



HAL
open science

Suicides en lien avec le travail. Etude épidémiologique rétrospective (2006-2010) auprès des médecins du travail lorrains

Estelle Michel

► To cite this version:

Estelle Michel. Suicides en lien avec le travail. Etude épidémiologique rétrospective (2006-2010) auprès des médecins du travail lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733429

HAL Id: hal-01733429

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733429>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Faculté de Médecine de Nancy

2011

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du Troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Estelle MICHEL

Le 12 octobre 2011

SUICIDES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL.
ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE RÉTROSPECTIVE (2006-2010)
AUPRÈS DES MÉDECINS DU TRAVAIL LORRAINS.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur JEAN-PIERRE KAHN

PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur CHRISTOPHE PARIS

JUGE

Monsieur le Professeur BERNARD KABUTH

JUGE

Madame le Docteur MARTINE LEONARD

JUGE et DIRECTEUR

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René- Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX
4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET
2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)
3^{ème} sous-section : (Néphrologie)
Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4^{ème} sous-section : (Urologie)
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

1 PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

2 MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

3 MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE
ISLA - Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

4 MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====

5 PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

=====

6 DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Co-Directeur de Thèse

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Service de Psychiatrie et de Psychologie Clinique du CHU de Nancy,

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse et de juger ce travail.

Vous avez été responsable de l'enseignement théorique et clinique qui nous a été prodigué pendant notre internat et avez suivi notre parcours.

Nous avons été reçue dans votre service et vous nous avez accordé votre confiance. Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Nous vous remercions pour vos conseils et votre soutien tout au long de ce travail, veuillez accepter notre profond respect et notre profonde admiration.

A Notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Christophe PARIS

Professeur de Médecine et santé au Travail

Service de Consultations de Pathologie Professionnelles du CHU de Nancy,

Nous sommes particulièrement honorée de votre participation à notre jury de thèse.

Nous avons eu le privilège de pouvoir bénéficier de votre enseignement durant ces quatre semestres effectués en DES de Médecine du Travail et lors du semestre dans votre Service.

Veillez trouvez dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

Service du 4^{ème} secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CPN de Laxou,

Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement et pour la disponibilité que vous nous avez accordée.

Merci d'être le juge de ce travail qui, nous l'espérons, vous apportera de l'intérêt.

A Notre Juge et Directeur de Thèse,

Madame le Docteur Martine LEONARD

Médecin Inspecteur du Travail de Lorraine

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation,
du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE),

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger et de diriger ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre soutien et vos encouragements tout au long de ce travail qui, sans vous, n'aurez pu voir le jour. Nous espérons que celui-ci vous sera utile dans vos démarches de prévention futures.

A tous Mes Maîtres de stage qui m'ont fait découvrir et aimer la Médecine et la Psychiatrie en particulier.

Au Personnel soignant rencontré durant toutes ces années, et spécialement l'équipe de l'UAUP, soutien des dernières heures, merci pour votre gentillesse et votre dévouement.

Au Docteur Nelly Agrinier et à Mlle Creutz, du service Epidémiologique de la faculté de Médecine de Nancy pour leur aide précieuse et leurs conseils dans la réalisation des analyses statistiques.

A tous les Médecins du Travail ayant participé à cette étude, pour leur disponibilité et l'intérêt porté à ce travail.

A tous les Patients, dont j'ai eu l'honneur de m'occuper et qui m'ont accordé leur confiance.

A mes Parents, pour leur Amour inconditionnel et leur soutien sans faille au cours de ces longues années d'études.

A Benjamin, mon Amour, mon Ami, pour sa présence, sa patience et son indéfectible soutien. Merci d'être là, d'être toi.

A mon Frère Marc, loin des yeux mais près du cœur.

A ma Famille, pour le ressourcement ressenti à chacune de nos rencontres.

A ceux partis trop tôt...

A Georgette.

A mes Amis, Sophie, Marine et Vincent, Sébastien et Emilie, Anne-Sophie pour m'avoir permis de m'évader après les heures de travail ainsi que pour leur soutien moral et parfois technique.

A mes Co-internes, devenus amis : Christelle, Estelle, Philippe et Anna, Céline, Marianne, Emilie et Anne, pour le plaisir d'avoir travaillé ou de travailler avec eux. Merci encore.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	22
PARTIE I. REVUE DE LA LITTERATURE	23
1. DEFINITIONS	24
1.1. Définitions du travail	24
1.1.1. Etymologie	
1.1.2. Quelques-uns des sens du mot travail	
1.2. Définitions du suicide	30
1.2.1. Etymologie	
1.2.2. Terminologie	
1.3. Historique des théories sur le suicide	38
1.3.1. Antiquité gréco-romaine	
1.3.2. Ere chrétienne	
1.3.3. Renaissance	
1.3.4. Des Lumières à l'époque contemporaine	
1.3.5. Ere contemporaine	
2. RAPPORTS ENTRE SUICIDE ET TRAVAIL	51
2.1. Controverse sur l'étiologie de l'acte suicidaire	51
2.1.1. Approche psychodynamique	
2.2. Rapports entre suicide et absentéisme au travail	56
2.2.1. Etude de Greenberg	
2.2.2. Etude de Gotland	
2.2.3. Etude de R. Etlinger	

2.3. Rapports entre suicide et inactivité	58
2.4. Indicateurs objectifs de souffrance au travail	58
2.4.1. Dans le cadre des services de santé au travail	
2.4.2. Dans le cadre général du travail	
2.4.3. Indicateurs organisationnels	
3. EPIDEMIOLOGIE	60
3.1. Les méthodes de recueil et les indices épidémiologiques du suicide	60
3.1.1. L'autopsie psychologique	
3.1.2. Indices épidémiologiques du suicide	
3.2. Variations internationales du taux de suicides	61
3.2.1. Dans le Monde	
3.2.2. En Europe	
3.2.3. En France	
3.3. Variations internationales du taux de tentatives de suicide	67
3.3.1. Dans le Monde	
3.3.2. En Europe	
3.3.3. En France	
3.4. Variations internationales du taux de tentatives de suicide et suicides liés au Travail	71
3.4.1. Dans le Monde	
3.4.2. En France	
4. FACTEURS DE CAUSALITE	82
4.1. Le travail comme responsable	83
4.1.1. Le facteur intensité du travail et temps de travail	
4.1.2. Exigences émotionnelles	
4.1.3. Rapports sociaux au travail	
4.1.4. Les violences au travail	

4.1.5. Conflits de valeurs	
4.1.6. L'évaluation individualisée	
4.2. Les facteurs inhérents à l'entreprise	99
4.2.1. Les organisations pathogènes	
4.2.2. L'organisation et les restructurations	
4.2.3. Mécanismes utilisés	
4.3. Les facteurs individuels	106
4.3.1. Ressources et contraintes extraprofessionnelles	
4.3.2. Trajectoire sociale	
4.3.3. Traits de personnalité	
4.3.4. Pathologies psychiatriques	
5. LES ASPECTS JURIDIQUES ET LES CONSEQUENCES SOCIALES ET ECONOMIQUES	114
5.1. Les aspects juridiques des risques psychosociaux	114
5.1.1. La norme unificatrice	
5.2. Le suicide et sa reconnaissance au niveau juridique	117
5.3. Le suicide, accident de travail ou maladie professionnelle ?	118
5.3.1. La qualification du suicide en accident du travail	
5.3.2. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur	
5.3.3. Le suicide déclaré comme maladie professionnelle (MP)	
5.3.4. Nombre de cas de suicides dans la branche accident du travail- maladie professionnelle (AT/MP) de la Sécurité Sociale	

<u>PARTIE II. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE</u>	125
1. METHODOLOGIE	126
1.1. Objectifs	126
1.1.1. Objectif principal	
1.1.2. Objectifs secondaires	
1.2. Méthodologie	126
1.2.1. Type d'études	
1.2.2. Population	
1.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	
1.2.4. Méthode de recueil des données	
1.2.5. Plan d'analyse	
1.2.6. Aspects éthiques	
2. RESULTATS	132
2.1. Participation	132
2.2. Nombre d'actes suicidaires	133
2.2.1. Répartition selon le département d'implantation de l'entreprise du suicidant	
2.3. Caractéristiques de l'entreprise	134
2.3.1. Activité principale de l'entreprise du suicidant	
2.3.2. Effectif de l'entreprise du suicidant	

2.4. Données socio-démographiques	136
2.4.1. Sexe	
2.4.2. Tranche d'âge	
2.4.3. Statut conjugal	
2.4.4. Nombre d'enfants à charge au domicile du suicidant	
2.5. Situation professionnelle du salarié au moment de l'acte	141
2.5.1. Ancienneté du salarié dans l'entreprise	
2.5.2. Catégorie socio-professionnelle (CSP) du suicidant	
2.5.3. Ancienneté au poste dans l'entreprise	
2.5.4. Antécédents d'accidents du travail (AT) ou de maladies professionnelles (MP)	
2.6. Antécédents médicaux des suicidants	144
2.6.1. Antécédents somatiques des salariés	
2.6.2. Antécédents psychiatriques des salariés	
2.7. Données concernant l'acte suicidaire	147
2.7.1. Lieu où s'est déroulé l'acte suicidaire	
2.7.2. Méthode employée	
2.7.3. Message désignant le travail comme responsable	
2.7.4. Actes liés au travail selon le médecin du travail répondant	
2.8. Actions de prévention réalisées dans l'Entreprise où s'est déroulé l'acte suicidaire	154
2.8.1. Prévention primaire	
2.8.2. Prévention secondaire	

3. DISCUSSION	155
3.1. Justification de l'étude	155
3.2. Atteinte de l'objectif principal	155
3.3. Biais	156
3.3.1. Biais de sélection	
3.3.2. Biais d'information	
3.4. Comparaison des résultats obtenus lors de l'enquête sur les suicides liés au travail réalisée en 2003 en Basse-Normandie avec ceux de l'étude lorraine	159
3.4.1. Comparaison des données épidémiologiques du suicide et de l'emploi en Basse-Normandie et en Lorraine	
3.4.2. Comparaison entre les deux enquêtes	
3.4.3. Synthèse des différents résultats	
3.4.4. Etudes à réaliser secondairement aux résultats décrits en vue d'action de prévention	
<u>CONCLUSION</u>	178
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	180
<u>ANNEXES</u>	191

LISTE DES ABREVIATIONS

AT : Accident de travail

BDI : Beck Depression Inventory

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CEPIDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CFOI : Census of Fatal Occupational Injuries

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CO : Monoxyde de carbone

COSMOP : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRMP : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

CSP : Catégorie socio-professionnelle

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DSH : Deliberate self-harm

ESEMED : The european study of epidemiology of mental disorders

HAS : Haute autorité de santé

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de Veille Sanitaire

MBI : Maslach Burnout Inventory

MP : Maladie professionnelle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMP® : Observatoire médico-psychosocial

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odds ratio

PTD : Psychodynamique du travail

TMS : Troubles musculo-squelettiques

TS : Tentative de suicide

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

INTRODUCTION

Depuis les années 1990, les médecins du travail français ont constaté l'apparition d'un nouveau phénomène : le suicide lié au travail, à partir de l'observation de cas de suicides de salariés sur leur lieu de travail et ce, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle. La question du suicide, liée de près ou de loin au contexte professionnel, n'apparaissait auparavant comme problématique que chez les agriculteurs. Mais là encore, se posait la question de l'imputabilité liée au travail, du fait que, pour eux, lieu de travail et lieu de vie étaient, et sont toujours, le plus souvent confondus.

Ce n'est qu'en 2007, suite à plusieurs suicides de salariés de grandes entreprises (Renault®, France Telecom®) survenus sur le lieu de travail qu'une prise de conscience de l'opinion publique s'est opérée. Chaque nouvel acte suicidaire se déroulant selon cette modalité fait depuis l'objet d'une surexposition médiatique, les journalistes avançant les chiffres de 300 à 400 suicides liés au travail par an en France dont un sur cinq sur le lieu de travail, estimation obtenue après extrapolation d'une des seules études réalisées sur ce sujet. Cette étude, datant de 2002, a été effectuée à l'initiative de deux Médecins Inspecteurs du Travail de Basse-Normandie (M. Gournay et F. Lanièce), par le biais d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des Médecins du Travail régionaux leur demandant le nombre d'actes suicidaires liés au travail dont ils avaient eu connaissance durant les cinq années précédentes de par leur exercice professionnel. [74]

Au total, 107 tentatives de suicide dont 43 décès ont été recensées.

Dans l'objectif d'apporter de nouvelles données épidémiologiques concernant ce sujet, nous avons souhaité recenser le nombre de comportements suicidaires liés au travail dont les Médecins du Travail lorrains ont eu connaissance lors de leur activité durant la période 2006-2010. Les résultats obtenus seront ensuite être comparés à ceux de l'étude de Basse-Normandie.

La première partie de ce travail sera consacrée à une revue de la littérature abordant les rapports entre suicide et travail ainsi que les données épidémiologiques internationales et françaises du suicide et du suicide lié au travail, puis nous verrons ensuite quelles sont les responsabilités du travail, de l'entreprise voire des facteurs personnels dans la genèse de cet acte suicidaire particulier. Enfin nous aborderons les aspects législatif et économique des conséquences de cet acte.

Dans la deuxième partie nous présenterons la méthodologie de l'étude lorraine ainsi que les résultats obtenus que nous discuterons et confronterons aux résultats retrouvés en Basse-Normandie. Enfin nous proposerons des pistes d'études à partir des hypothèses fournies par l'étude pour mettre en place des actions de prévention.

PARTIE I

REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE 1

DEFINITIONS

1.1. Définitions du travail

1.1.1. Etymologie. — du bas latin *tripalium*, appareil formé de trois pieux, utilisé pour ferrer ou soigner les animaux, ou comme instrument de torture pour punir les esclaves. Le travail désigne l'effort physique ou intellectuel qui doit être accompli pour faire quelque chose ou obtenir un résultat recherché.

1.1.2. — Quelques uns des différents sens du mot travail.

1.1.2.1.— En tant qu'occupation rémunérée, le travail est synonyme d'emploi. Le terme travail peut aussi s'appliquer à des activités non rémunérées (Ex : Travail domestique, dans le cadre de la famille).

1.1.2.2.— En économie, le travail est l'un des facteurs de production, avec le capital et la terre. Fourni par des employés en échange d'un salaire, il est organisé et dirigé vers la réalisation de biens et de services. Le travail est l'un des éléments d'appartenance d'un individu à la société. Mais, selon les points de vue, il est perçu comme un devoir moral et social ou, à l'inverse, comme une exploitation et une aliénation.

1.1.2.3.— En sociologie, le travail est l'ensemble des activités humaines répétitives, pénibles, non gratifiantes et réalisées dans la contrainte. Ex: le travail en usine, les travaux agricoles.... Dans ce domaine, il faut prendre en compte les définitions du travail mais surtout des relations qu'il engendre. Les différentes périodes successives d'industrialisation ont toutes provoqué des mutations, plus ou moins importantes, des relations de travail. Lors de la première révolution industrielle au XIXème siècle est apparue la relation salariale. Elle était alors synonyme, essentiellement, de labeur – mal – salarié des hommes, des femmes et même des enfants. Les révolutions suivantes ont modifié le rapport au travail et surtout le rapport au salariat avec d'importants changements, habituellement nommés comme progrès sociaux, tels que le travail à la chaîne au début du XXème siècle puis ensuite la phase d'automatisation dans les années 50.

Ces mutations, en morcelant les tâches et grâce à l'automatisation, ont permis un allègement de la demande physique humaine et ont permis à de plus en plus de professions d'accéder au salariat; actuellement plus de 85 % de la population active est désormais salariée en France : les ouvriers, qualifiés ou non, les employés, les cadres, une partie des médecins, etc. Mais les rapports entre ces différentes catégories socio-professionnelles et leur travail restent néanmoins très différents.

Après ces différentes révolutions industrielles, l'enjeu actuel est celui du maintien de l'emploi et de nouvelles stratégies se développent. Dans les années 50, les pays industrialisés ont connu une phase de relative stabilité et de prospérité (Trente Glorieuses en France) où la productivité, partagée entre travail humain et évolution des techniques et bénéficiant de nouvelles organisations du travail institutionnalisées telles que le « fordisme », pouvait s'équilibrer avec un accroissement du pouvoir d'achat et une redistribution des richesses. La mondialisation et l'arrivée sur la scène économique internationale de pays jusqu'alors « sous développés », puis « émergents » et enfin faisant partie des premières puissances mondiales (Chine, Brésil...) a modifié cet équilibre.

Il en résulte à la fois une diminution de la quantité de travail disponible et une diversification croissante des modes d'emploi de la main d'œuvre. Cette baisse de la quantité de travail disponible, en plus d'être étroitement liée au phénomène de mondialisation, est due à un accroissement de la productivité mécanique. Les modifications actuelles du travail entraînent également des changements importants des relations de travail et ce, à tous les niveaux, de l'entreprise elle-même jusqu'au plan international.

L'enjeu actuel des relations dues au travail n'est plus, alors, l'accroissement de la richesse et du pouvoir d'achat mais le partage de l'emploi disponible. Et toutes les relations mises en jeu dans le travail s'en voient modifiées que ce soit : l'emploi, la nature des fonctions occupées, la qualification, la formation, l'organisation du travail, le sexe.

Le travail a toujours occupé une place centrale dans les relations humaines. Au cours des différentes mutations à travers les siècles derniers, de nombreux philosophes et sociologues ont tenté de comprendre les raisons de son importance, ce qu'il engendre et ses conséquences, notamment lors de ses mutations, sur les rapports humains.

Locke (en 1690), fondateur du libéralisme, voit dans le travail une manifestation de la liberté individuelle, un droit de propriété sur son corps et la faculté de négocier sa place dans la société. Adam Smith, en 1776, dans *Recherche sur les causes de la richesse des nations*, décrit le travail humain comme l'un des éléments créateurs de la richesse et permet, grâce à

ses théories, d'appliquer la notion de travail abstrait, précurseur de l'échange marchand. [153]

Marx (1867) [120], à partir des théories de ses prédécesseurs, a voulu analyser l'origine du capitalisme et les modifications profondes qu'il a entraînées sur le travail. Le travail, qui, pour lui, est le prolongement de l'Homme et aboutit à une reconnaissance par ses pairs, se voit « dénaturé » par le capitalisme. Il devient « aliénant » secondairement à la perte de ses valeurs humaines, par la disparition de l'identification au travail (ex : un ouvrier à la chaîne ne participant plus qu'à une des étapes de la réalisation du produit fini aura beaucoup de difficultés à s'identifier à son travail). Il n'est alors qu'un des moyens de production de marchandises à des fins économiques.

Loin du combat entre les théories des économistes classiques et celles de Marx, Durkheim dans *de la Division du Travail Social, 1893* [59], aborde l'évolution des rapports sociaux sous un autre angle, comme une autonomisation complexe et contradictoires des rapports entre individus et société dues aux divisions contemporaines du travail. La division du travail « crée entre les hommes tout un système de droits et de devoirs qui les lient les uns aux autres d'une manière durable [...]. [Elle] donne naissance à des règles qui assurent le concours pacifique et régulier des fonctions divisées. La division du travail ne met pas en présence des individus, mais des fonctions sociales ». Chaque époque, chaque société et ses organisations de travail donne naissance à de nouveaux rapports entre les individus. [62]

Le dénominateur commun du travail à travers les âges semble être la pénibilité [129]. « *Le travail [...] c'est ce qu'on ne peut arrêter de faire quand on a envie d'arrêter de le faire.* » disait Boris Vian [163]. Et cette pénibilité entraîne des contraintes, qui, lorsqu'elles sont trop importantes peuvent conduire à des troubles psychiques ou physiques.

1.1.2.4—En psychodynamique du travail ou (PTD), on définit le travail comme « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail ». L'approche met l'accent sur la dimension humaine du travail et situe le sujet au sein de l'activité de travail : « Le travail est par définition humain, puisqu'il est convoqué là où précisément l'ordre technologique-machinal est insuffisant ». La PDT aborde ainsi le travail en tant qu'activité humaine, c'est-à-dire « comme un comportement investi par la subjectivité de celui qui l'accomplit ».

L'essence même du travail serait alors, non plus sa productivité, sa quantification, mais l'interaction singulière qu'il forme avec chaque individu et qui n'est pas objectivable : « Ce qu'il faut mobiliser de soi-même pour travailler bien est beaucoup plus vaste que ce qui peut

être immédiatement soumis à l'observation. [...] le travail est l'épreuve privilégiée de la subjectivité par elle-même » [3].

La psychodynamique du travail est issue d'une évolution des travaux sur la psychopathologie du travail, mouvement fondé sur la clinique des troubles individuels du sujet face à sa tâche et développé notamment par C. Veil. Celui-ci y souligne les deux polarités du rapport au travail, tantôt châtiment ou souffrance, tantôt activité créatrice et forme de sublimation. Plaisir et souffrance au travail en somme. Mais il récuse toute idée de névroses du travail pour se concentrer sur le travail d'élucidation des processus de désadaptation du sujet en souffrance. Celui-ci est toujours relatif à une situation et à la saturation des mécanismes de défenses du sujet.

Les travaux de C. Dejours, un des précurseurs de la psychodynamique du travail, s'inscrivent dans cet héritage mais en déplaçant le champ analytique par référence à la théorie psychanalytique tout en conservant la centralité du conflit entre l'organisation de la personnalité et l'organisation du travail. [114]

L'approche de la PDT est axée sur la transformation qu'il réalise sur l'Individu dans la Société. Travailler, c'est se transformer soi-même, se construire et appréhender l'idée de son Identité au travers des rapports sociaux que l'activité professionnelle engendre et surtout par la reconnaissance qu'elle implique par les autres travailleurs appartenant soit à la même entreprise, soit au même corps de métier.

Le travail occupe alors une place centrale dans la Construction Identitaire de l'Individu. Pour comprendre pourquoi il occupe cette place particulière, il faut d'abord définir ce qu'est l'Identité.

L'être humain en tant qu'Individu est défini selon deux composantes :

- La personnalité, invariante, caractérisée par les traits affectifs, cognitifs et morphologiques.
- L'Identité qui, elle, n'est jamais stabilisée et nécessite une confirmation réitérée chaque jour. C'est par quoi le sujet éprouve sa continuité.

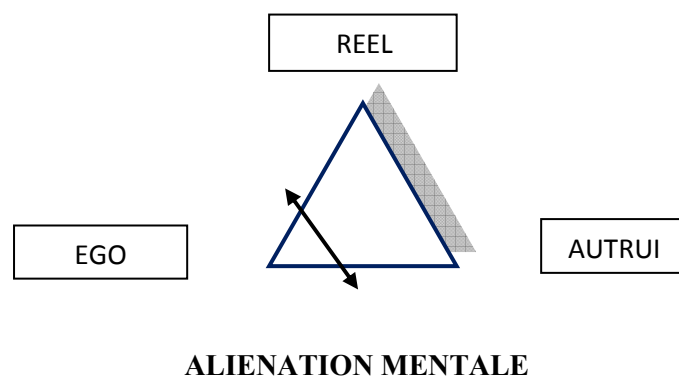
L'Identité ou Ego, c'est ce qui fait l'individu semblable aux autres individus qui appartiennent à la même classe et le situe dans le champ social mais aussi ce qui lui confère son originalité, sa singularité. C'est un élément subjectif qui pour être objectivé a besoin d'une authentification. Cette authentification passe par une indexation au réel. La

reconnaissance d'Ego par Autrui, c'est la reconnaissance d'un lien de vérité entre Ego et Réel.

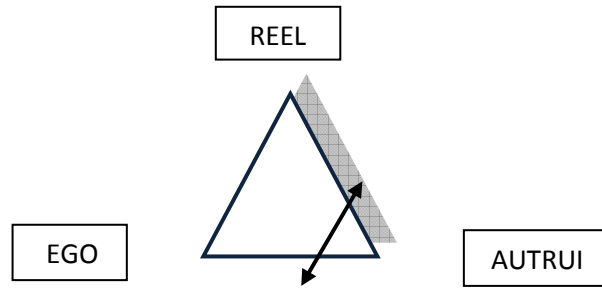
La Construction Identitaire de l'Individu se joue entre trois pôles : Ego, Autrui et Réel.

Si une rupture se produit entre deux de ses trois pôles, il y a une crise d'Identité que François SIGAUT, psychodynamicien définit sous le nom d'aliénation. Il existe selon lui, selon le lieu de rupture entre Ego, Réel et Autrui, trois types d'aliénation. Les différents types d'aliénation ont pu être modélisés. [152]

Dans le cas de l'aliénation mentale, Ego se retrouve coupé des deux autres pôles. Il n'a plus de lien avec le Réel et n'est plus reconnu par Autrui. Cette rupture qui isole le sujet de la Société est responsable d'un grand nombre de pathologies mentales.

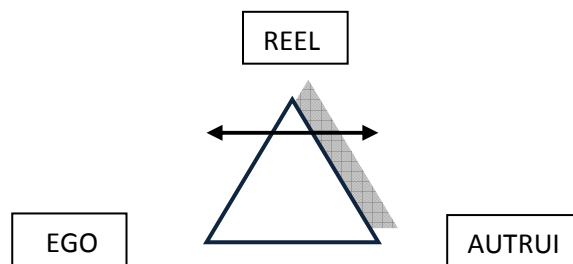


Dans le deuxième cas, ce n'est plus le lien entre Ego et Réel qui est rompu mais le lien avec Autrui. L'individu n'a alors plus la possibilité de savoir si le lien entretenu avec le réel est légitime ou non, isolé du reste de la société. On parle alors d'aliénation sociale, que l'on retrouve notamment dans les organisations pathogènes de travail. Les pathologies rencontrées dans le cadre des consultations de « souffrance au travail » proviennent, pour la plupart, de ce type de rupture.



ALIENATION SOCIALE

Le dernier type d'aliénation est celui où Ego et Autrui restent liés mais sont déconnectés du Réel. Ils bénéficient toujours du phénomène de reconnaissance, ce qui ne leur permet pas de critiquer leur perte d'ancrage à la réalité. Selon Sigaut, il s'agit alors d'aliénation culturelle, mécanisme rencontré dans les sectes, par exemple.



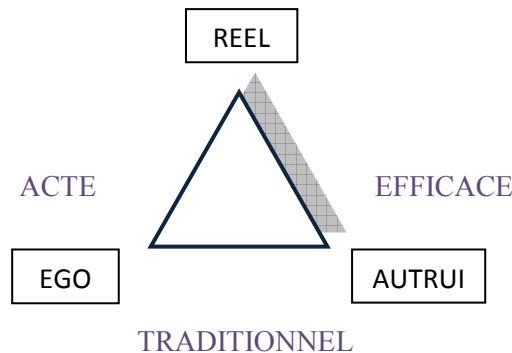
ALIENATION CULTURELLE

L'accès au Réel par Ego ne peut se faire selon un lien direct, il présuppose un médiateur : l'Acte Instrumenté. C'est par ses actes, que le sujet prend conscience du Réel et échappe à l'aliénation mentale. C'est également par cet Acte dans son rôle de médiateur qu'Ego obtient la reconnaissance par Autrui. Il s'agit du premier type de reconnaissance, nécessaire, pour, dans un deuxième temps, obtenir la reconnaissance du travail et du savoir-faire, éléments indispensables pour le sujet comme confirmation de son Identité.

Néanmoins, cet Acte doit être compris, validé pour obtenir la reconnaissance par Autrui. Il faut, pour lui donner un sens dans la société, qu'il se place dans une tradition commune.

« Enfin, la reconnaissance de la qualité de ce lien, qui est établi par l'acte entre égo et le réel suppose que cet acte ne soit pas absurde mais qu'il soit efficace ».

Ces différents termes (Acte, Tradition et Efficace) qui, chacun, sont liés aux rapports entre les trois pôles de la Construction Identitaire pris deux à deux (Ego, Autrui et Réel), peuvent être regroupés en un concept de technique dénommé : « acte traditionnel efficace ».



Ces notions et plus précisément celles des règles de tradition commune qui encadrent les activités de travail permettent de créer un collectif de travail, élément protecteur de la santé du salarié.

Pour la PDT, au travers des rapports du sujet à son travail, celui-ci peut présenter deux aspects diamétralement opposés : soit facteur d'accomplissement et protecteur de la santé qu'elle soit mentale ou physique ou au contraire à l'origine de contraintes et de souffrance.

Le travail n'est plus seulement abordé par ses valeurs économiques mais par son influence sur l'Humain [47].

1.2. Définitions du suicide

1.2.1.—Etymologie : le suicide (du latin *sui*, « soi » et *cidium*, « acte de tuer ») est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

1.2.2.—Terminologie : De nombreux termes sont utilisés dans le lexique de la suicidologie et permettent de définir les différentes étapes de la crise suicidaire, lors différents modes et leurs possibles conséquences.

Les termes appartenant à la suicidologie sont les suivants :

1.2.2.1.— Suicidalité :

La notion de suicidalité est peu spécifique et renvoie aux théories cognitivo-comportementales. Selon la Stratégie nationale de prévention du suicide (2001), la suicidalité est « un terme qui inclut pensées suicidaires, idéation, plan, tentatives de suicide et suicides accomplis ». Ces termes seront décrits ci-après.

1.2.2.2.— Idéation suicidaire :

Il s'agit de toute pensée liée à la réalisation du suicide, que ce soit la méthode qui pourrait être utilisée ou le désir de le commettre.

Ces pensées peuvent évoluer en intensité allant de l'idée inhabituelle, surprenant le sujet lui-même du suicide comme une solution possible, en passant par des pensées obsédantes ou « ruminations » accaparant sans relâche l'esprit de l'individu jusqu'à la concrétisation du plan suicidaire avec, notamment, l'établissement d'un scénario et la recherche de moyens létaux.

1.2.2.3.— Suicide :

« Le suicide est la mort auto-infligée avec évidence (implicite ou explicite) de l'intention de mourir. Le suicide est défini essentiellement d'une de ces trois façons :

- 1) un acte délibéré d'autodestruction dont résulte la mort ;
- 2) un acte conscient autodirigé avec intention de mourir ;
- 3) un acte auto-infligé menaçant la vie, dont résulte la mort.

Les quatre aspects clé partagés par toutes les définitions sont :

- 1) le résultat du comportement (la mort) ;
- 2) l'agent de l'acte (auto-infligé/ fait par soi-même, contre soi-même) ;
- 3) l'intention de mourir afin d'obtenir un autre état ;
- 4) la conscience du résultat, même s'il est obtenu de façon passive/indirecte.

Le suicide se distingue des autres types de morts (dues à des causes naturelles, accidentelles et homicidaires par : la mort

- 1) comme résultat des blessures, suffocation ou empoisonnement,
- 2) auto-infligée,
- 3) intentionnelle. »

1.2.2.4.— Tentatives de suicide :

La tentative de suicide (TS) est un geste auto-dirigé réalisé avec une réelle intention de mourir qu'elle soit exprimée ou non. Cet acte n'est pas fatal malgré une dangerosité potentielle. La TS est, selon les auteurs, soit caractérisée par le désir de mourir ainsi que la vraie intention de se tuer soi-même ou plutôt un appel au secours « *cry of help* » (les conséquences pour la prise en charge des TS selon ces deux thèses opposées sont alors bien différentes).

1.2.2.5.— Self harm :

Le terme « *deliberate self harm* » (DSH) est plutôt utilisé en Europe.

Il s'agit de blessure ou intoxication volontaires auto-infligée sans qu'il y ait nécessairement une intentionnalité suicidaire (l'intention n'est pas précisée).

Les phénomènes d'*automutilation* qui consistent en des lésions corporelles répétitives, auto-infligées à des degrés divers de gravité (ex des scarifications chez les adolescents) ne présentent pas d'intentionnalité suicidaire.

1.2.2.6.— Menaces et passages à l'acte suicidaires :

Menaces et passages à l'acte suicidaires sont définis dans le registre de la communication verbale ou non du sujet envers ses pairs concernant son intentionnalité suicidaire.

L'évocation d'un plan suicidaire, c'est exprimer la méthode que le sujet compte utiliser pour réaliser un passage à l'acte auto-blessant imminent.

La menace suicidaire, elle, est plus à distance, car même si l'intentionnalité suicidaire est présente, le plan suicidaire n'est pas établi mais il peut très rapidement apparaître.

1.2.2.7.— Définir l'intention :

L'intention est un élément clé à définir pour différencier les actes suicidaires des actes non suicidaires. Sous ce même terme sont regroupés deux notions différentes :

- 1) c'est le désir ou la volonté de ne plus vivre ;
- 2) c'est l'intensité du désir de mourir pour le sujet ;

Linehan [113] décrit deux types d'intentions : « *implicite*, inférée par le comportement et *explicite*, directement communiquée par le sujet ».

Il faut par ailleurs différencier intention (ou volonté) qui implique un acte modifiant l'avenir du sujet, de *motivation*, qui elle, s'appuie sur les efforts du sujet pour changer ses rapports dans ses relations interpersonnelles.

L'intention qui reste un phénomène subjectif, a pu néanmoins être rendue opérationnelle par le biais d'*autopsies psychologiques* ou en créant des échelles de mesures validées notamment la *suicide intent scale*. Celle-ci est basée sur les différents degrés d'intentionnalité suicidaire. Pour la prise en charge des patients suicidaires, la mesure de l'intention suicidaire est bien plus contributive que la mesure de la létalité des TS.

D'autres stratégies mises en place par le sujet avant ou au moment du passage à l'acte permettent également d'appréhender le degré d'intentionnalité suicidaire avec notamment la méthode envisagée ou utilisée et ses conséquences en termes de létalité (plan suicidaire), les précautions mises en œuvre pour ne pas être découvert immédiatement au moment de l'acte et les différents arrangements anticipés par le sujet pour les suites du décès (testaments, etc.). L'intention d'un individu s'avère très fluctuante à la faveur de facteurs précipitants (deuil, licenciement, séparation) ou protecteurs (hospitalisation, traitement d'une dépression, etc.).

Parfois, l'intention n'est pas connue, comme chez les personnes inconscientes, sous l'influence de toxiques et présentant alors une altération cognitive, psychotiques, démentes, désorientées, délirantes ou présentant un état qui altère la conscience.

1.2.2.8.— Létalité :

La létalité du comportement suicidaire désigne la proportion de risque de mortalité défini principalement par la dangerosité objective pour la vie de la méthode employée lors de l'acte suicidaire. Elle n'est pas toujours synonyme de la dangerosité attendue par le patient (c'est le cas notamment lors des intoxications médicamenteuses (IMV), où certains patients du fait d'une méconnaissance des principes actifs ou de l'accessibilité aux médicaments pensent qu'une IMV avec des benzodiazépines possède sans conteste un potentiel de dangerosité plus important qu'une IMV au paracétamol alors que la létalité est finalement bien moindre).

Comme expliqué précédemment, ce n'est pas la létalité qui est essentielle dans la définition du suicide mais l'intention suicidaire. Il s'agit de deux dimensions indépendantes : le moyen employé lors d'une tentative de suicide peut être d'une dangerosité importante alors que l'intentionnalité suicidaire était faible, tout dépend de l'accès à des moyens potentiellement

létaux (cet accès à des moyens létaux est une des explications retrouvée pour expliquer le taux de suicide plus important des professions médicales). [94]

1.2.2.9.— La crise suicidaire :

« La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychique, au cours de la vie du sujet, où celui-ci va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager, progressivement par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve ». [99]

Entre l'apparition des premières idées suicidaires jusqu'à leur entière disparition, s'écoule environ une durée de six à huit semaines.

L'évolution de la crise suicidaire n'est pas linéaire et sa présence n'est pas toujours objectivable que ce soit par les proches ou par les professionnels de santé mentale, notamment lors de ses premières étapes où le sujet, perdu, étonné, ne peut se confier, isolé dans son désespoir et sa recherche stérile de solutions et également au stade de la planification où une nette amélioration sur le plan thymique est constatée, le sujet se trouvant soulagé par la découverte d'une solution efficace pour stopper sa souffrance.

Dans cette dernière phase, néanmoins, le patient libéré de ses doutes peut exprimer ses intentions de façon calme et spontanée.

Il y a 5 étapes décrites dans la crise suicidaire, bien qu'elles ne soient pas toutes indispensables dans le processus pour aboutir au passage à l'acte, des retours à la phase précédente sont également possibles :

- 1^{ère} étape : Flashs suicidaires ou idées diffuses de disparition.

Dans cette première étape, le patient en souffrance voit apparaître, de façon ponctuelle et inattendue, des images « flashs » ou des pensées, précises ou non, concernant sa propre disparition.

Ces pensées intrusives sont mal vécues par le sujet qui tente de les chasser de son esprit pour parvenir à se concentrer sur les autres solutions possibles pour améliorer sa situation.

- 2^{ème} étape : Pensées suicidaires.

Cette étape apparaît quand le sujet, après avoir épuisé une à une les différentes possibilités envisagées, entrevoit le suicide comme une résolution possible de ses problèmes. A ce stade, le patient tente encore de chasser ces pensées et y parvient avec plus ou moins de succès, de plus leur fréquence est variable allant de « parfois » à « plusieurs fois par jour ».

- 3^{ème} étape : Ruminations suicidaire.

Le sujet a alors épuisé toutes les autres solutions, le suicide et sa réalisation s'imposent alors à lui comme la « solution ultime » pour ne plus souffrir. Cette phase est couplée à des distorsions cognitives ne permettant plus d'envisager une autre issue. Les pensées ne quittent alors plus l'esprit du sujet et deviennent obsédantes. C'est le moment, pour le sujet, où apparaissent l'intention suicidaire et l'élaboration du plan suicidaire. Le patient ressent alors un début de soulagement lui permettant parfois de se confier.

- 4^{ème} étape : Cristallisation ou programmation suicidaire.

Il s'agit d'une période de réflexion où des considérations techniques et plus concrètes entrent en jeu.

L'individu met les « choses en ordre » avant de partir. Il s'assure généralement de la méthode la plus sûre pour mourir combinant la recherche du mode opératoire, de l'endroit et du moment où se déroulera le passage à l'acte.

Il prend des précautions pour ne pas être découvert par ses proches. Il peut parfois laisser un message posthume en guise de justification, voire un message accusateur dédié à ce qu'il pense être à l'origine de sa souffrance.

Il peut effectuer des démarches comme la rédaction d'un testament, sa modification ou la souscription à une assurance-vie afin de ne pas léser ses proches.

C'est réellement lors de cette étape, que l'on note une amélioration thymique du sujet suicidaire qui se sent libéré de sa souffrance. Il peut alors sortir de son isolement, souvent de façon superficielle.

Cette amélioration, sans que les causes à l'origine de la souffrance n'aient été résolues, représente un signal d'alarme de l'imminence du passage à l'acte suicidaire.

- 5^{ème} étape : Passage à l'acte.

Le passage à l'acte proprement dit, est souvent secondaire à un facteur précipitant. A ce stade encore, un retour à la phase précédente est possible voire une disparition

totale des idées suicidaires si une aide extérieure est apportée ou si les modalités de réalisation demandent un temps de préparation important. Cette dernière constatation est en faveur d'une certaine impulsivité du passage à l'acte suicidaire. [99]

Bien que les étapes restent les mêmes, on retrouve différents types de crise suicidaire en fonction de leur étiologie et de leur mode de résolution. Trois types ont été décrits :

- Crise psychosociale.

Elle est provoquée par l'apparition d'évènements négatifs extrinsèques à l'individu mais interagissant étroitement avec lui tels qu'un divorce, un licenciement ou un deuil. Ces évènements surviennent alors que le sujet ne souffre pas au préalable de pathologies mentales mais voit ses capacités de résilience débordées.

- Crise psychopathologique.

Dans ce cas, la crise suicidaire fait suite à une vulnérabilité psychique préexistante qu'il s'agisse de pathologies mentales de type psychose, maladie bipolaire, épisode dépressif ou de pathologies addictives (éthylisme, toxicomanie) voire les deux associées. La biographie du sujet est souvent émaillée de TS antérieures.

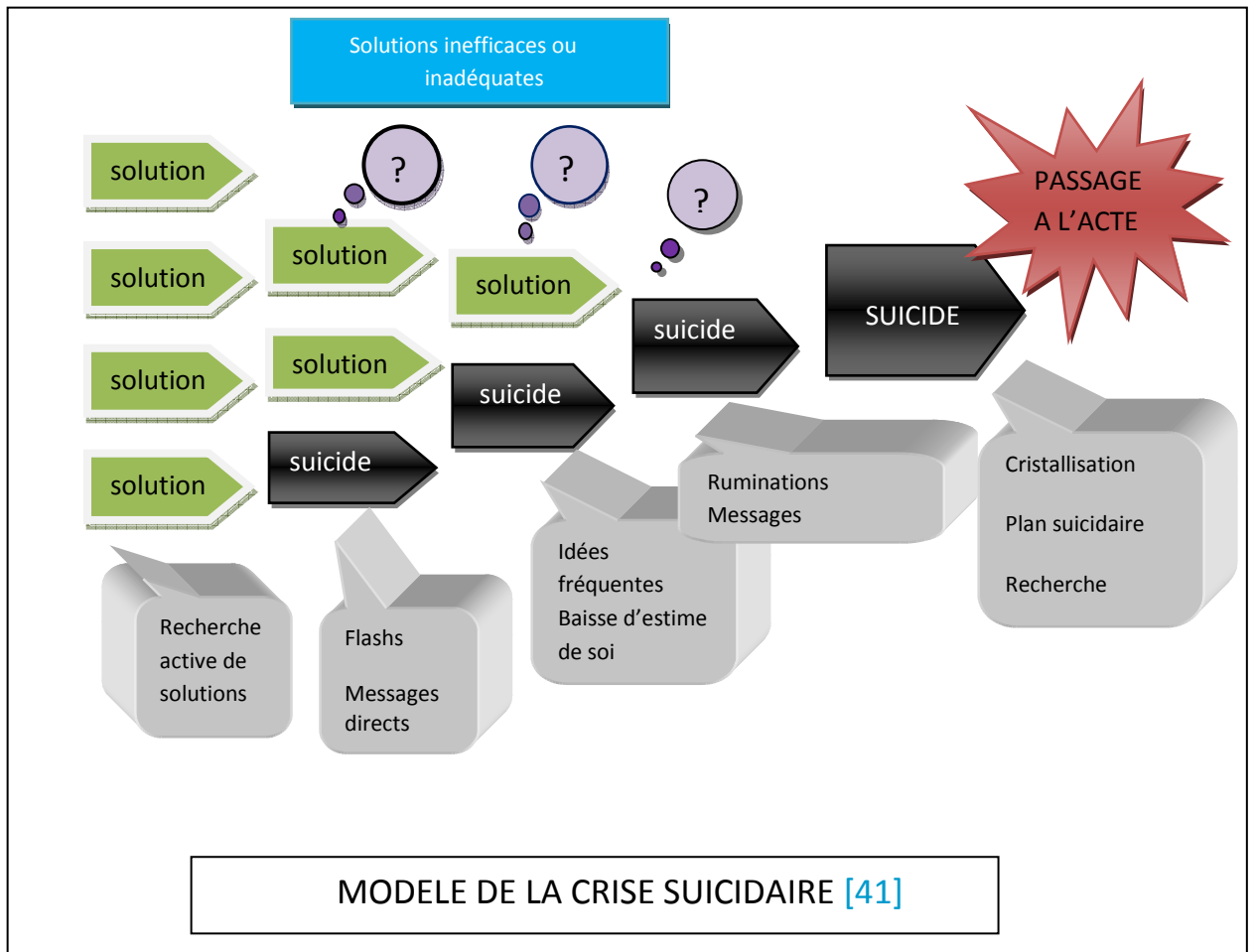
La crise suicidaire apparaît au décours d'une décompensation de sa pathologie mentale (rupture du suivi, arrêt du traitement, stress).

Cette configuration est à l'origine de la majorité des suicides.

- Crise psychotraumatique.

Elle fait suite à l'exposition à un traumatisme (conflits armés, hold-up, etc.) où le sujet est confronté à l'éventualité de sa propre mort ou de celle d'une ou de plusieurs des personnes présentes. Non traitée, cette exposition peut entraîner le développement d'un syndrome de stress post-traumatique (reviviscences, flashes, cauchemars, troubles du sommeil) pouvant, selon son intensité, conduire le sujet au suicide. [159]

FIG 1 : modélisation de la crise suicidaire



1.2.2.11.— Classification :

Le besoin de disposer d'une nomenclature universelle a été reconnu précocement et plusieurs nomenclatures et classifications ont été proposées, mais aucune acceptées unanimement. L'absence de nomenclature standardisée en suicidologie explique les multiples synonymes existants pour décrire le processus suicidaire. Il existe de nombreux obstacles (systémiques, pratiques et organisationnels) dans la création d'un consensus concernant une nomenclature standardisée ; ces obstacles incluent la description des concepts comme l'intention, la motivation et la létalité ainsi que la détermination du type de mesure à employer (jugement clinique versus checklists versus échelles).[94]

1.3 Historique des théories sur le suicide.

Le mot « suicide » est relativement récent dans la langue française puisqu'il n'apparaît qu'au XVI^e siècle, rapporté d'Angleterre, en 1735 par l'Abbé Desfontaines repris de l'œuvre de Sir Thomas Brown « De regilio Medici » (1642). Le terme utilisé préalablement était « homicide de soi-même », terme connoté négativement, qui entraînait conformément à son énoncé, des sanctions barbares que l'on jugeait à la hauteur du crime.

1.3.1.— Antiquité gréco-romaine

Durant l'Antiquité gréco-romaine, le suicide était réprouvé par la majorité des grandes civilisations pour des motifs religieux ou civiques.

Platon l'évoque dans deux de ses écrits. Dans le *Phédon*, il le voit comme contraire à la volonté divine car il permet la dissociation de l'âme et du corps, unis au préalable par les Dieux. Dans les *Lois*, il renforce son opposition en déclarant que les suicidés doivent être enterrés sans sépulture. Pour lui, il existe cependant quatre exceptions à ce principe :

- « Lorsqu'une âme est corrompue et qu'une personne ne peut être sauvée ;
- Lorsque l'ordre de se suicider émane d'un tribunal, comme dans le cas de Socrate ;
- Lorsque le suicide est contraint par une détresse extrême et inévitable ;
- Lorsque le suicide résulte de la honte d'avoir participé à des actions extrêmement injustes ».

Selon Aristote, le suicide est une atteinte à l'Etat sans qu'il ne détaille les arguments en faveur de cette affirmation. A cette période, l'individu est seulement un des outils nécessaires à la puissance et à l'agrandissement de la Cité, c'est un être de devoirs et d'obligations. Son individualité, ses opinions et ses souffrances ne sont pas reconnues.

C'est à partir du déclin des civilisations antiques, qu'est apparue une modification des idées concernant le suicide. En cette période de changement, la société se recentre sur elle-même, s'isole et l'individualisme apparaît, avec la recherche de l'épanouissement personnel. Les Stoïciens prônent la possibilité de stopper une souffrance qui ne peut être supportée dignement sans que cet acte ne diminue la vertu de l'individu.

1.3.2.— Ere chrétienne

L'ère chrétienne est marquée par deux phases distinctes.

La première, où la frontière entre suicide et martyr est étroite, fait preuve d'une grande tolérance envers le décès auto-infligé.

La deuxième est marquée par l'avènement et l'accroissement de la puissance de l'Eglise qui juge et condamne le suicide qui permet à ses sujets d'échapper à son emprise sur le plan terrestre. Un des premiers à avoir évoqué l'interdit du suicide est Saint Augustin. Interdit qu'il justifie en le rattachant au Vème Commandement : « Tu ne tueras point » qui s'applique à tous les êtres humains, y compris soi-même.

D'autres justifications apparaissent ensuite, notamment par l'intermédiaire de Thomas d'Aquin au XIII ème siècle.

- « Le suicide est contraire à l'amour naturel de soi dont le but est de nous protéger ;
- Il blesse la communauté toute entière ;
- Il est contraire à notre devoir envers Dieu qui nous a donné la vie et se réserve le droit de terminer notre existence terrestre ».

Au Moyen-Age, le suicide, comme lors de l'Antiquité, est considéré comme contraire à la volonté divine. L'être humain est la propriété (*dominium*) de Dieu et ne peut jouir que d'un usufruit sur son corps (droit d'*usus*). Tout acte auto-infligé le prive alors de sa relation à Dieu, son âme et son corps ne peuvent plus être sauvés et l'Eglise, à titre de sanctions, confisque ses biens matériels et interdit ses obsèques religieuses.

1.3.3.— Renaissance

Tout comme l'Eglise auparavant, les humanistes affirment leur opposition au suicide, à l'exception de deux d'entre eux : Montaigne et Thomas More.

