de futur Médecin /Médecin. 82,8% ne connaissent pas vraiment l'UE 3 ni l'item 58 de l'I-Ecn. 80% approuvent une *Formation spécifique pour recevoir l'entourage d'un futur Médecin /Médecin, suicidé*. 82,5% approuvent *un ou plusieurs Items de Prévention du Suicide des futurs Médecins/ Médecins, dans la Formation Médicale*. La majorité (70,5 % en moyenne) ignore si une *Formation de Prévention du Suicide des Futurs Médecins /Médecins - pour les Externes, Internes, Docteurs en Médecine* existe dans leur CHU/ Région. 72,4 % des répondants approuvent l'idée d'un registre prospectif des suicides des futurs Médecins / Médecins en France.

Discussion-Conclusion - Malgré les biais, les limites, et l'absence de données « officielles » pour notre étude, nos résultats ouvrent des perspectives pour optimiser l'Épidémiologie Médicale. Les réponses des Médecins Formateurs suggèrent de multiples améliorations pour prévenir ces suicides.

MOTS –CLÉS : Suicide des Médecins - Étudiants en Médecine - Registre - Prévention