Selon Montaigne, le suicide ne doit pas être envisagé comme une opposition au désir de Dieu mais comme la résultante de convictions personnelles. Point de vue qui se rapproche de celui des Stoïciens et qu'il rapporte ainsi : « qu'au pis aller, la mort peut mettre fin quand il nous plaira, et couper broche à tous autres inconvénients (...). Le sage vit tant qu'il doit et non pas tant qu'il peut : le présent que nature nous ait fait le plus favorable, et qui nous ôte tout moyen de nous plaindre de notre condition, c'est de nous avoir laissé la clé des champs ». [127]

More, quant à lui, dans l'Utopie (1516) [128] va plus loin et recommande le suicide pour les malades atteints de pathologies incurables et présentant des souffrances importantes.

Dans un autre ouvrage, rédigé par John Donne, le Biathanatos (1607) [57], texte non destiné à la publication, l'auteur pense que l'Eglise ne devrait pas considérer le suicide comme un péché. Reprenant les Saintes Ecritures, il compare la mort du Christ à une forme de suicide par sacrifice volontaire et considère que cet acte, au lieu de devoir être reprouvé, mériterait d'être salué. Il place également l'Eglise devant ses contradictions, celle-ci valorisant d'autres formes de mort comme le martyre, la peine capitale ou la mort à la guerre.

1.3.4.— Des Lumières à l'époque contemporaine

Les philosophes des Lumières consacrent les théories de Montaigne et de More. Pour eux, le suicide est le fruit de la rencontre entre un individu, son époque et sa psychologie.

Hume, philosophe écossais, précurseur de la philosophie analytique et plus tard de la phénoménologie, est le chef de file de ce nouveau courant de pensée. Dans son essai *Sur le suicide* (1783), il considère que certaines situations de vie peuvent devenir une atteinte à la liberté (grand âge, maladie, etc.) et prône le suicide comme une possibilité de s'y soustraire. Par extension, c'est aussi la société qui se voit libérer du poids qu'est devenu l'individu, le suicide devenant alors un acte citoyen. [84]

En France, Rousseau et Montesquieu se positionnent également en faveur du suicide. Selon Rousseau [146], la volonté et la raison d'un homme sont annihilées s'il se trouve en proie à une trop grande douleur, ce qui l'autorise à se donner la mort car « il cesse d'être un homme avant de mourir, et ne fait en s'ôtant la vie qu'achever de quitter un corps qui l'embarrasse et où son âme n'est déjà plus ».

A l'inverse, Kant s'oppose au suicide au nom de l'impératif catégorique qui s'inscrit dans la critique de la conception antique de l'Homme : la fin de celui-ci n'est plus d'être heureux, mais d'être moral. Le bonheur n'étant selon Kant qu'une conception empirique et irrationnelle. L'impératif catégorique de Kant consiste en l'accomplissement du devoir, c'est-à-dire que l'action juste est inexorablement gratuite et désintéressée et ce qui est juste pour l'un doit être juste pour tous. Le suicide étant pour le philosophe une atteinte même du cœur de la morale. [100]

L'évolution des théories sur la notion de suicide progresse encore dans les siècles suivants (XIX^{ème} et XX^{ème} siècle). Après le romantisme et sa vision idéalisée du suicide, le vrai bouleversement intervient avec l'émergence d'une nouvelle discipline médicale : la psychiatrie

(auparavant appartenant au champ de la neurologie) qui définit le suicide comme la conséquence d'une pathologie psychique pouvant être diagnostiquée et soignée. Au même moment, E. Durkheim, un des pionniers de la sociologie, fait du suicide un des symptômes de la Modernité et des troubles qu'elle engendre dans la société. Enfin, pour les existentialistes, il est le résultat du désarroi de l'homme face à un monde vide de sens.

Dans ces différents courants de pensée, le suicide n'est plus considéré, comme au siècle des Lumières, issu d'une volonté individuelle mais plutôt la résultante de confrontation de forces qu'elles soient sociales ou psychologiques. Sa prévention et ses conséquences deviennent ainsi un enjeu sociétal.

1.3.5.— Ere contemporaine

1.3.5.1—Approche sociologique du suicide

- *Durkheim et le suicide*

Comme cité précédemment, Durkheim considère le suicide comme le symptôme le plus grave des pathologies causées par les Sociétés Modernes. Il interroge sur les liens entre l'Individu et le Groupe.

En 1897, alors que le taux de suicide dans les pays industrialisés connaît une forte hausse, le sociologue constate que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent prédéterminé de morts volontaires », extrait de son ouvrage *Le suicide, étude sociologique* [61].

Selon les concepts durkheimiens, le suicide n'est pas lié à des aspects psychologiques mais résulte seulement de modifications sociales. Il s'agit de l'antithèse des théories des aliénistes, qui eux, ne considèrent que l'abord psychique.

Pour les sociologues, c'est une diminution de la cohésion et de la santé sociale d'un groupe qui entraîne une hausse des suicides dans ses effectifs.

Durkheim a, d'autre part, défini quatre types de suicides [60]:

- *le suicide fataliste* a lieu dans les groupes sociaux où la régulation est forte et correspond au suicide « que commettent les sujets dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive ».

- *le suicide altruiste*, est le fait des personnes les plus intégrées et investies dans des collectifs et qui se sacrifient pour le bien-être du groupe.

- *le suicide égoïste*, à l'inverse, est perpétré par des individus isolés, ne parvenant pas à s'intégrer au groupe.

- *le suicide anémique* est, lui, constaté, lorsque les désirs de l'individu n'ont plus de limites, l'anomie étant définie comme l'état d'une société caractérisée par une désintégration des normes qui règlent la conduite des hommes et assurent l'ordre social ou comme le dit Durkheim, il s'agit du « Mal de l'Infini » où les désirs restent insatisfaits: « ainsi, plus on en aura et plus on voudra avoir, les satisfactions reçues ne faisant que stimuler les besoins au lieu de les apaiser ».

Durkheim distingue deux formes d'anomie, l'anomie aiguë et l'anomie chronique.

En ce qui concerne l'anomie aiguë d'origine économique, celle-ci est provoquée par les crises économiques où des sujets, jusque là, habitués à un certain niveau de vie, se voient brutalement rétrogradés dans une classe sociale inférieure où ils ne peuvent plus satisfaire les besoins qu'ils s'étaient précédemment créés. L'anomie aiguë peut aussi être constatée dans les périodes de prospérité où certaines classes sociales accèdent à un statut supérieur et contrairement à la logique, leurs besoins augmentent plus vite que ce leur position actuelle ne leur permet.

L'anomie chronique est quant à elle, liée à la libéralisation de l'économie marquée par une absence de réglementation entraînant une croissance non contrôlée des marchés, système qui devient la norme et amène certains entrepreneurs à l'appât du gain et la recherche du « toujours plus ».

Au travers de ces quatre descriptions, le suicide, comme « fait social », est constaté lorsque la société et son économie se retrouvent confrontées à un cadre trop réglementé ou à contrario à l'absence de limites.

- *Halbwachs, sociologue précurseur de la suicidologie*

En plus de défendre les théories de Durkheim dont il fut l'élève, Halbwachs en 1930, période de la grande crise économique du XXème siècle et des grandes faillites urbaines internationales, il les enrichit en y ajoutant l'importance du mode de vie des

individus et définit la notion de « genre de vie ». Il met l'accent sur l'origine multifactorielle et complexe du processus suicidaire.

Le genre de vie est pour Halbwachs « un ensemble de coutumes, de croyances et de manière d'être, qui résulte des occupations habituelles des hommes et leur mode d'établissement... Deux genres de vie ou deux types de civilisation, quelque différence qu'il y ait entre eux, se ressemblent en ce qu'ils comportent un nombre plus ou moins grand d'occasions d'entrer en rapport les uns avec les autres, rapports amicaux, rapports indifférents ou rapports d'hostilité ».

Pour illustrer sa théorie, il oppose le genre de vie rural au genre de vie urbain, et apporte ce qui peut être un début d'explication aux variations du nombre des suicides (plus nombreux en milieu urbain à son époque alors qu'ils sont actuellement plus élevés en milieu rural). Selon lui et à son époque, le genre de vie rural est un mode de vie stable où les relations entre les différents groupes sociaux sont bien établies et sont régies par un patrimoine et des traditions communes. Du fait de la révolution industrielle et du besoin de main d'œuvre, plusieurs vagues d'exode rural ont conduit certains individus au passage d'un mode de vie rural à un mode de vie urbain. Ce changement a alors entraîné une recomposition nécessaire, lente et difficile des rapports entre les hommes. Ainsi, Halbwachs définit l'importance du lien social et la fonction d'intégration des groupes d'appartenance.

Sa théorie, contrairement à celle de Durkheim, intègre les facteurs psychologiques qu'il juge nécessaire d'interpréter en fonction de leur confrontation au contexte social et aux liens qui unissent le groupe.

Par ailleurs, selon lui, c'est le manque d'intégration sur le plan social et l'isolement qu'il provoque qui conduit un individu à se suicider.

L'individu concerné par cette « disqualification sociale » intériorise le sentiment de ne pas être à la hauteur, reflet de l'image que lui renvoie la société ou plus particulièrement son groupe d'appartenance. Ce sentiment, qui est avant tout subjectif, n'est pas toujours relié à une réalité au niveau de la société.

Les conséquences de ce rejet, ressenti par le sujet, se manifestent souvent par un sentiment de désespoir, renforçant l'isolement et la détresse psychologique et pouvant provoquer des désordres psychopathologiques telles que la dépression.

C'est donc la rupture des liens fondamentaux entre l'individu à la société qui est mise en avant pour tenter de comprendre le suicide. Ces liens sont au nombre de trois : lien de filiation, d'intégration et de citoyenneté. Le lien de filiation se crée dès la naissance et est nécessaire à l'équilibre affectif en assurant stabilité et protection. Le lien d'intégration se produit secondairement lors de la socialisation au cours de laquelle l'individu entre en relation avec les autres et apprend à respecter les normes et les règles des institutions. Le lien de citoyenneté est le lien d'appartenance à une nation avec ce que cela implique en termes de droits et de devoirs pour l'individu. Ce sont les interconnexions entre ces trois liens qui constituent ce que Halbwachs appelle un « genre de vie », et lorsque le genre de vie se modifie au point que ces liens se distendent, voire se rompent, ils laissent l'individu désespéré et confronté au sentiment d'être inutile. [77]

- *Théories sociologiques actuelles*

Dans les années 1990, Sainsbury et Diekstra [54] mettent en évidence que certaines modifications sociales profondes peuvent être responsables de la genèse du suicide sans qu'interviennent des facteurs tels que les désordres psychopathologiques. Ces modifications sont, soit purement sociales, avec, notamment l'augmentation du taux de chômage et du pourcentage de femmes travaillant, ou issues de facteurs médico-sociaux, comme l'augmentation de la délinquance et de l'usage d'alcool et de drogues. Il peut également s'agir de facteurs traduisant de profondes modifications dans la structure familiale, comme l'augmentation considérable du nombre des divorces. La place de ces différentes dimensions est devenue plus importante ces dernières années.

1.3.5.2.—Approche cognitive

La psychologie cognitive est définie comme l'étude empirique des processus de traitement de l'information agissant dans les conduites humaines et animales. Elle tente d'explorer la perception que les individus ont de leur environnement, quels intérêts ils en dégagent et comment ils gèrent les interactions entretenues avec lui.

Certaines caractéristiques, prédisposant au passage à l'acte suicidaire en situation de stress, ont été rapportées par différentes études centrées sur les cognitions du suicide, il s'agit de :

- Tendence à se considérer comme perdant lorsqu'on est confronté aux risques psychosociaux, anticipation de l'échec ;
- Incapacité à élaborer une possibilité de fuite, difficulté à mettre en rapport avec une mémoire autobiographique faite d'échecs et d'incapacités à résoudre les problèmes ;
- Sentiment qu'aucune issue n'est possible (sentiment de désespoir).

Ces cognitions, connotées négativement, semblent être issues d'un déficit des fonctions exécutives, concernant plus particulièrement l'élaboration des stratégies de prise de décisions et la présence d'une pensée inhibitrice.

- *Sentiment de désespoir*

Le sentiment de désespoir (cité précédemment) a été exploré par Beck et al. [19] dans une étude prospective de 10-15 ans sur des sujets repérés par des tentatives de suicide passées. Au cours du suivi, 14 des 207 sujets sont décédés de suicide. Parmi l'ensemble de données cliniques recueillies initialement, les seules variables qui auraient pu permettre de prédire l'issue fatale, sont les échelles de désespoir [21] et l'item de pessimisme de l'inventaire de dépression de Beck. Un score supérieur à 10 à l'échelle de désespoir identifiait 91% des suicides.

- *Ruminations*

Les ruminations sont présentes lors d'un stress post traumatique ou lors de formes cliniques intenses de dépression, même si les processus attentionnels sont différents. Elles peuvent s'accompagner de « méta-souci » qui peut être décrit comme : « la perception pénible que le sujet ne contrôle pas ses pensées lors des ruminations anxieuses ou dépressives ». De nombreux actes suicidaires sont d'ailleurs perpétrés pour « arrêter de penser », la présence de ces ruminations étant devenue intolérable.

- *Pensée dichotomique*

Il s'agit d'une approche binaire du réel : noir ou blanc, tout ou rien, les nuances ne sont alors pas considérées. Neuringer [131], en utilisant un test de différenciation sémantique, a constaté que le groupe « suicidants » faisait preuve de pensées plus dichotomiques que les

groupes « psychosomatiques » ou « témoins ». A l'issue d'une série de travaux sur ce même thème, Neuringer conclut que les suicidants ont une pensée rigide et extrémiste, qui les prive de cette flexibilité psychique permettant l'élaboration de solutions de compromis devant les épreuves de la vie.[130]

- *Rigidité cognitive*

Fréquemment étudiée dans le courant cognitivo-comportementaliste, la rigidité cognitive renvoie à une faille dans la capacité de résolution des problèmes, avec, notamment, une plus grande dépendance au champ (dépendance au contexte environnemental). « L'intérêt pour cette rigidité cognitive s'est déplacé des outils élémentaires d'investigation que sont les tests sémantiques ou arithmétiques, à la résolution de problèmes interpersonnels, autrement plus complexes ».

- *Résolution de problèmes*

Chez un sujet « normal », la résolution de problèmes est obtenue par une suite d'étapes inconscientes s'articulant avec fluidité. Le patient suicidaire ou souffrant de grave dépression, en proie à des distorsions cognitives, présente un dysfonctionnement de ce processus et peut présenter un blocage à chacune de ses étapes que sont :

- L'orientation du problème ;
- La production de solutions alternatives ;
- La prise de décision (choix d'une solution) ;
- L'élaboration de la solution ;
- La vérification de la solution.

L'étude du processus de résolution des problèmes concernant le domaine des relations interpersonnelles retrouve certaines différences, sur le plan qualitatif, entre les déprimés et suicidants récents et une population témoin. Celle-ci met bien en évidence les dysfonctionnements dans la pensée dépressive ; la variable thymique liée à l'état est prépondérante.

- *Mémoire autobiographique*

La mémoire autobiographique désigne le processus par lequel on se souvient des événements vécus avec leur contexte (date, lieu, état émotionnel). Sa distorsion pourrait être liée à la difficulté de résolution de problèmes face aux événements de vie adverses. Le trouble aboutit à ce que lors de la présentation de mots inducteurs, l'individu ne répond pas par une évocation mnésique précise ou spécifique (souvenirs d'enfance par exemple), mais par une évocation mnésique à caractère général ou global. Il semblerait que ce dysfonctionnement soit lié à des antécédents d'événements de vie négatifs.

- *Impuissance apprise et style d'attribution*

Face à des épreuves inéluctables et douloureuses (deuil, etc.), certains sujets constatent qu'il n'y a pas de différence entre l'action ou l'immobilisme et adoptent cette attitude lors d'autres expériences, conduisant au développement d'un style cognitif négatif. Devant un événement négatif, le sujet se sent responsable (intériorisation) et considère que l'échec est inévitable et s'étend à tous les domaines de son existence (globalisation). Par extension, il ne peut, devant un événement positif, s'en attribuer la paternité et la concèdera aux « autres » voire à la « Chance », incapable alors de perception positive. Il peut même présenter une anticipation négative du « revers de la médaille » (stabilité). Ce style cognitif d'attribution négative, qui est à la fois interne, global et stable, doit alerter sur le développement d'une « dépression de désespoir » face à un événement négatif.[28]

1.3.5.3.— Approche psychanalytique

Freud, qui a lui-même mis fin à sa vie, n'a pas accordé à la thématique du suicide une réflexion spécifique. Néanmoins, c'est dans son œuvre et notamment dans « *Deuil et Mélancolie* » en 1915, que l'on trouve l'origine de la contribution psychanalytique à la compréhension du suicide. Freud propose alors cette définition : « la défaite de la pulsion qui oblige tout vivant à tenir bon à la vie ». [66]

« Parmi les différences entre le deuil et la mélancolie, on relève le fait que la perte semble concerner non pas l'objet soustrait, mais le moi. « L'ombre de l'Objet est tombée sur le Moi. » L'amour pour l'objet, qui ne peut être abandonné alors que l'objet lui-même l'est, se réfugie dans l'identification narcissique. La haine entre alors en action contre cet objet

substitutif, prenant à sa souffrance une satisfaction sadique. C'est ce retournement sadique qui vient, pour Freud, résoudre l'énigme de la tendance au suicide ».

Dans l'*Encyclopédie Corsini de psychologie* [44], Shneidman, en reprenant la théorie du psychanalyste Gregory Zilboorg, considère que la rupture des liens familiaux secondaire à une profonde incapacité à aimer les autres, est responsable d'un certain nombre de suicides.

Cassem, dans le *Harvard Guide To Psychiatry* [132], cite lui aussi Zilboorg qui, selon une autre de ses théories, expose que dans le fantasme de certains patients d'échapper à leur destin mortel, le suicide peut être perçu comme l'accès à une forme d'immortalité. Un autre point de vue, chez Szandor Rado, est que le suicide, par le biais d'une culpabilisation excessive peut-être considéré comme un rachat des fautes passées, dans une tentative désespérée de reconquête de l'amour d'un être ou d'une chose perdue antérieurement.

Néanmoins, les considérations psychanalytiques les plus différenciées sur les mécanismes du suicide ont été développées par Karl Menninger, dans son livre *Man against himself* (1938).[124]

Il identifie trois composantes principales :

- Le désir de tuer ;
- Le désir d'être tué ;
- Le désir de mourir.

« Menninger considère que les tendances à la destruction ne sauraient être attribuées au destin ou à la nature, mais que l'homme y a une part importante. Ces forces de destruction s'expriment largement par l'autodestruction, en contradiction avec la supposée première loi de l'autopréservation des espèces. Pour lui, la théorie qui rend le mieux compte des faits est la théorie freudienne d'un instinct de mort, s'opposant dans une dialectique constante à l'instinct de vie. Selon Freud, les tendances destructives et constructives, initialement autoréférencées, s'externalisent au fur et à mesure de la croissance et de l'accumulation des expériences de vie. Dans son cheminement, l'individu réagit d'abord par externalisation de ses tendances agressives qui fusionnent par la suite avec ses pulsions libidinales et constructives, le résultat se combinant en neutralisant plus ou moins complètement ou durablement la pulsion destructrice. L'interruption de ces investissements extérieurs ou l'incapacité à les maintenir aboutit à un retour pulsionnel dirigé vers soi. S'il y a dé-fusion de ces deux tendances intriquées, les forces de destruction prévalent, rendant compte du désir de tuer /être tué, ainsi que l'érotisation de ces deux tendances. Lorsque les tendances

autodestructrices sont partiellement maîtrisées, on observe toutes les nuances des comportements de ce type (en résumé, « les équivalents suicidaires »), le suicide intervenant à l'extrême de ce continuum, lorsqu'il n'y a plus de force de vie pour faire contrepoids. Le désir de tuer est une cristallisation des impulsions issues de l'agressivité primitive. La modification de ce désir primitif par les instances surmoïques cristallise en désir d'être tué, le désir de mourir en conjuguant avec les histoires de vie pour aboutir ou précipiter l'autodestruction ».

Selon Rosenfeld [145], ce sont les composantes agressives et destructrices du narcissisme qui seraient essentielles. La structuration sur un mode narcissique est un mécanisme de défense luttant contre la dépendance. Les sujets présentant cette structure et confrontés à la dépendance à un objet (supposé bon) vont ressentir un désir de possession et de maîtrise envers cet objet. Chez ces sujets, lorsque les composantes destructrices sont exacerbées, l'objet est menacé, ainsi que le self, entraînant un désir de mort mégalomane comme une solution à tous les problèmes. S'inspirant de ce courant de pensée, Kernberg [105] expose que le self est identifié à l'objet haï, et l'auto-élimination devient l'unique possibilité de combattre l'objet. Il qualifie alors de *malignant narcissism* une perturbation infiltrante du surmoi définie par les comportements asociaux, le sadisme égo-syntonique et l'installation d'une problématique suicidaire chronique prenant la valeur d'une maîtrise froide et parfois calculée d'un environnement impuissant et désarmé.

Kohut [106] effectue des rapprochements entre les sentiments de honte et d'envie, l'idéal du moi et la colère narcissique, et le suicide. « Le maintien du contrôle sur l'environnement pour maintenir l'estime de soi conduit à une relation objectale particulière, avec un « objet-soi » renvoyant une image positive, comme un miroir flatteur. La perte de cet objet-soi aboutit pour cet auteur à deux formes d'auto-agression : celle du moi envers le soi défaillant (forme dépressive) ou celle du surmoi cruel envers le soi (vengeance narcissique) ».

La réflexion sur le narcissisme dans son influence sur l'acte suicidaire ne doit pas faire oublier qu'il y a trois acceptations : (1) pathologie de la personnalité (personnalité narcissique, finalement assez proche de la personnalité borderline) ; (2) dimension narcissique, construction psychologique explorable par des instruments adaptés ; (3) vulnérabilité narcissique avec mise en jeu de défenses inadaptées contre l'attaque du soi.

Le mécanisme narcissique semble à l'origine d'un certain nombre de suicide, mais alors que les investigations des liens entre la dimension narcissique de la personnalité et les troubles comportementaux (Svindseth et al., [159]) montrent au terme d'analyses multivariées que la violence, l'estime de soi exacerbée, les hospitalisations sous contrainte fréquentes et le

narcissisme sont corrélés de façon significative, ce lien n'est pas retrouvé entre narcissisme et dépression et/ou tendance suicidaire. En clinique, on constate par ailleurs que les patients suicidaires souffrent plus fréquemment d'une mauvaise image d'eux-mêmes et de failles narcissiques que du contraire. Récemment, selon un courant psychanalytique allemand (Erzerdorfer, [144]), le suicide est une réaction éperdue à une blessure profonde de l'estime de soi, une forme d'autopréservation par fusion avec un objet primaire.

1.3.5.4.—Approche systémique

Selon les théories systémiques, le suicide ou tout autre passage à l'acte, n'est pas seulement une caractéristique individuelle, mais aussi une conséquence du système, du contexte dans lequel le sujet évolue. Le passage à l'acte, ou préalablement l'intentionnalité suicidaire, est la conséquence d'une absence de communication qu'elle soit émotionnelle ou verbale lors de situations de conflits ou de tensions apparaissant lors de crises familiales ou professionnelles (dans tout système auquel le sujet prend part). Ces crises sont synonymes de ruptures de l'équilibre relationnel entre un individu et son entourage, ou parfois reflet de l'instabilité psychique de l'individu provoquant des difficultés à appréhender les relations interpersonnelles, difficultés exacerbées lors des situations de crises.

D'après cette approche, la dimension relationnelle est la caractéristique principale à prendre en compte. Des antécédents suicidaires sont souvent retrouvés aux générations précédentes et le patient possède souvent une fonction familiale particulière. « Par exemple, il est chargé de résoudre un problème qui le dépasse comme élever un collatéral ou un puîné, soigner un ascendant, remplacer un mort ou incarner des valeurs familiales. Il peut être pris dans des conflits parentaux ou conjugaux ouverts ou larvés, avec alliances secrètes et transgénérationnelles, conflits de loyauté non formulables. Le positionnement familial est mal différencié, avec confusion des rôles et confusion générationnelle». [154]

CHAPITRE 2

LES RAPPORTS ENTRE SUICIDE ET TRAVAIL

Depuis cinq ans environ, les suicides sur le lieu de travail ou en lien avec les situations de travail sont fréquemment rapportés par les médias. Pourtant les données épidémiologiques manquent faute de dispositifs de recueil des données et les études sur le suicide en milieu professionnel restent peu nombreuses et dispersées. Leur rareté est le reflet de la complexité, pour les professionnels de santé que ce soit les médecins du travail et/ou les psychiatres, de retrouver une cause professionnelle à l'origine de l'acte suicidaire et de définir en quoi cette cause doit-elle être tenue comme responsable? Comment peut-on établir un lien entre ces suicides et le travail? S'agit-il de fragilité individuelle ou d'une dégradation des situations de travail? [115]

2.1. Controverses sur l'étiologie de l'acte suicidaire

Le suicide est un processus multifactoriel. Ce concept est renforcé par le nombre d'étiologies différentes proposées par les théories précédemment exposées. Celles-ci ont suscité et suscitent toujours de nombreux débats parmi les spécialistes et aucune d'elles n'a encore remporté une adhésion totale ou, ne serait-ce que majoritaire de ceux-ci. Une fois ce principe posé, la question restant en suspens est celle de l'étiologie principale (importance de l'établir, par exemple si l'on pense à une cause professionnelle, afin de permettre aux ayants droits d'obtenir une possible indemnisation de leur préjudice moral et financier). Concernant le suicide lié au travail, la complexité de la question paraît s'atténuer quand le suicide est réalisé sur le lieu de travail, ou à proximité. La portée symbolique du choix de cette scène peut nécessairement conduire à l'interpréter comme un message désignant par là l'origine de la souffrance. Cela concerne aussi celui qui s'est donné la mort en laissant un message ou une lettre non équivoque sur ce point. Ou encore si les témoignages des proches évoquent une situation de travail dégradée associée à un envahissement du psychisme du sujet par les préoccupations professionnelles et surtout par un sentiment d'incapacité. Mais on peut, même dans ces cas, retrouver des difficultés personnelles, familiales associées. Et l'on peut alors s'interroger sur l'origine de ces difficultés et les envisager comme conséquence de la dégradation de la situation et du rapport au travail. Ces tentatives de catégorisation s'appuient sur une hiérarchisation des axes d'analyse privilégiés. Ces mêmes débats se retrouvent à propos des suicides associés au chômage où deux explications s'affrontent. Soit le chômage augmente significativement le risque de suicide, soit

les sujets qui se sont suicidés souffraient de troubles psychiatriques qui ont contribué à les maintenir en situation de chômage.

Au-delà de ces oppositions et des enjeux qui les alimentent (déli, culpabilité, dénonciation, etc.) il s'agit bien de penser la rencontre entre un sujet et sa situation, son contexte de travail. Le suicide peut alors se définir comme la conséquence finale d'une relation pathologique à l'environnement. Parmi les différents cas de suicides liés à une origine professionnelle qui ont pu être recensés, la totalité présentaient également une composante psychologique et/ou sociale : il s'agit d'analyser ces processus psychosociaux. Au centre de ceux-ci, on retrouve le plus fréquemment une perte, et plus qu'une perte d'objet (comme le deuil), c'est une perte de liens, une perte d'appartenance qui semble être responsable de l'effondrement. En effet, la force et la valeur de l'appartenance régissent et structurent l'ensemble des choix existentiels. Et son importance se repère par les conséquences désastreuses que subit le sujet, en proie à un rejet, un désaveu, ou à une rupture des engagements réciproques. Le passage à l'acte suicidaire est une de ces conséquences, traduisant dans l'agir, la recherche par le sujet de la résolution de ses tensions psychiques devenues intolérables. Ici, l'agir reste individualisé, comme si son territoire d'action ne pouvait s'étendre au-delà des limites du corps même du sujet. Et ce sur fond de carences des mécanismes régulateurs ou défensifs.

Par ailleurs, alors que des difficultés issues de la vie extra-professionnelles peuvent être identifiées comme entrant en jeu dans la genèse du passage à l'acte suicidaire, l'on peut se demander pourquoi le travail n'a pas, cette fois, rempli son rôle habituel de facteur protecteur.

2.1.1.— Approche psychodynamique

Selon C. Dejours, trois conceptions s'opposent dans l'interprétation des rapports entre le suicide et le travail.

2.1.1.1.— Dans la première conception, le suicide d'origine professionnelle est abordé selon l'approche par le « stress ». Cette théorie a l'avantage de rattacher les perturbations biologiques et psychiques d'un individu à des facteurs environnementaux. A leurs débuts, les études sur le stress professionnel recherchaient les causes de ces perturbations uniquement dans les causes extérieures à l'individu. Ensuite, leur analyse a subi un glissement de grande importance : il s'agit maintenant de considérer que les perturbations somatiques et psychiques retrouvées sont en réalité principalement liées à l'individu plus qu'à l'environnement. En fait, la gravité de ces perturbations dépendrait de la manière dont l'individu parvient à gérer « son » stress. La notion de « *coping with* » (faire avec, s'arranger avec, gérer, faire face à...) est le chaînon intermédiaire du retournement de la causalité.

Néanmoins, le *coping* n'est pas une donnée objectivable, il ne peut être intégré comme mesure dans les études sur l'analyse du stress professionnel et débouche dans la pratique sur des actions ne visant plus que les individus, et épargnant toute analyse d'une action rationnelle sur la transformation de l'« environnement » de travail. Les démarches sont connues sous le nom de « gestion du stress » (relaxation, respiration, exercices de méditation ou de gymnastique) s'inscrivant dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales.

2.1.1.2.— L'analyse « structuraliste » est centrée sur l'histoire de vie et la personnalité du sujet. Elle consiste à attribuer tout comportement pathologique, dont le suicide, à des failles ou à une vulnérabilité individuelles. Cette deuxième analyse, avec de nombreuses données objectivables et mesurables, se montre beaucoup plus précise et subtile que celle utilisant les notions de *coping* dans le stress. Entrent en jeu les facteurs génétiques et héréditaires, les facteurs liés à l'histoire singulière et à l'enfance, qui façonnent l'Identité et également le terrain psychologique. Selon ce point de vue, le travail ne serait pas un facteur de causalité mais plutôt un facteur révélateur (en jouant comme traumatisme) de la vulnérabilité intrapsychique de l'individu. Le traumatisme révèle la structure. C'est-à-dire que, dans la décompensation, le travail est substituable, un autre facteur traumatique très différent du travail (accident domestique, perte d'un être cher, rupture sentimentale...) pouvant aisément le remplacer. Cette théorie centrée sur l'Individu est défendue par la psychiatrie et par la psychanalyse conventionnelles.

2.1.1.3— La troisième, l'analyse « sociogénétique », est symétrique des deux précédentes. Elle stipule que le travail et ses contraintes, notamment sociales et organisationnelles (et pas seulement physiques, chimiques ou biologiques) sont décisives : les méthodes de gouvernement d'entreprise, de direction, de management et de gestion, l'organisation du travail enfin, présentent un impact majeur sur la santé mentale et doivent être étudiées en présence de toute décompensation psychopathologique survenant chez un individu en situation d'activité professionnelle.

Selon la première analyse, le *coping* est suspendu comme entité sans support social, psychique, ni biologique. C'est un comportement principalement soumis à l'apprentissage. Dans l'analyse structuraliste, en revanche, ce sont essentiellement les données biographiques et les conflits dans l'espace privé qui sont investiguées. Enfin, dans l'analyse sociogénétique, la recherche étiologique porte en priorité sur les contraintes liées à l'organisation du travail.

Ces trois formes d'analyse ont toutes l'inconvénient de se focaliser sur l'opposition entre cause sociale et cause privée. Elles ne prennent pas en compte l'analyse spécifique du rôle revenant en propre au travail, dans son rôle protecteur ou pathologique alors que celui-ci

joue un rôle majeur aussi bien dans la construction de la santé que dans la construction de l'économie des relations de la sphère privée.

La fragilité, la vulnérabilité ou la prédisposition psychologique ne semblent pas des facteurs suffisants pour rendre compte des décompensations. En effet, comment expliquer alors, les passages à l'acte suicidaire perpétrés par des individus ne présentant aucun symptôme prépathologique et affichant d'excellentes performances professionnelles ? Il s'agit généralement de travailleurs, qui au moment de l'acte, étaient très impliqués dans leur entreprise, appréciés par leurs collègues et par la hiérarchie, et jouissant d'une grande stabilité affective dans l'espace privé parmi les membres de la famille, les proches et les amis.

Les personnes concernées par ces cas de suicide présenteraient justement une grande aptitude à « gérer leur stress » (*coping*), à s'adapter aux contraintes de travail et à s'intégrer à la collectivité. Ce qui leur aurait permis de s'engager pleinement pour l'entreprise et d'atteindre des performances de travail « *over the target* », au-dessus de la moyenne. Le suicide fait suite alors, en général, à une *disqualification* du travail fourni par l'individu pour l'entreprise et du mérite qui, normalement, lui revient.

Cette disqualification se présente souvent sous la forme d'une disgrâce. Rapidement, l'attitude de la hiérarchie bascule vers le dénigrement, les critiques péjoratives, l'hostilité, la discrimination, l'exclusion, voire le harcèlement.

Différentes causes peuvent être retrouvées soit le salarié a refusé une proposition de mutation, d'avancement ou de promotion et ce refus est interprété comme un acte de résistance alors qu'on attend du « partenaire » une flexibilité et une disponibilité totales, c'est-à-dire des signes ostentatoires de soumission. Ou encore, cette disgrâce peut être la conséquence d'une réforme de structure, de l'arrivée d'un nouveau chef, d'une fusion-acquisition nécessitant le licenciement de plusieurs salariés, la disgrâce et le harcèlement étant alors utilisés pour déstabiliser psychiquement les travailleurs jusqu'à ce qu'ils commettent des erreurs dont on se servira ensuite pour les faire capituler.

Si l'on en revient à la question de la vulnérabilité psychologique, elle ne peut pas être tenue pour une cause majeure et unique, dans la mesure où chez tout individu, existent des failles au niveau de l'Identité, qui un jour ou l'autre peuvent se révéler, lors d'une décompensation. La problématique doit être renversée pour apporter des éléments explicatifs. Pour la plupart des sujets, le travail est un puissant opérateur de construction et de stabilisation de l'Identité, il en est de même pour la santé mentale. L'ensemble des études épidémiologiques le

confirment : la privation de travail, le licenciement, le chômage de longue durée, augmentent significativement le risque de décompensation psychopathologique (alcoolisme, toxicomanie, dépression, violence, suicide, etc.).

Le travail peut générer le meilleur et permettre à beaucoup d'individus de surmonter efficacement les failles de leur terrain psychologique, déposées par leur hérédité et leur enfance, mais peut à l'inverse, jouer un rôle majeur dans les décompensations. Et, de fait, certaines formes d'organisations pathogènes du travail sont responsables de la fragilisation des individus vis-à-vis des décompensations, si l'on s'intéresse non plus la structure psychologique des individus qui décompensent, mais aux conflits affectifs ou matériels dont ils souffrent dans leur espace privé.

Effectivement beaucoup de sujets ayant effectué un passage à l'acte suicidaire sur leur lieu de travail ont traversé récemment, ou traversent au même moment, une période particulièrement difficile : conflits conjugaux en particulier, séparation et divorce, deuil, etc... Ces facteurs ne sont pas pour autant, même s'ils ont retrouvés dans l'anamnèse, toujours responsable du suicide.

En effet, du point de vue psychique comme du point de vue social, on ne peut pas dissocier vie professionnelle et extraprofessionnelle. Le travail, dans tous les cas étudiés par la psychopathologie du travail, a des incidences majeures sur l'économie des relations dans l'espace privé. Par exemple, celui qui, dans son travail, se heurte à des difficultés matérielles ou relationnelles, ou encore, celui qui se trouve en surcharge de travail en particulier (mais pas seulement lui), emporte les soucis que lui occasionne son travail jusque dans l'espace domestique. Il devient préoccupé, moins disponible pour ses proches, voire irritable, il présente des troubles du sommeil et déstabilise l'équilibre familial. Dans nombre de cas, c'est toute la famille qui se mobilise pour aider celui qui travaille à tenir, à faire face. Des remaniements psychiques en profondeur sont rendus nécessaires par les instabilités de la vie professionnelle de l'adulte qui travaille.

Cette indisponibilité psychique et affective dans l'espace privé a aussi des conséquences sur l'organisation et la division des tâches domestiques. Des changements trop importants concernant toutes ces données atteignent parfois un point de non retour, marqué par leur caractère irrémédiable. « C'est ainsi que, pour les ingénieurs de conduite de centrale nucléaire, soumis de surcroît au rythme de travail posté et des astreintes à domicile, il a été possible de montrer que l'endurance au travail n'est possible que si l'épouse renonce de son côté à son travail professionnel, y compris quand ce dernier est plus qualifié et mieux

rémunéré que celui de l'ingénieur. Le travail de l'un oblige au sacrifice du travail de l'autre ».

L'ajustement de l'économie des relations dans la sphère privée, en fonction des contraintes de travail de l'un ou de l'autre des partenaires du couple entraîne de façon quasi obligatoire d'en passer par des conflits intrafamiliaux. Ces conflits ne sont pas de même nature selon que l'on se place du point de vue de la femme ou de l'homme dans leur rapport singulier à leur travail professionnel. L'ajustement psychologique d'un individu à ses contraintes de travail et l'évolution de la vie et des conflits à l'intérieur de la sphère privée est toujours interdépendant. De sorte que, en fin de compte, nombre de conflits insolubles dans l'économie des relations domestiques trouvent en fait leur origine dans les contraintes imposées au psychisme des deux partenaires du couple par le rapport au travail. Ces conflits peuvent finalement avoir des incidences sur les relations intimes, érotiques ou amoureuses, que le rapport au travail (succès) peut favoriser, ou, au contraire (difficulté, échec, injustice subie) déstabilise.

Lors d'un passage à l'acte suicidaire, les exigences psychiques du travail et l'économie des relations dans l'espace privé ont des imbrications si serrées et complexes qu'il semble difficile voire impossible de déterminer lequel est responsable de la décompensation de l'autre versant. Cependant, les conflits dans l'espace privé ne peuvent être tenus pour responsables d'un suicide que si l'on a au préalable fait cliniquement la preuve que leur aggravation est effectivement indépendante d'une crise ou d'une surcharge dans la sphère du travail. Cette recherche étiologique est nécessaire car la part revenant au travail dans les décompensations psychopathologiques est largement sous-estimée [51].

2.2. Rapports entre suicide et absentéisme au travail

Peut-on considérer qu'il s'agit d'un facteur de risque suicidaire ? La réponse viendra de trois études :

2.2.1.— L'étude de Greenberg

Pour Greenberg, s'expliquant sur le thème du coût de la dépression : "*le coût indirect correspond au coût de la mortalité. Celui-ci est défini comme le nombre de suicides attribuables à la dépression multiplié par la valeur des vies perdues et comprend aussi le coût de l'absentéisme au travail obtenu par le produit du nombre des déprimés, de la durée moyenne de l'absentéisme et du salaire moyen ainsi que le coût de la réduction des capacités productives des personnes*

déprimées qui continuent à travailler à un rythme supposé réduit. Ces deux derniers coûts sont présentés comme les coûts de la morbidité". Il compare ces résultats à celui qui retrouve que 60 % des suicides sont dus à la dépression. L'important est que se trouve confirmée la relation entre suicide et absentéisme au travail. [76]

2.2.2.—L'étude de Gotland

Il s'agit d'une étude réalisée en 1992 d'après un programme pédagogique effectué pour les médecins d'une petite île, comportant une formation sur le traitement des dépressions et la prévention du suicide. Cette étude a permis de démontrer qu'une meilleure prise en charge des dépressions avec notamment l'instauration précoce d'un traitement antidépresseur provoque une diminution de 50 % de nombre des suicides associée à une réduction des journées d'arrêt de travail. [147]

2.2.3.—L'étude de R. Ettliger

Déjà en 1971, en Suède également, Ruth Ettliger a exposé la relation entre suicide et absentéisme au travail à partir d'une étude effectuée à partir de dossiers d'assurance. L'hypothèse de départ a été d'évaluer la relation entre les troubles somatiques et les tentatives de suicide. Est apparu, au décours de cette étude, l'existence d'un lien entre l'absentéisme au travail et le comportement suicidaire, tant en ce qui concerne les tentatives de suicide et leurs séquelles que les morts par suicide. Le nombre de jours d'arrêt de travail chez les suicidants était statistiquement supérieur à ceux des non suicidants. Si ces derniers avaient un maximum de 10 jours d'arrêt, pour les suicidants le nombre passait les 30 jours et ceci sur une période de 10 ans. Au niveau épidémiologique, la prévalence (ou fréquence) de troubles mentaux n'était pas démontrée, l'auteur exprimant que " les diagnostics étaient vagues ". [63]

En conclusion, il existe un lien entre suicide et absentéisme au travail qui ne semble pas être du uniquement à l'existence d'un trouble mental mais une fois de plus évoque la notion d'un désespoir mixte psychologique et social. [157]

2.3. Rapports entre suicide et inactifs.

Les inactifs sont de loin la catégorie la plus touchée par le suicide, il s'agit d'un groupe hétérogène regroupant des personnes n'ayant jamais eu de profession de même que celles ayant perdu leur emploi du fait du chômage, ou même des malades ayant interrompu leur activité professionnelle assez longtemps avant leur décès. L'étude COSMOP de l'INVS (Institut national de veille sanitaire) souligne un effet « travailleur sain » avec un taux de mortalité par suicide plus faible chez les actifs, toutes catégories confondues. [38]

Le chômage (catégorie particulière des inactifs) est souvent considéré comme la variable économique la plus directement liée au suicide, multipliant par 2 à 2,6 le risque de suicide.

Le lien de causalité entre chômage et suicide n'est pas un lien direct. Le chômage et, de façon plus large, l'absence d'emploi ou la précarité professionnelle produisent des mutations parfois importantes au sein des familles, comme les problèmes financiers, les nouvelles répartitions des tâches et des rôles de chacun ou les tensions internes qui, conséquences indirectes du chômage, sont le plus souvent mises en avant par le sujet au décours de l'acte suicidaire.

Blakely et al. [25] retrouvent une association modérée mais néanmoins indépendante entre chômage et risque suicidaire, tout en reconnaissant le rôle des facteurs familiaux et psychiques. Selon Lundin et al. [117], les sujets présentant des indices des troubles mentaux ou d'autres facteurs de risque suicidaire ont plus de risques de devenir chômeurs, et inversement les chômeurs ont plus de risque de suicide que les actifs. Les caractéristiques personnelles des individus sont un des aspects majeurs dans la recherche d'emploi compte tenu de la conjoncture sociale défavorable, et toute fragilisation ou vulnérabilité précoce devient un handicap supplémentaire dans cette lutte pour l'emploi. Dans cette hypothèse, le risque suicidaire qui augmente avec la durée de chômage reflète la plus grande fragilité psychologique des chômeurs de longue durée, et n'est donc pas attribuable au chômage lui-même [28]

2.4. Les indicateurs objectifs de souffrance au travail

2.4.1.— Dans le cadre des services de santé au travail:

2.4.1.1.— Augmentation :

- Du nombre de visites spontanées auprès du médecin du travail ;
- Du temps nécessaire d'écoute lors des visites médicales ;
- Des examens médicaux et des orientations médicales à la suite des visites ;
- Du nombre des salariés souffrant de troubles liés aux conditions de travail ;

- De la fréquence et de la gravité des urgences sur le lieu de travail, liées à des incidents conflictuels ou à des états de décompensation ;

2.4.1.3.— Aggravation des indicateurs de santé négatifs (troubles musculo-squelettiques, troubles cardio-vasculaires).

2.4.2.— Dans le cadre général du travail :

2.4.2.1.— Acte violent sur le lieu de travail ;

2.4.2.2.— Risque de tentative de suicide sur le lieu de travail ;

2.4.2.3.— Augmentation :

- Des accidents du travail ou de trajet en relation avec la tension vécue au travail ;
- Du taux de rotation des personnels dans les services ;

2.4.3.— Indicateurs organisationnels :

2.4.3.1.— Augmentation du taux :

- D'absentéisme, de maternité (mise en jeu d'un mécanisme de défense individuelle) ;
- Des demandes de formation ;

2.4.3.2.— Accroissement sensible des départs en cessation progressive d'activité ;

2.4.3.3.— Non-fonctionnement ou non-crédation des conseils de service ou des groupes d'expression directe. [139].

CHAPITRE 3

EPIDEMIOLOGIE

3.1. Les méthodes de recueil et les indices épidémiologiques du suicide

3.1.1.— L'autopsie psychologique

Il s'agit d'une méthode, développée aux Etats-Unis dans les années 1960, ayant pour but d'élucider l'origine de décès pour lesquels un suicide était suspecté, sans pouvoir être clairement affirmé comme un acte mortel auto-infligé et intentionnel. Elle est établie grâce à la réalisation d'une enquête a posteriori, reposant sur l'interrogatoire des proches, l'analyse des sources médicales, le recueil d'informations concernant les antécédents familiaux et personnels, la psychologie de la personne décédée, son style de vie, ses relations et les événements ayant précédé la mort. Les résultats obtenus sont confrontés aux données objectives relatives au passage à l'acte pour conclure — ou non — à l'existence d'un suicide. L'autopsie psychologique s'est aussi révélée intéressante pour documenter l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques et la nature des soins dont les personnes avaient bénéficié.

3.1.2.— Indices épidémiologiques du suicide

Trois principaux indices sont utilisés :

3.1.2.1.— L'incidence du suicide

Elle correspond au nombre de suicides répertoriés chaque année.

3.1.2.2.— Le taux de suicide

Le taux de suicide ou mortalité suicidaire qui s'exprime en nombre annuel de suicides pour 100 000 habitants.

3.1.2.3.— Le taux de mortalité prématurée, attribuable au suicide

Le taux de mortalité prématurée est un indice statistique permettant de mesurer la fréquence des décès après l'enfance et avant l'âge « habituel » de décès. Il correspond au nombre de

décès au cours d'une année d'individus âgés de moins de X ans, rapporté à la population totale âgée de moins de X ans.[28]

3.2. Variations internationales du taux de suicide

Le suicide est soumis, dans la plupart des pays, à la publication des statistiques officielles. Les méthodes de recueil sont en réalité très variables et on estime de manière générale que ces statistiques sous-estiment d'environ 20% le nombre des suicides.

3.2.1.— Dans le Monde

Les tendances internationales semblent plutôt homogènes avec une diminution des suicides chez les jeunes hommes de 15-24 ans sur l'ensemble des pays depuis 2000. Dans le groupe des 15-34 ans, la proportion des décès attribuables au suicide est quinze à vingt fois supérieure à celle notée pour la classe d'âge 65-74 ans. Chez les 15-34 ans, le suicide représente donc approximativement un décès sur huit chez les femmes et un décès sur six chez les hommes. Dans certains pays comme le Japon et le Danemark, le suicide de cette même classe d'âge est devenu la première cause de mortalité, en étant responsable de 25% des décès féminins et de 30% des décès masculins.

Malgré cette relative homogénéité sur le plan mondial, certains pays présentent néanmoins des particularités. Par exemple, les pays de l'ex-Union Soviétique ont un taux de suicide particulièrement élevés chez les hommes, avec un taux rapport hommes/femmes supérieur à 5, alors que certains pays asiatiques comme l'Inde et particulièrement la Chine ont des taux de suicide très proches dans les deux sexes.

Concernant l'Union Soviétique, après une très nette diminution des suicides dans les deux sexes grâce à une sévère prohibition de l'alcool dans les années 1985-1990 (période de la perestroïka), le suicide a connu une remontée spectaculaire en 1991 secondairement à la chute du communisme, excepté dans les pays à taux de suicide relativement faible comme les pays du Caucase ou les pays d'Asie Centrale où domine l'islam. Le passage, d'une société manifestant une certaine passivité car soumise à un joug dictatorial, à celle ayant acquis récemment une nouvelle politique socioéconomique non associée à une organisation bien définie, a eu comme conséquences négatives, l'instabilité économique, le chômage, l'augmentation de la criminalité, la persistance de la pseudo-information, et un différentiel majeur entre les extrêmes de la société,

les uns devenant très riches, les autres très pauvres, le tout dans un climat de désorganisation sociale générale.

En Chine, le suicide est en constante augmentation depuis les années 1990 et concerne plus particulièrement les zones rurales où les suicides des femmes sont particulièrement élevés, de l'ordre de 30/100 000. L'importance du suicide féminin dans ce pays le place dans une situation particulière dans le paysage de la suicidologie internationale. La répartition géographique actuelle, prédominant dans les zones rurales, et l'essor économique extraordinaire des dernières années tendent à confirmer les hypothèses durkheimiennes. La Chine est le seul pays au monde où les femmes se suicident autant que les hommes. Les suicides se produisent dans 84% en milieu rural, et les moyens utilisés sont dans 62% des cas les produits agricoles (pesticides et raticides), et dans 20% des cas la pendaison.

L'Inde a, elle aussi, connu un envol des suicides parallèlement à l'essor économique industriel, avec une augmentation de 64% entre 1982 et 2002 sachant que ces données sont largement sous-estimées, en effet, il semblerait que le nombre réel de suicides effectifs soit de six à neuf fois plus élevé que les statistiques nationales, ce qui conduirait, si cela s'avérait exact, au nombre de 500 000 suicides par an. Dans ce pays, les moins de 30 ans commettent 38% des suicides, et les moins de 44 ans en réalisent 71%, ce qui constitue un poids économique et social très lourd. En deçà de 30 ans, les femmes ont plus de facteurs de risque liés à leur statut et, au-delà de 30 ans, ce risque suicidaire diminue associé à un changement de leur statut familial (mariée avec enfants). Le nombre de suicides varie en fonction des régions, les états du Sud ayant un taux de suicide inférieur à 3/100 000, et les états du Nord ont un taux de suicide supérieur à 15/100 000. Les possibles explications d'un taux de suicide plus élevé au Nord sont un meilleur niveau d'instruction, un meilleur accès aux informations, un niveau socio-économique plus élevé assorti d'aspirations sociales supérieures. En touchant plus volontiers les catégories les plus éduquées du pays, le suicide réalise en Inde un tableau assez identique à celui décrit pour la France du XIX^{ème} siècle par Durkheim, pour lequel les personnes, en s'éduquant, acquièrent une part plus importante d'autonomie les rendant d'autant plus vulnérables aux transformations brutales de la société.

Ces résultats montrent que la prévalence des suicides varie selon les pays, et que ces variations sont fonction de nombreux paramètres, tant religieux, culturels, sociaux que climatiques.

D'autre part, un trouble psychique est retrouvé dans 81 à 100 % des décès par suicide. Ce sont essentiellement des troubles de l'humeur (30 à 90%), des troubles bipolaires (0 à 23%), des troubles schizophréniques (2 à 12%), et des abus et dépendance à l'alcool (15 à 56%). Les troubles de la personnalité ne sont pas toujours recherchés dans les études (0 à 57%).

Dans une méta-analyse réalisée sur le plan international, Cavanagh et al. [34] montrent que 91% (81 à 98%) des décès par suicide sont associés à un trouble mental et qu'une comorbidité trouble mental/abus de substance est retrouvée dans 38% des cas (19 à 57%). La fraction de la mortalité attribuable à un trouble mental varie de 47 à 74%, la part attribuable liée à un trouble affectif de 21 à 57%, et la comorbidité entre un trouble mental et l'abus de substances toxiques de 23 à 46%.

Dans une méta-analyse regroupant vingt-sept études sélectionnées sur des critères stricts et permettant d'analyser 3 275 décès par suicide, Arsenault-Lapierre et al.[8], tout en soulignant que seule une étude sur deux s'était intéressée aux troubles de la personnalité, retrouvent au moins un trouble psychique associé au suicide dans 87,3% des cas, 14% étant sans diagnostic psychiatrique. Dominent les troubles de l'humeur (43,2%), les abus de substance et notamment l'alcool (25,7%), les troubles de la personnalité (16,2%) et les troubles psychotiques (9,2%). Des différences notables entre les sexes sont mentionnées, avec plus d'abus de substances chez les hommes (41,8%) que chez les femmes (24%), et plus de troubles chez les femmes (59,4%) que chez les hommes (47,4%).

Par ailleurs, si la fréquence globale des troubles psychiques est similaire sur les différents continents, la part de chaque grand groupe de troubles peut varier, avec prédominance des troubles de l'humeur en Europe (48,5%) et en Asie (51,3%), des abus de substances en Amérique du Nord (40,1%), et des troubles psychotiques (24,3%) en Australie, ce qui tend à montrer l'importance des facteurs socioculturels. [28]

3.2.2.— En Europe

Les principaux pays européens peuvent être classés en quatre groupes en fonction des évolutions comparées de leurs taux de suicide :

- Le premier groupe comprend les pays du Sud de l'Europe, au taux de suicide bas ;
- Le deuxième groupe est constitué par les pays du Nord-Ouest de l'Europe, à savoir le Royaume-Uni et les Pays-Bas ;
- Le troisième, au taux de suicide relativement élevé, regroupe les pays d'Europe Centrale, c'est-à-dire la Belgique, la France, la Suisse, l'Autriche et la Hongrie ;
- Le taux de suicide le plus élevé est retrouvé dans le dernier groupe constitué par les pays du Nord de l'Europe (Danemark, Suède, Finlande).

Le risque suicidaire augmente avec l'âge. Dans la plupart des pays européens, le suicide représente la neuvième ou dixième cause de décès tous groupes d'âges confondus, et environ 1% des décès féminins et 2% des décès masculins.

Il existe des disparités dans les méthodes autolytiques entre les différents pays européens. Si les méthodes utilisées par les femmes sont relativement homogènes en dehors de la noyade et des armes à feu plus fréquentes en France, les moyens sont plus disparates chez les hommes, avec un fort taux de pendaison associé à l'alcool dans les pays de l'Est, plus de précipitations dans le vide dans les pays du Sud et plus d'intoxications médicamenteuses dans les pays d'Europe de l'Ouest.

[28]

3.2.3.—En France

Les dernières données disponibles fournies par l'INSERM font état pour 2007 de 10 112 décès par suicide, soit un taux brut de 16.6/100 000 habitants. Ont été comptabilisés 7 418 suicides chez les hommes et 2 704 suicides chez les femmes, soit respectivement un taux de 25/100 000 et de 8,6/100 000 et un rapport des sexes hommes/femmes de 3.

Il est généralement admis que le nombre de suicides déclarés chaque année est sous-estimé d'environ 20%, ce qui porterait le nombre annuel de suicides en France à environ 13 000, soit un taux de plus de 21/100 000.

Le suicide représente, depuis 25 ans et de façon stable, 2% de la mortalité générale (1% chez les femmes et 3% chez les hommes) et 8% du total des années perdues.

Chez les moins de 65 ans, 7,2% des décès sont des suicides. Ce chiffre est en augmentation régulière depuis 1979, passant chez les hommes de 5,5 à 7,7% en 2005, et chez les femmes de 4,6 à 6,1%.

Cependant, la part du suicide dans la mortalité est plus importante chez les 15-44 ans, et plus particulièrement chez les 25-34 ans, où elle est maximale quel que soit le sexe, représentant 23% des décès chez les hommes et 16% chez les femmes. Le suicide est donc dans cette tranche d'âge la deuxième cause de mortalité chez les hommes et la troisième chez les femmes. En d'autres termes, un décès sur huit est un suicide chez les hommes de 15 à 24 ans, et un décès sur cinq est un suicide chez les hommes de 25 à 34 ans, alors que la part du suicide dans la mortalité diminue considérablement dès 45 ans.

Pour l'OCDE (organisation de coopération et de développement économique), le nombre d'années de vie perdues à cause du suicide en France en 2001 est de 335/100 000 pour les deux sexes confondus, 511/100 000 pour les hommes et 160/100 000 pour les femmes, soit 8% du total des années perdues. Pour situer ce chiffre, les tumeurs malignes représentent 26% des années de vie perdues.

Le suicide concerne essentiellement l'adulte jeune et l'homme de plus de 85 ans. La classe la plus touchée est celle des 35-54 ans. Les suicides masculins représentent près de 80 % de l'ensemble des suicides chez les 15-34 ans, alors que les suicides féminins constituent près du tiers des suicides de la classe de 55-64 ans.

Le suicide augmente lentement avec l'âge chez les femmes, alors que chez les hommes, il est caractérisé par une courbe bimodale, avec une première augmentation entre 15 et 34 ans, suivie d'une relative stabilisation entre 35 et 54 ans, et une diminution modérée jusqu'à 64 ans, puis une augmentation importante dans les grands âges de la vie. Le taux de suicide est donc dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 34 ans.

Les suicides sont donc en nombre absolu plus fréquents chez les personnes âgées, mais constituent l'une des principales causes de surmortalité relative chez les jeunes. Ils sont plus élevés chez les hommes seuls veufs ou célibataires, et moins élevés chez les femmes mariées de moins de 65 ans.

L'évolution du suicide en France sur les quarante dernières années met en évidence une incidence relativement stable du phénomène jusqu'en 1975, puis une importante augmentation, de l'ordre de plus de 40% de 1975 à 1985 (période de crise économique : chocs pétroliers), atteignant en 1995 le taux de 22,6/100 000. Cette évolution a également été constatée dans tous les pays européens.

Après avoir connu une stabilisation de 1985 à 1990, le taux de suicide étant en 1990 deux fois plus élevé chez les 15-24 ans qu'en 1960, une diminution lente mais progressive est notée depuis 1995, avec à partir de 1998 un taux plus bas (18/100 000) qu'en 1979 (18,7/100 000). Cette décroissance est constatée tant chez les hommes que chez les femmes, les taux masculins étant redevenus inférieurs à 30/100 000 depuis 1996, et celui des femmes inférieur à 10/100 000 depuis 1998. Le taux brut de suicide tous âges confondus a donc diminué d'environ 2% par an, avec une décroissance plus rapide chez les plus jeunes, de 5,5% pour les 15-24 ans et de 4,7% chez les 75-84 ans. Cette diminution lente et progressive du nombre de suicides perdure de 2000 à 2007 dans toutes les tranches d'âge (en 2007, 6,5//100 000 chez les 15-24 ans, 13/100 000 chez les 25-34

ans, 22,9/100 000 chez les 35-44 ans) sauf chez les 45-64 ans (26,9/100 000 chez les 45-54 ans, 22,9/100 000 chez les 55-64 ans) qui conservent, ainsi que les personnes âgées, des taux élevés.

La persistance d'un taux élevé chez les 45-64 ans peut être expliquée par la conjonction de plusieurs facteurs présentés selon L. Chauvet [35] comme les suivants:

- Un effet d'âge qui consiste en l'évolution normale d'une population au long de son cycle de vie, évolution que toutes les générations suivront à mesure de leur vieillissement. Ainsi, selon Halbwachs, ce phénomène est une simple évidence « Or, c'est un fait bien connu que, dans la population masculine tout au moins, le taux de suicide augmente très régulièrement avec l'âge. »
- Un effet génération qui transcrit les différences de comportement, stables dans le temps entre différentes générations (cohortes) au long de leur cycle de vie.

L'effet de génération se présente comme une courbe en U, mettant en évidence deux transitions générationnelles : entre ceux nés avant et après la première guerre mondiale, d'abord, puis entre avant et après la deuxième, ensuite. L'argumentation concernant les différences entre ces générations serait celle-ci : les individus nés avant 1910, donc ceux qui avaient plus de 35 ans à la libération, ont tous connu la première guerre mondiale, qu'ils fussent enfants ou plus âgés, et les privations de la crise de l'entre deux-guerres, la deuxième guerre mondiale. Le traumatisme collectif les conduit à conserver toute leur vie un certain tempérament suicidaire. La génération intermédiaire, qui a fait la reconstruction, a vécu aussi un modèle familial d'une extrême stabilité, une fécondité élevée, un faible célibat, et fut parfaitement intégrée dans le monde du travail : son sous-suicide est le fait d'une parfaite intégration sociale. Parmi les générations les plus récentes, celles du baby-boom, au contraire, l'évolution forte des normes, de la culture et des valeurs dans le sens d'un encadrement social moindre, l'affaiblissement des pratiques religieuses et la fragilisation des modèles matrimoniaux conduirait au développement du suicide, du fait d'une moindre intégration sociale, notamment familiale.

La décroissance concerne l'ensemble des régions. Douze régions en France ont un taux de suicide supérieur d'au moins 15% au taux national : ce sont principalement les régions du quart Nord-Ouest, du Nord et du Centre de la France. Quatre régions (Bretagne, Basse-Normandie, Limousin et Nord-Pas-de-Calais) ont sur la période 2000-2002 un taux supérieur d'au moins 25% à la moyenne nationale, alors que d'autres régions (Midi-Pyrénées, Alsace, Ile-de-France) ont des taux nettement inférieurs. Ces mêmes régions conservent dans le temps des taux élevés, avec en 2007 un taux de 28,8/100 000 en Bretagne, 24/100 000 en Basse-Normandie et 22,2/100 000 en Limousin.

Ces trois régions, encore rurales et traditionnelles, restent attachées à leurs racines et sont également marquées par la religion, les croyances et les superstitions. Elles sont relativement pauvres par rapport aux régions ayant les taux de suicide les plus bas, elles sont moins bien desservies par les réseaux de transport de types grands axes autoroutiers.

Concernant la méthode employée, le mode de suicide le plus fréquent demeure la pendaison, employée dans 45% des suicides. Les autres méthodes sont les armes à feu dans 16% des cas, les intoxications dans 15% des cas, la noyade dans 8% des cas et la précipitation dans le vide dans 6% des cas. Ces chiffres sont assez proches des données européennes. [28]

3.3. Variations internationales des taux de tentatives de suicide

Le recensement de la prévalence des tentatives de suicide (TS) est difficile car, contrairement aux suicides, il n'y a pas de recensement systématique des TS et les enquêtes en population générale sont difficiles à mettre en place. [28]

3.3.1.— Dans le Monde

Une étude internationale réalisée sous l'égide de l'OMS, a été menée auprès de 84 850 personnes dans dix-sept pays différents aux développements économiques différents, sur des continents différents.

La prévalence vie entière des idées suicidaires est de 9,2%, celle des scénarios suicidaires est de 3,1%, et celle des tentatives de suicide est de 2,7%. Le risque de passage à l'acte est de 29% si les idées sont présentes et de 56% en cas de scénario.

Dans tous les pays, le passage des idées à l'élaboration d'un scénario est rapide, dans l'année qui suit l'apparition de ces idées chez plus de 60% de ceux qui y pensent. Le risque de passage à l'acte est alors élevé.

Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les jeunes dans certains pays (Etats-Unis, Japon, Nouvelle-Zélande), et chez les plus âgés dans d'autres (Israël, Mexique, Espagne, Ukraine).

Le risque suicidaire est corrélé dans tous les pays, industrialisés et émergents, avec l'existence de troubles psychiques, comme les troubles thymiques (OR= 3,4-5,9), les troubles du contrôle des impulsions (OR= 3,3-6,5), les troubles anxieux (2,8-4,6). Le meilleur facteur prédictif d'un

comportement suicidaire demeure le trouble de l'humeur dans les pays industrialisés, et le trouble du contrôle des impulsions dans les pays émergents. [28]

3.3.2.— En Europe

Initiée sous l'égide de l'antenne européenne de l'OMS dans quinze centres différents situés dans treize pays (France, Suisse, Italie, Espagne, Finlande, Autriche, Pays-Bas, Danemark, Royaume-Uni, Norvège, Suède, Hongrie et Allemagne), avec une méthodologie identique, cette étude menée de 1989 à 1992 a pour objectif la meilleure connaissance des tentatives de suicide médicalement prises en charge, l'identification des facteurs de risque sociodémographiques, ainsi que les différences pouvant exister dans les prises en charge et le devenir des suicidants.

Pendant la période de l'étude, 20 994 tentatives de suicide ont été comptabilisées chez 16 394 sujets de plus de 15 ans, avec un taux moyen de 167/100 000 chez les hommes et 222/100 000 chez les femmes. Les disparités peuvent être importantes en fonction des pays, avec des variations de 1 à 7 chez les hommes (414/100 000 en Finlande et 61/100 000 aux Pays-Bas) et de 1 à 6 chez les femmes (595/100 000 en France et 95 000 en Espagne).

Les sujets jeunes de 15-44 ans sont les plus touchés par les tentatives de suicide, les taux les plus bas étant retrouvés chez les plus de 55 ans.

Les femmes sont plus volontiers suicidantes que les hommes, avec un sex-ratio femmes/hommes global de 1,5, légèrement inférieur aux données habituelles. Des disparités intercentres sont à prendre en considération comme le sex-ratio inversé en Finlande (0,71), seul centre européen où les hommes réalisent plus de tentatives de suicide que les femmes, ou un sex-ratio supérieur à 2 en France.

L'intoxication médicamenteuse demeure le moyen le plus fréquent, tant chez les femmes (80%) que chez les hommes (64%). La phlébotomie est plus souvent réalisée par les hommes (17%) que par les femmes (9%). Des particularités sont retrouvées dans certains centres. L'utilisation d'herbicides ou de pesticides comme moyen autolytique est importante en Hongrie (19% des hommes et 15% des femmes), alors que l'utilisation moyenne européenne est de 0,3%. Les phlébotomies sont plus fréquentes en Autriche (31%), et en Espagne (24%). La prise d'alcool dans un but suicidaire est loin d'être négligeable en Norvège (6% chez les hommes et 5% chez les femmes).

Dans l'ensemble, 20% des suicidants et 12% des suicidantes sont au chômage. Chez les plus de 24 ans socialement actifs, 28% des suicidants et 21 % des suicidantes sont au chômage ; 11% des suicidants et 23% des suicidantes n'ont jamais travaillé.

Six pour cent des femmes et 10% des hommes sont passés d'une situation antérieure stable à une situation instable et plus précaire.

Quarante-cinq pour cent des femmes et 42% des hommes ont antérieurement réalisé un acte suicidaire avant la tentative identifiée. Quinze pour cent des hommes et 16% des femmes ont récidivé au moins une fois, en général pendant la première année. Les réitérants sont plus souvent divorcés que les primo-suicidants (hommes : 22 versus 1%, femmes : 22 versus 16%), et plus fréquemment au chômage (hommes : 40 versus 23%, femmes : 28 versus 17%).

L'étude ESEMED Europe est une étude transversale menée en Europe (Belgique, France, Italie, Allemagne, Pays-Bas et Espagne) auprès de 21 425 personnes interrogées entre 2001 et 2003.[\[23\]](#)

La prévalence des idées suicidaires sur la vie entière est de 7,8% et celle des tentatives de suicide de 1,3%. Etre une femme, jeune, séparée ou divorcée, est associée à une fréquence plus importante d'idées suicidaires et de tentatives d'autolyse.

Les troubles psychiques sont fortement corrélés à la suicidalité, notamment chez les sujets souffrant de dépression (OR= 3,91), de dysthymie (OR= 1,88), d'anxiété généralisée (OR= 1,98) et de dépendance à l'alcool (OR= 1,77) avec environ 30% d'idées suicidaires et 10 % de passages à l'acte suicidaires chez ces personnes, avec un risque attribuable de 28% pour la dépression.

Il existe de réelles disparités en fonction des pays, avec une fréquence plus élevée des idées suicidaires en France et en Allemagne, plus de passages à l'acte suicidaires en Belgique et en France, alors que les taux les plus bas sont en Italie et en Espagne, sociétés plus traditionnelles, plus conservatrices et plus ensoleillées. [\[28\]](#)

3.3.3.— En France

Contrairement à ce qui existe pour le suicide, il n'y a pas de statistiques officielles concernant les tentatives de suicide. Les seules données disponibles sont les résultats d'études ponctuelles, le plus souvent réalisées à partir d'échantillons hospitaliers, et qui, par conséquent, sont difficilement généralisables ou extrapolables à la population générale du fait de biais de sélection.

En effet, ces enquêtes ne tiennent pas compte des tentatives de suicide non hospitalisées, de l'ordre de 20 à 30%, et des tentatives de suicide non déclarées notamment chez les jeunes. Les

raisons de ces faits peuvent être liées au patient, qui garde son acte secret, ou à l'attitude de l'entourage ou du médecin, qui banalisent la tentative, et ce, d'autant plus qu'elle apparaît somatiquement bénigne ou qu'elle fait suite à une longue série. Les suicidants hospitalisés, facilement comptabilisables, ne représentent donc qu'une petite partie du nombre total de tentatives de suicide. Ce constat est facilement retrouvé en pratique quotidienne, plus particulièrement auprès des adolescents et des jeunes adultes, chez lesquels est très souvent notée, lors d'une tentative de suicide donnant lieu à une hospitalisation ou à une prise en charge psychiatrique, la notion d'acte suicidaire antérieur passé inaperçu et non déclaré à l'entourage proche.

Environ 195 000 passages à l'acte suicidaires sont pris en charge chaque année par le système de soins français, en étant soit adressés par le médecin traitant ou un autre médecin, soit se présentant spontanément aux urgences. La majorité, à savoir 180 000 -soit plus de 90%- transitent par un service d'urgences où ils représentent 2% des admissions médico-chirurgicales. Les urgences peuvent donc être considérées comme un bon observatoire des actes suicidaires pris en charge.

Une étude multicentrique réalisée auprès de 57 services d'urgences d'importance variable a permis le recueil de données auprès de 3 662 suicidants âgés en moyenne de 36 ans, dont 66% de sexe féminin. 31,4% ont entre 15 et 24 ans, 26,8% entre 25 et 34 ans, 25,4% entre 35 et 44 ans, 16,8% entre 45 et 54 ans, et seulement 4,5% ont plus de 55 ans. Trente-cinq pour cent sont célibataires, près de 50% sont mariés ou en union libre (mariés : 36%, union libre : 13,6%), 8,3% sont séparés et 3% sont veufs.

La méthode autolytique de choix est l'intoxication médicamenteuse volontaire dans 90% des cas (benzodiazépines, antidépresseurs et plus particulièrement inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, antalgiques et plus fréquemment paracétamol), suivie de la phlébotomie (5%), des ingestions de drogues (1,9%) puis de la pendaison (1,7%).

En ce qui concerne leur origine socioprofessionnelle, 27,2% sont des étudiants, 2,7% ont une profession libérale, 35,6% sont employés, 15% sont fonctionnaires, 7,4% sont ouvriers, et 7% sont artisans ou commerçants.

La moitié (49%) a des antécédents de passages à l'acte suicidaires, 77% ont un médecin traitant, 44% bénéficient d'un suivi psychiatrique, cette proportion montant jusqu'à un sur deux pour les 25-65 ans, et 61% reçoivent un traitement psychotrope, occasionnel ou au long cours [28].

3.4. Variations internationales du taux de tentatives de suicides et suicides liés au travail

3.4.1.— Dans le Monde

Alors qu'on estime que le nombre de suicides dans le monde du travail augmente chaque année, nous ne disposons que de quelques recherches conduites sur cette question. L'étude de la prévalence du suicide en milieu professionnel reste rare.

Les études sur les suicides liés au travail n'ont été réalisées que dans les pays occidentaux avec une très nette prédominance des pays comme les Etats-Unis ou le Japon. Certains aspects particuliers de ces deux pays seront décrits ci-après. D'autre part, certaines professions, avec un taux de suicide élevé, ont été plus étudiées, notamment les professions médicales qui feront l'objet d'une description plus détaillée.

Selon une revue de la littérature, certaines données épidémiologiques semblent se retrouver dans l'ensemble des pays étudiés ainsi, Charlton a analysé 13 000 suicides et 252 000 morts naturelles en Angleterre et après prise en compte des données démographiques, seuls les médecins, les infirmières et les vétérinaires avaient un taux de suicide supérieur aux autres professions. Une autre étude confirme ces données avec pour les médecins un odd ratio comparé au risque relatif des autres professions observées égal à 2.31, pour les dentistes à 5.43, pour les infirmières à 1.58 et pour les travailleurs sociaux à 1.52 avec comme hypothèse explicative principale le fait qu'il s'agit de professions ayant accès à des moyens efficaces pour se suicider.

Selon cette hypothèse, les policiers devraient également présenter un risque relatif plus important que le reste de la population au travail. De nombreuses études ont été réalisées sur cette profession mais elles ne retrouvent qu'un taux de suicide légèrement supérieur par rapport aux hommes du même âge.

Il est important dans ce type d'études d'associer les données démographiques telles que le sexe, l'âge, l'origine ethnique et le statut marital car si l'on ne prend en compte que la profession, il existe un biais important. Par exemple, le taux de suicide chez les charpentiers et les ouvriers est significativement plus élevé que dans la population générale. Cependant, quand le sexe, le statut marital et les autres covariables sont analysés, le risque relatif est le même que pour la population de travailleurs du même âge. En effet, nombre des individus exerçant ce type de profession sont des hommes, célibataires ou divorcés, données d'état civil connues pour augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire.

D'autre part, d'autres données que les données socio-démographiques sont à prendre en compte telles que la sélection, préalable à l'emploi, dans les professions telles que le personnel militaire, les pompiers et les ambulanciers, professions, dans lesquelles le taux de suicide est plus bas que celui de la population générale.

Le soutien affectif sur le lieu de travail semble être un facteur protecteur, surtout venant de la part de supérieurs hiérarchiques, selon une étude menée auprès d'ambulanciers.

En synthèse de ces différentes données, il semble qu'un risque élevé de suicide soit lié à des interactions complexes entre des facteurs professionnels tels que le stress professionnel et l'accès à des moyens létaux et des facteurs individuels tels que l'âge, les antécédents psychiatriques et d'automutilation. [168]

3.4.1.1.— Cas particulier des professions médicales

Selon une étude réalisée par Hawton en Grande-Bretagne de 1979 à 1995, il semble que les médecins hommes aient un taux de suicide plus bas que celui de la population générale (résultats non confirmés par les autres études réalisés sur ce même thème), alors que le taux de suicide chez les femmes médecins est deux fois plus élevé que chez les femmes dans la population générale (résultats similaires dans les différentes études).

Le risque absolu de suicide est similaire entre les médecins hommes et femmes, ce qui est très différent des taux constatés dans la population générale où le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Plusieurs explications concernant ces résultats peuvent être données :

- Un accès facilité à des moyens létaux pour se suicider. Cette explication prévaut aussi dans certaines professions paramédicales telles que : pharmaciens, dentistes, infirmières ou également dans certaines autres professions tels que les agriculteurs ou les vétérinaires.
- Les femmes, en général, se suicident majoritairement par empoisonnement, tendance encore plus fréquente chez les femmes médecins, qui, en plus utilisent des médicaments plus létaux. [80]

- Les femmes ont un risque accru lorsqu'elles occupent des postes à prédominance masculine, du fait d'une intégration plus difficile probable et d'un statut de minorité entraînant un stress supplémentaire. Selon cette explication, le taux de suicide concernant les femmes médecins devrait diminuer considérablement dans les prochaines années au vu de la croissante féminisation de la profession qui comprend maintenant plus de femmes que d'hommes.
- La plupart des médecins tendent à minimiser leur problème de santé et souvent ne prennent pas le traitement approprié.
- Nombreux sont ceux qui rencontrent des problèmes professionnels, avec un volume horaire important et un épuisement professionnel.
- Avant le passage à l'acte, très peu d'entre eux sont allés consulter leur médecin traitant, et la plupart ne font pas confiance à leur système de santé. [82]
- Les spécialités les plus touchées sont les psychiatres et les anesthésistes. Une hypothèse concernant les psychiatres serait que les médecins choisissant cette spécialité présenteraient plus fréquemment des troubles de l'humeur, d'autre part les psychiatres se plaignent d'un haut niveau de stress et d'une insatisfaction. Pour les anesthésistes, il s'agirait d'un accès encore plus facilité que les autres spécialités aux moyens létaux. [79] [80]

Au sujet des moyens utilisés, l'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen le plus couramment utilisé. Les médicaments les plus fréquemment utilisés, sont les barbituriques ou l'association paracétamol-dextropropoxyphène. L'utilisation d'opioïdes est plus souvent utilisée chez les médecins hommes que chez les médecins femmes. Il est à noter que parmi les psychiatres concernés par l'étude, aucun n'a utilisé de médicaments psychotropes pour effectuer le passage à l'acte. [138]

3.4.1.2.— Aux Etats-Unis

De 1992 à 2001, un total de 2 170 travailleurs se sont suicidés sur leur lieu de travail, soit 3,5% des 61 824 décès toutes causes confondues sur le lieu de travail, observés durant cette période.

Une moyenne de 217 décès sur le lieu de travail est retrouvée chaque année.

Ces données sont obtenues à partir du recensement des préjudices fatals au travail (CFOI) obtenu par le Bureau des Statistiques Professionnelles.

Le CFOI indique, par ailleurs, que le risque de suicide sur le lieu de travail est plus élevé chez les hommes, avec une ancienneté importante dans leur travail, exerçant soit dans les professions libérales et dans l'agriculture (bien qu'il existe un biais important concernant ces deux classes de profession où domicile et lieu de travail sont très souvent confondus).

Ce sont cependant les policiers et les détectives du Service public qui sont confrontés au plus haut taux de suicide sur leur lieu de travail.

Au sujet des travailleurs s'étant suicidés sur leurs lieux de travail, on retrouve 4 fois plus d'hommes que de femmes et 84% des suicidés sont d'origine caucasienne. Les travailleurs afro-américains et hispaniques, par contraste, ne représentent respectivement que 6 et 9% des suicides sur le lieu de travail.

Plus de la moitié des suicides sur le lieu de travail sont réalisés par arme à feu, 25% par asphyxie, strangulation ou suffocation (le plus souvent par pendaison) et 11% par empoisonnement ou utilisation d'autres produits toxiques. [170]

3.4.1.3.—Au Japon

Le Japon a le troisième taux de suicide le plus élevé dans le Monde derrière la Corée et la Hongrie. Nombreux sont les suicides dont les causes semblent pouvoir être imputées au travail. Différentes études ont été réalisées sur ce sujet et le suicide lié au travail possède même un terme spécifique nommé le « *Karojisatsu* ». Les causes retrouvées selon une étude datant de 2005 et menée par Amagasa T. [4], concernant 22 cas sont les suivantes :

- Changement de poste récent avec mutation ou promotion (17 cas sur 22)
- Faible soutien social (18 cas sur 22)
- Une demande psychologique importante associée à une faible latitude décisionnelle (18 cas sur 22).
- Un volume horaire très important supérieur à 11 heures par jour sur une durée supérieure à trois mois (19 cas sur 22) et pour 9 cas, sans jour de congés.

Selon une autre étude réalisée par Ohtsu T., et al., en 2003, 18 552 hommes et 5 481 femmes en âge de travailler, se sont donnés la mort. Cette étude, par ailleurs a mis en

évidence un phénomène appelé « Blue Monday » qui semble plus fréquent au Japon que dans les autres pays industrialisés, retrouvant un taux de suicide plus élevé le lundi (ou premier jour de travail de la semaine) que les autres jours de la semaine et surtout par rapport aux jours chômés. Selon cette étude, le lundi, le taux de suicide parmi les hommes en âge de travailler est 1,5 fois supérieur au taux enregistré durant les vacances. De plus ce taux décroît jusqu'au vendredi (ou dernier jour de travail de la semaine). Ce taux de suicide plus élevé le lundi ne se retrouve que chez les hommes en âge de travailler, il ne semble pas plus important pour les autres classes d'âge ou chez les femmes. Une des explications données, lorsque l'on considère que la plus grande majorité des personnes se suicidant souffre de troubles mentaux et pour le plus grand nombre de dépression, est que, pour une personne dépressive, le début de la semaine de travail déclenche un sentiment d'échec personnel et d'isolement alors que les collègues sont occupés par leur tâches et n'ont pas de temps à lui accorder. [134]

3.4.2.— En France

En France, quatre études épidémiologiques ont été réalisées à ce jour sur ce sujet.

3.4.2.1.— Première étude

La première réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et dirigée par G. Cohidon [39] ayant pour objectif de décrire les tentatives de suicides et la mortalité par suicide selon l'emploi en France.

La description des TS s'appuie sur les données du Baromètre Santé 2005 de l'INPES, enquête transversale représentative menée en France métropolitaine. La population comprend 6264 hommes, 7389 femmes, actifs en emploi au moment de l'enquête. La description de la mortalité par suicide avant 65 ans provient du projet Cosmop du département santé travail de l'INVS. Il s'appuie sur les données issues de l'échantillon démographique permanent de l'Insee couplées aux causes médicales de décès du Cépi-DC de l'Inserm. La population étudiée concerne les personnes nées en France métropolitaine, actives à un des recensements (1968, 1975, 1982 et 1990, soit 187 938 hommes, 150 683 femmes).

Les résultats retrouvent un nombre de tentatives de suicide élevé avec gradient social chez les salariés et faible chez les exploitants agricoles alors que le taux de suicide est plus important chez les agriculteurs.

Dans cette étude, le taux de suicide des travailleurs de la santé ne ressort pas car il est englobé dans celui des services non marchands, contrairement aux études menées dans d'autres pays européens.

La description des TS selon des niveaux plus fins de catégories professionnelles révèle d'autres inégalités au sein des grandes catégories sociales. Ainsi, parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures qui présentent globalement la plus faible prévalence de TS, la catégorie « professions de l'information, des arts et des spectacles » affiche une prévalence nettement supérieure aux autres, chez les hommes comme chez les femmes. L'excès de risque de cette catégorie professionnelle avait déjà été constaté par Stack. Les « professeurs et professions scientifiques » sont également dans ce cas mais chez les femmes uniquement.

La prévalence des tentatives de suicide est plus importante chez les femmes alors que celle de la mortalité est plus élevée chez les hommes.

Si l'on cherche une corrélation entre taux de suicide lié à l'emploi et le sexe (masculin ou féminin), il semble que ce qui prévaut chez les hommes soit la catégorie socio-professionnelle alors que chez la femme, il s'agit du secteur d'activité. Des covariables, autres que la catégorie socio-professionnelle, sont également à prendre en compte, telles que le statut marital, le niveau de revenu et les antécédents psychiatriques.

Les agriculteurs, par exemple, ont un taux de suicide plus important car ils sont plus souvent célibataires que le reste de la population générale et ont accès à des moyens plus radicaux (constatations également retrouvées dans la littérature internationale).

Les différentes raisons retrouvées pouvant expliquer ce passage à l'acte et en lien direct avec le travail sont les suivantes :

- les conditions de travail avec une charge de travail importante, la présence d'un harcèlement ou d'une autre forme de violence, l'insécurité de l'emploi et un parcours professionnel précaire. Plus précisément, il semble que certains emplois combinant une faible latitude décisionnelle, une charge de travail excessive ainsi qu'un isolement social soient ceux les plus à risque de passage à l'acte.
- L'isolement social de certaines catégories socio-professionnelles.
- Accès facilité à des moyens létaux.

3.4.2.2.— Deuxième étude

La deuxième étude, à partir de laquelle les médias par extrapolation avancent le chiffre de 300 à 400 suicides liés au travail par an en France, a été réalisée en 2002 en Basse-Normandie par des Médecins Inspecteurs du Travail [74]. Il s'agit d'une étude rétrospective menée auprès des 201 Médecins du Travail de la région avec 190 réponses. Sur ces 190 réponses, 135 Médecins du Travail n'avaient pas eu connaissance de suicides ou de tentatives de suicide dans leurs entreprises au cours des cinq années précédentes et 55 Médecins du Travail ont répondu par l'affirmative. Au total, 107 cas de suicides ou tentatives de suicides ont été recensés. 68% sont le fait d'hommes. La tranche d'âge de trente à cinquante ans représente 72% des cas, alors que cette tranche d'âge ne représente que 59% des emplois.

Dans 70% des cas, les suicidants ont plus de cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Tous les secteurs professionnels sont touchés, avec une incidence plus grande dans le secteur santé et social où un tiers des cas est relevé.

Le secteur industrie des biens intermédiaires vient en seconde position avec un peu plus de 10 % des cas.

Dans l'enquête, 54% des suicidés ou suicidants font partie d'établissements de plus de 200 salariés et 31% d'établissements de dix à deux cents salariés.

Les postes de travail occupés par les suicidants sont peu qualifiés dans les deux tiers des cas. On trouve des manœuvres, opérateurs en industrie, employés sans qualification.

Un tiers des personnes souffrait déjà antérieurement de pathologies anxio-dépressives. Certains sont également décrits comme des alcooliques chroniques ou compulsifs et huit des cas recensés présentaient une pathologie mentale grave, psychotique. Dans plusieurs cas, la dégradation d'un état de santé physique au cours d'une maladie chronique est signalée. Mais dans 40% d'entre eux, aucune pathologie antérieure n'est évoquée par le Médecin du Travail.

Concernant l'endroit où la tentative de suicide a eu lieu, on retrouve qu'une tentative sur cinq a eu lieu sur le lieu de travail ou à proximité immédiate.

La méthode utilisée le plus fréquemment est l'intoxication médicamenteuse dans la moitié des cas, privilégiée notamment par le personnel de soins puis en seconde position vient la pendaison (méthode de suicide très souvent utilisée en Normandie) dans environ un quart des

cas recensés. Par ailleurs, les « outils » de l'activité professionnelle sont assez fréquemment sollicités : substances psychotropes, injection massive d'air en milieu hospitalier, accident de voiture...

Pour mettre en évidence le lien avec le travail, il avait été demandé aux Médecins du Travail si les salariés concernés leur avaient confiés des problèmes d'ordre professionnel avant le passage à l'acte. Ce lien a été retrouvé dans 47% des cas.

Les difficultés décrites sont d'ordre multiple. Sensation d'incapacité physique de poursuivre la tâche, mais très souvent difficultés d'adaptation à un nouveau rythme, à un nouvel environnement, à de nouvelles tâches. Les changements de process, mais surtout les restructurations ont été particulièrement mal vécues, entraînant mutations, déclassement, perte des repères que peuvent être les collègues de travail, les lieux d'exercice, les habitudes de travail.

« La peur de ne pas y arriver » a été fréquemment exprimée, traduisant souvent le décalage entre l'emploi et la formation, ou la mauvaise maîtrise de son organisation de travail. La surcharge de travail est également mentionnée, au même titre que l'intensification, la rigidification.

3.4.2.3.— Troisième étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée à la demande de l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) de Bourgogne et menée par Mr Foglia, économiste et le Dr P. Besse durant l'année 2001 [65].

Au total, 104 médecins du travail sur les 243 de la région Bourgogne ont participé à l'étude soit un taux de participation de 43%. Ces 104 médecins ont eu connaissance de 165 actes durant l'année d'étude. Parmi ces actes, 52 patients ont évoqué eux-mêmes leur tentative de suicide lors d'une consultation avec le médecin du travail (sur 122) ; et 15 questionnaires ont été remplis pour des décès par suicide (sur 43) soit 67 questionnaires au total. Les salariés semblent donc se confier volontiers à leur médecin du travail, infirmant une opinion contraire souvent avancée. Les médecins ayant participé à cette étude rapportent avoir connaissance d'1,6 acte/an.

L'exploitation statistique ci-dessous concerne les 67 passages à l'acte suicidaires pour lesquels le médecin du travail a rempli un questionnaire.

Concernant les données socio-démographiques, on compte 49% d'hommes et 51% de femmes, résultats différents des autres études mais prenant en compte suicides et tentatives de suicide avec 24 tentatives de suicide pour les hommes et 28 pour les femmes et 9 suicides accomplis chez les hommes et 6 chez les femmes. La moyenne d'âge est de 40,5 ans (écart type = 8,5 ; médiane = 42 ans). Près de la moitié de l'échantillon a entre 40 et 49 ans.

Au sujet des caractéristiques de l'acte suicidaire, il ne s'agissait pas du premier acte suicidaire dans 34% des cas et les médecins du travail ne connaissaient pas les antécédents dans 21%. Parmi les 23 patients dont ce n'était pas le premier acte, il s'agissait de la deuxième tentative pour 11 d'entre eux. Parmi les 16 suicidés, il s'agissait du premier acte suicidaire pour 13. Pour 3 autres, il s'agissait de la 2^{ème}, 4^{ème}, et 7^{ème} tentative.

Le mode de passage à l'acte le plus fréquent en cas de tentative de suicide est l'intoxication médicamenteuse (86% des cas), parfois associée à une prise d'alcool et une fois associée à une phlébotomie. Pour les suicides, ce sont d'abord la pendaison (6 personnes) et l'usage d'arme à feu (3 personnes).

Les antécédents médicaux connus par les médecins du travail et les plus souvent cités sont les antécédents psychiatriques pour près d'une personne sur deux (47%) et l'alcoolisme dans un quart des cas. Ces facteurs sont moins bien connus pour les personnes décédées par suicide.

Les facteurs déclenchants retrouvés pour les tentatives de suicide sont les problèmes familiaux et professionnels.

Les facteurs déclenchants pour les suicides accomplis sont dans la grande majorité des cas (69%) inconnus. Les médecins du travail ont signalé un contexte particulier pour 5 des 16 suicidés :

- éloignement de sa région natale suite à un déménagement de son usine 10 ans auparavant, sans intégration sociale ensuite, divorce, solitude, alcoolisme et dépression,
- solitude et alcoolisme
- antécédents familiaux lourds,
- éloignement familial et problème de poste de travail,
- suicide du père 5 ans plus tôt.

L'étude a également pris en compte les prises en charge avant le passage à l'acte, Dans près de 3 cas sur 10, le médecin du travail avait été rencontré en dehors du cadre des visites systématiques par la personne, avant l'acte suicidaire (18 personnes).

Les motifs de consultation non systématique sont variés. Dans 7 cas, c'est à la demande du médecin du travail pour des problèmes liés à l'alcool (2 cas), un suivi de problèmes relationnels, un suivi de troubles musculo-squelettiques, un suivi de mi-temps thérapeutique, un conseil pour la prise en charge d'un stress professionnel et une visite après une période d'essai.

Dans 5 cas, il s'agissait d'une visite de reprise après un arrêt de travail suite à une maladie, dans deux cas, d'une visite d'embauche. La visite a été spontanée, à la demande de l'intéressé dans deux cas, l'un pour angoisse, l'autre pour asthénie.

Enfin, dans 2 cas, cette consultation a été demandée par l'employeur pour un problème d'alcoolisme et pour un changement de poste dans le cadre de la restructuration d'un service.

Suite à la consultation, 9 personnes ont été considérées comme aptes au travail sans réserve, 6 aptes avec réserve. Le médecin du travail a recommandé de consulter un autre professionnel pour 3 personnes : deux personnes ont été orientées vers leur médecin traitant, la troisième vers un psychothérapeute.

Une fois sur deux, les personnes suivaient un traitement psychotrope avant l'acte suicidaire.

Parmi les traitements les plus utilisés on retrouve les anxiolytiques, les barbituriques et les somnifères.

Quatre personnes sur dix étaient suivies par un psychiatre avant le passage à l'acte suicidaire.

De l'avis du médecin du travail, l'acte suicidaire est en lien avec le travail pour près de 4 personnes sur 10 (37%). Cette proportion est proche pour les tentatives de suicide et pour les décès par suicide. Il est difficile d'interpréter cette relation épidémiologique et de distinguer l'imputabilité directe ou indirecte du travail, du rôle de la structure psychique et de la vulnérabilité préexistante de l'individu.

Le suicide est plus fréquent chez les sujets ayant un niveau socio-professionnel bas.

D'après l'enquête, dans la très grande majorité des cas, parmi les facteurs professionnels, ce sont plus des problèmes de rapport à autrui que des conditions de travail à proprement parler qui sont en cause : problèmes relationnels et harcèlement moral représentant 18 causes sur 25.

3.4.2.4.— Quatrième étude

Enfin la dernière, dirigée également par G.Cohidon [38], reprend grâce, de nouveau, à l'étude Cosmop, l'évolution sur la période 1976-2002 du taux de suicide chez les hommes salariés en emploi entre 15 et 64 ans puis le compare à celui de la population générale. Cette étude montre des inégalités selon des groupes socioprofessionnels du même ordre que les inégalités observées pour l'ensemble des problèmes de santé, avec un gradient social très semblable. Elle montre également des inégalités selon les secteurs d'activité. On observe une relative stabilité dans le temps dans cette population entre 1976 et 2002, superposable à l'évolution observée en population générale. Par ailleurs, la comparaison avec les taux de mortalité observés pour l'ensemble des hommes de la population générale (mêmes classes d'âge, mêmes périodes et même technique de standardisation) montre, des taux d'incidence inférieurs chez les salariés au travail. Ceci traduit l'effet bien connu du « travailleur sain », la population générale comportant des personnes inactives, au chômage, invalides ou ayant perdu leur emploi pour raison de santé y compris de santé mentale. D'ailleurs, le taux de mortalité par suicide calculé parmi les hommes qui ont présenté un épisode d'inactivité au cours de la période étudiée s'élève (même après standardisation) sur l'ensemble de la période à un taux deux fois supérieur à celui des salariés en emploi. Ces mêmes taux sont constatés pour les chômeurs. Ces liens entre non-emploi et suicide sont tout à fait en accord avec la littérature internationale.

CHAPITRE 4

FACTEURS DE CAUSALITE

Comme le rappelle le Professeur M. Debout de Saint-Etienne, le travailleur n'est plus corvéable à merci [45]. Il est maintenant juridiquement reconnu dans ses droits, protégé face aux risques auxquels il est soumis, respecté dans sa personne comme l'obligent les articles du Code pénal, Code civil, Code du travail et textes internationaux. Cependant, de nombreux salariés se sentent mal à l'aise à leur travail, se plaignant surtout d'une pression mentale, psychologique, qui peut se traduire par des troubles psychosomatiques voire psychiatriques comme la dépression ou même parfois le suicide.

Cette charge mentale pouvant évoluer vers des états anxio-dépressifs graves, trouve son origine dans les modifications du management des entreprises. En effet, les salariés doivent s'adapter en permanence à de nouvelles exigences, ce qui entraîne des effets d'usure professionnelle, de stress au travail. Seules face aux objectifs individuels qui leur sont imposés, les personnes au travail sont confrontées à l'obligation de concilier les contraires : faire vite et bien, sans obtenir toujours un appui suffisant de la structure qui les emploie.

Le travail actuellement expose donc à une obligation de s'adapter en permanence et de s'investir dans un contexte relationnel de plus en plus difficile : l'égoïsme gagne et des conflits apparaissent.

Parfois ces nouvelles contraintes font le lit de relations perverses au cœur du collectif de travail, que l'on désigne maintenant sous l'expression de "harcèlement moral" à l'origine de graves désordres psychiques. Enfin, beaucoup de salariés sont victimes d'agressions à degrés variables d'injures et de menaces souvent répétées, qui perturbent le climat de travail et provoquent parfois un véritable traumatisme psychique.

A cet ensemble de difficultés potentielles qui agissent négativement sur la relation de travail, il faut ajouter dans le contexte économique actuel, l'augmentation des licenciements et des plans sociaux qui pèsent sur les entreprises du secteur concurrentiel, reléguant le salarié à une simple marchandise consommable pouvant être remercié à la moindre occasion. [24] [46]

4.1. Le travail comme responsable

Selon le rapport Gollac [73] (ou rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé en 2010), il existe de nombreux facteurs de risques psychosociaux dus aux caractéristiques du travail en lui-même.

4.1.1.— Le facteur intensité du travail et temps de travail

4.1.1.1.— Les modèles de Karasek et Siegrist

Le caractère exigeant du travail peut provenir du temps qu'il occupe ou de son intensité. Les exigences temporelles sont liées à la durée du travail et à l'organisation du temps de travail. L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs psychosociaux de risque à travers des concepts tels que ceux de « demande psychologique » selon Karasek [101] ou d'« efforts » selon Siegrist [151] qui sont deux précurseurs dans les études sur le stress professionnel. Ils se rapportent aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive, etc.), mais aussi qualitatifs (complexité mal maîtrisée des tâches, concentration, demandes contradictoires, responsabilités, etc.).

Le modèle de KARASEK [77], d'origine nord-américaine, a été développé au début des années 1980. Il repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions : d'une part la demande psychologique exercée sur l'individu et d'autre part sa latitude décisionnelle, qui recouvre aussi bien la contrôle que l'on a sur le travail, la plus ou moins grande autonomie dont on dispose dans l'organisation des tâches, l'utilisation de ses qualifications, la capacité à développer de nouvelles compétences. Selon ce modèle, les activités professionnelles les plus dommageables pour la santé psychique et physique sont celles qui cumulent une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle ; une troisième dimension a été ajoutée à ce modèle par Johnson : le support social au travail. L'absence de soutien social combinée à un travail contraignant représente alors la situation la plus délétère pour l'individu.

Le modèle de SIEGRIST [98] a été développé en Allemagne dans les années 90, basé sur les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Selon ce modèle, l'état de stress survient lorsqu'il existe un déséquilibre entre les efforts qu'une personne fournit dans son travail (heures supplémentaires, investissement affectif et psychique...) et les gratifications rendues qu'elles soient sociales (reconnaissance, opportunité de carrière...) ou matérielles (rémunération).

En soi, la complexité du travail n'est pas nécessairement un facteur de risque : elle peut au contraire être un élément de la qualification [155] [156] et avoir des effets favorables [106]. La complexité peut cependant causer des risques si le travailleur ne bénéficie pas de suffisamment de marges de manœuvre ou de soutien pour y faire face, ou encore si cette complexité n'est pas reconnue par des récompenses économiques et symboliques et ne s'inscrit pas dans une trajectoire de développement personnel. La « demande psychologique » de Karasek, l'« effort » de Siegrist visent à la fois l'intensité au sens strict et la complexité du travail.

Les conséquences sur la santé de la demande psychologique ou de l'effort sont particulièrement bien attestées par la littérature scientifique [104].

Certes, jusqu'à un certain seuil, l'augmentation de la charge de travail dans un temps donné peut être compensé par des changements de stratégies, des modifications dans la manière de faire, si toutefois les procédures et les dispositifs techniques le permettent [135]. Mais ces régulations ne sont plus possibles si le seuil est dépassé ou si les conditions techniques et organisationnelles ad hoc ne sont pas réunies.

Les effets de la demande, au sens du modèle de Karasek, sur la santé mentale sont particulièrement nets : 70% des études passées en revue montrent des effets significatifs. La revue de la littérature de Stansfeld publiée en 2006 [158] confirme qu'il y aurait un effet significatif sur la santé mentale, avec un odds-ratio autour de 1,4. La demande au travail (volume de travail élevé et temps réduit) est ainsi associée à un risque double de troubles de l'humeur et à une augmentation du risque des troubles anxieux.

Un autre mécanisme par lequel l'intensité excessive du travail menace la santé mentale est indirect. L'intensité du travail peut être incompatible avec la qualité de son résultat. Il peut y avoir atteinte de l'estime de soi quand « faire vite » entre en forte tension avec la conception que le travailleur a du « faire bien », avec comme enjeu central un conflit sur la définition du travail. C'est fréquemment le cas après une réorganisation du travail : on observe des manifestations de démobilité chez des salariés qui ont le sentiment de travailler toujours plus vite et de moins en moins bien.[75]

Les études utilisant le modèle de Karasek ont montré que l'effet de la demande est un peu plus important que celui de la latitude décisionnelle. Cela dit, les effets les plus importants sont obtenus par le job strain (forte demande et faible latitude) ou l'iso strain (la combinaison d'une forte demande et d'une faible latitude et d'un faible soutien social), ce qui confirme l'intérêt qu'il y a à combiner les dimensions du modèle de Karasek.

Par exemple, le risque de troubles de l'humeur augmente en cas de coprésence de multiples facteurs de risque (demande élevée, latitude décisionnelle réduite et support social réduit), jusqu'à trois fois chez les hommes et jusqu'à six fois chez les femmes. [123]

Ces constatations tendent à s'accroître ces dernières décennies par le fait que l'économie française a connu une période de forte intensification du travail au cours de la seconde moitié des années 1980 et au début des années 1990 et que l'intensité est restée depuis à un niveau très élevé [29]. Le fait que le travail soit exigeant depuis longtemps est un élément aggravant, particulièrement dans un contexte de vieillissement de la population active. Le salarié soumis à diverses contraintes temporelles après 50 ans, estime souvent l'obligation de se dépêcher difficile à supporter, ressent fréquemment divers troubles de santé (douleurs, mauvais sommeil, digestion défectueuse) et, toutes choses égales par ailleurs, souhaite plus fréquemment que les quinquagénaires qui n'y ont pas été soumis, mettre fin précocement à sa vie professionnelle [164] [165].

4.1.1.2.— Objectifs flous ou irréalisables

Une cause fréquente d'intensité excessive du travail est liée à une déconnexion volontaire ou involontaire entre la fixation des objectifs et celle des moyens : les objectifs fixés le sont en fonction de considérations qui viennent de l'extérieur, ne sont pas forcément compatibles avec la réalité quotidienne du travail. Lorsque l'écart est trop grand, les travailleurs ont le sentiment de ne plus être à la hauteur parce qu'ils ne sont pas dans l'excellence, la réussite, la performance qui sont devenus des modèles dominants [58]. Le fait, d'autre part, de ne pas bénéficier des moyens matériels, techniques ou humains nécessaires alors qu'on est soumis à une obligation de résultats entraîne parfois des décompensations pathologiques. C'est une situation souvent évoquée à propos des cadres, mais qui peut concerner toutes les catégories sociales.

Une situation analogue est celle où les objectifs de travail sont flous. Ce sont les travailleurs eux-mêmes qui fixent alors en partie leurs objectifs et se sentent ensuite tenus de les atteindre alors que certains de ces objectifs peuvent être irréalistes.

4.1.1.3.— Polyvalence

Dans les années 1970, la polyvalence s'est développée, selon une intention louable, pour parer à la monotonie de tâches répétitives. Wisner [169] en soulignait déjà, à côté des aspects favorables, les risques : accroissement de la charge de travail, cumul de nuisances, évitement d'amélioration de l'hygiène et de la sécurité, addition de tâches sans intérêt. Il soulignait à la fois l'intérêt d'une utilisation plus complète des capacités humaines, mais aussi les risques

de blocage si les capacités du travailleur étaient dépassées et la nécessité de réorganisation de la maîtrise.

Plus récemment, dans les organisations inspirées par le modèle de la production allégée (« lean production »), la polyvalence a été un moyen de densifier le travail [16]. Par exemple dans la restauration rapide [27], la polyvalence permet de demander à chaque équipier de « ne jamais rester à rien faire » puisqu'en cas de baisse momentanée de la fréquentation du restaurant, les équipiers seront amenés à nettoyer, ranger la salle, etc...

La polyvalence entraîne également une charge mentale accrue due à l'occupation de plusieurs postes surtout chez les salariés n'ayant pas été formé préalablement.[149]

4.1.1.4.— Responsabilités

Le fait d'avoir des responsabilités importantes accroît généralement l'intensité et la complexité du travail parce que cela implique qu'une partie du travail doit absolument être faite, souvent dans des délais déterminés et avec une qualité suffisante même si des obstacles indépendants se présentent. En particulier, un cas où la complexité apparaît comme facteur psychosocial de risque est celui des opérateurs gérant des systèmes complexes susceptibles de créer des risques en cas de dysfonctionnement : ces risques rendent la difficulté à comprendre le système particulièrement anxiogène, surtout en cas de pression temporelle. [166]

4.1.1.5.— Sous-qualification

La difficulté d'un travail est fonction de celui qui le réalise. Pour un travailleur n'ayant pas reçu la formation nécessaire ou n'ayant pas les compétences nécessaires, la tâche demandée est plus difficile à effectuer et lui demande davantage d'efforts.

Bien que l'état actuel du marché du travail permette en général aux entreprises d'embaucher des personnes suffisamment qualifiées, certaines tâches exigent des compétences sous-estimées ou ne correspondent à aucune formation existante. Cela met les salariés dans une situation psychologique délicate car ils ont le sentiment qu'ils n'arriveront jamais à surmonter une tâche pourtant non qualifiée et réputée sans compétence préalable.

Il existe une synergie négative entre sous-qualification et manque de préparation : l'impréparation accroît les effets de la sous-qualification et la surcharge qui en résulte supprime toute possibilité de se former. Ce cercle vicieux est documenté, par exemple, dans le cas des enseignants envoyés en remplacement du jour au lendemain pour assurer un cours de n'importe quel niveau, parfois dans une discipline différente de la leur.[52]

4.1.1.6.— Extension de la disponibilité

Une des caractéristiques des horaires de travail qui semble particulièrement perturbante pour les salariés est l'accroissement de la disponibilité demandée : le soir et le week-end [141], au-delà des horaires prévus [17]. Certains salariés, notamment les cadres, peuvent tenter de résoudre leurs problèmes de charge excessive par le télétravail de débordement : ils s'imposent alors à eux-mêmes une exigence de disponibilité au-delà des horaires normaux de travail [125].

Les effets néfastes des heures supplémentaires sur l'équilibre entre travail et vie hors travail ont été étudiés notamment par Albertsen [2]. Il faut souligner que les effets des heures supplémentaires concernent aussi bien les salariés à temps partiel que les salariés à temps plein : ils ne résultent donc pas seulement d'un manque de temps, mais aussi du caractère insuffisamment prévisible de changements d'horaires qui viennent perturber les équilibres, notamment familiaux.

L'extension de la disponibilité accroît le nombre d'heures de travail et diminue la flexibilité de l'usage du temps libre. Elle est un signe indirect d'exigence du travail. Elle pose des problèmes spécifiques de conciliation de la vie de travail avec la vie hors travail. Bien que cette question soit extrêmement complexe et que ses mécanismes ne soient pas entièrement connus, la littérature [67] retrouve des répercussions sur la santé mentale secondaires à ces difficultés de conciliation, telles que des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à l'abus de substances.

4.1.1.7. — La surcharge de travail

Une trop forte demande physique et psychologique sur le plan professionnel peut induire des pathologies de surcharge telles que :

- *Le Karôshi*

Il s'agit de la mort subite par accident vasculaire cérébral (hémorragie cérébrale le plus souvent, infarctus du myocarde, parfois) d'hommes de 25 à 40 ans ne présentant aucun antécédent cardiovasculaire et aucun facteur de risque, à part la surcharge de travail. On retrouve fréquemment chez les victimes une durée hebdomadaire de travail supérieure à 70 heures selon la comptabilité pratiquée au Japon, où ce syndrome a été décrit (c'est-à-dire sans y inclure les temps consacrés à la participation aux cercles de contrôle de qualité qui peuvent atteindre plusieurs heures par jour).

Le Karôshi, qui conduit à la mort, a suscité la formation d'associations de défense des familles des victimes du Karôshi au Japon depuis plus de dix ans, mais cette pathologie n'est pas nouvelle. Elle portait le nom de « pathologie de surmenage », décrite chez les cadres américains dans la littérature des années 50-60. Il s'agit de processus psychosomatiques qui suggèrent que l'abrasion du fonctionnement psychique pouvant être obtenue non seulement par le travail répétitif, mais aussi par l'hyperactivité professionnelle qui finit par paralyser la pensée, l'imagination et la capacité de rêver. [50]

- *Le Burn-Out :*

Le concept d'épuisement professionnel ou « burnout » a été introduit pour la première fois en 1974, par le psychanalyste américain Freudenberger [64], pour décrire l'état d'épuisement et de vide intérieur observé chez le personnel d'institutions alternatives en santé mentale. Les travaux en psychologie sociale de Maslach [121] et ses collègues ont contribué à sa reconnaissance au plan scientifique.

Parmi les nombreuses définitions initialement proposées, toutes associent l'épuisement professionnel au milieu de travail et à l'accumulation de stress au travail. La plupart d'entre elles affirment que l'épuisement professionnel comporte un épuisement physique et psychologique et le développement de comportement et de sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même. Enfin, plusieurs considèrent que l'épuisement professionnel découle de l'échec des stratégies d'adaptation utilisées face aux situations stressantes de travail.

Maslach et Jackson en créant un outil d'évaluation, le M.B.I (Maslach Burnout Inventory) [122], ont permis d'isoler les principales caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel. Elles ont défini ce syndrome selon trois critères :

- L'épuisement professionnel
- La déshumanisation de la relation à l'autre
- La perte du sens de l'accomplissement de soi au travail

L'épuisement émotionnel fait référence au sentiment d'épuisement et de vide intérieur provoqué par le travail, à l'appauvrissement des ressources émotionnelles et au sentiment de ne plus pouvoir donner à autrui au plan psychologique. La dépersonnalisation se manifeste par des sentiments négatifs et cyniques ou par des réponses impersonnelles aux clients, conduisant à la déshumanisation progressive des relations interpersonnelles. Enfin, le faible accomplissement personnel se reflète par des sentiments d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail créant un désintérêt pour celui-ci.

L'épuisement professionnel est associé à une variété de symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Les conséquences physiques et psychologiques se caractérisent principalement par une diminution de l'estime de soi, une asthénie, de l'anxiété, des épisodes dépressifs, de l'irritabilité ainsi que par la présence de troubles somatiques.

4.1.2.— Exigences émotionnelles

La notion d'exigence émotionnelle est utile pour mesurer le coût pour la santé de ce que l'on appelle « travail émotionnel ». Celui-ci désigne des formes de mobilisation de la subjectivité qui sont spécifiques aux métiers de service. Il concerne de ce fait un large spectre d'activités (commerce, tourisme, accueil dans les services publics, socioéducatif, enseignement, santé, etc.).

4.1.2.1.— Relation au public

Bien qu'elle comporte aussi des aspects gratifiants [18], la relation directe au public, quel qu'il soit (clients, patients, élèves, etc.), induit des risques. La présence du public est une source de pression et elle limite les façons de travailler à celles que le public juge acceptables. La relation entre le travailleur et le public est en général asymétrique ; le plus souvent au moins le travailleur est en position d'infériorité car le « client est roi » [97]. Le client peut aller jusqu'à ne pas reconnaître la dignité du travailleur, par exemple en n'observant pas les formes ordinaires de la civilité, voire en se montrant intentionnellement offensant. Lorsque c'est le travailleur qui est en position de supériorité sociale, comme c'est le cas d'enseignants, de policiers, etc., il peut être confronté à des formes de résistance. De fait, le travail en contact avec le public est associé à une augmentation du risque des troubles de l'humeur [167].

La standardisation de la relation avec le client est en soi une source de pénibilité et renforce le risque de tension. Dans le cas des caissières de supermarché [22], le « SBAM » (« Sourire, Bonjour, Au revoir, Merci ») force à l'adoption d'un comportement artificiel. Les scripts des centres d'appels, que les téléopérateurs doivent suivre à la lettre, rendent plus risquée leur relation à leurs interlocuteurs [96] [161] : contraints par les prescriptions, ils doivent accepter de donner des réponses qu'ils savent inadaptées, ce qui les expose particulièrement au mécontentement des personnes avec qui ils sont en contact.

Les relations tendues avec le public exposent les salariés à un sentiment de dévalorisation lorsque la tension résulte du décalage criant entre ce qu'ils font et ce qu'ils devraient faire.

La tension avec le public sera d'autant plus forte et mal vécue que le salarié concerné se sent privé des moyens d'agir, entravé dans sa capacité à pouvoir répondre aux besoins et impératifs de la situation de l'utilisateur, pour des raisons liées aux contradictions quasi inconciliables de sa tâche, par manque de moyens matériels ou en personnel. Ne pas parvenir à répondre à la situation et être traités d'incapables parce qu'ils sont précisément placés dans l'incapacité d'agir est pour les travailleurs concernés une situation humiliante et une atteinte au sens du travail car ils ont le sentiment de ne pas faire du bon travail [96]. C'est peut-être pour cela que la littérature psychiatrique montre que les liens entre relations tendues avec le public et troubles de l'humeur peuvent varier selon les tâches réalisées par les travailleurs.

4.1.3.— Rapports sociaux au travail

4.1.3.1.— Le « soutien social »

Dès les années 1970, les effets délétères de l'isolement social et de l'absence de soutien social pour la santé physique (mortalité, pathologies cardiovasculaires, absentéisme médical) et mentale ont été étudiés. Certaines études ont été réalisées sur le réseau social auquel la personne appartient et d'autres sur la qualité du soutien procuré. A la fin des années 1990, Kawachi et al. ont confirmé, sur une cohorte de plus de 32 000 hommes américains, que l'isolement social augmentait le risque de décès par maladie cardiovasculaire, accident et suicide [103].

Dans la littérature épidémiologique psychiatrique est mis en évidence une association entre la faiblesse du soutien social et les troubles dépressifs [85]. Un risque plus élevé de troubles de l'humeur, en particulier chez les femmes, est associé à un plus faible soutien social. En outre, un lien significatif est retrouvé entre faible soutien social et arrêts de travail pour motif psychiatrique.

4.1.3.2.— Relations avec les collègues

Les relations avec les collègues et l'inclusion dans un collectif affectent le bien-être au travail et la santé de deux façons. Premièrement, l'entraide et la coopération facilitent l'accomplissement des tâches. Deuxièmement, les collègues et le collectif de travail peuvent contribuer à l'intégration sociale en apportant une reconnaissance pratique lors de la coopération ou une reconnaissance symbolique.

Pour Christophe Dejours, un collectif suppose confiance, loyauté entre collègues, coopération et solidarité. L'absence de collectif contraint, dans certains cas, les salariés à accepter de travailler d'une façon contraire à leur conception du travail bien fait ou à leurs normes éthiques et peut aboutir à des pathologies mentales voire des suicides [70].

Les collectifs ont un rôle protecteur particulier : les « stratégies de défense collectives », qui permettent de préserver la santé mentale de travailleurs exposés à des dangers ou des pénibilités importants dont ils ne peuvent se protéger efficacement. Dans de tels cas, la peur ne fait qu'ajouter au danger et elle est elle-même une menace pour le bien-être, voire la santé psychique. Les individus développent donc des défenses pour éviter de ressentir la peur. Ces défenses peuvent aussi se structurer dans des conduites, des représentations et des règles partagées : on parle alors de stratégies collectives de défense [50]. Les stratégies collectives de défense jouent un rôle capital dans la préservation de la santé mentale. Les pathologies de l'isolement désignent des situations où les gens ne bénéficient plus des formes de coopération défensive [48]. Dans les collectifs où les hommes sont majoritaires, ces stratégies se structurent autour du déni de la perception de la réalité. Ce déni est renforcé par un mépris des personnes qui expriment ou incarnent la fragilité. Ces stratégies ont d'abord été identifiées dans des métiers masculins exposant à des atteintes de l'intégrité physique : travailleurs du bâtiment, de la chimie ou du nucléaire, policiers, surveillants de prison, douaniers. Mais on a pu les identifier aussi dans des métiers où les risques sont de nature psychosociale, comme les cadres d'entreprise. Dans les collectifs féminisés, par exemple ceux des métiers du soin, la vulnérabilité et la souffrance ne sont pas niées, mais elles sont élaborées défensivement à travers des techniques narratives centrées sur des histoires concrètes et maniant l'autodérision. Ces techniques de dédramatisation permettent un partage de l'expérience du travail entre collègues.

Toutefois, le fonctionnement des collectifs de travail peut aussi être un facteur de risque. Il peut être un lieu où les travailleurs subissent (ou font subir) des pressions importantes. Des normes de groupes s'instaurent et il convient de les respecter sous peine d'être mis à l'écart, voire brimé.

Les normes du collectif peuvent imposer des pratiques de travail nocives. L'alcoolisation dans le cadre de pratiques collectives, peut être vue comme une stratégie collective de défense, évidemment dangereuse. L'alcool est décrit comme un « anxiolytique » qui ne dit pas son nom. Dans les milieux où dominent les valeurs viriles, il convient pour ne pas être exclu de respecter des codes de virilité dans le travail, y compris pour les femmes : on l'observe par exemple dans la police ou dans certaines professions ouvrières. Ces stratégies

peuvent faire obstacle à l'intégration des femmes et aboutir à des discriminations dans des milieux où les femmes sont minoritaires.

Pratiques discriminatoires et pratiques dangereuses pour la santé peuvent se cumuler quand les défenses collectives se radicalisent (on parle d'« idéologies défensives de métier »). Celles-ci « émergent dans des situations extrêmes de souffrance où il n'y a plus d'espace de discussion pour réaménager le rapport à l'organisation du travail d'une part, où le renoncement des agents à toute action d'amélioration se traduit par l'apparition d'une pratique dominante de dénonciation et par l'effort désespéré de maintenir la cohésion des agents entre eux par référence à l'ennemi commun ». Cliniquement, une idéologie défensive de métier implique la disparition de toute discussion sur le travail (dénier du réel), un fonctionnement clanique et l'effacement des espaces de convivialité et de vivre ensemble. Les idéologies défensives de métier s'accompagnent donc de la disparition des caractéristiques favorables des collectifs.

4.1.3.3.— Relations avec la hiérarchie

Les relations avec la hiérarchie peuvent être un facteur de risque ou un facteur de protection, elles jouent un rôle important pour la santé mentale : « des relations de qualité peuvent aider à gérer le stress et les émotions négatives, tandis que de mauvaises relations peuvent constituer une source de stress et donc jouer le rôle de stressseurs ». [148]

La qualité des relations hiérarchiques, en tant que relations humaines, est souvent très importante pour les salariés subordonnés qui peuvent ressentir vivement le manque d'écoute et de politesse comme un défaut de reconnaissance symbolique par les supérieurs. Dans une situation par ailleurs dégradée sur le plan de l'autonomie et de la reconnaissance, il peut contribuer à déclencher des conflits.

Un contrôle trop strict, qui est un défaut de reconnaissance pratique, tant des personnes que de leurs compétences, est souvent décrit comme une cause de souffrance. Statistiquement, la surveillance constante de la hiérarchie est associée à de mauvaises conditions de travail physiques et psychologiques, mais elle ne les crée pas nécessairement : une organisation qui fonctionne mal peut créer à la fois de mauvaises conditions de travail, notamment psychologiques, et la nécessité d'interventions fréquentes de la hiérarchie. Inversement, la légèreté du contrôle hiérarchique peut favoriser de bonnes conditions de travail, néanmoins la faiblesse de l'autorité hiérarchique a été citée comme une cause de dégradation de la situation des salariés, notamment comme un facteur organisationnel qui rend possible le

harcèlement moral [162] : cette situation apparaît notamment quand l'encadrement de premier niveau se fait de moins en moins sur le terrain mais de plus en plus en « bureau » pour réaliser des tâches administratives.

La réflexion sur l'autorité développée récemment par la psychodynamique du travail insiste sur le fait que, pour être un soutien émotionnel, une autorité doit être légitime. Cette légitimité ne peut être imposée, mais s'acquiert par la résistance aux épreuves du travail : elle ne s'oppose pas à la liberté de s'exprimer ou de contester, mais au contraire résulte de la compétence démontrée dans les controverses liées au travail. Elle résulte également, toujours selon ce courant d'idées, de la capacité à « rendre intelligibles les rapports entre les directives ou les ordres d'un côté, l'œuvre commune de l'autre ».

4.1.4.— Les violences au travail

Si les études ont accordé une part importante à l'exposition au stress afin de répondre aux attentes sociales, les travaux en santé mentale ont récemment été enrichis par la prise en compte de la violence au travail. Qu'elle soit interne ou externe à l'entreprise, ponctuelle ou répétée, la violence fait également partie des risques psychosociaux liés au travail. Les conséquences de la violence sur la santé des victimes sont assez bien connues. Elles consistent dans les différentes formes de troubles psychologiques post-traumatiques.

4.1.4.1.— Les violences internes.

Pour Cortina [43], les comportements, les gestes ou les propos sous forme de moqueries visant la nationalité, l'orientation sexuelle ou le travail effectué, et dont l'intention de blesser est ambiguë sont des « incivilités » au travail qui reflètent la « violation des normes de respect mutuel du milieu ». Cette tolérance aux incivilités peut alors conduire à une spirale de comportements encore plus violents, que sont les agressions verbales ou physiques émanant de collègues ou de responsables hiérarchiques. Pour Dejours [50], une complicité collective à s'adapter à la banalisation du mal s'est instaurée et elle fait partie des stratégies défensives mises en place pour supporter les nouvelles contraintes de l'organisation du travail. Dorénavant, les témoins d'actes de violence ne les dénoncent plus voire y participent.

De façon générale, la transgression des règles et des normes éthiques implicites dans le milieu de travail n'est pas sans conséquence sur la santé mentale des individus. Dejours [50] donne en exemple le cas du harcèlement moral en entreprise. Si le harcèlement, qui n'est pas

un phénomène nouveau dans le monde du travail, fait actuellement de tels ravages psychopathologiques, c'est parce que la solidarité, le sens de la justice, le pouvoir d'indignation de la communauté ont disparu, faisant du harcèlement bien plus qu'une simple relation entre le bourreau et la victime : il est devenu une pathologie de la solitude. Le silence des autres, l'abandon par les collègues sont plus douloureux que le harcèlement lui-même. Une victime harcelée mais bénéficiant de soutien moral résistera beaucoup mieux psychiquement.

- *Le harcèlement : un cas particulier de violence interne*

Le concept de harcèlement a été initialement défini par Heinz Leymann [112] dans les années 1980 : « par harcèlement moral, il faut entendre toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits unilatéraux, de nature à porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne et mettre en péril son emploi ou à dégrader le climat de travail ».

Du point de vue clinique, une situation subie de harcèlement moral a pour conséquence l'apparition de troubles regroupés sous le terme de « phase d'alerte » puis celle-ci perdure, conduit à une « phase de décompensation ».

- La phase d'alerte :

Se caractérise par une anxiété, des troubles du sommeil, un désengagement social, une augmentation de la consommation de médicaments ou d'alcool. A ce stade, la victime ne s'exprime pas, ne pleure pas. Elle peut simplement mettre en avant un état de fatigue témoin d'une usure du geste du travail. Engluée dans une hypervigilance et un activisme défensifs pour éviter les reproches et brimades, le salarié s'applique à « tenir ». Cette phase est difficile à mettre en évidence pour le médecin du travail.

- La phase de décompensation

S'exprime dans un premier temps par une angoisse majeure, voire un sentiment de terreur à l'idée de se rendre au travail parfois accompagné d'idées suicidaires sur le trajet. Les scènes traumatisantes et les humiliations sont ruminées en boucle, les angoisses sont réactivées spontanément ou lors de la perception d'éléments analogues à la situation vécue. Des troubles du sommeil sont présents, marqués par des cauchemars intrusifs ou des insomnies dites réactionnelles afin de bloquer

ces productions. Les atteintes cognitives sont fréquentes, elles portent essentiellement sur la mémoire et la concentration. Enfin, la position constante de justification conduit toujours à un sentiment de culpabilité et de remise en cause de ses propres compétences professionnelles. Dans un second temps peuvent apparaître des troubles graves : état dépressif majeur, bouffée délirante aiguë, paranoïa, désorganisation psychosomatique.

La culpabilité et la remise en question sont des éléments cliniques déterminants dans la différenciation entre une situation de harcèlement moral subi et un conflit interpersonnel.[\[71\]](#)

En fonction des situations et du contexte professionnel, le harcèlement moral peut prendre plusieurs formes :

- Le harcèlement individuel, dans un but gratuit de destruction de l'autre et de valorisation de son propre pouvoir.
- Le harcèlement stratégique, dans le but de se débarrasser d'un salarié sans avoir recours aux procédures légales de licenciement.
- Le harcèlement institutionnel, stratégie de gestion de l'ensemble du personnel visant à instaurer un climat de peur dans le but de surcharger de travail les salariés.
- Le harcèlement transversal, effectué par une équipe, dans le but d'expulser la souffrance collective par la désignation d'un bouc émissaire.

Les mécanismes du harcèlement comprennent diverses techniques altérant le rapport du sujet au réel du travail avec pour objectif la désaffiliation au collectif de travail :

- Les techniques relationnelles sont celles qui abusent de la relation de pouvoir dans la parole et dans les actes.
- Les techniques d'isolement visent la séparation du sujet de son collectif de travail.
- Les techniques d'attaque du geste de travail visent la perte du sens du travail au travers d'injonctions paradoxales, de mises en scène de suppressions de tâches ou de matériel.
- Les techniques punitives mettent le salarié en situation de justification constante par le biais de notes de service, avertissements, lettres recommandées...

Si le harcèlement se poursuit dans le temps ou s'il se renforce, un état dépressif majeur peut s'installer. La personne harcelée présente alors une humeur triste, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié, la perte de tout désir et un manque d'intérêt pour tout ce qui l'intéressait alors. Il est essentiel de ne pas négliger ces états dépressifs car le risque suicidaire est important (dans une étude sur la région PACA, sur 517 cas de harcèlement moral reconnus par le médecin du travail, 13 avaient abouti à une tentative de suicide). [49]

4.1.4.2.— Les violences externes

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, les violences externes sont des insultes, des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril, sa santé ou son bien-être.

Les premières victimes à avoir bénéficié en France de la reconnaissance des conséquences psychopathologiques de la violence au titre de maladie professionnelle sont les salariés du système bancaire, victimes d'agressions lors de hold-up au titre de — névrose traumatique ou syndrome subjectif post-traumatique —. Dorénavant, aucun secteur professionnel n'est épargné, même si les violences concernent plus particulièrement les travailleurs sociaux, les personnels soignants, les agents de transports en commun, les employés de guichet, les caissières de supermarché, les policiers, les enseignants... Cependant, ces faits de violence relèvent ici plus souvent de facteurs extra-professionnels, reflets des malaises d'une société, que de l'organisation du travail en elle-même comme par exemple une mauvaise gestion de la clientèle. [83]

4.1.5.— Conflits de valeurs

Le travail occupe une place importante dans la façon dont les gens donnent un sens à leur existence. Il en résulte une vulnérabilité quand le travail ne permet plus de construire ce sens (parce que son contenu, son évaluation ou ses conditions ont changé par exemple), vulnérabilité qui peut être désignée comme une forme de « souffrance éthique ». [49]

Les conflits de valeur incluent tous les conflits portant sur des choses auxquelles les travailleurs attribuent de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité au travail, atteinte à l'image du métier.

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte, sous une forme quelconque, sa conscience professionnelle représente une contrainte dont l'émergence et l'effet sur la santé mentale ont été décrits par de médecins du travail, tant en France qu'ailleurs dans le monde [118] [37]

Confrontées à un difficile arbitrage et voulant éviter de trahir leurs principes et de s'exposer ainsi au mépris de la clientèle ou des collègues, les personnes souffrantes peuvent adopter différentes stratégies défensives, tel l'hyperactivité ou le cynisme, stratégies qui peuvent avoir par ailleurs des effets néfastes sur le climat de travail et la qualité des services. Les conflits de valeurs peuvent, dans les cas extrêmes, amener au suicide, en particulier dans des situations d'isolement. [160]

4.1.5.1.— Conflits éthiques

Le travail que l'on fait peut entrer en contradiction avec ses convictions personnelles. Ces conflits éthiques sont mal vécus car ils mettent en tension la définition même du travail portée par le salarié. Selon Gaignard qui a analysé les figures psychopathologiques de ce qu'elle nomme « la culpabilité objective », il s'agit de la situation dans laquelle on se trouve quand on se compromet, sans en avoir initialement conscience, dans un système qu'on réprouve. [69]

Les conflits éthiques décrits dans la littérature concernent souvent des personnes, qui à un titre ou à un autre, doivent incarner une institution.

Des conflits éthiques apparaissent assez fréquemment lorsqu'une organisation adopte brutalement des pratiques, des valeurs, des critères d'évaluation qui lui étaient jusque-là étrangers, en général en les empruntant à une autre sphère. De tels conflits ont notamment été décrits dans des administrations ou d'autres organisations publiques qui se réorganisent vers une gestion marchande (ex : privatisation des « grandes entreprises publiques » : France Telecom, etc.).

Ces situations peuvent être compensées par des stratégies collectives ou individuelles de défense. Pour ce faire, les travailleurs peuvent notamment se représenter et se présenter comme victimes de harcèlement, ce qui complique le repérage de certaines situations de souffrance éthique. Lorsque la situation s'installe et que le travailleur n'est pas protégé par des stratégies de défense, il peut décompenser psychiquement sur un mode anxieux avec répercussions somatiques [69] voire même sur le mode du délire [68].

4.1.5.2.— Qualité empêchée

De nombreux travailleurs se plaignent d'être empêchés, notamment par l'organisation du travail ou par l'état des équipements dont ils disposent, de faire du bon travail, leur savoir-faire est sous-exploité. Il peut s'agir de personnes estimant faire généralement un travail d'une qualité insuffisante, mais aussi de personnes estimant n'avoir pas les moyens de traiter convenablement des situations particulières, auxquelles elles attachent de l'importance. L'impact des délais, de la charge de travail et du manque de moyens est signalé dans des secteurs aussi divers que le bâtiment, où même les procédures de sécurité sont violées [98], et le travail social [95].

4.1.5.3.— Travail inutile

Faire un travail qu'on juge inutile est un facteur psychosocial de risque. En effet, on a observé qu'inversement, le fait que le travail fasse sens pour les gens en limite les effets pathogènes. L'expérience des travailleuses dans les services aux personnes montre que leur investissement peut se maintenir en dépit d'une faible reconnaissance sociale. Leur propre capacité à juger de leur indispensabilité pour une personne qui ne reçoit d'autres secours et assistance que les leurs, permet à certaines d'entre elles d'investir jusqu'à des situations qu'elles jugent pourtant repoussantes et d'endurer l'ingratitude de patients rebutants ou récalcitrants. [56]

Le sentiment d'inutilité du travail peut provenir d'orientations (souvent des réorientations) stratégiques donnant à l'organisation des objectifs auxquels le travailleur n'adhère pas : ce sentiment se rapproche alors de la souffrance éthique. Le sentiment d'inutilité peut également provenir d'un trop grand décalage entre la prescription, ou les objectifs fixés et le réel du travail. Les objectifs inatteignables obligent les travailleurs à simuler la perfection, mais le réel du travail peut être très différent et il faut alors dissimuler ce que l'on fait vraiment. De ce fait, les travailleurs font un travail inutile de simulation du travail idéal et un doute est jeté sur l'utilité de leur travail effectif, qui ne correspond pas aux objectifs de perfection qui leur sont fixes.

Le travail inutile peut faire partie des signes précurseurs du harcèlement moral : faire des tâches absurdes, se voir confier une tâche dont le résultat sera ostensiblement laissé de côté, être convoqué à des réunions qui ne servent à rien, sont des situations fréquemment décrites par les harcelés, mais qui ne concernent pas qu'eux.[137]

4.1.6.— L'évaluation individualisée

La mutation des méthodes de gestion et d'organisation du travail, se cristallise autour de ce que l'on appelle « l'évaluation individualisée » des agents, et les « contrats individualisés d'objectifs » et peut entraîner des pathologies cognitives. Les objectifs formulés en termes de rentabilité, de chiffre d'affaires, ne sont pas compatibles avec d'autres objectifs en termes de qualité totale, de zéro défaut, de satisfaction du client ou de sécurité. Non seulement les arbitrages entre ces objectifs souvent contradictoires sont difficiles, mais ils sont parfois impossibles. En effet, l'évaluation de la qualité ou de la rentabilité, au niveau de chaque poste isolément, est souvent un contresens théorique et conduit à des situations absurdes et psychologiquement dévastatrices. D'autant plus absurdes que les méthodes utilisées pour appliquer des sanctions secondaires au non-respect des objectifs ne suivent généralement pas ces exigences de rentabilité et/ou de sécurité. De sorte que, dans certains services, des équipes entières ne parviennent plus à juger leur propre travail ni celui des collègues, et perdent les repères pour distinguer ce qui est juste et injuste, bien et mal, vrai ou faux. Dans l'effort pour cacher cette perplexité, certains salariés décompensent et présentent des troubles relevant de la confusion mentale. On retrouve alors des troubles du cours de la pensée, des troubles du jugement, des régressions à des formes de raisonnement infantiles, des troubles mnésiques et une possible désorientation temporo-spatiale. La particularité de ces troubles est d'affecter la cognition dans un secteur étroitement relié aux activités professionnelles, compatible pendant longtemps avec une bonne adaptation à la vie ordinaire en dehors du travail. De plus ces troubles sont bien tolérés, jusqu'à un certain degré d'évolution, dans le milieu du travail. [50]

4.2. Facteurs inhérents à l'entreprise

Une entreprise est une organisation complexe, qui fait système. Un système doit être un tout cohérent dont chaque partie interagissant avec une autre modifie l'ensemble. Une entreprise est un système relationnel, une sorte de psychisme à elle toute seule, traversée par des processus et des pulsions qui peuvent être vitales et /ou mortifères, souvent contradictoires. Ainsi, elle est traversée par un désir de croissance (pulsion de vie) mais aussi parfois par la tentation de l'hypercontrôle (pulsion de mort) qui devient alors néfaste à la croissance.

Ce système est traversé par des sous-systèmes ou « microcultures » qui soudent une dimension relationnelle dans le collectif mais instaurent également des clivages (ex : scissions fortes entre deux services), et sont perturbées par le moindre changement qui affectant cette dimension. Par exemple,

dans un service, si une personne part, le service est déséquilibré, non pas seulement, dans la charge de travail, mais également dans sa dimension relationnelle.

Ce qui fait système, ce sont aussi les répétitions, qui, même après des départs, font que les habitudes, les comportements, les processus...demeurent, c'est ce qu'on peut appeler la « culture d'entreprise » : les usages, les langages, les valeurs, ce qui fait sens pour tous. La « transmission » est une valeur forte dans certaines entreprises, qui n'a pas besoin d'être invoquée en communication pour faire sens : les salariés se mettent d'emblée dans la disposition de transmettre leurs compétences aux nouveaux venus ou bien lors d'un départ en retraite.

L'absence de culture d'entreprise constitue le terreau d'avènement des risques psychosociaux. La culture d'entreprise n'est pas ce que l'entreprise voudrait être mais la manière dont elle se structure autour de processus relationnels civilisés. Il s'agit d'une personnalité, et non pas de signes extérieurs qui seraient revendiqués. Certaines cultures d'entreprise régressent, souvent malgré elles, en relation d'emprise : surcharge de travail, individualisme sauvage du « chacun pour sa peau », blocage de la délibération, culte tyrannique de la performance, modes de gestion et d'organisation centrés autour du contrôle (minutage des tâches, pointage, audits systématiques, etc.) et de la surveillance. Dans ces contextes, sont souvent tolérés les manques de respect, les incivilités, les atteintes directes ou indirectes à la réputation, les confusions entre la vie privée et la vie professionnelle. Il s'agit là d'une forme systémique de la violence psychologique, c'est-à-dire d'une violence qui se répétera en écho dans les divers étages et services de l'organisation. Les modes de gestion de l'organisation sont à cet égard très significatifs.

Les risques psychosociaux peuvent également s'évaluer au travers de modes de communication et d'utilisation du langage, qui forment aussi, la personnalité de l'entreprise. C'est ainsi que chaque entreprise est repérable en propre par des personnes qui n'y appartiennent pas, et l'on dira que « chez eux, ça fonctionne comme ça ». C'est aussi à partir de la personnalité de l'entreprise, ou bien de l'écart entre sa personnalité et ce qu'elle en diffuse à l'extérieur, qu'une entreprise sera perçue plus ou moins positivement par l'opinion publique.

Ainsi l'entreprise dont le système favorise, souvent à son insu, les risques psychosociaux, voit se détourner les vertus de la communication, et c'est alors que se manifeste davantage l'écart entre la personnalité effective et la personnalité que l'entreprise souhaite exposer dans sa communication (par exemple, une entreprise où règne le « chacun pour soi », et qui communique sur l'esprit d'équipe et de la solidarité qu'elle prétend ainsi incarner). Vidée de sens, la communication n'est, en effet, plus destinée à échanger, mais à manipuler autrui. Il existe alors un déficit en communication authentique, et des stratégies de rupture de la communication sont invoquées, parfois au nom même de la communication : par exemple, tutoyer sans demander l'accord de l'intéressé, couper la parole, ne pas

s'écouter, négliger la politesse sociale, injurier en public, ne plus communiquer que de façon indirecte (par mail ou notice, par exemple), siffler, bousculer ou frapper. Parfois, la communication peut aussi consister à ordonner aux salariés de ne plus parler à telle ou telle personne désignée, ou à contrôler les échanges. Certains salariés peuvent être empêchés de s'exprimer, isolés, interdits d'accès à leurs conditions de travail ou à des ressources pourtant consenties à des personnes placées dans des situations de travail similaires. Parfois surviennent des atteintes à la réputation (communication sous l'angle de la rumeur collective), des divisions (« à toi je peux le dire... »), et du dénigrement public.

Dans tous les cas, le langage devient séducteur, dans une incapacité de séparer le temps de la délibération et le temps des actes. Dans ces conditions, l'utilisation du langage est pathogène : une formule peut faire le tour de l'organisation, est reprise de façon incantatoire et mésinterprétée. La parole opère alors des effets fascinants, envoûtants, répétitifs, tout en étant vidée de son sens. Certains slogans de communication sont ainsi répétés à outrance, sans qu'ils fassent sens pour le salarié, qui y verra davantage l'effet d'une propagande d'entreprise. Ces déficits en communication indiquent, là encore, l'existence d'une organisation pathogène pour elle-même avant tout, mais aussi dans les relations avec ses concurrents et l'économie. Par exemple, certaines entreprises mettant en œuvre de lourds bilans sociaux où le conflit social sera muselé par le recours à des psychologues destinés à faire digérer la perte d'emploi, qui paraît injuste aux salariés, dans la mesure où l'entreprise continue une croissance faramineuse.

4.2.1.— Les organisations pathogènes

Ces différentes constatations conduisent à la description d'organisations pathogènes. Une organisation pathogène est une organisation malade en ce qui concerne ses relations humaines effectives, mais aussi une organisation qui engendre ses propres maladies. Des pans entiers de l'organisation en sont affectés, notamment les ressources humaines, qui ne fonctionnent plus vraiment pour la protection des salariés, mais se transforment en contrôleurs et censeurs (identifier les personnes non productives, convoquer arbitrairement des salariés pour avoir des informations sur d'autres). L'organisation pathogène manque souvent de repères spatiaux (attribution d'un espace propre à chaque salarié pour qu'il effectue son travail), temporel (travail dans l'urgence), historiques (perte de mémoire collective sur l'histoire de l'organisation, recréation d'une autre histoire, falsifiée, impossibilité à dater les événements).

Un autre abord, plus psychanalytique, permet de décrire les causes d'une organisation pathogène en y incluant les termes de pulsion de vie et de pulsion de mort. Selon cette approche, tout individu est traversé par une pulsion de vie (ce qui le pousse à croître, à grandir, à s'élever, à

sublimer ses instincts dans des œuvres utiles à la société, à se rassembler dans la solidarité et à se structurer autour de valeurs) et par une pulsion de mort (ce qui le pousse à détruire et à agresser). Cette double tendance s'inscrit notamment chez l'enfant, où l'étape de destruction est une part importante du développement. L'éducation, c'est-à-dire la culture, vise à intérioriser la pulsion de destruction et à faire naître la conscience morale, pour permettre la vie en société.

L'organisation pathogène est principalement traversée par la pulsion de mort. Elle ne parvient pas à se maintenir, sinon très partiellement, dans une culture, bien qu'elle puisse prôner en apparence une culture d'entreprise, des valeurs et des missions. La culture, c'est avant tout, ce qui nous permet de vivre ensemble dans des relations policées, et de se hisser au-dessus de l'état de nature, c'est-à-dire un état sauvage où règnent le sans foi ni loi et la loi du chacun pour soi. Alors que l'état de nature est un état où s'illustre la pulsion de mort, l'état de culture cherche son refoulement ou sa transformation (sublimation) dans la création d'œuvres nécessaires à la collectivité et à l'humanité (ainsi, l'art est, par exemple, nécessaire pour humaniser, quand bien même il ne serait pas « utile » pour une supposée productivité). L'une des manifestations les plus évidentes de la pulsion de mort s'illustre par les suicides en chaîne qui surviennent dans certaines entreprises. Il est évident que ces suicides doivent être interprétés comme des alertes sérieuses pour une résolution des troubles psychosociaux au sein de l'entreprise.

Dans des organisations où l'angoisse est forte, des stratégies défensives se mettent en place. Ce peut être, par exemple, un mode relationnel pervers, dans le management, les relations interservices ou entre salariés. Dès lors, s'instaurent des modes de terreur et de contrôle, qui sont aux antipodes de l'esprit d'entreprendre. Ces modes ont des impacts symptomatiques forts et peuvent engendrer massivement, au niveau du travail, des conduites de sabotage, et au niveau psychologique, du stress, de l'angoisse, des problèmes psychosomatiques, des conduites suicidaires, etc. A l'heure actuelle, les troubles psychosociaux viennent exprimer non seulement ce malaise organisationnel, mais également la déficience des solidarités en contre-pouvoir des solidarités de ce malaise, où la passivité souffrante de l'individu peut se transformer en revendications collectives. Ainsi, les malaises se traduisent par un relationnel difficile, des tensions, des conflits, des modes de fonctionnement pervers (diviser pour mieux régner, séduire puis frustrer, conduites passives, etc...) et, tout particulièrement, du harcèlement. De fait, le harcèlement dans l'organisation est un symptôme de cadre déficient et, notamment, d'une permissivité dans les processus de destruction, accompagnée d'une carence forte en autorité.

Une autre explication de facteur de causalité inhérent à l'entreprise est l'idéologie de performance. Celle-ci ne supporte aucune définition claire (confusions entre performance et rentabilité, performance et productivité, performance et reconnaissance). Cette idéologie floue

permet à l'entreprise de légitimer un management par l'affectif. L'idéologie de performance vient répondre à une défense de l'organisation contre sa propre angoisse (une angoisse de survie économique dans un marché concurrentiel, c'est-à-dire, pour une entreprise, une angoisse de mort). Car, avec la performance, telle qu'elle est invoquée, l'on oublie qu'il s'agit avant tout d'un équilibre dialectique entre ce que peut produire un individu et son sentiment de satisfaction (bénéfices) au travail. La performance est toujours une logique de groupe constitué d'adjuvants (et non de rivaux). De fait, si l'énergie est consacrée à « se mesurer aux autres », la situation est contre-performante dans son ensemble.

L'étude des risques psychosociaux nous indique souvent que l'entreprise n'a pas donné aux salariés les moyens de la performance qu'elle exige d'eux et, ce faisant, les a contraints dans une situation d'impuissance et un sentiment d'échec. Il en est ainsi des séminaires et formations sur la motivation, censés donner de la motivation à moindre frais, dans des situations de travail pour le moins particulièrement démotivantes (aucune vision d'avenir, aucune reconnaissance professionnelle, aucune autonomie, aucune bienveillance sur le lieu de travail...). L'entreprise se dépouille alors de tout bon sens, en oubliant que toute motivation est une mobilisation d'énergie psychique et physique, dans une réalité qui confère les moyens d'y employer ses talents, dons, qualités. Il y a donc deux facteurs dans la performance : la motivation individuelle et l'adéquation entre ses talents et l'emploi que l'entreprise propose.

La performance, telle qu'elle est souvent invoquée en lieu et place d'être pensée, n'évite pas les constructions réductrices du phénomène humain telles que le recours au contrôle et à la procédure, souvent prônés par les écoles de management, ou encore telles que le recours à un mode de reconnaissance unifocale et inadaptée (par exemple, une reconnaissance seulement affective ou seulement financière de la performance du salarié).

Les signes de la contre-performance se traduisent précisément au niveau individuel par l'émergence de troubles psychosociaux (humeurs dépressives, somatisations, etc.), qui impactent de façon non négligeable le collectif et l'entreprise. Ces troubles doivent être entendus comme des symptômes d'un dysfonctionnement de l'entreprise dans sa recherche de rentabilité dans la mesure où ces malaises sont des freins à la performance. Il semblerait, là encore, que la pression accrue sur la notion de performance engendre des effets pervers de contre-performance (baisse de productivité, conflits engendrant une perte d'énergie et de temps, baisse de motivation générale, etc.)

Le sentiment général est celui d'une perte de repères : le salarié ne comprend plus sa place dans l'organisation ni son rôle, ne sait plus quels sont ses interlocuteurs ni quel est le sens du projet

collectif, par exemple. Ainsi, souvent, au nom même de la recherche de performance, l'entreprise risque de développer des phénomènes enkystés de contre-performance.

Les organisations pathogènes demandent souvent de la part de ses employés un sacrifice pour leur entreprise, alors qu'un idéal collectif sain n'exige pas qu'on se sacrifie pour lui. Or dans le contexte sociétal actuel, nourri d'angoisses d'avenir, de désir de régression (protection nourricière de l'enfance), d'insécurité fondamentale, sur un plan autant individuel que collectif, l'entreprise moderne exige de chacun du sacrifice : sacrifice sur sa vie privée, sur sa santé, sur les attentes légitimes que chacun peut avoir à l'égard de son travail. Il s'agit de sacrifice, et non d'une motivation, sacrifice consenti car le salarié est soumis à un climat de peur : peur d'être rétrogradé, peur d'être viré, peur d'être mis au placard, etc.) ne se voit plus confier l'autonomie nécessaire qui lui permettrait d'incarner ce cadre et d'en porter la responsabilité. La responsabilité (savoir répondre de ses actes) est noyée dans un collectif qui n'est plus identifié, et chacun se retrouve lui-même victime du système dans lequel il se trouve projeté.

4.2.2.— L'organisation et les restructurations

Certaines phases de croissance de l'entreprise sont particulièrement critiques, quand elles concernent des périodes de grand changement, de crise, de déstabilisation. Ainsi, alors que le mouvement est une constante chez l'être humain, le changement ne l'est pas. Tout changement au sein d'une entreprise peut être vécu sur un mode très insécure pour les salariés, surtout si ce changement n'est pas accompagné de pédagogie (les raisons du changement, son bien-fondé, etc.).

Le changement dans l'organisation est une restructuration liée à une nouvelle configuration dans l'organisation. Le changement ne trouve de légitimité aux yeux des salariés que s'il offre une valeur ajoutée. Si l'état final n'apporte pas des différences avantageuses, le changement proposé ne présente pas d'intérêt. La proposition de changement implique une clarté d'intention et de finalité, donc une certaine pédagogie d'accompagnement. Dans tout autre cas, lorsque la notion de valeur ajoutée n'est pas comprise, l'entreprise peut s'attendre à une résistance au changement.

La résistance au changement est la conséquence directe du fait que l'action proposée ou évoquée n'est pas suffisamment légitimée. C'est ainsi que les salariés refuseront d'utiliser un nouveau logiciel informatique, ou feront en sorte d'emprunter d'autres voies, si l'entreprise ne leur a pas offert des accompagnements adaptés et pédagogiques qui leur expliquent le mieux-être que le salarié trouvera dans son travail lorsqu'il aura consenti à faire l'effort de changer ses pratiques. De fait, si le mode d'action proposé n'est pas en juste proportion avec la demande d'efforts à

fournir pour atteindre les avantages à obtenir, il est évident que la résistance au changement exprime une opposition relative à chaque type d'effort. En somme, une résistance au changement s'illustre généralement dans une attitude d'opposition, par le corps social de l'entreprise, à une modification de ses habitudes, représentations, comportements et valeurs, modification pourtant espérée par les dirigeants. Elle traduit une absence d'adhésion au changement proposé, qui ne fait pas sens pour les salariés, voire vient perturber leur propre système de significations. Elle est un symptôme des dysfonctionnements multiples de l'entreprise en matière de direction, d'organisation et/ou de communication. Mais surtout, un contexte de résistance au changement est propice à voir surgir, de façon massive et sérieuse, des troubles psychosociaux sur le terrain d'un stress chronique. [40]

4.2.3.— Mécanismes utilisés dans les organisations pathogènes

Ses mécanismes sont de véritables techniques altérant le rapport du sujet au réel du travail, et dont le but ultime est la disparition du collectif de travail, facteur protecteur pour la santé mentale du salarié. Le juriste rattache ces techniques à la violation d'une règle de droit. Dans les techniques prises en compte, on retrouve :

4.2.3.1.— Exploitation déviante du lien de subordination :

Incivilité à caractère vexatoire, refus de dialoguer, remarques insidieuses ou injurieuses, mots qui blessent, dénigrement et volonté de ridiculiser, moqueries, pratiques d'isolement du collectif.

4.2.3.2.— Utilisation des règles disciplinaires à des fins non justifiées :

Sanctions injustifiées basées sur des faits inexistantes ou véniels. Atteinte aux avancements de grade et d'échelon, aux demandes de formation professionnelle. Evaluation et notation abusives.

4.2.3.3.— Déviation du pouvoir de direction : ne pas donner de travail, donner des objectifs irréalisables, donner du travail inutile, isoler. Changer arbitrairement d'affectation.

4.2.3.4.— Modification du pouvoir d'organisation : modifier arbitrairement les conditions de travail ou les attributions essentielles du poste de travail. [139]

4.3. Facteurs individuels

Des caractéristiques individuelles interfèrent avec les facteurs psychosociaux collectifs pour déterminer la nature et la probabilité des dangers pour la santé, liés au travail (tels qu'explicités dans les chapitres précédents). Parmi les caractéristiques individuelles, l'approche socio-économique met en évidence les ressources et contraintes extraprofessionnelles et la trajectoire sociale. [142]

4.3.1.— Ressources et contraintes extraprofessionnelles

Les contraintes de la vie familiale ou sociale peuvent aggraver les contraintes de la vie professionnelle. Inversement, la vie familiale et sociale peut apporter une aide technique ou émotionnelle ou encore des éléments de reconnaissance protégeant certaines contraintes de la vie de travail. En fait, un très grand nombre d'éléments de la vie extraprofessionnelle peuvent interférer avec les facteurs de risques psychosociaux liés au travail. Malheureusement, ces données sont difficilement objectivables, seules certaines données peuvent être mesurables telles que : composition et ressources du ménage, lien entre ses membres, caractéristiques de base démographiques, sociales et économiques.

Concernant ces caractéristiques extraprofessionnelles, certains facteurs sociaux sont protecteurs et d'autres à risque. Les personnes mariées ont le taux de suicide le plus faible (environ 25% inférieur à la moyenne), alors que les veufs et les personnes divorcées ont des taux significativement plus élevés (plus de deux fois le taux moyen). La statistique minimise très vraisemblablement les différences entre les deux statuts dans la mesure où il y a une proportion significative d'unions de fait. La situation est sensiblement différente selon le sexe. Chez les femmes, le risque relatif de suicide a une valeur proche, pour les non mariées, de l'ordre de 2. Pour les hommes célibataires, le risque relatif est également très majoré : risque de 3 pour les divorcés et de plus de 5 pour les veufs. [140]

4.3.2.— Trajectoire sociale

La situation et la trajectoire sociale influent sur l'appréciation des situations de travail et jouent un rôle de « modérateur » des facteurs psychosociaux.

Les hommes et les femmes ont des attentes différentes en matière de salaire et donc un même niveau de salaire a des chances différentes d'induire un sentiment de reconnaissance, protecteur, ou de non reconnaissance, dangereux, pour un homme ou pour une femme, bien que ces

constatations tendent à disparaître actuellement, au nom de la revendication des femmes pour la parité. Les idéologies défensives fondées sur le genre font également qu'hommes et femmes ont des tolérances différentes vis-à-vis de caractéristiques du travail telles que le manque d'autonomie ou les exigences émotionnelles. Toutefois, l'utilisation excessive des supposées « qualités naturelles » des femmes, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de reconnaissance économique et symbolique, peut déboucher sur des frustrations.

L'origine sociale peut influencer sur les attentes et, par là, sur la perception de la position professionnelle et sur le sentiment de reconnaissance. Il en est de même de la carrière passée et notamment de la trajectoire salariale, les baisses de salaire étant en particulier sources de frustration et de souffrance. Il existe par ailleurs des liens entre les évolutions de la qualification, de l'autonomie et de la variété du travail d'une part, l'état mental d'autre part : notamment, les personnes ayant eu une carrière déclinante du point de vue de ces variables ont des scores plus élevés sur une échelle de dépression.

L'expérience du licenciement et du chômage produit un sentiment de vulnérabilité qui s'avère durable et persiste même si le salarié retrouve du travail, de sorte que davantage d'éléments de la situation de travail sont perçus comme des menaces. Les salariés qui ont connu une ou plusieurs période(s) de chômage dans leur carrière ressentent plus durement les pressions dans leur travail, tentent plus que les autres de respecter les contraintes, et ressentent plus que les autres le risque du chômage dans l'avenir. L'expérience ou la peur du chômage provoquent un attachement à l'emploi qui peut s'avérer destructeur, car il peut conduire à subir en silence ou à agir sur soi plutôt que sur la situation.

La variation de l'incidence du suicide en fonction des catégories professionnelles chez les actifs est relativement limitée. Les catégories sociales les plus aisées ont les taux de suicide les plus faibles, environ deux fois moins que la moyenne.

L'inactivité (hors chômage), entre 25 et 55 ans, chez les hommes est presque toujours associée à un handicap, alors que chez les femmes une part importante des inactives le sont pour raison sociale (femme au foyer). Chez les hommes inactifs, le taux de suicide est près de 8 fois le taux moyen, alors que chez les femmes c'est environ le double. Si l'on tient compte de l'inactivité pour raison sociale chez les femmes, le risque relatif de suicide chez les inactives non volontaires est également très important, du même ordre que pour les hommes inactifs.

4.3.3.— Traits de personnalité

La revue de la littérature de K. Parkes relève que les modèles qui rendent classiquement compte de l'impact des conditions de travail sur la santé (demande-autonomie ; effort-récompense ; justice organisationnelle) ne prévoient pas que les traits de personnalité des individus jouent un rôle, sauf peut-être la version du modèle effort-récompense complétée par l'effet du surinvestissement dans le travail (« overcommitment »). Néanmoins, de nombreuses études ont mis en évidence le rôle des traits de personnalité pour la santé. [136]

Dans les années 1970, émerge ainsi la théorie de l'attribution causale selon Abramson, Seligman et Teasdale [1]. Face à un événement incontrôlable, le sujet se demande les raisons de ce qui arrive. La nature de la réponse détermine la suite : la situation est dangereuse si l'on considère que l'événement lui échappe complètement. Elle est aussi dangereuse s'il pense que la situation est liée à ses propres déficiences.

Le modèle de Michigan permet de synthétiser la façon dont interviennent les traits de personnalité dans les liens entre les conditions de travail et santé. Selon ce modèle, les traits de personnalité jouent sur la manière dont les individus perçoivent les conditions de travail objectives ; si cette perception est négative, cela mène à long terme à des problèmes de santé. Le modèle prévoit aussi qu'en retour, le fait d'être en mauvaise santé peut amener à percevoir les conditions de travail de façon encore plus défavorable, ou encore, peut inciter à chercher un emploi moins exigeant.

Selon ce modèle, les traits de personnalité jouent donc à plusieurs niveaux : choix d'un emploi plus ou moins exigeant, perception des conditions de travail, influence du stress sur la santé. L'effet des traits de personnalité sur la gestion du stress au travail peut prendre plusieurs canaux :

- Un effet dit « modérateur », correspondant à un modèle interactionniste du stress. Les traits de personnalité seraient des dispositions stables de l'individu et, selon ses traits de personnalité, il serait plus ou moins sensible aux différents facteurs de stress. Si un tel effet est mis en évidence, alors en tenir compte dans des modèles explicatifs permet de mieux comprendre l'impact des conditions de travail sur la santé.
- Un effet dit « médiateur », correspondant à un modèle transactionnel de stress. Les traits de personnalité correspondraient à la façon dont les individus réagissent en fonction de la situation. De tels effets sont plus difficiles à prendre en compte car ils n'impliquent aucune stabilité dans le temps des traits de personnalité identifiés ; il peut même y avoir causalité réciproque avec les conditions de travail.

- Un effet dit « de confusion », selon lequel les traits de personnalité seraient des variables cachées expliquant la perception des conditions de travail, et ayant simultanément un impact sur la santé, si bien que la corrélation apparente entre conditions de travail et santé serait, au moins en partie, une conséquence de l'effet de ces variables cachées. D'après la revue de littérature de K. Parkes, cet effet est difficile à distinguer de l'effet « médiateur » ; il est très difficile à prendre en compte et compliqué à explorer. [136]

On peut se demander si la connaissance des traits de personnalité ne permettrait pas de mieux évaluer l'impact potentiel des conditions de travail sur la santé.

4.3.3.1.— Modélisation des traits de personnalité :

D'après Rascle et Iraschabal [143], certains traits de personnalité sont pertinents dans l'approche interactionniste et d'autres dans l'approche transactionnelles du stress. Un premier grand trait de personnalité dans la littérature de type interactionniste est la personnalité de « type A », compétitive, agressive. Elle est considérée comme prédictive des pathologies cardiovasculaires. Plus récemment, ces travaux ont été affinés en introduisant la personnalité de « type D », qui combine une affectivité négative et l'inhibition. Une revue de la littérature dirigée par une équipe néerlandaise a retrouvé une corrélation entre ce type de personnalité et des problèmes plus fréquents au travail avec comme résultats :

- Les personnes présentant une personnalité de type D souffraient plus souvent d'absentéisme ;
- Elles étaient plus susceptibles de signaler des symptômes d'épuisement professionnel ou de syndrome de stress post-traumatique ;
- Elles percevaient leur lieu de travail comme plus stressant, et montraient un faible sentiment d'accomplissement personnel par rapport aux personnalités non-type D. [126]

D'après K. Parkes, d'autres modèles des traits de personnalité sont également fréquemment utilisés dans les études, en particulier d'inspiration interactionniste, sur les liens entre travail et santé :

- le neuroticisme (ou l'affectivité négative), concept faisant référence au modèle des « cinq grands » traits de personnalité, basés à l'origine sur les travaux de Eysenck : ils se traduisent par une forte tendance à éprouver des émotions négatives et des troubles émotionnels tels qu'anxiété et dépression ;
- Le sens de cohérence ;
- Et d'autres traits isolés tels qu'une faible estime de soi...
- Les études s'intéressent également aux manifestations d'affectivité positive, à l'estime de soi, à l'optimisme des individus et à la conscience que ces derniers ont de leur propre efficacité.

D'autres conceptions existent telles que le « locus de contrôle ». Le « locus de contrôle » est un autre trait de personnalité : un « locus de contrôle interne » signifie que la personne pense que son sort et ses performances dépendent d'elle, et un « locus de contrôle externe », qu'elle pense que son sort et ses performances dépendent de facteurs extérieurs. Il y a un lien très étroit entre « locus de contrôle externe » et perte de l'estime de soi.

Une autre théorie est celle du « coping », utilisé dans un premier temps dans le cadre d'une approche interactionniste puis actuellement dans une optique transactionnelle. Il s'agit d'une approche cognitiviste. Selon le concept de « coping », l'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'évènements qu'il peut percevoir comme menaçants. Ces expériences mineures ou majeures (deuils, séparation, divorce, naissance d'un enfant, changement d'emploi, promotion, etc.) induisent des perturbations émotionnelles face auxquelles le sujet ne reste pas passif : il essaie de faire face. On parle de « coping » pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles. Ce concept a été élaboré par Lazarus et Launier [109] en 1978 et le récent développement des recherches sur ce thème est assez caractéristique du rôle important des styles de « coping » comme théorie explicative des liens qui existent entre des évènements stressants et les conséquences tels que l'anxiété, la dépression, la souffrance psychologique et les plaintes somatiques. Lazarus et Folkmann [108] définissent le « coping » comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». L'étude de cette riposte a introduit une conception nouvelle du stress : on ne décrira plus les réactions de stress par les stressors (évènements auxquels l'individu est exposé), mais par la façon dont le sujet réagit. Ainsi après avoir été limité dans le modèle animal aux seules réponses comportementales innées ou acquises, puis conceptualisé dans le modèle de la psychologie du Moi comme un

ensemble d'opérations cognitives inconscientes à seule finalité de réduire ou d'éliminer tout ce qui peut susciter de l'angoisse : comme défenses du Moi ou encore envisagé comme un trait de personnalité, le « coping » a été conçu comme un modérateur de la relation événement stressant – détresse émotionnelle. Le modèle interactionniste de l'anxiété, du stress et du « coping » répond quant à lui au souci de dissiper la confusion et les contradictions entre la signification, les interrelations et les modèles de mesures associés aux concepts de « coping », stress et anxiété. Il permet de mieux comprendre et d'explicitier les comportements de « coping » et les répercussions de l'anxiété et du stress sur la santé mentale et physique dans des contextes sociaux et psychologiques précis.

Les interactions entre l'individu et la situation conduisent à une perception d'un danger ou à l'angoisse entraînant ainsi des variations de l'anxiété-état qui à son tour mène à des réactions physiologiques. Ces divers mouvements peuvent interagir les uns sur les autres et modifier de ce fait les variables concernant la personne ou les stressors dans un processus dynamique en *feed-back*.

Il existe plusieurs types de « coping » : le « coping » orienté vers la tâche (recherche d'information, tentative de résolution, appel à des collègues), le « coping » orienté vers l'évitement, et le « coping » orienté vers l'émotion (sentiment d'être trop sensible, irritabilité, tension, rumination). [119]

Il existe donc de nombreuses manières d'envisager et de mesurer les traits de personnalité. Selon K. Parkes, c'est l'affectivité négative qui résume le mieux l'ensemble de ces traits.

Un problème posé par les traits de personnalité couramment mesurés est qu'ils ne sont empiriquement pas stables.

Ils peuvent même être influencés par les expériences professionnelles. Il y aurait donc causalité réciproque entre conditions de travail perçues et traits de personnalité. Certaines expériences de travail sont positives et tendent à accroître la stabilité émotionnelle des individus et leur extraversion, tandis que le stress induit par une exposition à un certain nombre de facteurs de risques, ainsi que la perte de l'emploi, auront des effets inverses sur la personnalité de ces mêmes individus : si on déteste son travail, on a plus de risques de développer une affectivité négative. L'affectivité négative n'est pas stable au cours de la vie. Il en va de même pour le surinvestissement dans le modèle de Siegrist. L'implication dans son travail n'a pas de raisons d'être stable dans le temps, si bien qu'il est impossible d'opérer une distinction claire entre la propension de l'individu à se surinvestir et le surinvestissement induit par une réelle pression hiérarchique excessive ou par l'intérêt du travail.

Néanmoins, on peut admettre qu'un même facteur psychosocial de risque a des effets différents selon la personnalité de l'individu qui y est exposé. Pour autant, la connaissance d'un ou plusieurs traits de la personnalité de cet individu ne permet pas d'avoir une connaissance plus assurée du niveau de risque auquel il est exposé. En effet, les traits de personnalité ne proposent pas une description exhaustive de la personnalité, et en l'absence d'une théorie faisant consensus, on ne peut pas savoir quel est l'impact des dimensions de la personnalité omises.

D'autre part, il est exceptionnel que, pour des personnes possédant tel ou tel trait de personnalité, une caractéristique psychosociale du travail soit bénéfique ou même neutre alors qu'elle serait nuisible pour les autres. Par conséquent, ne pas prendre en compte les traits de personnalité n'a pas d'inconvénient sérieux du point de vue de l'appréciation qualitative de la dangerosité des facteurs psychosociaux.

Le fait que les traits de personnalité peuvent varier notamment sous l'effet du travail empêche de considérer comme exogènes des traits de personnalité partiellement endogènes au travail.

4.3.4.— Les pathologies psychiatriques

Selon les études, l'importance des pathologies psychiatriques chez les suicidés varie dans des proportions importantes, d'une minorité de cas (25 à 30%) à une prévalence proche de 100%. Selon une méta-analyse dirigée par E.C Harris [78] sur le risque de suicide dans les pathologies mentales montre que pour presque tous les troubles mentaux le risque est significativement accru. Ce risque est plus fortement majoré dans les troubles mentaux fonctionnels, et plus limités pour les troubles mentaux organiques. Une revue d'autopsies psychologiques en Angleterre et aux Etats-Unis montre que 50 à 80 % des suicides correspondent à des troubles de l'humeur [42].

Dans une étude des diagnostics en fonction de l'âge chez des suicidés, chez les plus jeunes le diagnostic le plus fréquent est la toxicomanie et la psychose, et plus l'âge augmente, plus la prévalence de la dépression s'accroît [26]. On observe une vulnérabilité accrue au suicide des patients déprimés âgés, particulièrement les hommes. Cette liaison âge-dépression concerne la dépression unipolaire. Les études de suivi de patients déprimés montrent qu'au moins 15 % d'entre eux se suicident.

Dans une autre étude, Hawton a étudié les troubles de l'axe I (selon la classification du DSM-IV, l'axe I sert à décrire l'ensemble des troubles ou des situations de la classification) et de l'axe II

(l'axe II sert à indiquer les troubles de la personnalité et le retard mental) présentés par les personnes ayant effectué un passage à l'acte suicidaire [6]. Sur les 111 patients interrogés, 49 (soit 44%) présentaient des troubles psychiatriques ainsi que des troubles de la personnalité, ces mêmes patients avaient plus souvent des antécédents de tentatives de suicide et avaient durant la période de suivi de l'étude (soit 20 mois maximum) effectué plus de passages à l'acte. Des différences entre les facteurs précipitants et les motivations concernant le passage à l'acte ont également été retrouvées entre les patients avec des troubles psychiatriques et ceux qui n'en présentent pas : les patients avec une comorbidité psychiatrique étaient plus déprimés, avaient une estime d'eux-mêmes inférieure à la population générale ainsi que des difficultés plus importantes dans la résolution des problèmes, ils rapportaient plus d'épisodes d'agressions et le fait qu'ils n'avaient pas été aimés par leurs parents et que ceux-ci avaient eu également un comportement suicidaire durant leur enfance. [81]

D'après des résultats d'enquête rapportés par M. Amphoux [7], dans la plupart des professions, plus de 10% des gens au travail consomment régulièrement des psychotropes. Dans l'enquête bourguignonne de Foglia et Besse sur les suicides liés au travail, une fois sur deux, les personnes suivaient un traitement psychotrope avant l'acte suicidaire. [65]

Par ailleurs, la tentative de suicide est souvent considérée comme le facteur de risque de suicide le plus significatif. Environ 1% des suicidants se suicident dans l'année, et le risque de suicide vie entière chez les suicidants serait de 10 à 14%. [65]

CHAPITRE 5

ASPECTS JURIDIQUES ET CONSEQUENCES

SOCIALES ET ECONOMIQUES

5.1. Les aspects juridiques des risques psychosociaux

L'appréhension du « risque psychosocial » au niveau juridique est compliquée. Ce terme n'est d'ailleurs pas présent dans le Code du Travail. Une difficulté première a été de définir précisément ce que recouvre le risque psychosocial, il n'a, à ce jour pas encore de définition propre.

A défaut de définition, le risque psychosocial émerge au gré de divers textes, d'origine légale pour certains, d'origine conventionnelle pour d'autres.

Un travail d'unification est néanmoins à l'œuvre, par le biais de la Cour de Cassation, fondé à la fois sur une disposition du Code du Travail et sur sa jurisprudence, initiée en 2002.

5.1.1.— La norme unificatrice

« Les textes sont d'abord issus du droit européen, au travers de l'article 31§ 1 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui précise que tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et sa dignité. [9]

De son côté, la directive n° 89/391 du 12 juin 1989 [55] a pour objet la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail. Cette directive expose dans son préambule que l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des employés au travail représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique. Elle poursuit en obligeant l'employeur à assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail. Elle conclut enfin sur les mesures nécessaires qu'il convient de prendre pour parvenir à cet objectif, notamment par des actions de formation et d'information, mais aussi de prévention des risques professionnels, ou encore par la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires. L'employeur doit veiller à l'adaptation de ces

mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration de ce qui existe.

En droit interne, la loi du 31 décembre 1991 a transposé cette directive en introduisant la notion de sécurité des salariés que l'employeur a l'obligation d'assurer, afin de favoriser la prévention des risques professionnels. [116]

Après la recodification, c'est l'article L4121-1 du Code du Travail [15] qui contraint l'employeur à mettre en œuvre toutes les mesures pour assurer la santé physique et mentale des salariés en ces termes :

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels ;
- 2° Des actions d'information et de formation ;
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

Il en résulte que l'employeur doit mettre en œuvre les mesures prévues à l'article L4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- Eviter les risques ;
- Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- Combattre les risques à la source ;
- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;

- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L1152-1; [14]
- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Mais ce n'est en réalité qu'en 2002 que le tournant décisif est pris et que véritablement les bases juridiques posées précédemment vont trouver leur aboutissement.

Tout d'abord, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a imposé le principe selon lequel la santé des salariés devait être appréhendée dans sa dimension physique mais aussi mentale. Plusieurs dispositions du Code du Travail ont été modifiées à cette occasion, dont celle définissant le harcèlement moral.

Quelques semaines plus tard, par une série d'arrêts fondateurs en date du 28 février 2002, la Cour de Cassation, à l'examen de dossiers concernant des salariés victimes de l'amiante, a affirmé le principe selon lequel l'employeur était tenu à une obligation de sécurité de résultat à l'égard de ses salariés, repris systématiquement depuis :

« En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité et de résultat notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise. »

Dès le 11 avril suivant, cette obligation de sécurité de résultat a été étendue à l'accident du travail. Elle n'a cessé depuis de progresser dans des domaines variés, la Cour de Cassation affichant toujours une détermination sans faille à appliquer la règle dégagée en 2002.

Voici quelques décisions illustrant cette évolution:

- La première concerne un contentieux portant sur la visite de reprise auprès du médecin du travail. Un salarié licencié au motif d'absences répétées désorganisant l'entreprise et obligeant à le remplacer définitivement reprochait à son employeur, à l'occasion de son retour dans l'entreprise quelques mois plus tôt après un arrêt de travail consécutif à un accident de travail, de ne pas lui avoir fait passer de visite de reprise. Il en déduisait que son licenciement n'était pas

fondé, l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, devait en assurer l'effectivité (Cass.soc- 28 février 2006 n° 05-41.555). [31]

- La même année, par une décision remarquable, la Cour de Cassation consacrait la responsabilité de l'employeur en matière de harcèlement moral, y compris lorsqu'il n'avait pas directement commis de faute. En l'espèce, c'est un cadre de l'entreprise qui s'était livré à des actes de harcèlement moral, mais la victime reprochait aussi à son employeur de n'avoir pas agi suffisamment vite pour y mettre un terme. L'employeur avait pourtant désigné un médiateur avant de suspendre le harceleur de ses fonctions d'encadrement (Cass.soc- 21 juin 2006 n° 05-43.914). [32]
- Le suicide du salarié ne pouvait échapper à ce mouvement, même s'il s'était produit au domicile du salarié et alors qu'il se trouvait en arrêt de travail depuis plusieurs semaines. L'employeur considérait que cet acte ne pouvait pas relever d'un accident de travail contrairement à la décision de la caisse primaire d'assurance maladie puisque le salarié ne se trouvait pas dans un lien de subordination au moment des faits. Néanmoins la Cour de Cassation considère l'employeur comme responsable s'il est démontré que le suicide du salarié est survenu par le fait du travail (Cass. 2^e civ- 22 février 2007 n° 05-13.771). [30]

Cette évolution législative, mais aussi jurisprudentielle, fait peser sur l'employeur une lourde obligation de sécurité et de résultat en matière de santé physique et mentale de ses salariés ». [40]

5.2. Le suicide et sa reconnaissance au niveau juridique

Les suicides et les tentatives de suicide constituent ainsi un phénomène très important sur le plan juridique et économique. Le coût qu'il génère est bien connu du système de protection sociale : coût des soins en cas de tentatives de suicide, indemnités journalières, assurance décès, à quoi il faut ajouter le « préjudice par ricochet » subi par les proches. Ce préjudice est souvent considérable car en plus de la perte économique directe issue de l'arrêt des versements du revenu, il provoque également un traumatisme psychique d'intensité majeure, exigeant sans doute pour s'estomper, des traitements psychologiques voire psychiatriques qui augmentent encore le coût des soins. Notre système de protection sociale actuel ne permet pas de réponses réellement satisfaisantes. « Si nos règles ont rompu avec le droit de l'Ancien Régime qui considérait le suicide comme une faute rejaillissant sur les familles et entraînant la confiscation des biens du défunt, il n'a pas franchi le cap d'une socialisation

du risque de suicide. Le suicide correspond à l'exercice d'une liberté, il est un acte volontaire, c'est pourquoi il ne suscite plus aucune sanction à l'égard du suicidé. En revanche, il ne permet aucune prise en charge collective des préjudices qu'il génère ».

Aucun mécanisme de réparation spécifique concernant les préjudices liés au suicide n'a été mis en place : les préjudices nés du suicide vont pour l'essentiel rester à la charge du suicidé (s'il survit) et de ses ayants droit. Le caractère intentionnel du passage à l'acte suicidaire a même pour conséquence d'écarter des mécanismes de réparation très généraux : en droit des assurances, l'article L 132-7 du Code des Assurances [10] conduit à exclure tout droit à l'assurance décès lorsque le suicide intervient dans la première année de la souscription du contrat, et les règles du Droit de la Sécurité Sociale excluent le droit aux prestations aux espèces (versement des indemnités journalières de Sécurité Sociale) en cas de faute intentionnelle de la victime (L 375-1 C. Sécurité Sociale). [11]

5.3. Le suicide lié au travail, accident du travail ou maladie professionnelle ?

La situation concernant la reconnaissance des préjudices liés au suicide ou à la tentative de suicide trouvant leurs causes dans le travail est légèrement différente des situations précédentes. Les règles n'excluent pas en ce cas la réparation des préjudices, mais celle-ci demeure très difficile à obtenir, car le passage à l'acte du salarié reste à la croisée entre l'acte autodestructeur volontaire et l'accident professionnel : ce n'est qu'au terme de combats juridiques fort complexes que les ayants droit ou la victime (si elle survit) pourront obtenir réparation.

Néanmoins, actuellement se développent certaines réflexions sur la possibilité de la reconnaissance du suicide en risque social. Ces réflexions ont pu se voir proposer grâce à la conjonction de deux facteurs. Le premier est l'ouverture d'une réflexion sur les conditions de travail : un mouvement entamé avec le développement de la protection du droit fondamental à la santé et à la sécurité des salariés (cf paragraphe 5.1). Cette interrogation est d'autant plus urgente que se développent de nouvelles formes de management dans l'entreprise, centrées sur les performances des individus ou évaluation individualisée (cf paragraphe 4.1.6): elles conduisent à une implication croissante des salariés dans leur travail, ainsi qu'à une utilisation de la créativité, mais aussi du stress à des fins productives, pouvant engendrer de sérieux dangers sur la santé psychique des salariés. Le second facteur d'évolution réside dans le droit lui-même : la promotion d'une obligation de sécurité de résultat.

Il apparaît que le suicide lié au travail est avant tout envisagé dans une perspective juridique, en terme de responsabilité. Il convient alors de repérer les règles qui permettent aux salariés et à leurs ayants droit d'obtenir réparation des préjudices consécutifs à ces suicides.

L'indemnisation des préjudices nés du suicide n'apparaît ainsi que par exception à ce droit commun ; ce n'est qu'en empruntant la voie d'une qualification supplémentaire à celle de suicide que le salarié ou ses ayants-droits peuvent obtenir une indemnisation, en montrant que le suicide trouve son origine dans les relations de travail. Ainsi, même si le suicide est le fruit d'un processus psychique complexe, qui conduit le salarié à décider de mettre fin par lui-même à ses jours, cet acte peut trouver sa cause dans la relation de travail, ce qui justifie que l'entreprise assume sa part de responsabilité, cependant ce lien de causalité est toujours extrêmement difficile à mettre en évidence.

Lorsque le suicide d'un salarié est en rapport avec son travail, il y a tout intérêt, pour ses ayants droit, à le faire reconnaître et prendre en charge au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Les deux sont possibles. L'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale considère qu'un "*accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail*" est un accident du travail (AT). Dès lors, deux situations peuvent se présenter, selon que le suicide survient sur le lieu et pendant le temps de travail ou non. [12]

Enfin, si le suicide s'est déroulé en dehors du travail mais suite à une pathologie psychique liée au travail (par exemple, une dépression post-réactionnelle), les ayants droit de la victime peuvent prendre l'initiative de le déclarer en maladie professionnelle (MP). [111]

Lorsqu'il s'agit d'une déclaration en accident du travail, deux types de responsabilité sont alors à bien distinguer. Dans certains cas, le suicide peut être une conséquence de l'organisation du travail qui fait peser sur le salarié un stress auquel il n'a pas pu faire face, ou encore a induit une dépression chez le salarié. Il est logique en ce cas de considérer que le suicide fait partie des risques engendrés par l'entreprise : la prise en charge au titre des accidents du travail doit alors être mise en œuvre. Dans d'autres cas, le suicide est aussi la conséquence des relations de travail, mais il trouve sa source dans une faute de l'employeur, qui n'a pas pris les précautions suffisantes ou a même provoqué par sa faute les conditions qui ont conduit au suicide : la responsabilité de l'entreprise pour faute inexcusable peut alors être envisagée, permettant une prise en charge plus favorable au préjudice des victimes.

5.3.1.— La qualification du suicide en accident du travail

La reconnaissance de l'acte suicidaire en tant qu'accident de travail n'est pas sans conséquence pour la victime et/ou ses ayants droit, mais aussi pour les entreprises.

La victime pourra bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie, mais également de prestations en espèces versées sous la forme d'indemnité journalière égale à 60% du salaire

journalier dans une certaine limite. En cas d'incapacité permanente, elle pourra également bénéficier d'une rente calculée en fonction de son taux d'incapacité, et du montant de son salaire antérieur et, dans certains cas, d'une majoration pour l'aide d'une tierce personne (son taux d'incapacité permanente partielle doit être au moins de 80%).

Lorsque le suicide entraîne le décès de la victime, certains ayants droit peuvent prétendre à une rente de survivants. Sont ainsi concernés le conjoint de la victime ou ses enfants ou encore ses ascendants qui se trouvaient en état d'obtenir une pension alimentaire.

Cette indemnisation connaît cependant deux limites : d'une part, elle présente un caractère forfaitaire, la rente versée en cas d'incapacité permanente de la victime ou de décès de la victime s'établissant en référence au salaire antérieur auquel sont, en outre, appliqués divers mécanismes de plafonnement, et non en référence au préjudice subi. D'autre part, l'indemnisation au titre de la législation sur les accidents de travail empêche la victime ou ses ayants droit d'introduire une action en responsabilité civile contre l'employeur ou ses préposés, selon un principe « d'immunité » qui a été consacré par la loi du 9 avril 1898. Seule la preuve d'une faute inexcusable permet de dépasser cette limitation de la réparation.

La qualification d'accident du travail n'est pas non plus sans enjeu pour l'entreprise. Le risque « accident du travail et maladies professionnelles » est le risque le plus « assurantiel » du système d'assurance sociale : la tarification et la cotisation due par l'employeur dépend du coût des accidents du travail intervenus sur les trois dernières années au sein de l'entreprise. A la différence de toutes les autres cotisations sociales, une certaine proportionnalité est établie entre le montant de la cotisation patronale et le coût des prestations « accident du travail », cela dépend également de la taille de l'entreprise.

On s'attend alors normalement à ce que les obstacles à l'indemnisation proviennent aussi bien de la Caisse primaire d'assurance maladie que du chef d'entreprise qui ont tous les deux intérêt à écarter la qualification d'accident du travail. Le suicide étant à la frontière du fait accidentel et de la maladie et parce qu'il a toujours une origine multifactorielle, les juges sont amenés à investir le délicat terrain de la preuve. Il appartient ainsi à la victime qui ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité d'établir que « *le suicide est survenu par le fait du travail* ».

Malgré le caractère très difficile de la démarche, nombre de décisions qu'elles émanent de la Cour de Cassation ou de juridictions du fond, ont admis la qualification d'accident du travail. La Cour de Cassation, depuis un arrêt important du 22 février 2007 [30], semble même avoir ouvert la voie à une reconnaissance moins difficile des suicides en accidents du travail. Il reste néanmoins à observer que les juges font désormais la reconnaissance de l'accident sur un élément

essentiel : l'établissement d'une causalité directe entre le fait et le travail, causalité bien difficile à établir face à un acte suicidaire, ce qui laisse une place très forte aux éléments de preuve sans que le doute sur l'origine de l'acte suicidaire ne puisse profiter au salarié.

La qualification d'un suicide en accident du travail n'est pas chose nouvelle : tel avait déjà été le cas lorsque la Cour de Cassation avait cru déceler qu'un suicide avait été commis en raison d'infirmités trouvant elles-mêmes leur cause dans un accident du travail. Tel est également le cas lorsque, par le jeu des règles de preuve, le suicide est commis sur le lieu de travail. Mais l'arrêt rendu le 22 février 2007 franchit un pas supplémentaire en octroyant réparation dans des hypothèses distinctes de celles déjà connues, notamment en énonçant qu' « *un accident qui se produit à un moment où le salarié ne se trouve plus sous la subordination de l'employeur constitue un accident du travail dès lors que le salarié établit qu'il est survenu par le fait du travail* ». La victime peut donc prouver l'existence d'un accident du travail sans avoir à établir un lien d'autorité, voire de subordination à l'employeur au moment du fait accidentel. La survenance d'un fait accidentel pendant une période de suspension du contrat de travail n'empêche donc pas l'établissement d'un accident du travail.

Le suicide ou la tentative de suicide est appréhendé comme un fait qui bénéficie d'une présomption simple d'imputabilité lorsqu'il intervient au temps et sur le lieu de travail, comme tous les accidents de travail. Mais également dans ce cas, la Caisse primaire ou l'employeur peuvent renverser la présomption en rapportant la preuve que le suicide ou la tentative de suicide est un acte totalement étranger au travail, afin de ne pas avoir à verser d'indemnités.

Lorsque le suicide intervient hors du lieu de travail, le cas se complique, il faut alors amener une présomption d'imputabilité. La présomption d'imputabilité n'a finalement que pour effet d'opérer le renversement de la charge de la preuve au profit de la victime ; elle est fondée, en réalité, sur une présomption de causalité entre l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail et le préjudice subi. La présomption repose alors sur deux éléments, l'existence d'une lésion à l'organisme humain survenue au temps et au lieu de travail, lesquels dispensent la victime d'avoir à établir le caractère professionnel de son préjudice sous réserve de la preuve contraire, c'est-à-dire d'une origine totalement étrangère au travail.

Une fois reconnu comme « accident du travail », une étape supplémentaire peut être réalisée par le suicidaire ou ses ayants-droit pour obtenir la réparation intégrale des préjudices causés par l'acte suicidaire, il faut alors rapporter la preuve d'une faute inexcusable de l'employeur, l'établissement de la preuve portant, cette fois-ci, sur l'établissement d'un lien de causalité juridique entre la faute commise par l'employeur et le dommage qui en résulte.

5.3.2.— La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur

La difficile preuve d'un accident du travail ne suffit pas à indemniser la totalité du préjudice subi par la victime et surtout par ses ayants droit. On pense en particulier à l'indemnisation de la perte des revenus du défunt, la perte d'une chance des progressions de carrière dont aurait pu bénéficier le défunt, le préjudice moral né du décès ou les coûts des soins psychiques destinés à surmonter une disparition difficilement supportable. La seule possibilité d'obtenir la réparation intégrale de ces préjudices est de voir reconnaître soit la faute intentionnelle de l'employeur, laquelle permet de réintroduire le jeu du droit commun de la responsabilité, soit la faute inexcusable de l'employeur qui permet de bénéficier d'un régime spécifique d'indemnisation dans le régime des accidents du travail. La victime d'une faute inexcusable voit en effet sa rente majorée et elle peut obtenir, en outre, réparation du préjudice causé par les souffrances physiques, psychiques, esthétiques et d'agrément.

L'arrêt du 22 février 2007 offre en conséquence aux victimes la possibilité de rechercher la responsabilité fautive de l'employeur sur le terrain du manquement contractuel à son obligation de sécurité-résultat, faute d'avoir adopté des mesures de prévention pour préserver son salarié du danger auquel il l'expose.

Si la définition de la faute inexcusable qui est retenue en l'espèce conforte la jurisprudence à l'œuvre depuis les arrêts de 2002, son application à l'acte suicidaire ouvre désormais un nouveau type de responsabilité pour l'employeur : elle naît du devoir d'adopter des mesures de préservation de l'état psychique de ses salariés. Aussi, s'agit-il de remonter la chaîne des conséquences puisque la caractérisation de la faute inexcusable repose sur l'établissement d'une dégradation continue des relations de travail dont l'employeur avait connaissance et vis-à-vis desquelles il n'avait pris aucune mesure pour la faire cesser. Les juges investissent ici le terrain des conséquences psychiques de la dégradation des conditions de travail, lesquelles ont conduit au syndrome anxio-dépressif, puis à la tentative de suicide. [72]

5.3.3.— Le suicide déclaré comme maladie professionnelle

Au mois d'avril 2011, après avoir été débouté lors de leur demande de reconnaissance en accident de travail, les ayants-droits d'un salarié de France Telecom Orange, décédé par suicide, ont bénéficié d'une requalification du passage à l'acte en suicidaire en maladie professionnelle par l'Assurance Maladie. Seul un nombre anecdotique de cas ont, à ce jour, été reconnus mais il est probable que ce type de reconnaissance va croître de façon exponentielle ces prochaines années à la faveur de la jurisprudence.

Le terme de « maladies à caractère professionnel » désigne les pathologies qui ne figurent dans aucun des tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la Sécurité sociale et se référant à l'article L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale [13]. Leur reconnaissance résulte du postulat que : « Peut-être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de Maladies Professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

La différence entre maladie professionnelle et accident du travail, c'est le caractère insidieux, permanent, durable de la maladie.

La qualité du certificat médical initial et l'avis du médecin du travail seront déterminants pour établir un lien direct et essentiel entre la pathologie et le travail. En l'absence d'un tableau de MP visant les troubles psychiques, c'est le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui devra être saisi.

5.3.4.— Nombre de cas de suicides professionnels déclarés dans la branche accident du travail-maladies professionnelles de la sécurité sociale

La branche accident du travail-maladies professionnelles de la sécurité sociale ne dénombre les suicides déclarés comme accident du travail que depuis 2007 et selon elle, 107 décès par suicide ont fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail entre janvier 2008 et décembre 2009 dont 56 pour la seule année 2009. En 2010, 71 déclarations pour accident de travail et 3 pour accident survenant durant le trajet entre domicile et lieu de travail ont été effectuées, 21 ont obtenu un accord (18 accidents de travail et les 3 pour accident de trajet). Ces données ont été obtenues selon les chiffres de la branche tarification des CARSAT (Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) qui sont prévenues dans les 24 h suivant un décès pour lequel une demande de réparation au titre de risque professionnel est effectué par la CPAM.

Les suicides reconnus en maladie professionnelle ne possèdent pour l'instant pas de données chiffrées sur le plan national car il n'existe pour l'instant pas de codage les identifiant. Ils sont pour la plupart codés dans la rubrique « dépression réactionnelle », néanmoins comme cité précédemment, un cas de suicide professionnel a été reclassé en maladie professionnelle chez France Telecom en 2011 et en Lorraine, depuis 2007, un cas de suicide a également été reconnu

en MP par le CRRMP même s'il n'a pas été ensuite coté selon cet item. Il semble alors probable que d'autres cas semblables existent sur le territoire national même s'ils ne sont pour l'instant pas portés à notre connaissance. [150]

PARTIE II

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

SUICIDES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL :

Enquête rétrospective [2006-2010] auprès des Médecins du Travail

Lorrains

CHAPITRE 1

METHODOLOGIE

1.1 Objectifs

1.1.1.— Objectif principal.

Recenser le nombre de tentatives de suicide ou suicides dont les Médecins du Travail Lorrains ont eu connaissance sur la période 2006-2010 dans le cadre de leur activité professionnelle et décrire leurs principales caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques.

1.1.2.— Objectifs secondaires.

Comparer ces résultats à la littérature et plus particulièrement à l'étude intitulée : « Etude des suicides liés au travail en Basse-Normandie » réalisée en 2003 par des Médecins Inspecteurs du Travail et pouvoir proposer, selon les hypothèses de lien de causalité et de facteurs de risque retrouvées, des projets d'études ultérieures, préliminaires pour des actions de prévention. [74]

1.2 Méthodologie

1.2.1.— Type d'étude.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, transversale et rétrospective.

1.2.2. — Population.

1.2.2.1.— Population-cible :

La population est constituée de l'ensemble des salariés, suivis durant la période 2006-2010 par les médecins du travail de la région Lorraine, ayant réalisé une tentative de suicide.

1.2.2.2.— Population-source :

Elle est constituée de l'ensemble des salariés, suivis durant la période 2006-2010 par les médecins du travail de la région Lorraine, ayant réalisé une tentative de suicide, acte dont les médecins du travail ont eu connaissance.

1.2.2.3.— Unité statistique :

Les salariés ayant effectué un acte suicidaire durant la période donnée.

1.2.2.4.— Unité répondante :

Les médecins du travail lorrains (liste obtenue auprès du médecin Inspecteur du Travail : Dr Léonard).

1.2.3.— Critères d'inclusion et d'exclusion.

1.2.3.1.— Critères d'inclusion :

- Salarié ayant travaillé et/ou travaillant encore dans l'une des entreprises suivies par les médecins du travail lorrains.
- Le passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide) s'est produit durant la période allant du 01/01/2006 au 31/12/2010.
- Le salarié appartenait à l'une des entreprises suivies par les médecins du travail lorrains durant la période allant du 01/01/2006 au 31/12/2011.

1.2.3.2.— Critères d'exclusion :

- Les travailleurs non salariés. Certaines catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées, comme les agriculteurs, les artisans commerçants, les travailleurs indépendants et libéraux du fait de l'absence de service structuré de santé au travail.
- Salariés n'ayant pas travaillé dans l'une des entreprises suivies par les médecins du travail lorrains.
- Le passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide) ne s'est pas produit durant la période allant du 01/01/2006 au 31/12/2010.
- Le salarié ne travaillait pas pour l'une des entreprises suivies par les médecins du travail lorrains durant la période 01/01/2006 au 31/12/2010.

1.2.4.— Méthodes de recueil de données.

1.2.4.1.— Professionnels concernés :

Tous les médecins du travail de Lorraine, selon la liste fournie par l'intermédiaire du médecin Inspecteur Régional du Travail, soit 245 médecins au total ou par département : 85 en Meurthe-et-Moselle, 18 en Meuse, 100 en Moselle et 42 dans les Vosges. Ceux-ci ont été prévenus par courrier électronique de la réalisation d'une enquête concernant les suicides d'origine professionnelle. Ce courriel contenait, en plus d'une lettre d'information expliquant les buts et la mise en œuvre de l'étude, un questionnaire. Les réponses se sont faites sur le mode du volontariat.

1.2.4.2.— Collectes d'informations :

Un questionnaire standardisé et anonymisé a été envoyé par courriel que chaque médecin du travail devait retourner, soit par messagerie électronique à l'adresse mail du Dr Léonard, soit par courrier à l'adresse de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 10 rue Mazagran BP 10676-54603 Nancy CEDEX.

Le questionnaire (annexe 1) contient 13 pages, 29 items et est divisé en deux parties (annexe 2). La première partie (1 page) recueille les informations concernant le médecin du travail répondant, la deuxième (12 pages) comporte les informations sur le salarié ayant effectué le passage à l'acte. La deuxième partie est à remplir pour chaque salarié ayant effectué un passage à l'acte (plusieurs salariés de l'effectif d'un même médecin du travail ayant pu effectuer un acte suicidaire).

1.2.4.3.— Calendrier.

- Mars 2011 : Validation du questionnaire, information des médecins et proposition de participation à l'enquête avec envoi d'une lettre d'information et du questionnaire par courrier électronique ;
- 31 Mai 2011 : Premier recueil des questionnaires. A ce moment, faible taux de participation avec seulement 30 médecins répondants.
- Juin 2011 : relance téléphonique avec rappels des modalités de l'étude et renvoi d'un courrier électronique.
- 11 juillet 2011 : Arrêt de recueil des questionnaires pour réaliser l'analyse statistique.

1.2.5.— Plan d'analyse.

1.2.5.1.— Matériel :

La saisie des données a été réalisée à l'aide d'un masque de saisie construit grâce au logiciel Epidata®.

1.2.5.2.— Données recueillies :

- Toutes les données recueillies ne concernent que les salariés ayant effectué un acte suicidaire (TS ou suicide)
- Concernant *l'entreprise du salarié* : département d'implantation, activité principale, effectif.

- *Données socio-démographiques* : sexe, date de naissance, département du lieu de résidence, situation maritale et nombre d'enfants à charge.
- Concernant le *parcours professionnel du salarié* : ancienneté dans l'entreprise, catégorie socio-professionnelle, profession, ancienneté au poste de travail dans l'entreprise, antécédents d'accidents du travail, antécédents de maladie professionnelle.
- *Antécédents médicaux du salarié* : antécédents d'hospitalisation, antécédents de maladie chronique (cancer, infarctus du myocarde, ulcère, hypertension artérielle, troubles musculo-squelettiques, diabète, dysthyroïdie, obésité), prise d'un traitement médicamenteux.
- *Antécédents psychiatriques du salarié* : antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, antécédents de troubles psychiatriques (épisode dépressif majeur, maladie bipolaire, syndrome de stress post-traumatique, tentatives de suicides antérieures, éthylisme chronique, cannabis, toxicomanie, psychose, troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire), existence d'un suivi psychiatrique, prise d'un traitement médicamenteux.
- Concernant le *passage à l'acte suicidaire* : lieu de la tentative de suicide, méthode employée, présence ou non d'une lettre désignant le travail, arguments mettant en cause le travail (répartis en trois thèmes : organisationnel, relationnel, ou dûs aux conditions de travail), facteurs associés (familiaux, sociaux ou financiers), autres tentatives de suicide dans l'entreprise ou dans l'entourage familial les six mois précédents la tentative, actions de prévention secondairement réalisées dans l'entreprise.

1.2.5.3.— Analyses statistiques :

Une analyse descriptive de l'échantillon a été réalisée. Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'un effectif et d'une proportion. L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel SAS© version 9.2 par le département d'Epidémiologie et de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Nancy.

1.2.6.— Aspects éthiques.

Aucune donnée nominative sur l'entreprise ou le salarié concerné par le passage à l'acte n'a été recueillie, toutes les données ont été fournies par les médecins du Travail volontaires de façon rétrospective, aucun salarié n'a donc été interrogé.

La saisie des informations a été effectuée par une personne unique.

CHAPITRE 2

RESULTATS

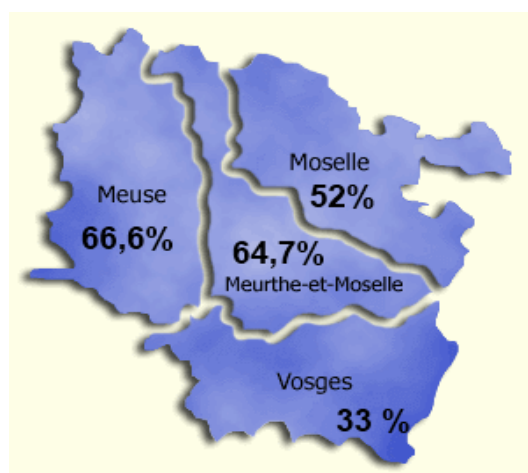
2.1. Participation.

Au total, 133 médecins sur 245 ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 54,29 %.

Tableau 1. Répartition des médecins du travail participants selon le département

DEPARTEMENT	Nombre de médecins par département	Nombre de médecins participants
Meurthe-et-Moselle	85	55
Meuse	18	12
Moselle	100	52
Vosges	42	14
Total	245	133

Figure 1. Taux de participation des médecins du travail par département



2.2. Nombre de passages à l'acte suicidaires.

Sur les 133 médecins participants, seuls 36 ont eu connaissance d'un passage à l'acte suicidaire durant la période donnée, soit 26,8%. Ces 36 médecins ont rapporté 64 passages à l'acte auto-agressifs (29 tentatives de suicide et 35 suicides accomplis), soit 1,7 acte suicidaire par médecin. On retrouve 0,48 acte suicidaire pour l'ensemble des médecins participants.

2.2.1.— Répartition selon le département d'implantation de l'entreprise du suicidant.

Le nombre de passage à l'acte suicidaires par département d'implantation de l'entreprise est réparti comme suit :

Tableau 2. Répartition selon le département d'implantation de l'entreprise du suicidant.

	Effectifs
Meurthe-et-Moselle	25
Meuse	3
Moselle	16
Vosges	20
Total	64

2.3. Caractéristiques de l'entreprise.

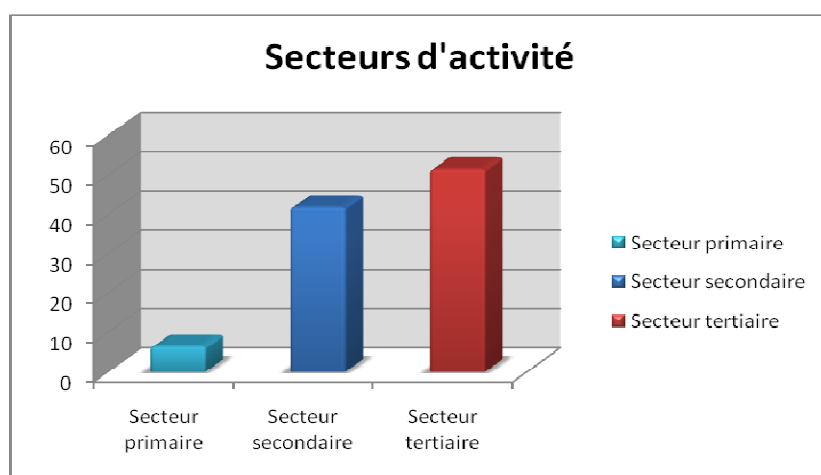
2.3.1.— Activité principale de l'entreprise du suicidant.

Pour deux des 64 salariés ayant effectué un passage à l'acte suicidaire, l'activité principale de l'entreprise n'était pas précisée par le Médecin du travail, ces deux données manquantes n'ont pas été incluses pour le calcul des pourcentages.

Tableau 3. **Activité principale de l'entreprise du suicidant**

SECTEUR D' ACTIVITE	Effectif	Pourcentage
Secteur Primaire	4	6,5
Secteur Secondaire	26	41,9
Secteur Tertiaire	32	51,6

Figure 2. **Répartition selon l'activité principale de l'entreprise**



Les entreprises du secteur tertiaire représentent la moitié des entreprises concernées (51,6%), alors que les entreprises du secteur primaire en représentent 6,5% et le secteur secondaire 41,9%.

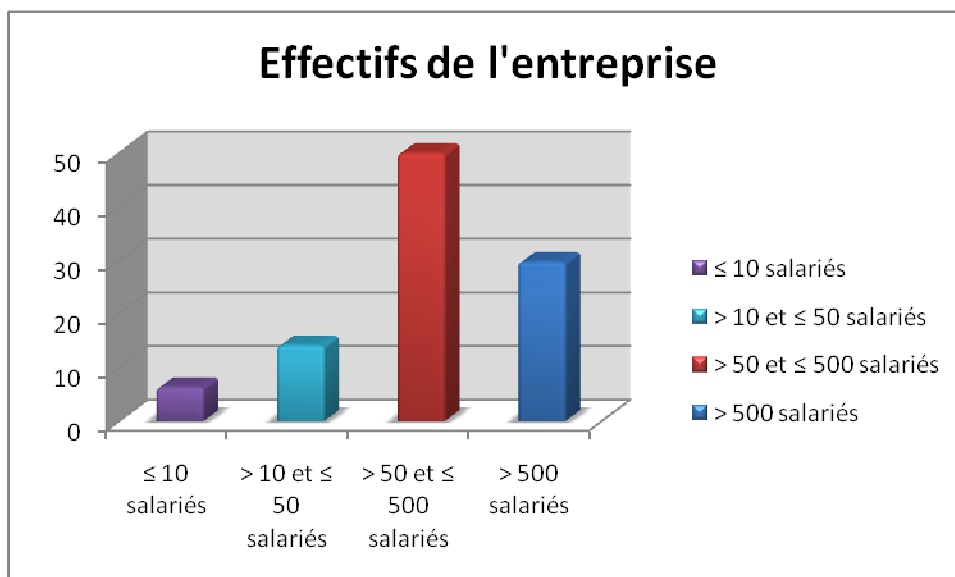
2.3.2.— Effectif de l'entreprise du suicidant.

La moitié des salariés ayant effectué un passage à l'acte suicidaire travaillaient dans une entreprise avec pour effectif de 51 à 500 salariés, 6,3% travaillaient dans une entreprise de moins de dix salariés, 14,1% dans une entreprise comprenant de 11 à 50 salariés et 29,7% dans les grandes entreprises, soit de plus de 500 salariés.

Tableau 4. Effectif de l'entreprise du suicidant

Effectif entreprise	Effectif	Taux en %
≤ 10 salariés	4	6,3
> 10 et ≤ 50 salariés	9	14,1
> 50 et ≤ 500 salariés	32	50
> 500 salariés	19	29,7

Figure 3. Répartition selon effectifs de l'entreprise



2.4. Données socio-démographiques.

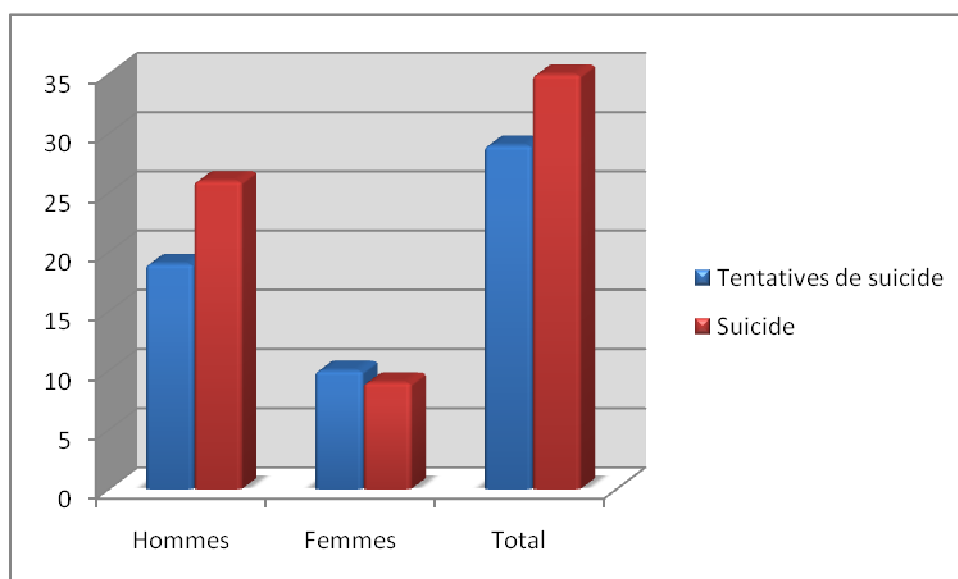
2.4.1.— Sexe.

On compte 70,3 % d'hommes et 29,7 % de femmes. Sur les 45 hommes ayant effectué un passage à l'acte suicidaire, on retrouve 19 tentatives de suicide (TS) et 26 suicides. Parmi les 19 femmes, 10 ont fait une tentative de suicide et 9 ne sont pas décédées suite à leur acte.

Tableau 5. Répartition des actes suicidaires (TS vs suicides) selon le sexe

Sexe	Tentatives de suicide	Suicide	Total
Hommes	19	26	45
Femmes	10	9	19
Total	29	35	64

Figure 4. Répartition des actes suicidaires (TS vs suicides) selon le sexe



2.4.2.— Tranche d'âge.

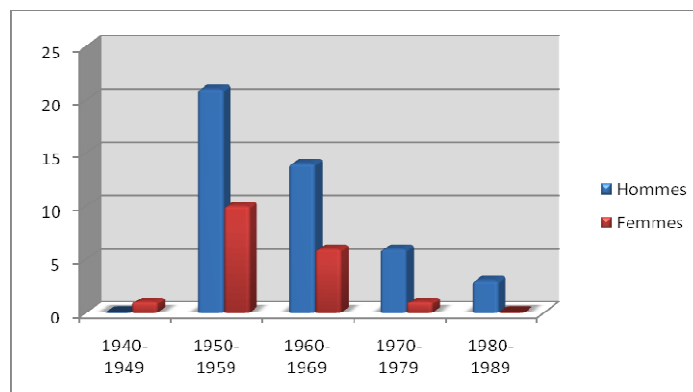
Sur les 64 salariés, il y a deux données manquantes concernant la date de naissance. Pour les 62 données recueillies, on retrouve 3 salariés nés dans les années 80, 7 dans les années 70, 20 entre 1960 et 1969, 31 dans les années 50 et 1 dans les années 40. Soit la moitié nés entre 1950 et 1959 alors qu'ils ne représentent que 10 % de la population active (INSEE, 2008 [89]). Cette répartition suit la même évolution pour les deux sexes.

2.4.2.1.— Effectifs des salariés ayant effectué un acte suicidaire selon le sexe et l'année de naissance

Tableau 6. **Effectifs des salariés ayant effectué un acte suicidaire selon le sexe et l'année de naissance**

Années de naissance	Hommes	Femmes
1940-1949	0	1
1950-1959	21	10
1960-1969	14	6
1970-1979	6	1
1980-1989	3	0

Figure 5. **Effectifs des salariés ayant effectué un acte suicidaire selon le sexe et l'année de naissance**



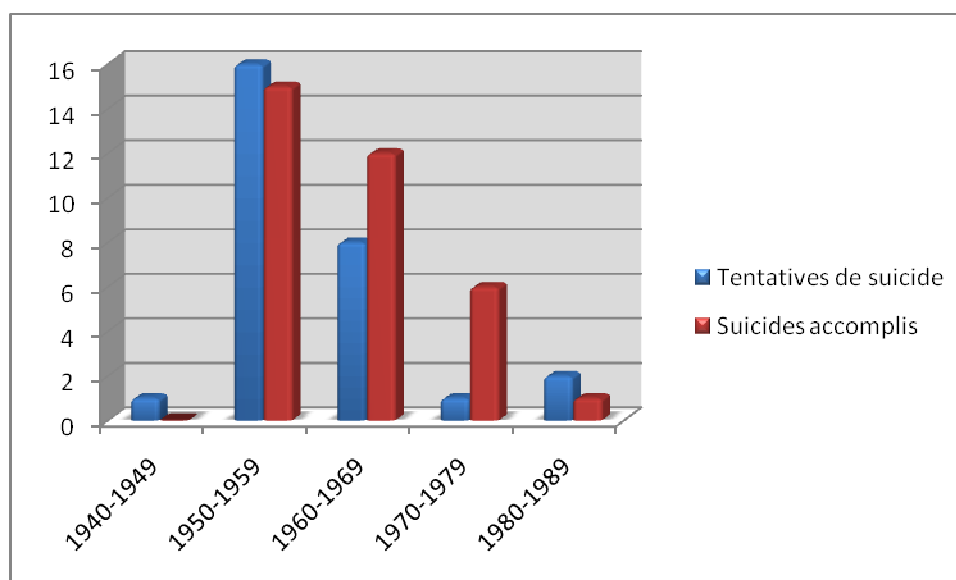
2.4.2.2.— Comparaison entre suicides accomplis et tentatives de suicide selon la tranche d'âge.

Sur les 31 suicidants nés entre 1950 et 1959, 15 sont décédés suite au passage à l'acte, alors qu'ils sont 12 sur 20 nés dans les années 60 à 69, 6 sur les 7 nés de 1970 à 1979 et un dans les années 1980 et l'unique salarié né dans les années 40 n'est pas décédé.

Tableau 7. **Comparaison entre suicides accomplis et tentatives de suicide selon la tranche d'âge.**

Année de naissance	Tentatives de suicide	Suicides accomplis
1940-1949	1	0
1950-1959	16	15
1960-1969	8	12
1970-1979	1	6
1980-1989	2	1

Figure 6. **Comparaison entre suicides accomplis et tentatives de suicide selon la tranche d'âge.**



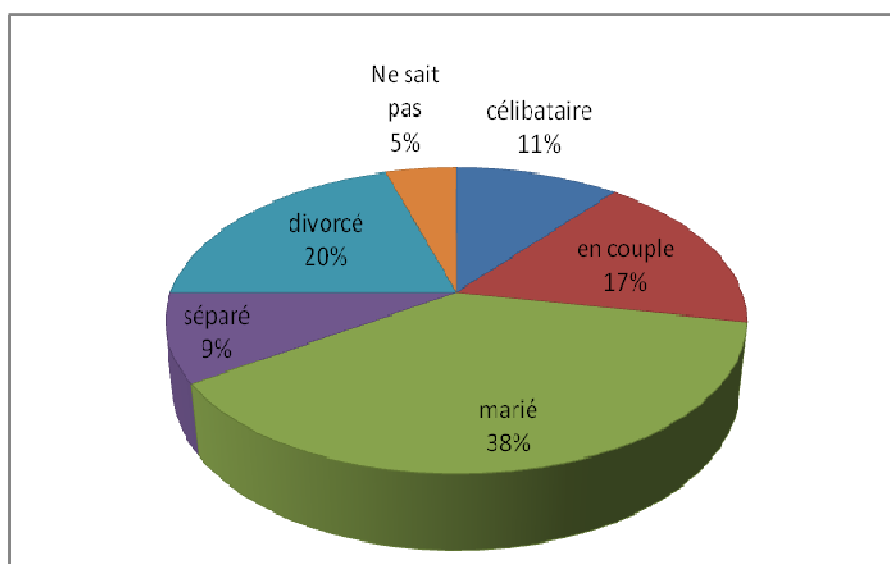
2.4.3.— Statut conjugal.

Au moment du passage à l'acte suicidaire, 24 salariés (soit 37,5%) étaient mariés, 7 étaient célibataires (10,9 %), 11 étaient en couple mais non mariés (17,2%), 6 étaient séparés (9,4%) et 13 divorcés soit 20,3%. Pour trois salariés, le statut marital n'est pas connu.

Tableau 8. Répartition des suicidants selon le statut conjugal

Statut Marital	Effectif	Taux (en %)
Célibataire	7	10,9
En couple	11	17,2
Marié	24	37,5
Séparé	6	9,4
Divorcé	13	20,3
Ne sait pas	3	4,7

Figure 7. Répartition selon le statut conjugal au moment du passage à l'acte



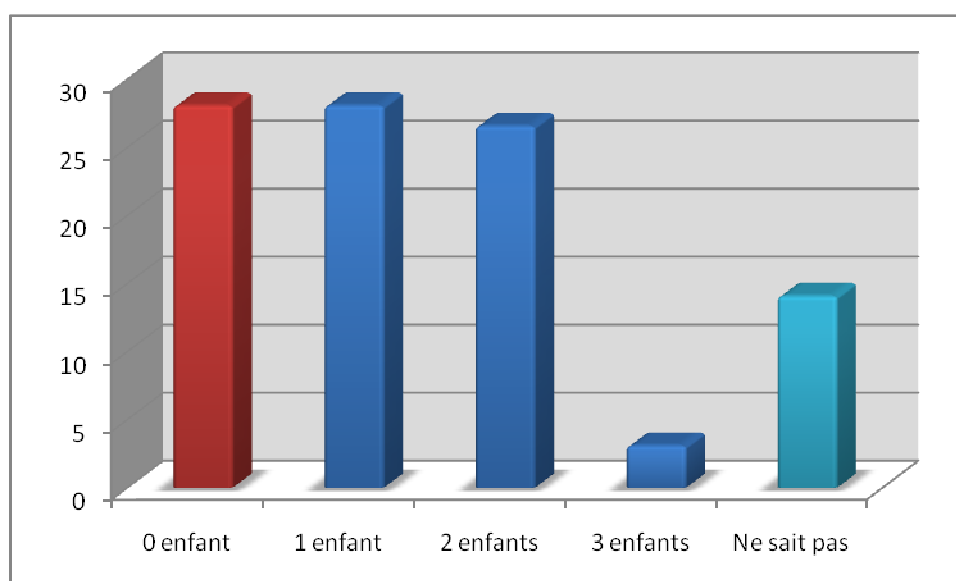
2.4.4.— Nombre d'enfants à charge au domicile du suicidant.

Dans plus de la moitié des cas (57,8%), le salarié avait encore des enfants à charge au domicile.

Tableau 9. Nombre d'enfants à charge au domicile du suicidant

Nombre enfants	Effectifs	Taux en %
0	18	28,1
1	18	28,1
2	17	26,6
3	2	3,1
Ne sait pas	9	14,1

Figure 8. Répartition du nombre d'enfants à charge du suicidant



2.5. Situation professionnelle du salarié au moment du passage à l'acte.

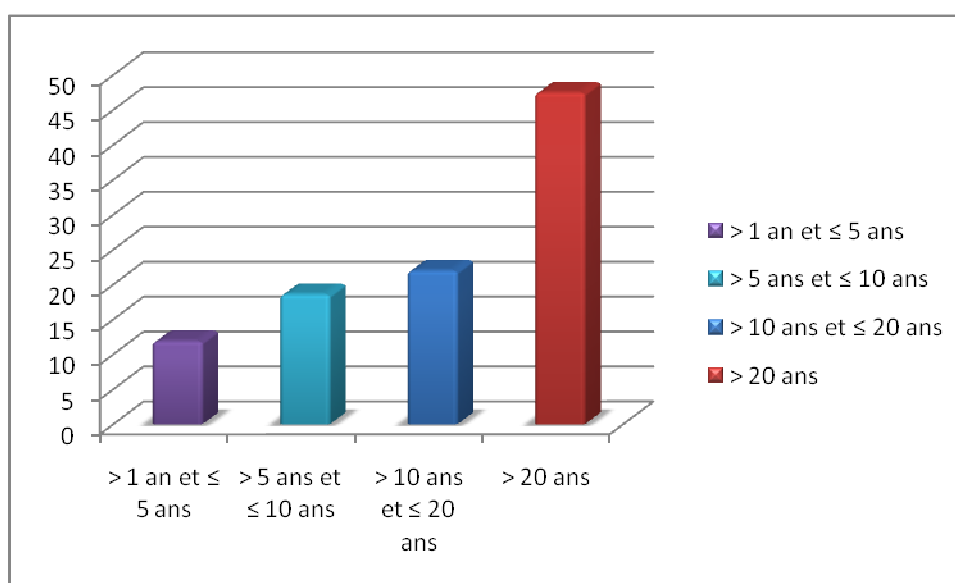
2.5.1.— Ancienneté du salarié dans l'entreprise.

Dans près de 90 % des cas, les suicidants ont plus de cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise (cinq données manquantes n'ont pas été comptabilisées dans l'effectif pour le calcul des pourcentages).

Tableau 10. Répartition selon ancienneté dans l'entreprise

Ancienneté	Effectifs	Taux (en %)
□ 1 an et ≤ 5 ans	7	11,9
□ 5 et ≤ 10 ans	11	18,6
□ 10 et ≤ 20 ans	13	22
□ 20 ans	28	47,5

Figure 9. Répartition selon ancienneté dans l'entreprise



2.5.2.— Catégorie socio-professionnelle (CSP) du suicidant.

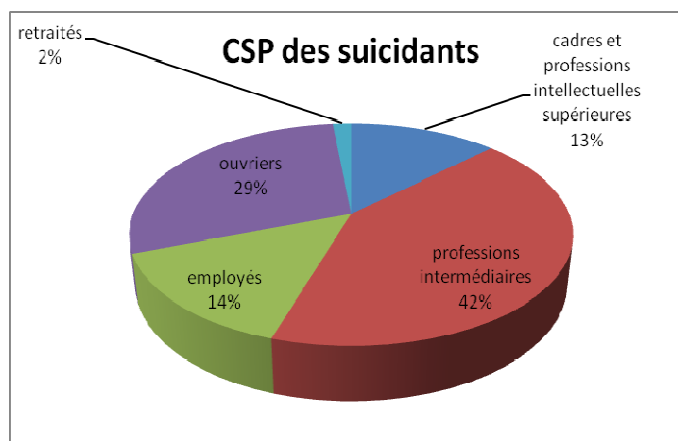
Les CSP sont celles fournies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). La catégorie des professions intermédiaires est la plus représentée (41,9%).

Selon l'INSEE, cette catégorie occupe une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ouvriers ou employés pour 2/3 de ses membres. Le tiers restant est considéré comme intermédiaire dans un sens plus figuré. Ces professionnels travaillent dans l'enseignement, la santé et le travail social; parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales. Plus de la moitié des membres du groupe ont désormais au moins le baccalauréat. Leur féminisation, assez variable, reste en particulier très limitée dans les professions techniques. [88]

En deuxième position, on retrouve les ouvriers (29%) puis en proportion quasi équivalente, les CSP « employés » et « cadres et professionnels intellectuelles supérieures » avec des taux respectifs de 14,5% et 12,9%.

Dans le questionnaire, un item prenait en compte la profession du suicidant mais l'échantillon étant de faible effectif, une analyse statistique n'était pas réalisable (48 professions différentes sur 64 cas rapportés), néanmoins les professions où l'on retrouve le plus de cas sont celles appartenant au médico-social avec 2 agents de service hospitalier, **6 aide-soignantes** (soit un cas sur dix), 2 infirmières, un ergothérapeute et une aide médico-psychologique (pratiquement 20% des cas recensés). Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature internationale. En seconde position, le secteur secondaire est le plus touché, avec à part égales, les salariés du Bâtiment et ceux travaillant dans le secteur Industrie des biens intermédiaires et ce, à hauteur de 10 % pour chacune de ces catégories.

Figure 10. Catégories socioprofessionnelles (CSP) des suicidants.



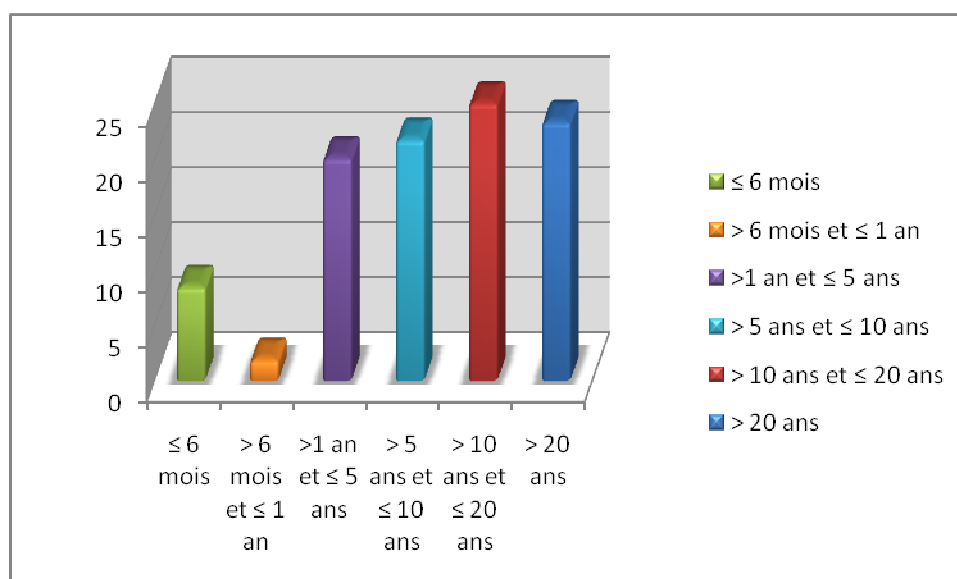
2.5.3.— Ancienneté au poste dans l'entreprise.

L'ancienneté au poste n'est pas superposable à l'ancienneté dans l'entreprise. En effet, la moitié des cas rapportés ont une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 20 ans alors qu'ils ne sont que 23,3% à être au même poste depuis la même durée.

Tableau 11. Répartition selon ancienneté au poste dans l'entreprise

Ancienneté au poste	Effectif	Taux (en %)
≤ 6 mois	5	8,3
□ 6 mois et ≤ 1 an	1	1,7
□ 1 an et ≤ 5 ans	12	20
□ 5ans et ≤ 10 ans	13	21,7
□ 10 ans et ≤ 20 ans	15	25
□ 20 ans	14	23,3

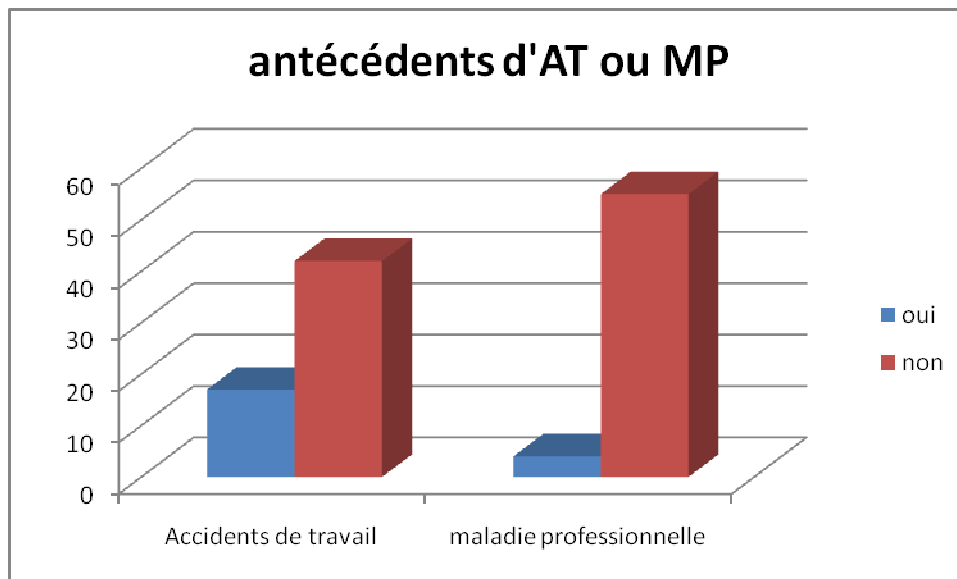
Figure 11. Répartition selon ancienneté au poste dans l'entreprise



2.5.4. Antécédents d'accidents du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP).

Un quart des salariés avait subi un antécédent d'accident du travail voire plusieurs avant le passage à l'acte, il s'agissait principalement de traumatismes du membre supérieur ou inférieur. Concernant les maladies professionnelles, il n'y avait que quatre cas signalés.

Figure 12. Antécédents d'accidents du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP)



2.6. Antécédents médicaux des suicidants.

2.6.1.— Antécédents somatiques.

Un tiers des salariés concernés avaient été hospitalisés pour une maladie somatique et le même pourcentage bénéficiait d'un traitement médicamenteux pour maladie chronique. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) semblent la pathologie la plus fréquemment rencontrée (13 cas) mais surtout sur ces 13 cas, six concernaient des salariés travaillant dans le sanitaire et social (4 aides soignantes, une infirmière et un agent de service hospitalier). Les autres pathologies proposées dans le questionnaire ne sont représentées que par des effectifs uniques ou de très petite taille et ne permettent pas d'analyse statistique.

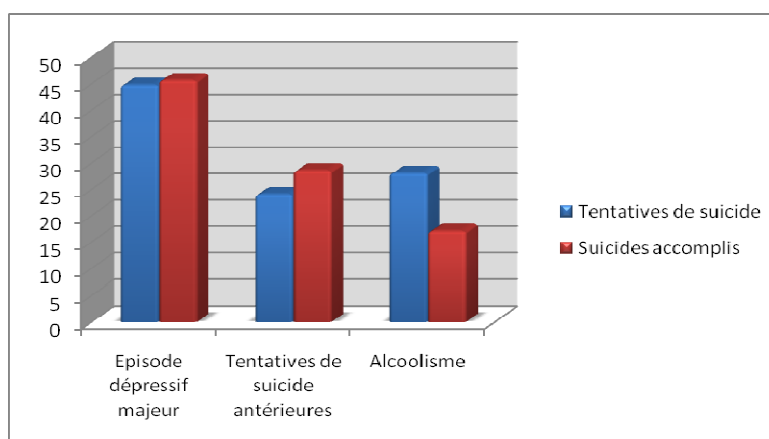
2.6.2.— Antécédents psychiatriques des salariés.

2.6.2.1.— Les antécédents significatifs.

Un quart des salariés (16 cas) ayant effectué un acte suicidaire avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, dont 9 sont décédés ensuite. Sur les 55 cas analysés (9 cas manquants), la moitié (29 cas) avait déjà présenté ou présentait un épisode dépressif majeur au moment du passage à l'acte, celui-ci était d'intensité sévère pour 19 cas. Les autres pathologies significatives retrouvées sont : la dépendance à l'alcool et également les tentatives de suicide antérieures pour un quart des salariés. Aucun antécédent n'était retrouvé pour 26 cas soit 40% de l'ensemble des suicidants.

Les répartitions des antécédents psychiatriques retrouvés chez les personnes ayant fait une tentative de suicide et ceux décédés par suicide sont superposables en ce qui concerne les épisodes dépressifs majeurs et les tentatives de suicide antérieures mais on retrouve plus d'antécédents d'éthylisme chronique chez les salariés non décédés (cf histogramme comparatif).

Figure 13. **Comparaison entre les antécédents psychiatriques des patients ayant fait une tentative de suicide et ceux décédés par suicide.**



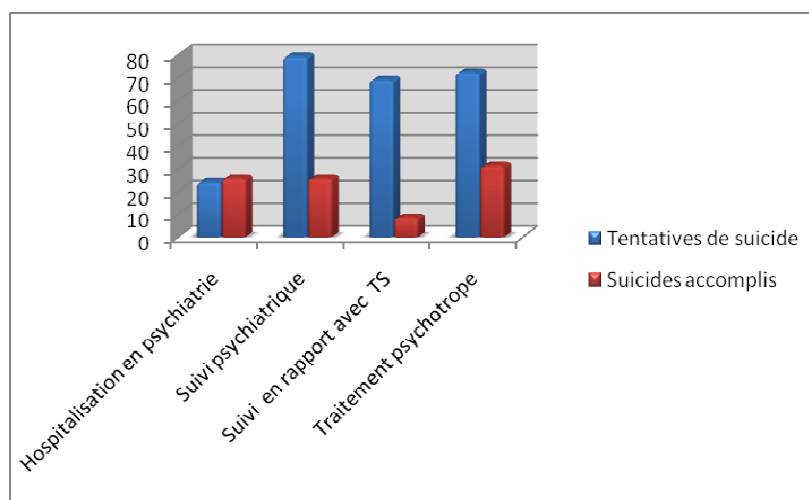
2.6.2.2.— Existence d'un suivi psychiatrique.

Sur 56 cas (8 données manquantes), 32 bénéficiaient, au moment du passage à l'acte, d'un suivi psychiatrique, soit plus de la moitié d'entre eux. Parmi les salariés décédés suite à l'acte, seulement 9 sur 35 (25,71%) bénéficiaient de ce suivi alors que pour les salariés non décédés, ils étaient 23 sur 29 (79,3%). Le motif de consultation étant pour 24 cas sur 32 (75%) une tentative de suicide antérieure et ce, majoritairement par les salariés dont la tentative de suicide n'a pas abouti au décès (21 cas sur 24 ou 87,5%). Pour les salariés décédés, seuls trois d'entre eux avaient consulté suite à une tentative de suicide antérieure.

2.6.2.3.— Prise d'un traitement psychotrope.

30 salariés sur 64 (46,87%) prenaient un traitement psychotrope au moment du passage à l'acte, il s'agissait majoritairement de traitement antidépresseur (escitalopram dans 20 % des cas) et/ou traitement par benzodiazépines (bromazepam pour 20% également). Pour 25% de l'ensemble des salariés ayant effectué un acte suicidaire, la prise d'un traitement médicamenteux n'était pas connue.

Figure 14. **Comparaison entre les effectifs des patients décédés ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique (antécédents, suivi, traitements) et ceux ayant bénéficié également d'un suivi mais non décédés.**

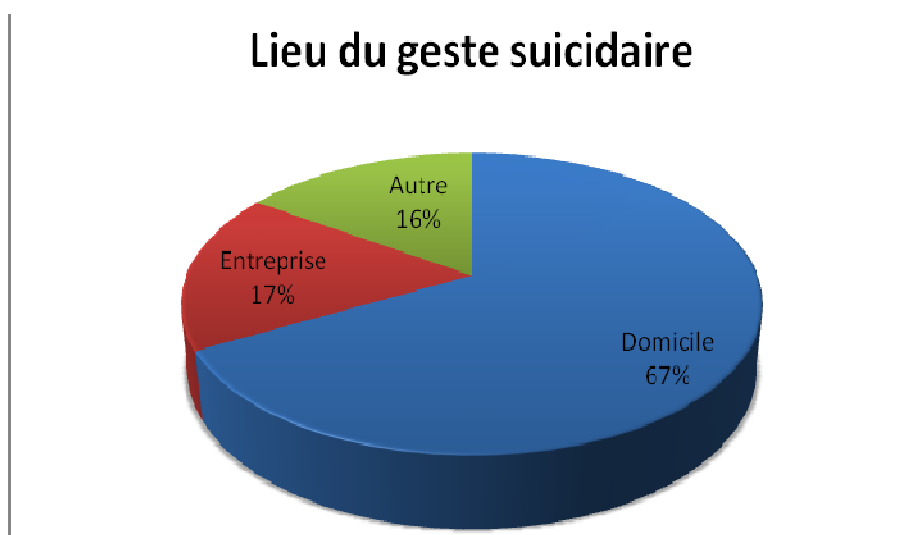


2.7. Données concernant le passage à l'acte.

2.7.1.— Lieu où s'est déroulé le passage à l'acte suicidaire.

Le passage à l'acte s'est déroulé pour la plupart des cas au domicile du salarié (67,2%), pour 17,2 % sur le lieu de travail et pour 15,6% dans un autre lieu (le plus souvent à l'extérieur : forêt, etc.).

Figure 15. Répartition des différents lieux où le passage à l'acte suicidaire a été réalisé



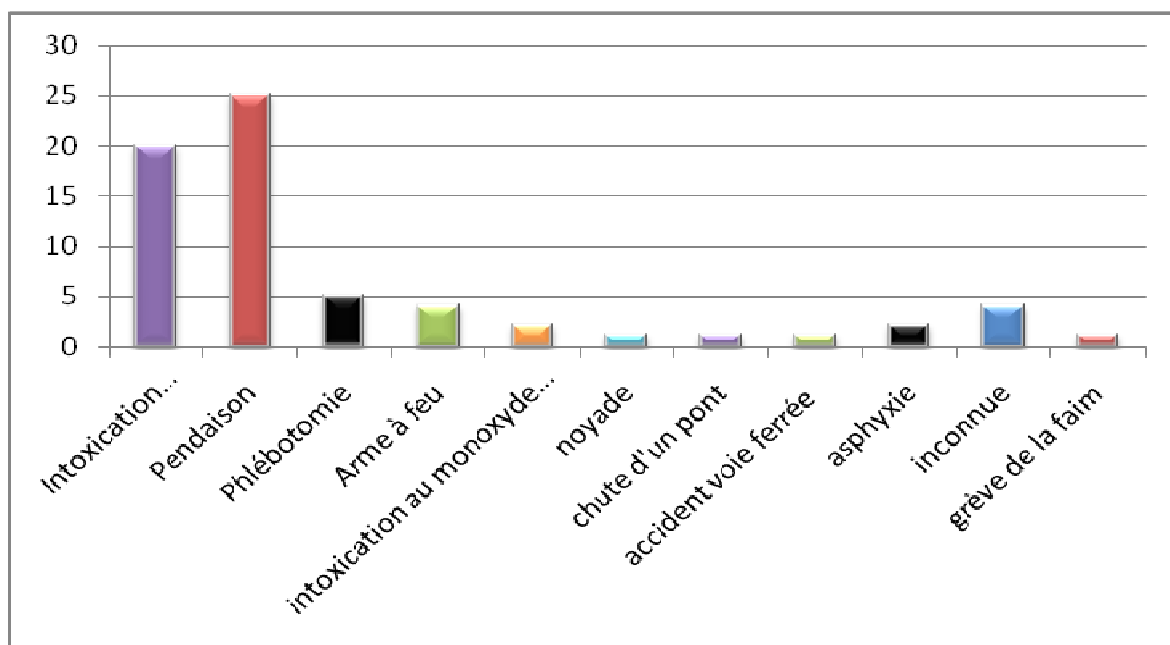
2.7.2.— Méthode employée.

2.7.2.1.— Les différentes méthodes employées.

Les deux méthodes les plus employées sont : l'intoxication médicamenteuse pour 31,25 % (20 cas) et la pendaison pour 39,7% (25 cas), les autres méthodes utilisées le sont de façon unique ou par un très faible effectif : ex : phlébotomie (7,81% ou 5 cas), arme à feu (6,25% ou 4 cas).

Figure 16. Répartition des différentes méthodes pour le passage à l'acte suicidaire

(n=64)



2.7.2.2.— Comparaison entre les méthodes utilisées chez les hommes et les femmes.

Tableau 12. Comparaison entre les méthodes utilisées chez les hommes et les femmes

METHODE EMPLOYEEE	Hommes en %	Femmes en %
IMV	24,4	42,1
Pendaison	44,44	26,3
Phlébotomie	6,66	10,52
Arme à feu	8,88	0
Intoxication au CO	4,44	0
Noyade	0	5,26
Chute d'un pont	0	5,26
Accident voie ferrée	0	5,26
Asphyxie	4,44	0
Grève de la faim	2,22	0
Inconnue	4,44	5,26

Les hommes utilisent préférentiellement la pendaison en même proportion que l'intoxication médicamenteuse volontaire chez les femmes. Pour les autres méthodes, les armes à feu ont seulement été utilisées par les hommes.

Figure 17. Les différentes méthodes utilisées chez les hommes

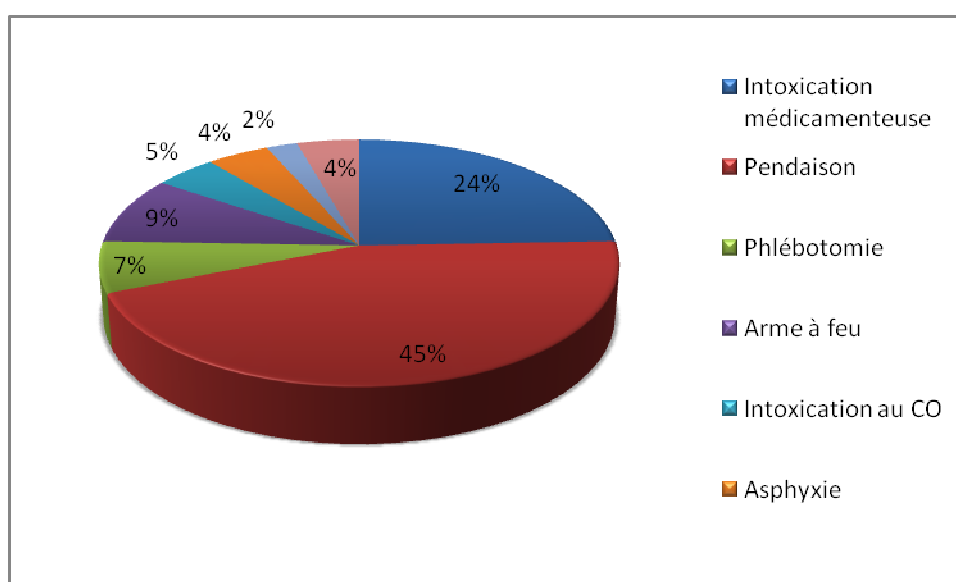
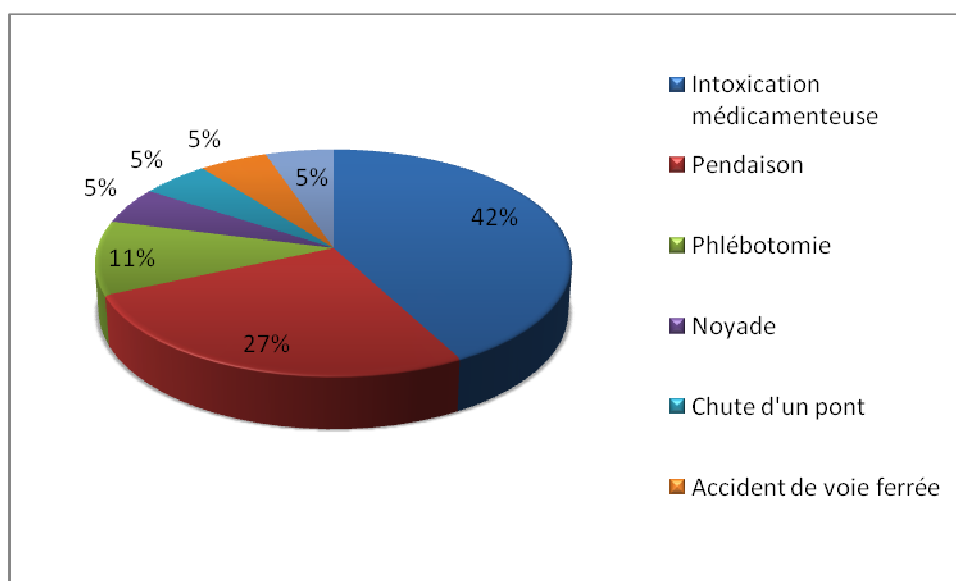


Figure 18. Les différentes méthodes utilisées chez les femmes



2.7.2.3.— Comparaison entre les méthodes utilisées lors des tentatives de suicides ou lors des suicides accomplis

Tableau 13. Comparaison entre les méthodes utilisées lors des tentatives de suicides ou lors des suicides accomplis

Méthode employée	Tentatives de suicide en %	Suicides accomplis en %
IMV	48,3	11,4
Pendaison	17,24	57,14
Phlébotomie	10,34	5,71
Arme à feu	0	11,43
Intoxication au CO	6,9	0
Noyade	0	2,86
Chute d'un pont	0	2,86
Accident voie ferrée	3,45	0
Asphyxie	6,9	0
Grève de la faim	3,45	0
Inconnue	3,45	0

La pendaison a été la méthode la plus utilisée par les salariés décédés suite au passage à l'acte, alors que pour les tentatives, les intoxications médicamenteuses volontaires sont les plus fréquentes.

Figure 19. Répartitions des méthodes utilisées lors des tentatives de suicide

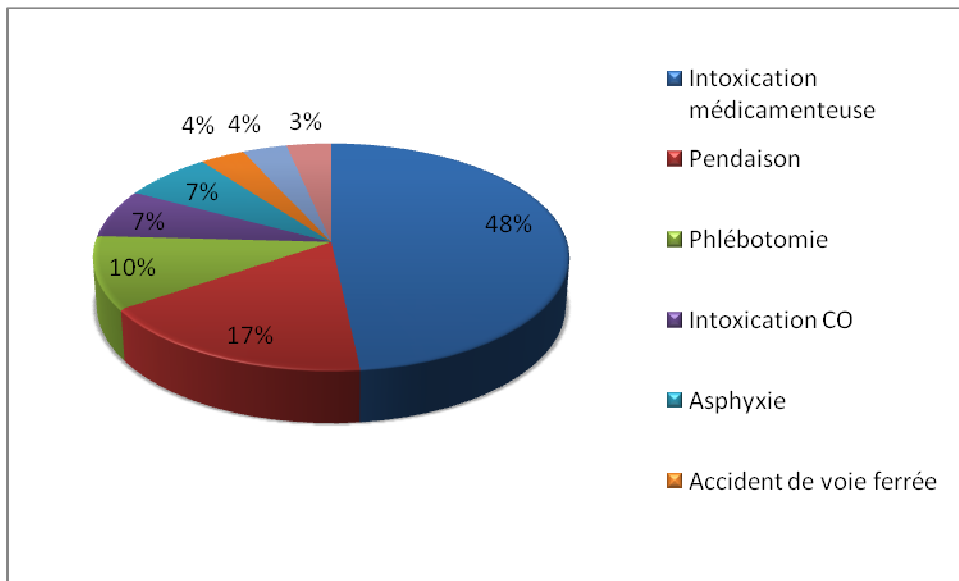
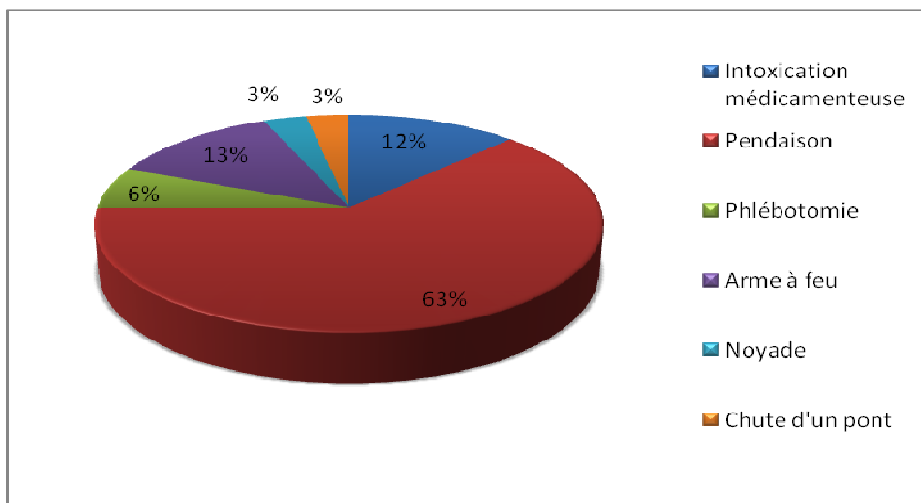


Figure 20. Répartitions des méthodes utilisées lors des suicides accomplis



2.7.3.— Message désignant le travail comme responsable.

10 personnes ont laissé un message désignant le travail comme responsable, néanmoins tous les actes ainsi désignés ne seraient pas liés au travail selon les médecins du travail répondants.

2.7.4.— Actes liés au travail selon le médecin du travail répondant.

2.7.4.1.— Nombres de passages à l'acte liés au travail

Le travail serait lié au passage à l'acte suicidaire dans plus de la moitié des cas (40 cas sur 64 soit 62,5%), pour 9,37 % des salariés concernés, le médecin répondant n'est pas parvenu à établir ou infirmer le lien entre les deux. Si ce lien était retrouvé par le médecin du Travail, il devait en donner le (ou les) motif(s) responsable(s) en fonction de trois catégories proposées (organisation de travail, conditions de travail ou relations de travail).

2.7.4.2.— Motif de lien entre acte suicidaire et travail.

Tableau 14. **Motif de lien entre acte et travail (n = 40) : (plusieurs réponses sont possibles)**

	Effectif
RELATIONS DE TRAVAIL	25
Pressions hiérarchiques et problèmes relationnels avec supérieurs	13
Problèmes relationnels avec collègues	6
Baisse notation, sanction disciplinaire	4
Accusé de harcèlement moral ou sexuel	2
ORGANISATION DE TRAVAIL	15
Changement de poste	8
Reclassement, licenciement , préretraite	4
Objectifs impossibles à atteindre, injonctions paradoxales	3
CONDITIONS DE TRAVAIL	10
Surcharge de travail	5
Ne pas parvenir à assumer les responsabilités du poste	3
Burn-out	1
Eloignement familial	1

Dans 12 cas sur 40, le travail est le seul motif retrouvé pour le passage à l'acte suicidaire selon ce qui est rapporté par les médecins du travail (aucun antécédent psychiatrique ou somatique, pas de facteur extraprofessionnel retrouvé).

2.4.7.3.— Facteurs extraprofessionnels.

Tableau 15. **Facteurs extraprofessionnels en lien avec le travail (n=38) : plusieurs réponses possibles**

	Effectif
Séparation divorce	12
Difficultés conjugales	11
Dettes, surendettement	7
Problèmes relationnels avec les descendants (toxicomanie, délinquance, handicap)	5
Alcoolisme	3
Solitude	3
Ne plus voir ses enfants	3
Suicide d'un proche	3
Décès autre que par suicide d'un proche	2
Problèmes relationnels avec les ascendants (éthylisme chronique)	2
Compagne toxicomane	1
Isolement social	1

Les facteurs extraprofessionnels ont parfois été cités comme seul élément ayant pu déclencher le passage à l'acte (15 cas sur 40), ils sont également très fréquemment cités, associés ou non, aux problèmes professionnels (38 cas sur 64). Les facteurs les plus souvent retrouvés sont les difficultés conjugales, les divorces ou séparation, les problèmes financiers et les difficultés relationnelles avec les descendants (enfant délinquant ou toxicomane, ou présentant un handicap ou d'importantes difficultés scolaires).

2.4.7.4. Entretien téléphonique avec les Médecins du Travail.

A l'issue de la réception des questionnaires, certains Médecins du Travail, notamment ceux ayant eu connaissance de plusieurs actes suicidaires dans le cadre de leur exercice

professionnel devaient être recontactés par téléphone. Il s'agissait de préciser les liens entre passage à l'acte et travail au travers de la subjectivité du Médecin du Travail mais également de recueillir son ressenti personnel face à cette situation dramatique. Cette étape n'a pas malheureusement pu être réalisée car le retour des questionnaires a été très nettement retardé par rapport à la date initiale prévue. Ces monographies pourraient faire l'objet de travaux futurs et semblent d'ailleurs nécessaires pour comprendre le phénomène, non du point de vue d'experts apportant une vision globale, mais par les acteurs de terrain au plus proche de celui-ci.

2.8. Actions de prévention réalisées dans l'entreprise concernée par le passage à l'acte.

2.8.1.— Préventions primaire et secondaire.

La question des risques psychosociaux avait été abordée avant le passage à l'acte dans 25 des entreprises concernées soit dans 39 % des cas, par le biais majoritairement de l'intervention des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (6 cas) mais également par la mise en place d'un observatoire du stress (2 cas). L'ensemble de ces mesures sont des démarches d'aides individuelles et ne font pas encore partie d'un consensus (par exemple : recommandation HAS).

2.8.2.— Prévention tertiaire.

Après le passage à l'acte, celui-ci a été abordé auprès des salariés dans 39% des cas également et ce, par différentes méthodes qu'elles soient collectives ou individuelles. La grande variété des techniques utilisées et le fait d'avoir recours dans 6 cas à une cellule d'écoute ou à une aide extérieure, montre la difficulté d'évoquer les risques psychosociaux et le suicide pour les différents acteurs de l'entreprise.

CHAPITRE 3

DISCUSSION

3.1. Justification de l'étude.

Ces dernières années, les médias évoquent régulièrement les suicides liés au travail et leur augmentation croissante. Pour illustrer leur propos, ils évoquent le chiffre de 300 à 400 suicides par an en France (estimation obtenue par extrapolation d'une des seules études réalisées en France, en Basse-Normandie et datant de 2003) [74]. S'agissant d'un enjeu de Santé Publique, au vu du coût engendré par le suicide (décès, handicap) pour l'entreprise et pour la Société, il semble nécessaire de multiplier les études descriptives afin d'établir, par le biais des données collectées, un vrai reflet épidémiologique de la Santé Mentale et du suicide lié au travail en France, et pouvoir ensuite mettre en place un plan de Veille Sanitaire. Par ailleurs, les hypothèses fournies par les résultats de ce type d'études, sont un préambule nécessaire à la réalisation d'études épidémiologiques analytiques recherchant statistiquement des liens de causalité entre suicide et travail. Il semble par ailleurs que ce recensement doit se faire avec la participation des Médecins du Travail, acteurs de prévention, bénéficiant d'un double regard concernant la santé du salarié et celle de l'entreprise et de leurs possibles dysfonctionnements.

Pour réaliser cette étude, nous avons observée la même méthodologie (type d'étude, durée) que pour l'étude réalisée en Basse-Normandie afin de pouvoir constater, même si aucun lien de causalité ne peut être déduit des enquêtes d'épidémiologie descriptive, si des résultats similaires sont observables entre les deux études et si ceux-ci sont en accord avec ceux de la littérature.

3.2. Atteinte de l'objectif principal.

Les résultats de l'étude sur le plan quantitatif, bien que minorés du fait d'un taux de participation d'environ 50% et de la méconnaissance de nombreux cas de passages à l'acte auto-agressif par le médecin du travail (notamment pour les tentatives de suicides), recensent 64 actes suicidaires ayant abouti pour 35 d'entre eux à un décès.

Une « population type » à risque de réalisation d'un acte suicidaire lié à des facteurs professionnels a pu être observée. Il s'agit d'hommes, nés dans la période 1950-1959 (50% des suicidants alors qu'ils représentent moins de 20 % des actifs de la région Lorraine [91]), salariés dans des entreprises du

tertiaire employant de 50 à 500 personnes, avec une ancienneté supérieure à 20 ans dans l'entreprise et appartenant à la catégorie socio-professionnelle des professions intermédiaires. Ils sont, pour la plupart, mariés ou en couple, et présentent au moment du passage à l'acte pour la moitié d'entre eux des antécédents psychiatriques, notamment un épisode dépressif majeur. Les problèmes professionnels les plus souvent relatés par les médecins du travail répondants, sont les difficultés relationnelles avec la hiérarchie et les collègues, les changements de postes ou une surcharge de travail. Ces difficultés sont, dans la plupart des cas, associées à des facteurs extraprofessionnels tels que les difficultés conjugales ou les problèmes financiers. Le passage à l'acte est réalisé majoritairement au domicile du suicidant soit par pendaison ou intoxication médicamenteuse volontaire.

D'autre part, une autre population a été observée, comme à risque d'acte suicidaire lié au travail. Ce sont des femmes, âgées de plus de 40 ans et salariées dans le secteur santé et social, elles mettent principalement en avant des difficultés relationnelles avec les collègues ou la hiérarchie, elles ont très souvent des difficultés familiales liées à une séparation ou un divorce et/ou des problèmes relatifs à l'éducation des enfants (enfant délinquant ou toxicomane) et semblent plus souvent confrontées à des pathologies de surcharges telles que les troubles musculo-squelettiques. Cette population est aussi retrouvée comme population à risque dans la littérature internationale. [167]

3.3. Biais.

3.3.1.— Biais de sélection.

3.3.1.1. — Biais de recrutement.

Le retour des questionnaires envoyés aux médecins s'est effectué sur la base du volontariat et non par tirage au sort, le recrutement concernant la population source n'est donc pas exhaustif et il est également non représentatif.

Par ailleurs, une des difficultés concernant le recrutement de l'échantillon, provient de l'intitulé-même de l'étude soit, le recueil des actes suicidaires « portés à la connaissance » des médecins du travail lorrains dans les effectifs salariés des entreprises dont ils s'occupent. Ces actes suicidaires sont connus pour les médecins travaillant dans un service autonome (service de santé au travail dévolu à une seule entreprise du fait d'un nombre d'employés important) ou dans les entreprises possédant un CHSCT (obligatoire pour toute entreprise de plus de 50 salariés) [86] étudiant régulièrement le nombre d'accidents de travail, de maladies professionnelles et d'autres données ayant une incidence sur la sécurité et la santé physique

et mentale des salariés, et ce, par obligation légale. Ce type de recueil n'existe pas pour les entreprises de faibles effectifs, souvent suivies par des médecins du travail employés par des services interentreprises (service de santé au travail financé par les cotisations de plusieurs entreprises). Dans ces entreprises, le médecin n'est généralement pas informé des actes suicidaires des salariés souvent passés sous silence (il peut en être informé si le salarié a bénéficié, suite au passage à l'acte suicidaire, d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à trois semaines. Dans ce cas, le salarié doit se rendre à une visite de reprise auprès de son médecin du travail, au plus tard dans les 8 jours suivant le retour à son poste. Durant cette rencontre, le passage à l'acte auto-agressif peut être abordé). [5]

Ces différences de gestions des données concernant les risques psychosociaux peuvent en partie expliquer le fait que les actes suicidaires recensés ont été réalisés dans presque 80 % des cas dans des entreprises de plus de 50 salariés.

3.3.1.2.— Biais de non-répondants.

133 médecins du travail ont répondu à l'enquête sur 245 au total, soit un taux de participation de 54 %. Une partie des non-répondants se justifie par le départ en retraite ou la mutation de certains médecins du travail lorrains pendant ou après la période d'étude (01/01/2006 au 31/12/2010), remplacés ou non par de nouveaux médecins n'ayant pas eu connaissance des cas de salariés suicidants.

Le mode de diffusion du questionnaire par courriel a également été un frein au retour de celui-ci par certains médecins qui, après appel téléphonique, reconnaissent, ne pas consulter régulièrement leur messagerie électronique ou ne pas savoir comment l'utiliser (le retour du questionnaire, si celui-ci avait été postérieurement envoyé par courrier, aurait malheureusement dépassé la date de clôture de saisie des données).

D'autre part, les médecins de prévention (médecins « du Travail » dans la fonction Publique d'Etat et territoriale : soit les fonctionnaires dépendants de l'Education Nationale, de la Justice, etc.) dont certains ont été joint par téléphone, expliquent avoir eu connaissance de tentatives de suicides dans leurs effectifs mais se retrouvent dans l'impossibilité de compléter le questionnaire car il n'existe pas encore, dans les Administrations, de recueil systématisé, leur permettant, a posteriori, d'obtenir les données nécessaires.

Il n'y a aucun moyen de savoir si l'état de santé des salariés faisant partie des entreprises suivies par les médecins du travail « non répondants » est identique ou non à l'état de santé des celui des médecins « répondants ».

Enfin, certains médecins, joints par téléphone, ont clairement exprimé ne pas avoir assez de temps pour répondre aux questionnaires du fait de leur importante charge de travail. Un seul d'entre d'eux a verbalisé la crainte que son employeur ne découvre qu'il avait participé, pensant que celui-ci prendrait des sanctions en raison du non-respect du secret médical (il a été rappelé à ce médecin que la diffusion des résultats serait anonymisé, mais il a préféré s'abstenir).

3.3.2.— Biais d'information.

Le relevé des données recueillies dans les questionnaires n'est pas exhaustif. Certaines données socio-démographiques telles que le statut conjugal ou le nombre d'enfants ainsi que les antécédents médicaux somatiques et psychiatriques sont fréquemment manquants, surtout lorsque les salariés sont décédés suite au passage à l'acte. Les données professionnelles, notamment relatives à l'entreprise, sont, elles, mieux renseignées.

3.3.2.1.— Biais de mémorisation.

Les médecins du travail, concernés par l'étude et contactés par téléphone, ont évoqué la difficulté de se remémorer rétrospectivement sur une période de 5 ans du nombre de passages à l'acte suicidaires qui ont été portés à leur connaissance que ce soit par le salarié lui-même lors d'une consultation antérieure au passage à l'acte ou postérieurement par sa famille, ses collègues ou le salarié lui-même. Cet obstacle concerne surtout les salariés pour lesquels la tentative de suicide n'a pas abouti à un décès, pour les autres, la portée de l'acte a généralement marqué leurs esprits de façon si importante que le souvenir des circonstances est resté mémorisé.

3.3.2.2.— Biais de subjectivité.

Le nombre de médecins répondants est relativement important (n=133) et une partie du questionnaire repose sur des items faisant uniquement appel à la subjectivité (questions ouvertes), notamment sur les liens de causalité entre travail et acte suicidaire ou les facteurs extraprofessionnels associés. L'analyse de ces données n'a pas pu être standardisée, du fait de termes utilisés trop nombreux et différents. Néanmoins, ces résultats ont été utilisés de façon descriptive pour mettre en évidence les causes (professionnelles et extraprofessionnelles) les plus fréquemment citées par les médecins et aussi pour illustrer certains cas particuliers. Ces données ont été retranscrites dans un masque de saisie Epidata® par un seul opérateur. Toutes les questions quantitatives ou fermées ont, quant à elles, bénéficié d'une analyse standardisée et reproductible.

3.4. Comparaison des résultats obtenus lors de l'enquête sur les suicides liés au travail réalisée en 2003 en Basse-Normandie avec ceux de l'étude lorraine.

Les études épidémiologiques descriptives transversales ne sont qu'un « instantané » d'une population à un moment donné et ne permettent pas d'établir de lien de causalité. Néanmoins, elles sont nécessaires pour établir un état des lieux de certaines caractéristiques des populations ainsi que la prévalence de certaines pathologies. Il semble important de comparer les données des deux populations observées au moment où les deux enquêtes ont été réalisées pour éliminer les différences dues aux disparités régionales plus que liées aux variations méthodologiques.

3.4.1.— Comparaison des données épidémiologiques du suicide et de l'emploi en Basse-Normandie et en Lorraine.

Afin de comparer les deux populations qui ont été observées à des périodes différentes (1998-2002 en Basse-Normandie) et (2006-2010 en Lorraine), les dates choisies durant les deux périodes sont celles des recensements de l'INSEE permettant de bénéficier de plus de données au sujet de l'emploi, les années retenues sont donc 1999 et 2008.

3.4.1.1.— Taux de suicide dans les deux régions.

Il existe une grande disparité entre les deux régions par rapport aux taux de suicides recensés que ce soit en 1999 ou en 2008. Même si le nombre de suicides sur le plan national a diminué depuis le début des années 2000, cette baisse ne s'est pas effectuée de façon similaire dans les différentes régions qui, par ailleurs, ne présentaient pas le même taux de suicides antérieurement.

La région Basse-Normandie comme l'ensemble des régions du Grand Ouest, selon les analyses du cepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm), est marquée par un taux de suicide supérieur à la moyenne nationale avec, en 1999, un taux brut de 23,4 décès par suicide pour 100 000 habitants (pour les deux sexes et toutes les classes d'âge confondues) contre 17,4 pour la France métropolitaine et en 2008, un taux de 20,3 pour 100 000 alors qu'il était de 16,6 au niveau national. Différentes théories ont été données pour expliquer ce phénomène : cf paragraphe 3.2.3 partie I.

La Lorraine, lors de la baisse du nombre de suicides entre les années 1990 et 2000, est la région où la diminution a été la plus importante avec - 44% de décès pour les deux sexes. En 1999, le taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants en Lorraine n'était que très légèrement supérieur au taux national (18,2 vs 17,4), en 2008, le taux a tendance à rester stable, l'écart se creusant avec le taux national qui continue à diminuer (17,9 vs 16,6).

En ce qui concerne les classes d'âge, les 45-54 ans sont ceux dont le taux de suicide par décès est le plus élevé dans les deux périodes (sauf en Basse-Normandie en 1999 où la classe des plus de 55 ans est très majoritairement supérieure, ne correspondant pas à l'évolution nationale), cette donnée, conforme à la moyenne nationale, est principalement expliquée par l'effet génération des baby-boomers (cf paragraphe 3.2.3 partie I).

Si l'on compare le taux de suicide entre ces deux régions françaises en 1999 et 2008 selon les classes d'âges concernées par l'emploi, on obtient des résultats tendant à s'homogénéiser avec le temps (23,4 vs 18,2 en 1999) contre (20,3 vs 17,9 en 2008), grâce à la diminution du nombre de suicides en Basse-Normandie, comme sur le plan national, alors qu'en Lorraine, après une très forte baisse dans les années 1990, le nombre est resté stable.

Néanmoins, ce taux n'est pas le même selon les départements, qu'ils soient plutôt à tendance rurale ou urbaine. En Lorraine, par exemple, dans la Meuse et les Vosges, départements où le secteur primaire et la ruralité sont encore très présents, on constate des

taux de décès de suicide semblables, voire supérieurs à ceux de la région Basse-Normandie. Ainsi pour la Meuse, on retrouve en 1999, un taux de 22,4 diminuant jusqu'à 20,1 en 2008 alors que les Vosges ont un taux relativement stable mais élevé de 23,9 en 1999 et 23,4 en 2008. Cette constatation est la même en Basse-Normandie où le département de l'Orne très rural et peu peuplé, est touché par les suicides de façon très importante (plus de 28% en 1999) alors que pour le département du Calvados, plus urbain, les taux sont similaires à ceux de la moyenne nationale. [35]

Figure 21. Comparaison des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants dans les classes d'âges concernées par l'emploi en 1999 (CépiDc, INSERM)

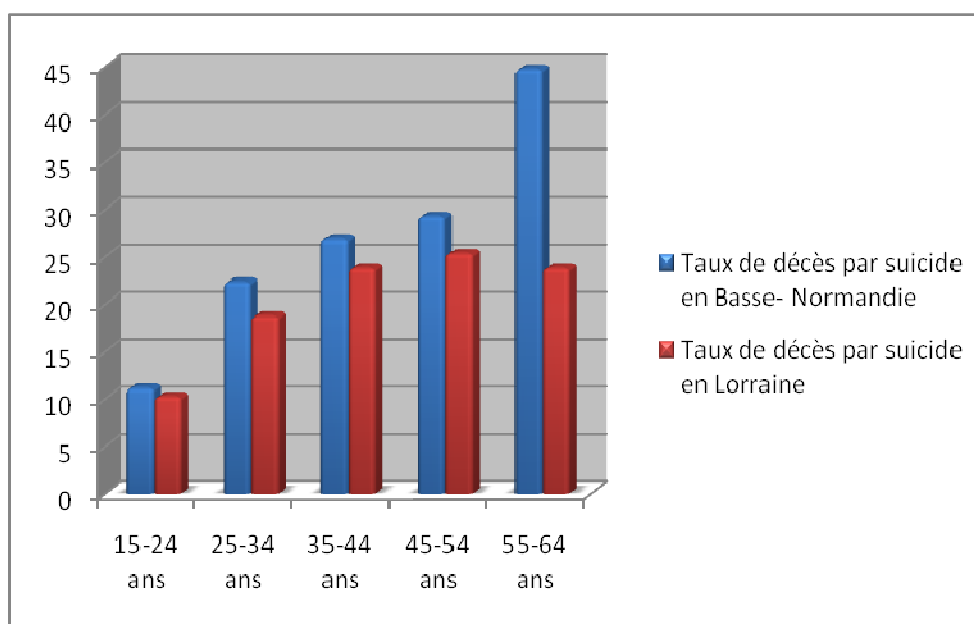
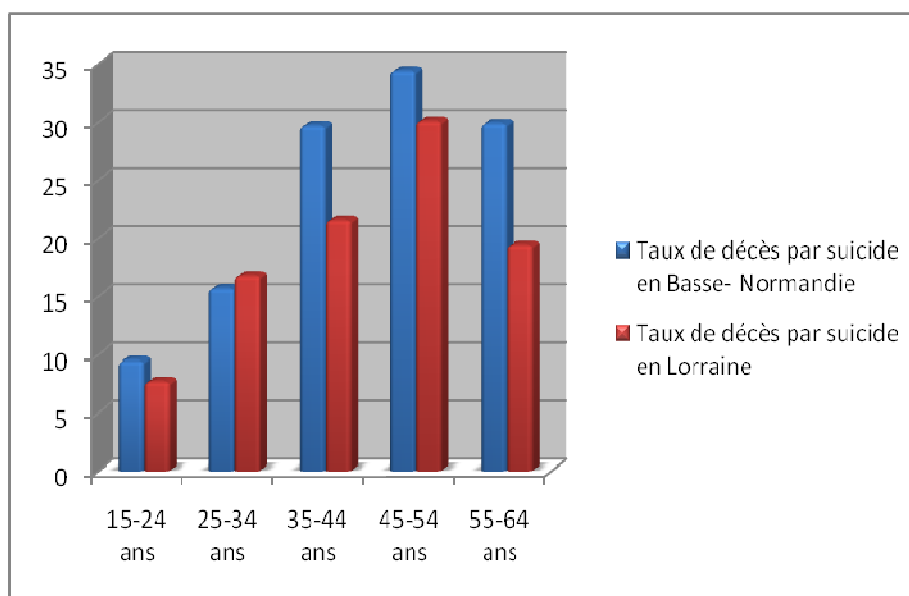


Figure 22. **Comparaison des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants dans les classes d'âge concernées par l'emploi en 2008 (CépiDc, Inserm)**



3.4.1.2.— Caractéristiques de l'emploi dans ces deux régions.

- L'emploi salarié.

Selon l'INSEE, en 1999, le taux d'emploi salarié dans les deux régions est, respectivement de 92,44% en Lorraine et de 88,1% en Basse-Normandie. Ce taux reste stable en Lorraine et augmente légèrement en Basse-Normandie en 2008 (89,1%).

- L'emploi selon le sexe et la tranche d'âge.

Entre 1999 et 2008, on observe une progression de la féminisation des emplois, surtout en Lorraine qui rattrape son retard par rapport à la moyenne nationale, en passant de 42,5 % à 45,8% en 10 ans (le pourcentage en France Métropolitaine est de 46,8% en 2008). La part des femmes en emploi en Basse-Normandie est plutôt représentative des chiffres nationaux (46,85% en 2008).

Les actifs ayant un emploi sont répartis en fonction de l'âge de façon similaire entre les deux régions, la différence réside entre les deux années de recensement où la part d'actifs âgés de 50 ans et plus, diminue passant d'environ 18% à 10%, alors que les 25-49 ans représentent 78% en 2008 contre 72% en 1999. Il n'y a pas de variation pour les 15-24 ans, participant à hauteur de 10% aux emplois. Cette baisse de la part des seniors dans la population active s'explique en partie par les différentes mesures politiques s'étant succédées dans les décennies précédentes afin de pallier aux difficultés rencontrées sur le marché du travail à partir des années 1970. Les pouvoirs publics ont ainsi favorisé les politiques de retrait précoce pour maintenir l'emploi des moins de 50 ans. Les dispositifs de préretraite des 60-64 ans instaurés dans les années 1970 se sont ensuite étendus aux 55- 59 ans dans les années 1980. L'ordonnance de 1982 (mise en place au 1er avril 1983) a fait passer l'âge légal de la retraite de 65 à 60 ans, ce qui explique la chute du taux d'activité des plus de 60 ans. Au cours des années 1990, les Dispenses de Recherche d'Emploi se sont progressivement substituées aux mesures de préretraite. [90] [91]

Figure 23. Répartition des actifs en emploi selon la classe d'âge dans les deux régions en 1999 (en %) (INSEE)

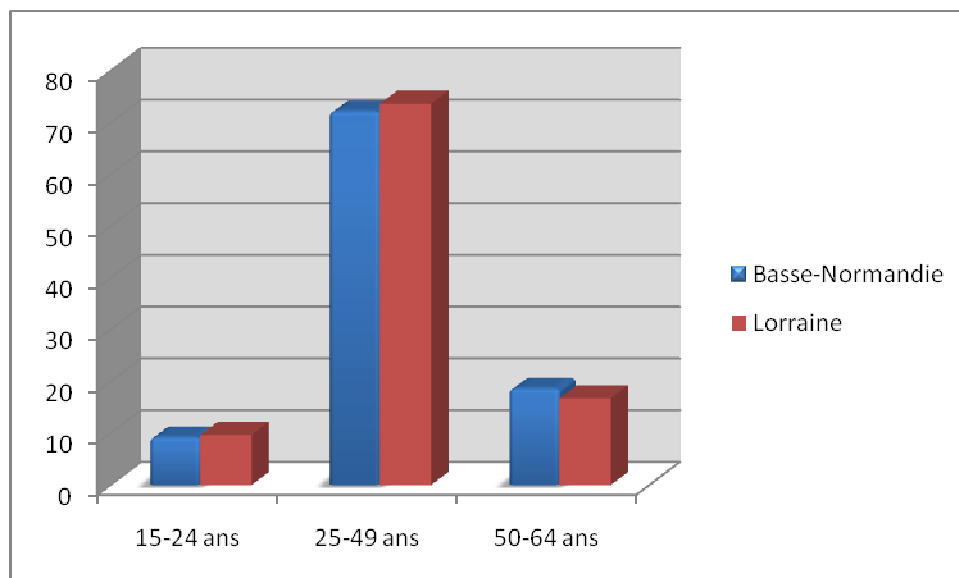
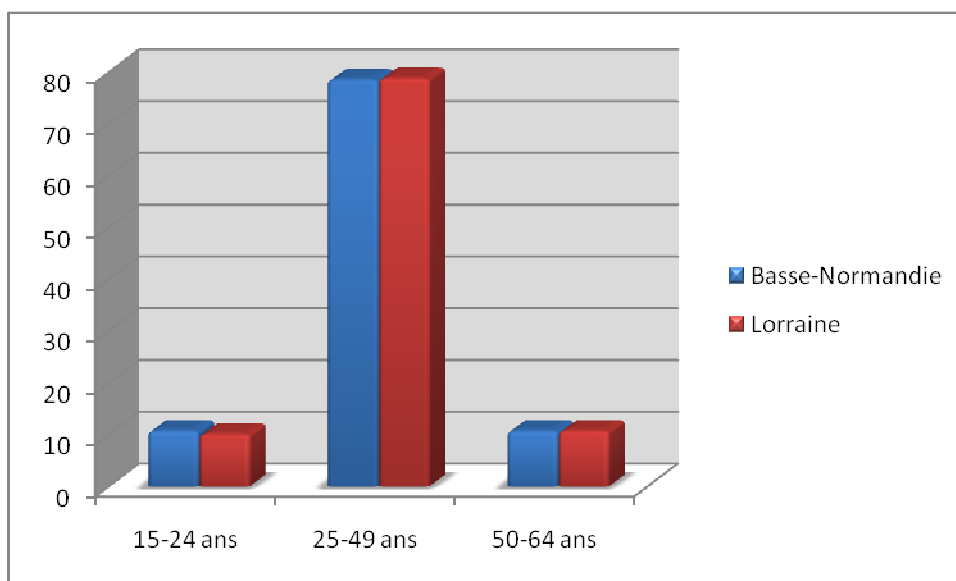


Figure 24. Répartition des actifs en emploi selon la classe d'âge dans les deux régions en 2008 (en %) (INSEE)



- L'emploi selon le secteur d'activité.

La tertiarisation se poursuit et ce, dans les deux régions, représentant en 2008, plus de 70 % des emplois, soit une augmentation de plus de 5% en 10 ans. Cette hausse s'est fait au détriment des secteurs agricoles et de l'industrie, le taux d'emploi dans la construction restant relativement stable.

La Basse-Normandie, malgré cette baisse du secteur agricole conserve un taux significativement plus élevé qu'au niveau national et qu'en Lorraine. [92] [93]

Figure 25. Répartition des emplois selon le secteur d'activité dans les deux régions en 1999 (INSEE) (en %)

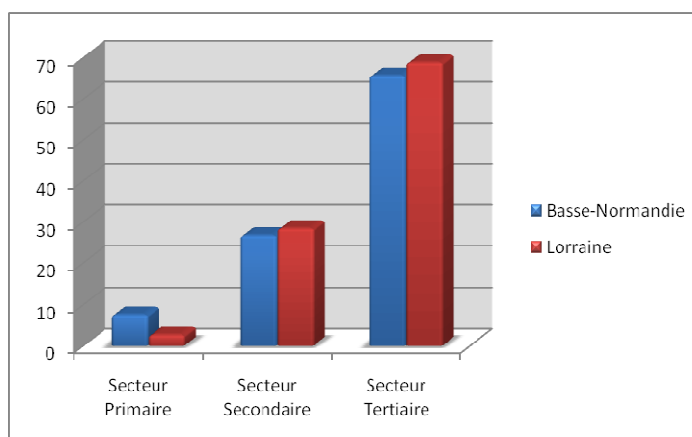
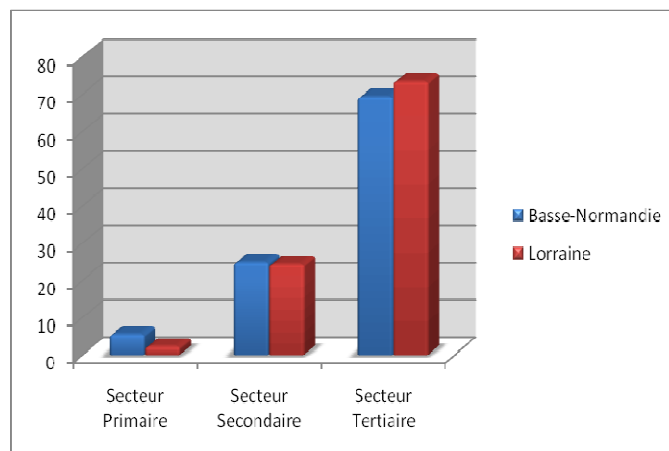


Figure 26. Répartition des emplois selon le secteur d'activité dans les deux régions en 2008
(INSEE) (en %)



- L'emploi selon la catégorie socioprofessionnelle.

Que ce soit en Lorraine ou en Basse-Normandie, une évolution des catégories socioprofessionnelles est constatée avec une augmentation des catégories intermédiaires et supérieures aux dépens des ouvriers, des agriculteurs exploitants, des artisans, des commerçants et des chefs d'entreprise. Ce changement est en lien avec la transformation de la répartition des secteurs d'activité et l'augmentation croissante du tertiaire. Les employés supplantent désormais les ouvriers. [92] [93]

Figure 27. Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle entre les deux régions en 1999 (en %) (INSEE)

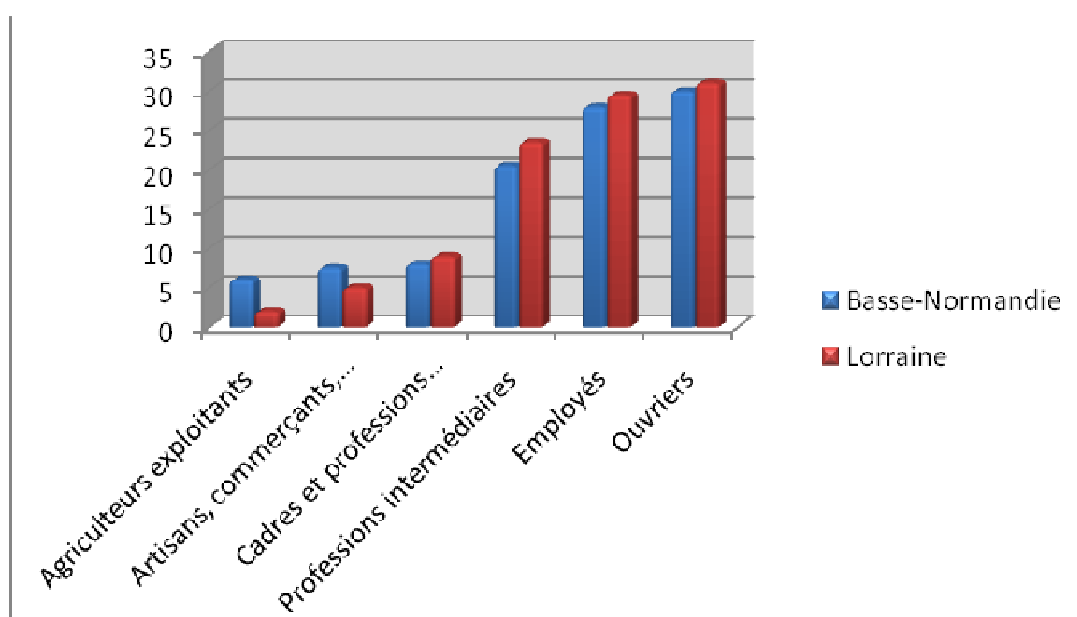
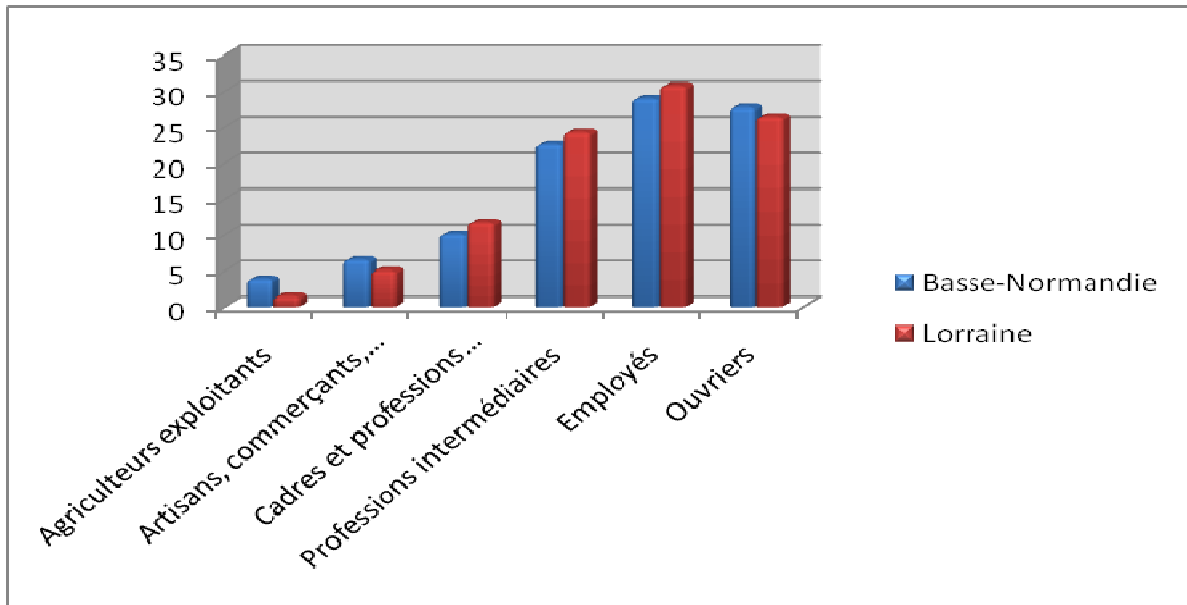


Figure 28. Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle entre les deux régions en 2008 (en %) (INSEE)



3.4.1.3.— Synthèse.

Les deux populations ne sont pas comparables, elles présentent des disparités, surtout lié au fait que les deux enquêtes n'aient pas été réalisées durant la même période. En effet, la Lorraine, en 1999 présentait un taux de décès par suicide assez proche de celui au niveau national, alors que pour la Basse-Normandie, ce taux était très supérieur. Le taux est resté relativement stable en Lorraine pendant qu'il diminuait en France et surtout en Basse-Normandie. Il en est de même pour l'emploi, la Basse-Normandie rattrape son retard par rapport aux mutations de l'économie nationale, d'une façon beaucoup plus rapide que la Lorraine. Les différentes données observées tendent à s'harmoniser alors qu'elles étaient sensiblement différentes dans les années 1990, secondairement à un héritage rural traditionnel très ancré en Basse-Normandie. Néanmoins, les données concernant l'emploi, si ce n'est au sujet des secteurs d'activité (présence plus importante du secteur primaire en Basse-Normandie), sont assez proches entre les deux régions que ce soit en 1999 ou en 2008. Le secteur agricole n'étant que peu représenté dans les emplois salariés et donc non concerné par le suivi par les médecins du travail, cette différence ne doit pas être considérée comme un biais majeur dans l'observation des inégalités ou des similitudes entre les deux échantillons.

3.4.2.— Comparaison entre les deux enquêtes.

3.4.2.1.— Taux de participation.

L'enquête basse-normande [74] a bénéficié d'un taux de participation de 94% contre 54,3% pour notre enquête et est, donc, plus représentative de la population. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour justifier cette différence :

- Enquête Basse-Normande intervenant au décours d'une surreprésentation des tentatives de suicides de salariés auprès des médecins du Travail (3 TS sur le lieu de travail ou à proximité signalées en quelques jours à l'Inspection Médicale du Travail en 2002 justifiant la réalisation de l'enquête).
- Questionnaire bas-normand (annexe 2) beaucoup plus succinct, ne contenant que 11 items sur 2 pages, avec une majorité de questions fermées demandant moins de temps pour répondre.

3.4.2.2.— Nombre d'actes suicidaires.

Le taux de passages à l'acte suicidaires déclarés par rapport à l'ensemble des médecins répondants est assez similaire dans les deux études, 29% en Basse-Normandie vs 27% en Lorraine, avec une moyenne de 0,48 acte suicidaire par médecin participant dans notre région vs 0,56.

Dans l'étude de 2003, la répartition des actes suicidaires par département reflétait leur répartition en nombre de salariés, alors qu'en Lorraine, le département des Vosges, marqué par le taux le plus bas de participation et par un nombre de salariés bien inférieur aux départements mosellan et meurthe-et-mosellan, représentait pratiquement un tiers des cas.

Il serait utile concernant ce département de savoir si cette différence est due à un taux réellement plus important d'actes suicidaires (conformément au taux plus élevé constaté en population générale par rapport aux autres départements lorrains) ou bien s'il ne s'agit que d'un biais de recrutement, à savoir que seuls les médecins confrontés à ce problème ont répondu. Néanmoins, la proportionnalité entre nombre de passage à l'acte suicidaires et nombre de salariés n'est pas non plus respectée dans les autres départements avec un nombre de passages à l'acte suicidaires plus importants en Meurthe-et-Moselle alors que le nombre de salariés y est bien inférieur qu'en Moselle.

3.4.2.3.— Tentatives de suicide et suicides accomplis.

Le nombre de suicides accomplis déclarés est plus important en Lorraine (avec en pourcentage : 54,7 vs 40%). Cette différence peut être due à une variation méthodologique. En effet dans l'étude réalisée par les Médecins Inspecteurs du Travail normands, le lien au travail reposait sur le fait que les salariés s'étaient confiés ou non à leur médecin du travail avant le passage à l'acte (il semble probable que les salariés s'étant confiés à ce sujet à leur médecin ont bénéficié d'une surveillance accrue avec le recueil des tentatives de suicide dont ils ont pu être victimes) alors que dans notre étude, le lien avec le travail était établi par les cas portés à la connaissance du médecin du travail par n'importe quel type d'informations (cela pouvait être antérieurement lors d'une consultation ou postérieurement par le témoignage des collègues de travail ou de la famille). Dans ce cas, certaines tentatives de suicide ont pu ne pas être signalées (honte du salarié à rapporter cet évènement) ou retenues, alors que les suicides accomplis, du fait de leur portée symbolique sont plus souvent rapportés (cf paragraphe biais de mémorisation).

3.4.2.4.— Données socio-démographiques des suicidants.

- Répartition selon le sexe :

Dans les deux études, les suicidants sont en grande majorité des hommes comme les résultats retrouvés en population générale. Les taux sont assez similaires dans les deux études, aux alentours de 70%.

- Selon la tranche d'âge :

La tranche d'âge la plus concernée dans l'étude normande est celle des 30-50 ans alors que dans la nôtre, il s'agit des plus de 50 ans. En fait, il s'agit de la même population étudiée 10 ans après (intervalle de temps entre la réalisation des deux études). Ceci semble confirmer l'effet générationnel constaté en France au sujet d'un taux de suicide plus important chez les jeunes « baby-boomers » (nés entre 1950 et 1960).

- Selon le statut marital et nombre d'enfants à charge :

Le statut marital et le nombre d'enfants à charge du suicidant n'a pas été étudié dans l'étude de 2003.

3.4.2.5.— Données concernant l'entreprise et les données professionnelles des suicidants.

- Effectif de l'entreprise :

Dans plus de 85% des cas et ce, dans les deux enquêtes, les entreprises concernées avaient des effectifs supérieurs à 10 salariés mais ce résultat est en grande partie liée à un biais de recrutement (cf paragraphe 3.3.1.1 partie II).

- Ancienneté dans l'entreprise :

L'ancienneté dans l'entreprise était supérieure à 5 ans pour plus de 70% des cas pour les salariés bas-normands et pour plus de 88 % des cas en Lorraine, cette ancienneté importante est aussi liée à l'âge du suicidant qui est majoritairement supérieur à 50 ans. Le fait d'avoir réalisé la majorité de son parcours professionnel dans la même entreprise ne semble pas être un facteur protecteur.

- Secteurs d'activités et professions concernés :

Les résultats sont similaires dans les deux enquêtes au sujet des professions et des secteurs les plus représentés, le secteur sanitaire et social est le premier avec plus d'un tiers des cas en Normandie et 20 % en Lorraine (où la profession la plus exposée est celle des aides-soignantes). En ce qui concerne, les médecins, souvent cités comme une population surreprésentée en terme de suicidalité dans la littérature internationale [80] [81], ils ne sont malheureusement pas suivis par la médecine du travail, nous ne possédons donc pas de données à leur sujet. En deuxième position, dans les deux études, on retrouve le secteur Industrie des biens intermédiaires pour 10 % et en Lorraine, un autre secteur arrive ex-aequo, celui de la Construction.

Concernant, les catégories socio-professionnelles, la faiblesse relative des échantillons ne permet pas leur analyse, d'autant que la représentativité de l'enquête vis à vis de la population active n'est pas assurée (cf biais de recrutement paragraphe 3.3.1.1 partie II).

Néanmoins, conformément aux données de la littérature [65], les suicidants avaient majoritairement un niveau socio-professionnel bas.

3.4.2.6.— Antécédents AT/MP des suicidants.

Ces données n'ont pas été analysées dans l'enquête normande. Dans la nôtre, les résultats obtenus ne sont pas réellement interprétables. La seule donnée objectivable est la suivante : la majorité des accidents de travail sont de courte durée (<15 jours) et secondaires à un traumatisme au niveau du membre inférieur ou supérieur.

3.4.2.7.— Antécédents médicaux des suicidants.

Sur le plan somatique, en Basse-Normandie, quatre cas de dégradation physique au cours d'une maladie chronique ont été signalés, aucun dans notre étude, où, seuls les troubles musculo-squelettiques ont été retrouvés en nombre plus important. Dans la moitié des cas, ils se sont manifestés chez des salariés appartenant au secteur sanitaire et social

Le nombre de patients souffrant d'un épisode dépressif majeur est supérieur à la moitié des cas dans l'enquête lorraine contre un tiers dans l'autre étude. Aucun cas de psychose n'a été retrouvé chez les salariés lorrains alors que 8 cas étaient recensés en 2003. L'éthylisme chronique est retrouvé dans de nombreux cas pour les deux études. Les tentatives de suicides antérieures n'ont pas été étudiées dans l'étude Basse-normande, elles sont présentes dans 20% des cas dans les antécédents psychiatriques des salariés lorrains. Mais, surtout, de façon similaire dans les deux études, aucun antécédent psychiatrique n'est rapporté par les médecins du travail pour 40% des salariés.

Il n'y a pas non plus de données concernant un suivi psychiatrique antérieur ni sur la prise de traitement psychotrope dans l'étude de 2003. Néanmoins les résultats retrouvés dans notre étude sont assez proches de ceux retrouvés dans l'étude de Foglia et Besse en 2001 en Bourgogne réalisée sur un mode prospectif (cf paragraphe 3.2.4.3 partieI). Dans cette étude, la moitié des salariés suicidants bénéficiait d'un traitement psychotrope au moment du passage à l'acte (même résultat qu'en Lorraine) et 40% avait un suivi auprès d'un psychiatre (50 % en Lorraine). [65]

3.4.2.8.— Comparaisons des données concernant le passage à l'acte suicidaire.

- Lieu du passage à l'acte.

Une fois sur cinq en Basse-Normandie et dans 17,5% des cas en Lorraine, le passage à l'acte s'est déroulé sur le lieu de travail, soit des résultats assez proches.

- Méthode utilisée.

Les moyens utilisés diffèrent selon les deux études, en Lorraine comme en France, la pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé (39%) alors qu'en Basse-Normandie, le moyen privilégié est l'intoxication médicamenteuse (50% des cas). Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que, dans l'étude normande par rapport à notre étude, on constate plus de tentatives que de suicides accomplis, où les moyens utilisés sont logiquement d'une létalité moindre (intoxication médicamenteuse, par exemple, due à une méconnaissance du potentiel toxique du produit) contrairement à la pendaison dont l'issue est souvent fatale.

3.4.2.9.— Lien avec le travail.

Il s'agit, pour les deux études, de la question centrale les justifiant. Il était explicitement demandé aux médecins du travail si les actes suicidaires portés à leur connaissance étaient ou non liés au travail. La réponse est positive dans la moitié des cas. Néanmoins, que ce soient les médecins normands ou lorrains (du moins ceux contactés par téléphone ou ayant laissé une note explicative avec le questionnaire), tous expriment leur difficulté pour répondre à cette question et aux suivantes concernant les motifs liés au travail faisant appel à leur subjectivité, soit parce que le salarié ne s'était pas exprimé à ce sujet et est décédé ou bien parce qu'il existe des facteurs extraprofessionnels qui leur semblent plus déterminants pour le passage à l'acte (antécédents psychiatriques, problèmes familiaux, divorce, etc...). Cependant, dans notre étude, 12 actes ne semblent liés qu'à des difficultés d'ordre professionnel (pression de la hiérarchie majoritairement), cette exclusivité n'est pas détaillée dans l'enquête basse-normande. Il serait intéressant pour ces 12 cas de réaliser des entretiens auprès du Médecin du Travail concerné afin de préciser quels sont les facteurs déterminants impliquant exclusivement le travail (cf paragraphe 2.4.7.4)

Les motifs les plus fréquemment rencontrés ne sont pas chiffrés dans l'enquête de 2003, il semble que les difficultés d'adaptation à de nouvelles techniques (contraintes liées au travail) mais surtout les contraintes organisationnelles (restructurations, mutations, déclassements...) soient responsables de la majorité des actes. L'analyse de ces motifs est différente dans notre étude, où les difficultés relationnelles avec les collègues ou la hiérarchie sont principalement citées. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude bourguignonne où 18 cas sur 25 seraient liés à ces mêmes motifs relationnels.

A noter que deux cas suspects de harcèlement moral ont été signalés dans l'étude normande alors qu'en Lorraine se sont deux personnes accusées de harcèlement (un pour harcèlement moral, un pour harcèlement sexuel) qui ont effectué un acte suicidaire.

3.4.2.10.— Actions de prévention réalisées.

La question de la réalisation dans l'entreprise, concernée par le passage à l'acte, d'actions de prévention primaire (c'est-à-dire réalisée avant le passage à l'acte) n'a pas été demandée dans l'enquête normande.

Pour la prévention tertiaire (après le passage à l'acte), on ne connaît pas la proportion de médecins normands ayant participé à ce type de démarches, cependant, dans l'enquête, un certain nombre d'entre eux ont répondu de façon qualitative aux interventions réalisées. Celles-ci sont, comme en Lorraine, effectuées sans réel consensus, chaque médecin du travail et chaque entreprise ayant mis en place des modalités différentes, selon leurs attentes et les conséquences suscitées par le passage à l'acte. La plus fréquente est la mise en place de cellules d'écoute psychologique pour les collègues du suicidant les plus touchés émotionnellement.

3.4.3. —Synthèse des différents résultats.

3.4.3.1.— Données socio-démographiques étudiées conformes à celle de la population générale vis-à-vis du suicide.

Certaines des données socio-démographiques sont retrouvées similaires dans les deux études, comme la proportion hommes-femmes (70% vs 30%) sur l'ensemble des suicidants

ou la tranche d'âge (50-59 ans en 2008) la plus concernée par le passage à l'acte suicidaire mais il s'agit surtout du reflet des données sur le suicide dans la population générale que ce soit en Lorraine ou en Basse-Normandie et également en France métropolitaine.

3.4.3.2.— Lien avec le travail :

Le lien avec le travail est évoqué par les médecins du travail dans plus de la moitié des cas mais à des niveaux d'implication différents :

- Soit le salarié présente des antécédents psychiatriques sans lien avec le travail (dépression, éthyliste chronique ou autre...) et, son activité professionnelle, du fait de sa forte demande en terme d'investissement psychologique, est vécue comme une contrainte et favorise la décompensation de sa pathologie mentale.
- Soit le travail est le seul lien jugé comme responsable selon le médecin du travail (30% des cas évoqués dans notre étude), les facteurs pathogènes les plus souvent retrouvés sont les situations de conflits avec les collègues ou la hiérarchie ou les restructurations dans l'organisation entraînant des changements de postes ou des licenciements.
- Soit, et ce, dans la majorité des cas, on constate une intrication de facteurs de risques avec la présence de difficultés extraprofessionnelles, souvent conjugales ou concernant les enfants, ainsi que des antécédents psychiatriques et des problèmes professionnels, comme si aucune des sphères dans lesquelles le sujet s'était investi, n'était plus perçue comme protectrice mais apportait chacune son lot de souffrance supplémentaire.

3.4.3.3.— Secteur d'activité, niveau socio-professionnel et risque de passage à l'acte suicidaire.

Les populations semblant le plus à risque de décompensation psychique et à fortiori de réalisation d'un acte suicidaire, selon le secteur d'activité et le niveau socio-professionnel,

sont les populations du secteur sanitaire et social et celles du secteur industriel, avec en majorité un niveau socio-professionnel peu élevé.

3.4.3.4.— Santé mentale, travail et risque suicidaire :

Un effet travailleur sain est décrit dans la littérature [38] (cf paragraphe 2.3 Partie I), néanmoins un certain nombre de travailleurs semblent présenter des troubles psychiques qu'ils soient ou non liés au travail. Cette population semble surreprésentée dans les deux études où plus d'un tiers des salariés présentait un syndrome dépressif au moment du passage à l'acte alors que le taux d'épisodes dépressifs par rapport à la population générale était de 7,5% (baromètre santé 2005).

D'autre part, la moitié des suicidants de notre étude (pas de données dans l'étude normande) prenaient un traitement psychotrope, taux très supérieur à la consommation de ces médicaments dans l'ensemble de la population en emploi (10% selon l'étude réalisée par Amphoux). [7]

3.4.3.5.— Motif du passage à l'acte suicidaire lié au travail :

Dans la plupart des cas et pour les deux études, ce n'est pas la surcharge de travail qui est mise en cause mais plutôt les difficultés relationnelles avec les collègues et/ ou la hiérarchie ou encore les changements organisationnels comprenant les restructurations, les changements de postes, les reclassements... Dans notre étude, pour 25 sur 40 actes pour lesquels un lien avec le travail a été établi, ce qui paraît primordial c'est l'isolement et la perte des repères que le salarié subit. Le rapport à autrui est rompu provoquant, comme Desjours le décrit, une Crise Identitaire pouvant décompenser sous la forme d'une aliénation sociale(cf paragraphe 1.1.2.4). [50]

3.4.4.— Etudes à réaliser secondairement aux résultats décrits en vue d'actions de prévention .

3.4.4.1.— Rôle du Médecin du travail.

Le médecin du travail est l'élément central devant être retenu pour la réalisation d'études futures. En effet, il occupe une place particulière au sein de l'entreprise, lui conférant en plus

de la connaissance de l'état de santé de chacun des salariés dont il s'occupe, une vision globale des possibles dysfonctionnements qu'ils soient organisationnels ou humains auxquels est confrontée l'entreprise. Il est, de par son rôle, à l'interface entre employeur et salariés et participe par son rôle de conseil aux orientations que pourra prendre l'entreprise, notamment celles concernant la prévention en étant membre des CHSCT [86]. Il peut, par ce biais proposer des démarches de prévention.

Son action concerne la plupart des travailleurs en France puisqu'environ 90% de la population active est salariée.

Il est, par ailleurs, le seul professionnel de l'entreprise pouvant se mettre en lien avec d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres...) prenant en charge les salariés présentant une souffrance morale. Ce lien ne pouvant s'établir qu'avec l'accord préalable du salarié concerné.

3.4.4.2.— Etudes réalisables pour des actions de prévention primaire.

Une des premières étapes à la mise en place de démarches de prévention primaire est d'établir un prédiagnostic en mettant à jour des indicateurs d'alerte, qui sont principalement concernant le suicide lié au travail : les antécédents psychiatriques et surtout la présence d'un syndrome dépressif du salarié mais aussi les organisations de travail pathogènes.

- Dépistage des salariés dépressifs et/ou suicidaires par le médecin du travail.

Dans un premier temps, toute consultation à la demande du salarié, doit pousser le médecin du travail à rechercher la cause profonde de cette demande. En effet, par exemple, des salariés mettant en avant une plainte somatique telle que les troubles musculo-squelettiques (pathologies de surcharge) sont souvent confrontés, en plus d'une atteinte physique, à une atteinte du fonctionnement psychique [50] parfois en lien avec une souffrance au travail que le médecin doit objectiver.

Le dépistage systématique lors des visites d'embauches ou lors des visites systématiques semblent plus difficilement réalisable au vu de la conjoncture socio-économique actuelle et du faible taux d'emploi. Le salarié aura alors tendance à montrer son meilleur profil pour ne pas mettre en péril son emploi et

passera sous silence ses éventuelles faiblesses qu'elles soient physiques ou psychologiques.

Une méthode plus adaptée serait celle de l'autoquestionnaire anonymisé. Il s'agirait pour le médecin du travail de distribuer à l'ensemble des salariés dont il a la charge, un questionnaire standardisé comme par exemple une des échelles de Beck, soit celle concernant la dépression (BDI : Beck Depression Inventory) ou celle se rattachant plus spécifiquement au risque suicidaire, l'échelle de désespoir (Hopelessness Scale) (cf paragraphe 1.3.5.2 partie I) [21] que le patient pourrait remplir seul, de façon anonyme et qu'il retournerait ensuite à l'attention du médecin du travail. La cotation de ces échelles et les résultats attendus en fonction des réponses aux items seraient également fournis au salarié pour qu'il puisse, si un syndrome dépressif ou un sentiment de désespoir est objectivé, contacter, un professionnel en santé mentale, dont les coordonnées auront été fournies avec le questionnaire. Un nombre de dépressions important à l'issue du retour de l'ensemble des questionnaires d'une même entreprise doit faire rechercher un dysfonctionnement organisationnel au sein de cette même entreprise.

- Recherche d'indicateurs de dysfonctionnement organisationnel.

Les indicateurs objectifs de dysfonctionnement organisationnel ont été décrits au paragraphe 2.4 de la partie I. Ces données sont normalement connues par le médecin du travail qui peut les présenter au CHSCT lors de son rapport annuel (obligation légale selon l'article R 241-33 du Code du Travail) [86]

Des approches plus complètes existent, certaines en passant par le recours à une démarche quantitative s'appuyant sur des échelles validées (échelles élaborées de Karasek enrichi du modèle de Siegrist) [102] ou d'autres encore, tels que, l'OMP® ou Observatoire médico-psychosocial développé par l'équipe du Centre Valeatis (Centre d'Ingénierie psychosociale). Il s'agit d'un dispositif stratégique qui vise à recueillir, de façon continue, des informations sur le vécu de l'ensemble des salariés quant à leurs conditions de travail et l'impact de ces conditions sur leur santé physique et mentale.

S'appuyant sur un seul et même outil d'évaluation, le graphe médico-psychosocial, celui-ci évite de recourir pour chaque variable à une échelle ou à un questionnaire spécifique. Chaque dimension est évaluée sur une échelle

analogique à six niveaux présentée sous la forme d'un graphique en radar. La cotation est la suivante :

Plus l'évaluation est centrale, plus le salarié signifie que cette dimension est mal vécue pour lui alors qu'une évaluation périphérique signe un aspect positif.

Ces données sont informatisées et plusieurs entités sont invitées à le consulter régulièrement : le salarié, qui à des temps préalablement définis, doit effectuer une évaluation au temps t de ses conditions de travail, le médecin du travail pour avoir accès aux données et la société extérieure effectuant le traitement statistique.

Le traitement statistique des données permet la production périodique d'état des lieux, qui doit être rapporté ensuite aux salariés. Il est également prévu un système de vigilance (alerte si l'ensemble des salariés ou un groupe de salariés ont des évaluations trop critiques). [40]

3.4.4.3.— Etudes réalisables pour des actions de prévention secondaire et tertiaire.

La prévention secondaire est le plus souvent réalisée par la prise en charge psychiatrique. Il serait intéressant d'établir le type de suivi dont ont bénéficié chacun des salariés ayant effectué un acte suicidaire n'ayant pas abouti à un décès (suivi psychiatrique ou non, mise en place d'un traitement, prise en charge aiguë hospitalière ou ambulatoire).

La prévention tertiaire consiste surtout à prévenir la récurrence de l'acte suicidaire chez le suicidant (surtout que nombre d'entre eux avaient déjà effectué une tentative de suicide antérieure) et éviter la propagation du phénomène aux autres salariés en mettant en place un suivi psychologique et en tentant d'éliminer les dysfonctionnements professionnels jugés comme possiblement responsables de la souffrance au travail et du passage à l'acte.

Plusieurs axes d'études peuvent être ici également proposés, qu'il s'agisse de l'étude à long terme du suivi des salariés ayant effectué un acte suicidaire pour observer leur évolution psychique en fonction de la mise en place d'un suivi psychiatrique mais aussi de celle de l'aménagement des conditions de travail à leur poste, voire de l'amélioration des conditions de travail de toute l'entreprise. Ou encore, en effectuant une étude longitudinale prospective sur l'état de santé mental des salariés soumis aux mêmes contraintes que le suicidant.

CONCLUSION

Les récentes mutations du contexte socio-économique et l'avènement de nouvelles politiques de gestion et d'organisation des entreprises ont opéré un changement du sens que les salariés donnent à leur travail.

Ces techniques managériales agressives, peuvent faire le lit de décompensation psychologique chez des individus déjà fragilisés sur un plan psychiatrique ou par des événements de vie difficiles (divorces, deuils...) ou bien être directement responsables de l'apparition d'une souffrance morale intense pouvant conduire au suicide qui en est le stade ultime (40% des salariés n'avaient aucun antécédent connu au moment du passage à l'acte selon notre étude). Il s'agit d'un enjeu de Santé Publique au vu des répercussions économiques importantes pour l'entreprise concernée et la Sécurité Sociale et des répercussions émotionnelles pour les proches (famille, collègues) du suicidant, surtout depuis l'arrêt du 22 février 2007 de la Cour de Cassation reconnaissant en accident de travail les actes suicidaires pour lesquels l'imputabilité du travail est établie.

Même si les résultats de l'étude que nous avons présentée ne peuvent, du fait du type d'étude choisi, (étude épidémiologique descriptive) établir de lien de causalité statistique entre ces dysfonctionnements organisationnels et leur impact sur la santé mentale des travailleurs fragilisés ou non, ils mettent néanmoins en évidence la présence d'un nombre important de passages à l'acte suicidaires dus au moins en partie au facteur travail. Ainsi, dans notre étude, 65 actes suicidaires ont été recensés, 29 tentatives de suicides et 35 suicides accomplis, ce qui donne une moyenne de 0,48 acte par médecin du travail répondant sur un total de 133 médecins participants. Ce chiffre est, par ailleurs, assez proche de celui retrouvé en 2003, en Basse-Normandie de 0,56 actes par médecin.

Notre étude a également montré que les données sur les cas recensés en Lorraine, (même si les populations étudiées et les périodes sont différentes), sont similaires en de nombreux points à ceux de l'étude réalisée en Basse-Normandie que ce soit au niveau de l'âge du suicidant, des secteurs d'activité les plus touchés, ou bien encore, les antécédents psychiatriques et les motifs de passage à l'acte liés au travail.

Deux groupes de salariés semblent plus à risque de passage à l'acte suicidaire. Ils sont définis soit par leurs données socio-démographiques : ce sont les hommes âgés de 50 à 59 ans (il s'agit de la même

distribution qu'en population générale vis-à-vis du suicide) ou par le secteur d'activité auquel ils appartiennent : les salariés, essentiellement des femmes, travaillant dans le secteur sanitaire et social.

Deux données semblent prépondérantes dans la genèse du passage à l'acte suicidaire et devront être analysées dans des études futures afin de mettre en place des actions de prévention, ce sont les antécédents psychiatriques du salarié et les dysfonctionnements organisationnels de l'entreprise, principalement lorsqu'ils touchent l'aspect relationnel du travail.

Différentes hypothèses d'études ont été proposées à l'issue de notre enquête et pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs. Ceux-ci devraient être réalisés avec la participation du médecin du travail, qui doit rester l'élément central de ces démarches de prévention, de par le rôle spécifique qu'il joue dans l'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ABRAMSON L, SELIGMAN M, TEASDALE J.** Learned helpness in humans. Critique and Reformulation. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
2. **ALBERTSEN K, RAFNSDÖTTIR G, GRIMSMO A, TOMASSON K, KAUPPINEN K.** Workhours and Worklife Balance. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
3. **ALDERSON M.** La psychodynamique du travail : objets, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé Mentale au Québec* printemps 2004 ; volume 29, numéro 1: p 243-260.
4. **AMAGASA T, NAKAYAMA T, TAKAHASHI Y.** Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 Cases of Work-Related Suicide. *J Occup Health* 2005; 47: 157-164.
5. **AMELI.** Vous êtes en arrêt de travail pour maladie. *L'Assurance Maladie*. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/la-reprise-du-travail.php>.
6. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par JD Guelfi et al., Paris : *Masson*, 1996, 384 pages.
7. **AMPHOUX M, BONNIN C.** Le médecin du travail, psychiatre malgré lui. In Brend JL, Bydowski M, Diebold G (eds) *Psychiatrie Française*. Paris : *Psychiatrie et milieu de travail* 1996 : 67-72.
8. **ARSENAULT- LAPIERRE G, KIM C, TURECKI G.** Psychiatric diagnoses in 3 275 suicides : a metanalysis. Dans Caillard V. *Le geste suicidaire*. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
9. **ARTICLE 31§ 1** de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne.
10. **ARTICLE L 132-7** du Code des Assurances.
11. **ARTICLE L 375-1** du Code de la Sécurité Sociale.
12. **ARTICLE L 411-1** du Code de la Sécurité Sociale.
13. **ARTICLE L 461-1** du Code de la Sécurité Sociale.
14. **ARTICLE L 1152-1** du Code du Travail.
15. **ARTICLE L 4121-1** du Code du Travail.

- 16. ASKENAZY P.** The neo-stakhanovism. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 17. AUBENAS F.** Le quai de Ouistreham. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 18. BAUDELLOT C. et al.** Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 19. BECK AT et al.** Hopelessness and eventual suicide : a 10- year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 20. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A.** Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979 apr, Vol 47(2), 343-352.
- 21. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXIER L.** The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974; 42, 861-865.
- 22. BENQUET M.**“ Nathalie M”. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 23. BERNAL M et al.** Risks factors for suicidality in Europe : results from the ESEMED study. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 24. BERR- BRACI C.** Le suicide en milieu de travail. Mémoire : DES de médecine du travail : UHP Nancy 1 : 2004, 69 pages.
- 25. BLAKELY T, COLLINGS SC, ATKINSON J.** Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidem Community Health* 2003 Aug; 57(8): 594-600.
- 26. BOURGEOIS M.** Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. *Encéphale* 1996 ; 22 : 46-51.
- 27. BURNOD G, CARTRON D, PINTO V.** Étudiants en fast-food : les usages sociaux d'un « petit boulot ». Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 28. CAILLARD V, CHASTANG F.** Le geste suicidaire. Paris : *Editions Elsevier Masson* ; 2010, 306 pages.
- 29. CARTRON D, GOLLAC M.** « C'est quand même un peu violent ! ». Le désarmement de la critique dans les entreprises néo-libérales. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 30. CASS. 2^e CIV** Pourvoi n° 05-13.771. 22 février 2007.
- 31. CASS. SOC** Pourvoi n° : 05-41.555. 28 février 2006.

- 32. CASS. SOC** Pourvoi n° : 05-43.914. 21 juin 2006.
- 33. CASTELNAU D.** Introduction, 30 ans d'expérience. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 22-25.
- 34. CAVANAGH J et al.** Psychological autopsy of suicide. A systematic review. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 35. CEPIDC.** Interrogation sur les causes de décès de 1979 à 2008. <http://www.cepidc-vesinet.inserm.fr/broker.exe>.
- 36. CHAUVEL L.** L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recombinaison du cycle de vie ? *Revue Française de Sociologie, XXXVIII*, 681-734.
- 37. COHIDON C, ARNAUD B, MURCIA M et le Comité de Pilotage de SAMOTRACE Centre.** Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France, janvier 2006- mars 2006. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 38. COHIDON C, GEOFFROY-PEREZ, FOUQUET et al.** Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Saint- Maurice (Fra). *Institut de Veille Sanitaire* avril 2010 : 8 pages.
- 39. COHIDON C, SANTIN G, GEOFFROY-PEREZ B, IMBERNON E.** Suicide et activité professionnelle en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2010 ; volume 58, numéro 2 : p 139-150.
- 40. COMBALBERT N.** La souffrance au travail, comment agir sur les risques psychosociaux. Paris : *Armand Colin* ; février 2010, 192 pages.
- 41. CONWELL Y, CAILTING T.** Suicidal behaviors in elders. Dans Terra JL. Crise suicidaire. *La Revue du Praticien* 2011 ; vol 61 : p 185-188.
- 42. CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, CHRISTOPHER C, HERMANN JH, FORBES NT, CAINE ED.** Relationship of age and Axis I diagnosis in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001-8.
- 43. CORTINA L, MAGLEY M, VICKI J.** Raising voice, risking retaliation: Events following interpersonal mistreatment in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology* 2003 Oct; 8(4): 247-65.
- 44. CRAIGHEAD WE, NEMEROFF CB.** The Corsini Encyclopedia of psychology and behavioral science. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 45. DEBOUT M.** La France du suicide. *Editions Stock* ; 2002.
- 46. DEBOUT M, LAROSE C.** Violences au travail. *VO Editions, les Editions de l'atelier* ; 2003.
- 47. DEJOURS C.** De la psychologie à la psychodynamique du travail. Addendum à la 2^{ème} édition de travail, usure mentale. Paris : *Bayard* ; 1993, 277 pages.
- 48. DEJOURS C.** L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.

49. **DEJOURS C.** Souffrance en France. La Banalisation de l'Injustice Sociale. Paris : *Seuil*.
50. **DEJOURS C.** Travail, usure mentale. Paris : *Bayard* ; 1993.
51. **DEJOURS C, BEGUE F.** Suicide et travail : Que faire ? Paris : *Presses Universitaires de France* ; 2009, 129 pages pp 24-32.
52. **DELHESTRE M.** « Un si beau métier... » : Précaire de l'enseignement : L'insécurité comme condition de travail. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
53. **DIEKSTRA RFW.** The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta psychiatr Scand* 1993; 371: 9-20.
54. **DIEKSTRA RFW.** Suicide, depression and economic conditions. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
55. **DIRECTIVE (89/391/CEE).** (JO L 183 du 12.6.1989, p. 1).
56. **DONIOL G.** L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler* 2009 ; n°22.
57. **DONNE J.** Le Biathanatos. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 22-25.
58. **DUJARIER MA.** L'idéal au travail. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
59. **DURKHEIM E.** La division du travail social. Dans Erbes-Seguin S. La sociologie du travail. — Nouv. Ed.— Paris : *La Découverte* ; 2004, (Repères, p 5-10) 257 pages.
60. **DURKHEIM E.** Le suicide. Paris : Payot 2009 : p 21.
61. **DURKHEIM E.** Le suicide, étude sociologique. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010.
62. **ERBES-SEGUIN S.** La sociologie du travail. — Nouv. Ed.— Paris : *La Découverte* ; 2004, (Repères, p 5-10) 257 pages.
63. **ETTLINGER RW, WISTRAND M.** Somatic sequelae. Suicide and attempted suicide. Stockholm : 1972 ; 163-185.
64. **FREUNDENBERGER H.** L'épuisement professionnel: « la brûlure interne ». Québec : *Editions Gaetan Morin* ; 1987.
65. **FOGLIA T, BESSE P.** Etudes en médecine ambulatoire sur les suicides et tentatives de suicide. Volet Médecine du Travail. *ORS Bourgogne* 2001 ; 109 pages.
66. **FREUD S.** Deuil et mélancolie. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
67. **FRONE MR.** Work-Family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010 ; disponible sur <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr>.

- 68. GAINARD L.** Fatalisme économique, ambition et psychose de souhait. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 69. GAINARD L.** Violence et travail, essai sur les figures psychopathologiques de la culpabilité objective. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 70. GERNET I, DEJOURS C.** Evaluation du travail et reconnaissance. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 71. GINGEMBRE L.** Psychopathologie d'origine professionnelle : caractérisation des différents profils de patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy. Th D Méd, Nancy, 2010.
- 72. GINON AS, GUIOMARD F.** Le suicide peut-il constituer un risque professionnel ? *Le Droit Ouvrier* 2008 juil : p 367-378.
- 73. GOLLAC M et al.** Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010 ; disponible sur <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr>.
- 74. GOURNAY M, LANIECE F, KRYVENAC I.** Etude des suicides liés au travail en Basse-Normandie. *Actes de la Société de Médecine du Travail, Normandie, SMTN* 2003 : 4 pages.
- 75. GOUSSARD L.** Le consentement limité au travail. Résistances et consentements des salariés dans l'ingénierie automobile. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 76. GREENBERG PE, STIGLIN LE, FINKELSTEIN N, BERNDT ER.** The Economic Burden of Depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 405-18.
- 77. HALBWACHS M.** Les causes du suicide. . Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 78. HARRIS EC, BARRACLOUGH B.** Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Dans Philippe A. Epidémiologie du suicide. *La Revue du Praticien* 2011 ; vol 61 : p 175-183.
- 79. HAWTON K, CLEMENTS A, SAKAROVITCH C, SIMKIN S, DEEKS JJ.** Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1975-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 296-300.
- 80. HAWTON K, CLEMENTS A, SIMKIN S, MALMBERG A.** Doctors who kills themselves: a study of methods used for suicide. *QJ Med* 2000; 93: 351-357.
- 81. HAWTON K, HOUSTON K et al.** Comorbidity of Axis I et Axis II disorders in Patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1494-1500.
- 82. HAWTON K, MALMBERG A, SIMKIN S.** Suicide in doctors: a psychological autopsy study. *Journal of Psychomatic Research* 2004; 54: 1-4.
- 83. HIRIGOYEN MF.** Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Paris : *Editions La Découverte et Syros* 2001 , p 196, 436 pages.

- 84. HUME D.** Sur le suicide. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 22-25.
- 85. HUURRE T, GEROLA M, RAHKONEN O et ARO H.** Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression ? A longitudinal study from adolescence to adulthood. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 86. INRS.** Le CHSCT. Données réglementaires. http://www.inrs.fr/htm/le_chsct_donnees_reglementaires.html.
- 87. INSEE.** Basse-Normandie, la région et ses départements : travail-emploi. En quelques lignes. <http://www.insee.fr/fr/regions/basse-normandie/reg-dep.asp?theme=3&suite=1>.
- 88. INSEE.** Catégorie Socio-Professionnelle agrégée 4 Professions intermédiaires. PCS2003. http://www.fr.fr/methodes/default.asp?page:nomenclatures/pcs2003/n1_4.htm.
- 89. INSEE.** Lorraine, la région et ses départements : travail-emploi. En quelques lignes. <http://www.insee.fr/fr/regions/lor/reg-dep.asp?theme=3&suite=1>.
- 90. INSEE.** Recensement de la population. Emploi-Population active. : chiffres clés. Basse-Normandie. *Insee*, RP2008 exploitation complémentaire lieu de travail.
- 91. INSEE.** Recensement de la population. Emploi-Population active. : chiffres clés. Lorraine. *Insee*, RP2008 exploitation complémentaire lieu de travail.
- 92. INSEE.** Recensement de la population. Evolution et structure de la population : chiffres clés. Basse-Normandie. *Insee*, RP2008 exploitation complémentaire.
- 93. INSEE.** Recensement de la population. Evolution et structure de la population : chiffres clés. Lorraine. *Insee*, RP2008 exploitation complémentaire..
- 94. IONITA A, COURTET P.** Vers une clinique des conduites suicidaires ? Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 22-25.
- 95. JACQUINET S.** Souffrance sociale des usagers et malaise des travailleurs sociaux. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 96. JAEGER C.** L'impossible évaluation du travail des téléopérateurs. Le cas de deux centres d'appel. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 97. JEANTET A.** « À votre service ! » La relation de service comme rapport social – « At your service! » Service relations as a social relationship. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 98. JOUNIN J.** La sécurité au travail accaparée par les directions : Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.

- 99. KAHN JP, TERRA JL.** Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge. Cours de psychiatrie du Collège National des Universitaires en Psychiatrie. Module 3 ; question n°44.
- 100. KANT E.** Fondements de la Métaphysique des Mœurs. Ed : Gallimard (*Pleiade, Œuvres Philosophiques Tome 2*) 1985 : p 261.
- 101. KARASEK RA.** Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979 ; n°24 : p 285-308.
- 102. KARASEK K, BRISSON C, AMICK B, HOUTMAN I, BONGERS P, KAWARAMI N.** The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3(4): 322-355.
- 103. KAWACHI I, COLDITZ GA, ASCHIERO A et al.** A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 104. KEITA GP.** Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 105. KERNBERG DF.** The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 106. KOHN M, SCHOOLER C.** The Reciprocal Effects of the Substantive Complexity of Work and Intellectual Flexibility: A Longitudinal Assessment. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 107. KOHUT H.** The analysis of the self. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 108. LAZARUS R, FOLKMAN S.** Stress, Appraisal and Coping. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 109. LAZARUS R, LAUNIER R.** Stress-related transactions between person and environment. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 110. LE BRIS F.** L'emploi des seniors: le défi des années à venir. *INSEE*, 2009. ISSN 2200-0549.
- 111. LEDOUX M.** Accident du travail ou Maladie Professionnelle? *Santé & Travail* 2007 oct ; n° 060.
- 112. LEYMANN H.** La persécution au travail. 2^{ème} édition. Paris: *Editions du Seuil*, 2002, 237p.
- 113. LINEHAN MM.** Behavioral treatments of suicidal behavior. Definitional obfuscation and treatment outcomes. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 22-25.
- 114. LHUILIER D.** Cliniques du travail. Editions Eres, 2006 ; 246 pages : p 42-49.

- 115. LHUILIER D.** Suicides en milieu de travail. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 219-222.
- 116. LOI** n°91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi. *Journal Officiel République Française* n°3 du 4 janvier 1992 page 168. NOR: TEFX9100162L.
- 117. LUNDIN A, HEMMINGSSON T.** Unemployment and suicide. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 118. MARANDA MF, SAINT-ARNAULD L, GILBERT MA, VEZINA M.** La détresse des médecins : un appel au changement. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 119. MARIAGE A.** Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain* 2001/1 ; vol 64 : p 45-59.
- 120. MARX K.** Le Capital. Dans Erbes-Seguin S. La sociologie du travail. — Nouv. Ed.— Paris : *La Découverte* ; 2004, (Repères, p 5-10) 257 pages.
- 121. MASLACH C.** Burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel. *Editions les Arènes*; 2011, 270 pages.
- 122. MASLACH C, JACKSON S.** The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, Vol 2, 99-113.
- 123. MELCHIOR M, BERKMAN LF, NIEDHAMMER I, ZINS M, GOLDBERG M.** The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 124. MENNINGER KA.** Man against himself. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 125. METZGER JL, CLEACH O.** Le télétravail des cadres : entre suractivité et apprentissage de nouvelles temporalités. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 126. MOLS F, DENOLLET J.** Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 127. MONTAIGNE M.** Les Essais. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010.
- 128. MORE T.** Utopie. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010.
- 129. MYLONDO B.** Une définition laborieuse du travail. PAG 69, mai 2006, http://www.pag69org/article.php3?id_article=371.
- 130. NEURINGER C.** Current developments in the study of suicidal thinking. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 131. NEURINGER C.** Dichotomous evaluations in suicidal individuals. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.

- 132. NICOLI AM.** The Harvard Guide to Psychiatry. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 133. NIEDHAMMER I, SIEGRIST J, LANDRE MF, GOLDBERG M.** Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue Epidemiologique Santé Publique* 2000 ; 45(8) : 419-437.
- 134. OHTSU T et al.** Blue Monday Phenomenon among men: Suicide Deaths in Japan. *Acta med*, Okayama 2009; vol 63, n°5, pp 231-236.
- 135. OUNI R.** Modalités de gestion temporelle des tâches interférentes dans le contrôle de processus indépendants. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 136. PARKES K.** Personality, psychosocial risks at work and health. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 137. PAUGAMS S.** Le salarié de la précarité: les nouvelles formes de l'intégration. Paris : *Presses Universitaires de France* 2000.
- 138. PEGULA SM.** An analysis of workplace suicide. *Bureau of Labor Statistics* 1992-2001.
- 139. PEZE M.** Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés. Paris : *Flammarion* ; 2010,214 pages.
- 140. PHILIPPE A.** Epidémiologie du suicide. *La Revue du Praticien* 2011 ; vol 61 : p 175-183.
- 141. PINTO J.** Les secrétaires et la nouvelle économie des bureaux. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 142. POISSON JF.** Les risques psychosociaux : une actualité grandissante. *Institut Supérieur du Travail* 2011 avr ; http://www.istravail.com/imprimer_art506-html.
- 143. RASCLE N, IRACHABAL S.** Médiateurs et modérateurs- implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé.. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 144. RONNINGSTAM E et al.** Psychoanalytic theories of suicide. Historical overview and empirical evidence. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 145. ROSENFELD H.** A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts : an investigation into the aggressive aspects of narcissism. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 146. ROUSSEAU JJ.** La Nouvelle Héloïse. Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010.
- 147. RUTZ W, CARLSSON P, VON KNORRING L, WALINDER J.** Cost Benefit Analysis of an Educational Program for General Practitioners on Gotland, by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychia*. Scand 1992; 85: 457-464

- 148. SAINT-HILAIRE F.** Leadership theories. Toward a relational model. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 149. SAINT-VINCENT M, VEZINA N, DUFOUR B, SAINT-JACQUES Y, CLOUTIER E.** La rotation des postes : ce qu'en pensent des travailleurs d'une usine d'assemblage automobile. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 150. SCHMITT B.** Données AT/MP 2010 sur le plan national à partir des données CARSAT.
- 151. SIEGRIST J, STARKE D, CHANDOLA T, GODIN I, MARMOT M, NIEDHAMMER I et al.** The measurement of reward-imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine* 2004; vol 58: p 1483-1499.
- 152. SIGAUT F.** Folie, réel et technologie. *Technique et Culture* 1990 ; 15 : p 167-179.
- 153. SMITH A.** Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations. Dans Erbes-Seguin S. La sociologie du travail. — Nouv. Ed.— Paris : *La Découverte* ; 2004, (Repères, p 5-10) 257 pages.
- 154. SPADONE C, HAAS L.** Existe-t-il un suicide légitime ? Dans Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : *Médecine-Sciences Flammarion* 2010 : p 31-35.
- 155. SPENNER K.** Temporal change in work content. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 156. SPENNER K.** Deciphering Prometheus: temporal change in the skill level of work. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 157. SOUBRIER JP.** Quelles sont les circonstances de la crise suicidaire, y compris le suicide en collectivité ? <http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr>.
- 158. STANSFELD S, CANDY B.** Psychosocial work and mental health: a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2006; vol 32: p 443-462.
- 159. SVINDSETH et al.** Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its relation to violence, suicidality and other psychopathology. Dans Caillard V. Le geste suicidaire. Paris: *Editions Elsevier Masson*; 2010, 306 pages.
- 160. TERRA JL.** Crise suicidaire. *La Revue du Praticien* 2011 ; vol 61 : p 185-188.
- 161. THERY L.** Face à l'intensification, quand les syndicats interrogent leurs pratiques. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 162. VEZINA M, DUSSAULT J.** Au-delà de la relation « bourreau victime » dans l'analyse des victimes d'une situation de harcèlement psychologique du travail. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.

- 163. VIAN B.** Cité dans Chassagne A. et Montracher G. La fin du travail. Paris, *Stock* ; 1978, p 19.
- 164. VOLKOFF S.** « Pourquoi tant de hâte ? ». Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 165. VOLKOFF S, BUISSET C, MARDON C.** Does intense time pressure at work make older employees more vulnerable? A statistical analysis based on a French survey SVP50. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 166. WEILL-FASSINA A, RABARDEL P.** Point de vue ergonomique sur les facteurs psycho-sociaux de risques pour la santé. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 167. WIECLAW J, AGERBO E, MORTENSEN PB, BURR H, TUCHSEN F et BONDE JP.** Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 168. WILHELM K, KOVESS V, RIOS-SEIDEL C, FINCH A.** Work and Mental Health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 866-873.
- 169. WISNER A.** Contenu des tâches et charge de travail. Dans Gollac M et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé* 2010.
- 170. WOO JM, POSTOLACHE TT.** The impact of work environment on mood disorders and suicide : Evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev*; 2008, 7(2):185-200.

ANNEXE 1: Questionnaire envoyé aux médecins du travail lorrains.

LETTRE D'INFORMATION AUX MEDECINS DU TRAVAIL

LORRAINS

Chers Confrères,

Nous vous sollicitons pour la réalisation d'une enquête rétrospective concernant le suicide d'origine professionnelle de 2006 à 2010, enquête rentrant dans le travail de thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine de Mlle Estelle MICHEL, interne en 7^{ème} semestre de DES de Psychiatrie à Nancy. Auparavant, celle-ci a effectué deux ans d'internat pour l'obtention du DES de Médecine du Travail et c'est pourquoi elle s'est intéressée à ce sujet au croisement de ces deux spécialités. La soutenance de thèse est prévue pour octobre 2011.

Par ailleurs, cette thématique intéresse particulièrement l'Inspection Médicale du Travail, dans le cadre d'un diagnostic régional pouvant servir de levier d'actions préventives.

L'objectif principal de ce travail est d'obtenir des données quantitatives et qualitatives sur les patients ayant effectué une (ou des) tentative(s) de suicide ou un suicide accompli au cours des cinq dernières années et portés à votre connaissance, dans le cadre de votre activité professionnelle afin d'établir un état des lieux. L'objectif secondaire est de comparer les données obtenues à l'étude réalisée en Basse-Normandie en 2002, seule étude épidémiologique réalisée sur ce thème à ce jour en France.

C'est pourquoi nous souhaiterions, pour atteindre cet objectif et grâce à votre participation, réaliser une étude rétrospective à partir d'un questionnaire que vous trouverez ci-joint. Mlle Michel s'engage, à l'issue de son travail d'analyse des réponses, à vous transmettre les résultats collectifs recueillis.

Dans l'attente de votre participation, nous vous prions d'agréer, Chers Confrères, l'expression de nos salutations les meilleures.

Mme le Dr LEONARD

**Médecin Inspecteur
de l'Inspection Médicale de Lorraine**

Estelle MICHEL

interne DES de Psychiatrie 4^{ème} année

SUICIDES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE : enquête rétrospective (2006-2010) auprès des Médecins du Travail Lorrains

Thèse soutenue par Mlle MICHEL Estelle interne en 4^{ème} année de DES de Psychiatrie à Nancy

Directeurs de thèse :

- Pr KAHN, Coordinateur régional du DES de Psychiatrie et Chef de Service du service de Psychiatrie et Psychologie Clinique du CHU de NANCY
- Dr LEONARD, Médecin Inspecteur du Travail de l'Inspection Médicale de LORRAINE

MARS 2011

INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE

1. Ce questionnaire se divise en 2 parties :

1.1. Dans la première partie, à la page 4, nous recueillons vos coordonnées professionnelles ainsi que le nombre de tentatives de suicides ou suicides portés à votre connaissance au cours de votre activité du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010. Si vous n'avez connaissance d'aucune tentative de suicide ou suicide durant cette période, nous vous remercions de nous adresser uniquement la page 4 en le précisant.

1.2. La deuxième partie concerne les suicidants. Elle comporte 12 pages (28 items) et est organisée en 5 parties :

- l'entreprise du suicidant (page 5)
- les informations générales concernant le suicidant (page 6)
- le parcours professionnel du suicidant (pages 7 et 8)
- les antécédents médicaux du suicidant (pages 9, 10 et 11)
- le passage à l'acte (pages 12, 13, 14,15 et 16).

Il convient de remplir un questionnaire par patient. Vous devez inscrire votre nom et attribuer un chiffre (de 1 à 9) par questionnaire rempli en en-tête de chaque page pour faciliter l'analyse des données. Celles-ci resteront anonymes.

2. Consignes de remplissage :

2.1. Les consignes figurent explicitement face aux items à documenter.

2.2. Le temps de remplissage est estimé à environ 30 minutes par questionnaire.

2.3. Pour toute question concernant l'étude ou le questionnaire, il est possible de

contacter Mlle Michel aux coordonnées suivantes :

- Estelle Michel interne DES 4^{ème} année de Psychiatrie
- Téléphone : 06.34.52.57.70
- Mail : estelle.michel@yahoo.fr

I. Concernant le Médecin du Travail

Nom du Médecin du Travail :

Coordonnées du Médecin du Travail :

- Téléphone :

- E-mail :@.....

- Nom du Service de Santé au Travail :

- Adresse :

.....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

1. Nombre de tentatives de suicides ou suicides accomplis portés à votre connaissance dans le cadre de l'exercice de vos fonctions de Médecin du Travail du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010 dans les entreprises sous votre responsabilité au sein de ce service de Santé au Travail : |_|_|_|_|

**Si vous n'avez eu connaissance d'aucun événement, le recueil est terminé.
Dans ce cas, merci de nous envoyer uniquement cette page.**

**Si vous avez rapporté au moins 1 tentative de suicide ou suicide accompli,
merci de compléter la suite du questionnaire**

QUESTIONNAIRE

I. Concernant l'entreprise du salarié suicidant ou suicidé

2. Département d'implantation de l'entreprise concernée :

Code départemental |_|_|

3. Activité principale de l'entreprise concernée (cocher la réponse adéquate) :

- 1. Secteur primaire :
- 2. Secteur secondaire :
- 3. Secteur tertiaire :

4. Effectif de l'entreprise au moment du passage à l'acte : (cocher la réponse adéquate) :

- 1. ≤ 10 salariés
- 2. > 10 salariés et ≤ 50 salariés
- 3. > 50 salariés et ≤ 500 salariés
- 4. > 500 salariés :

II. Informations générales concernant le suicidant

5. Sexe (cocher la réponse adéquate) :

- 1. Masculin
- 2. Féminin

6. Date de naissance (mois, année) : |_|_| |_|_|_|_|

7. Département du lieu de résidence du suicidant :

1. Code départemental |_|_|_|

2. Ne sait pas

8. Situation familiale au moment du passage à l'acte (cochez la réponse adéquate) :

1. Célibataire 4. Séparé(e) 7. Ne sait pas

2. En couple 5. Divorcé(e)

3. Marié(e) 6. Veuf(ve)

9. Nombre d'enfants à charge au domicile du suicidant :

1. |_|_|

2. Ne sait pas

III. Concernant le parcours professionnel du suicidant

10. Ancienneté dans l'entreprise du suicidant au moment du passage à l'acte :

(cochez la réponse adéquate) :

1. ≤ 6 mois 4. > 5 ans et ≤ 10 ans

2. > 6 mois et ≤ 1 an 5. > 10 ans et ≤ 20 ans

3. > 1 an et ≤ 5 ans : 6. > 20 ans

11. Catégorie socio-professionnelle du suicidant au moment du passage à l'acte (se référer au code à deux chiffres fourni dans le tableau en annexe 1 page 17) :

|_|_|

12. Profession exercée par le suicidant au moment du passage à l'acte :

13. Ancienneté à son poste dans l'entreprise au moment du passage à l'acte (cochez la réponse adéquate) :

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. ≤ 6 mois | <input type="checkbox"/> | 4. > 5 ans et ≤ 10 ans | <input type="checkbox"/> |
| 2. > 6 mois et ≤ 1 an | <input type="checkbox"/> | 5. > 10 ans et ≤ 20 ans | <input type="checkbox"/> |
| 3. > 1 an et ≤ 5 ans : | <input type="checkbox"/> | 6. > 20 ans | <input type="checkbox"/> |

14. Antécédents d'accidents du travail (cochez la réponse adéquate) :

1. Non:
2. Oui:

Si oui, précisez l'étiologie et la durée du ou des arrêt(s) de travail :

1^{er} Accident du travail

durée de l'arrêt : |_|_|_|_|_| jours

cause : _____

2nd Accident du travail

durée de l'arrêt : |_|_|_|_|_| jours

cause : _____

3^{ème} Accident du travail

durée de l'arrêt : |_|_|_|_|_| jours

cause : _____

3. Ne sait pas :

15. Antécédents de maladies professionnelles (cochez la réponse adéquate):

1. Non :

2. Oui :

3. Ne sait pas:

Si oui, précisez :

1^{ère} Maladie professionnelle

date de la déclaration (mois, année) : |

cause : _____

taux d'IPP : %

2^{nde} Maladie professionnelle

date de la déclaration (mois, année) : |

cause : _____

taux d'IPP : %

IV. Antécédents médicaux du suicidant

16. Antécédents médicaux du suicidant (cochez la ou les réponses adéquates, « NSP »

correspond à « ne sait pas ») :

	Non	Oui	NSP
1. Antécédent(s) d'hospitalisation en médecine ou chirurgie de plus de 8 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez de quel cancer il s'agit : _____			
3. Infarctus du myocarde ou angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ulcère gastrique ou duodéal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Troubles musculo-squelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez en toute lettres : _____			
11. Avez-vous connaissance d'un traitement médicamenteux pour une maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la molécule et la posologie (si connue) :

17. Antécédents psychiatriques du suicidant (cochez la ou les réponses adéquates « NSP »

correspond à « ne sait pas ») :

(Se reporter à l'annexe 2 page 18)

	Non	Oui	NSP
1. Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Episode dépressif majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si oui, précisez l'intensité :</u>			
2.1 Intensité légère		<input type="checkbox"/>	
2.2 Intensité modérée		<input type="checkbox"/>	
2.3 Intensité sévère		<input type="checkbox"/>	
3. Maladie bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Etat de stress post traumatique datant de plus d'un mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tentatives de suicides antérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si oui, précisez :</u>			
6.1 Abus		<input type="checkbox"/>	
6.2 Dépendance		<input type="checkbox"/>	
7. Consommation régulière de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Toxicomanie (héroïne, cocaïne, solvants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Psychose (paranoïa, schizophrénie paranoïde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Troubles de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	Oui	NSP
11. Troubles du comportement alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez :

- 11.1 Anorexie
- 11.2 Boulimie
- 11.3 Hyperphagie prandiale

12. Existence d'un suivi psychiatrique

Si oui, précisez la durée et la date de début de prise en charge :

|_|_|_| mois date de début (mois, année) |_|_| |_|_|_|_|_|

Ce suivi était-il en rapport avec la tentative de suicide ou le suicide :

13. Prise d'un traitement médicamenteux permanent à visée psychiatrique

Si oui, précisez la molécule et la posologie (si connue) :

V. Concernant le passage à l'acte :

18. Lieu où la tentative de suicide ou le suicide a été accompli (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Domicile
- 2. Sur le lieu de travail
- 3. Sur le trajet domicile-travail
- 4. Autre

si autre, précisez : _____

19. Méthode employée (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Intoxication médicamenteuse
- 2. Tentative de pendaison ou pendaison
- 3. Arme à feu
- 4. Autre

si autre, précisez : _____

20. Le suicidant avait-il laissé une lettre ou un message désignant le travail comme responsable de son passage à l'acte (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Ne sait pas

21. Existe-t-il des arguments mettant en cause les conditions de travail du suicidant dans la survenue de l'événement suicidaire ?

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Ne sait pas

22. En quoi estimez vous que ce passage à l'acte serait dû à la situation professionnelle du suicidant ?

- 1. Dû à l'organisation du travail :

- 2. Dû aux conditions de travail :

- 3. Dû aux relations de travail :

23. Quels sont les autres facteurs précipitants associés dont vous avez eu connaissance?:

- Familiaux :

- Sociaux :

- Financiers :

24. La question des risques psychosociaux avait-elle été abordée dans l'entreprise (cochez la réponse adéquate, si oui, précisez) :

1. Non

2. Oui

si oui, précisez :

3. Ne sait pas

25. Y a-t-il eu durant les six mois précédents le passage à l'acte, d'autre(s) passage(s) à l'acte suicidaire(s) dans l'entreprise ? (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Ne sait pas

si oui, précisez :

26. Y a-t-il eu durant les six mois précédents le passage à l'acte, un autre ou d'autres passages à l'acte suicidaires dans l'entourage familial ? (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Ne sait pas

si oui, précisez :

27. Des actions de prévention ont-elles secondairement été mises en place dans l'entreprise concernée ? (cochez la réponse adéquate) :

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Ne sait pas

si oui, précisez :

28. Accepteriez-vous d'avoir un entretien téléphonique ou de communiquer par mail avec Mlle Michel pour compléter certains items ?(cochez la réponse adéquate)

- 1. Non
- 2. Oui

29. Le salarié est-il décédé suite au passage à l'acte ? (cochez la réponse adéquate)

- 1. Non
- 2. Oui

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'étude réalisée en Basse-Normandie

Questionnaire à retourner à :

Mme le Dr GOURNAY
DRTEFP - Inspection Médicale du Travail
3 place St-Clair – BP 70034
14202 HEROUVILLE ST CLAIR Cedex
Fax : 02.31.47.40.16

Nom du médecin du travail :

Service :

➤ Avez-vous eu connaissance d'un suicide ou d'une tentative de suicide lié au travail dans les entreprises que vous surveillez au cours des 5 années qui viennent de s'écouler ?

Oui

Non

- Si non, je vous remercie de votre participation.

- Si oui, je souhaite que vous m'informiez des circonstances dans lesquelles cette tentative d'autolyse est survenue et votre sentiment sur le sujet au travers de quelques questions fermées, mais surtout au travers de vos commentaires :

➤ La tentative de suicide est le fait :

d'un homme

d'une femme

Age :

Ancienneté dans l'entreprise :

Poste occupé :

➤ Tentative de suicide survenue :

sur le lieu de travail

à proximité...

ailleurs

➤ Moyen(s) utilisé(s) :

➤ Conséquence : Décès Oui

Non

Séquelles :

T.S.V.P. ➡

➤ **La personne vous avait-elle antérieurement fait part de ses difficultés dans sa vie sociale ou familiale ?**

Oui Non

➤ **La personne vous avait-elle fait part de ses difficultés dans son activité professionnelle :**

Oui Non

Si oui, à quoi attribuait-elle ces difficultés ?

➤ **Présentait-elle une pathologie psychiatrique antérieure ?**

Oui Non

Laquelle :

➤ **Y a-t-il eu :**

- déclaration en accident de travail	<input type="checkbox"/>
- déclaration en maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>
- signalement en maladie à caractère professionnel	<input type="checkbox"/>

➤ **Nombre de salariés de l'entreprise :**

Secteur professionnel :

➤ **Précisez éventuellement le comportement des acteurs de l'entreprise dans ce drame, celui du salarié, de la hiérarchie, des collègues, des syndicats, de vous-même :**

➤ **Commentaires :**

RESUME DE LA THESE

Le suicide lié au travail n'est pas un phénomène d'apparition récente. Dès les années 1990, les médecins du travail français ont constaté l'apparition de comportements suicidaires sur le lieu de travail. Cependant, il n'existe que très peu de données nationales permettant de suivre l'évolution du nombre des suicides liés au travail. Une étude rétrospective menée de 1998 à 2002 en Basse-Normandie apporte un éclairage à l'échelon régional.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'importance de cette question actuellement en Lorraine.

Dans une première partie, l'auteur présente une revue de la littérature abordant les liens entre suicide et travail. Puis il analyse les données épidémiologiques nationales et internationales, les facteurs de causalité et les aspects juridico-administratifs en rapport avec le suicide en milieu professionnel. Dans la seconde partie, il présente la méthodologie et les résultats d'une étude rétrospective conduite auprès des Médecins du Travail Lorrains. Un questionnaire a permis de recenser le nombre d'actes suicidaires portés à leur connaissance dans leurs fonctions au cours d'une période de 5 ans (de 2006 à 2010). Les résultats de cette étude, à laquelle 133 médecins du travail sur 245 ont accepté de répondre, permettent d'identifier 64 actes suicidaires dont 35 suicides accomplis. Ces résultats ont été confrontés à ceux de l'étude réalisée en Basse-Normandie. Deux aspects semblent prépondérants dans la genèse du passage à l'acte : les antécédents psychiatriques du suicidant et les dysfonctionnements organisationnels, notamment relationnels au sein de l'entreprise. Les populations les plus touchées sont celles des salariés âgés de 50 ans ou plus (la moitié des cas dans cette étude) et celles des travailleurs du sanitaire et social (20% des effectifs). Dans une dernière partie de discussion et de conclusion, l'auteur préconise une réflexion permettant d'élaborer à l'avenir des stratégies de prévention en milieu professionnel.

TITRE EN ANGLAIS : Work-related suicides : a retrospective survey (2006-2010) from Lorraine occupational health physicians.

THÈSE : MEDECINE SPECIALISEE-ANNEE 2011

MOTS-CLEFS : suicide, travail, tentative de suicide, entreprise, épidémiologie, catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité, médecins du travail.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
