



Reçu le :
9 décembre 2012
Accepté le :
24 mars 2013

Geste suicidaire et travail : enquête aux urgences psychiatriques du CHU de Caen (France)

Suicide attempt and work: Survey in the psychiatric emergency unit of Caen University Hospital (France)

M. Géhin^{a,*}, M. Raoult-Monestel^b

^a CMAIC, service de santé au travail, 9, rue Dr-Laennec, 14200 Hérouville Saint-Clair, France
^b DIRECCTE Basse-Normandie, inspection médicale, 3, place Saint-Clair, 14202 Hérouville Saint-Clair cedex, France

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Purpose of the study. The purpose of this study is to quantify the influence of work on suicide attempts and, within the same environment, to highlight protective factors or work-induced decompensation factors that may lead to a suicide attempt.

Method. The study relies on a descriptive cross-sectional monocentric survey based on individual interviews of employees who actually made a suicide attempt. These interviews were conducted while they were being kept under observation in the Short-Term Hospitalization Unit of Caen University Hospital. Each interview is based on a questionnaire comprising analogue scale-rated quantitative variables, along with qualitative data (general and job-related data, links between the professional and private spheres, data on the suicide attempt itself) and a reconstruction of the chronology of professional events that preceded the suicide attempt.

Results. Based on a 70-patient survey, the results show a steady population under permanent work contracts, whose seniority within the company and length of service in their job are high. For these employees, both the importance of work in their mental balance and their own performance expectations are high. For 40% of the employees in this survey, work is the main determining element leading to a suicide attempt and in half of these cases the work situation can be seen as the sole decisive factor leading to the attempt. Precursory suicidal ideations were found in 74% of cases and one triggering event caused 70% of patients to act, and this within 24 hours for over one third of them. Statistical comparison of the population for whom work is the main triggering element versus other employees does not highlight any significant difference as to age, gender, psychiatric background, a previous suicide attempt, the

Résumé

Objectif. Cette étude a pour objectif de quantifier la part du travail dans les gestes suicidaires et de rechercher des facteurs du travail décompensateurs ou protecteurs.

Méthode. La méthode utilisée est une enquête transversale descriptive monocentrique par entretiens individuels de salariés ayant fait un geste suicidaire et interrogés lors de leur séjour à l'unité d'hospitalisation de courte durée du CHU de Caen. L'entretien est basé sur un questionnaire comportant des variables quantitatives par échelle analogique, en lien avec des données qualitatives (données générales, données du travail, liens travail-hors-travail, données sur le geste suicidaire) et une reconstruction du parcours professionnel ayant précédé le geste suicidaire.

Résultats. L'enquête incluant 70 patients révèle une population stable, en CDI dont les anciennetés dans l'entreprise et au poste de travail sont importantes. Pour ces salariés, la valeur du travail dans l'équilibre psychique et les attentes du travail sont majeures. Pour 40 % des salariés, le travail est l'élément principal de leur geste suicidaire, avec dans un cas sur deux la situation de travail comme origine unique du geste. Des idées suicidaires précédant le geste sont retrouvées dans 74 % des cas et un événement déclenchant est identifié pour 70 % des patients provoquant le passage à l'acte dans les 24 heures pour plus d'un tiers des cas. La comparaison statistique de la population pour laquelle le travail est l'élément principal du geste versus les autres salariés ne montre pas de différence significative pour l'âge, le sexe, les antécédents psychiatriques, l'antériorité de geste suicidaire, l'âge de la première tentative de suicide ou la présence d'un événement déclenchant. Au travail, les attentes, l'estime de soi, l'intensité et les responsabilités ne sont pas

* Auteur correspondant.
e-mail : mjghehin@gmail.com

age of the first suicide attempt or the existence of a trigger event. In the work environment, expectations, self-esteem, intensity and responsibilities are no different. Significant differences appear in the way work is experienced personally, in the difficulties the employee is confronted with at work, in the hierarchical relationships within the organization and the time elapsed within 24 hours between the triggering event and the act. A qualitative analysis identifies professional factors that protect against suicidal attempts but also destabilizing factors. Studying career histories, when the work situation is the main factor leading to a suicide attempt, makes it possible to reconstruct the temporal dynamics of work-related events, thus bringing into relief a long history of work-related suffering interspersed with banal events.

Conclusion. Thus, the survey shows how central work is as a protective or destabilizing element when dealing with mental and physical health. The "work" situational interview with its various components should be developed not only in the context of suicidal patients but also of any patient involved in a professional activity. Its aim is not only to let the interviewee verbalize his/her personal work-history involving possible difficulties and/or health promoting factors, but also to promote individual and collective suicide prevention awareness actions.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Suicide attempt, Suicidal ideation, Mental health, Work, Employees

Introduction

Le décès par suicide représente 2 % de la mortalité en France. Estimé, selon l'Inserm, à 10 334 en France en 2010, il concerne trois fois plus souvent les hommes que les femmes et constitue la première cause de mortalité chez les 24-34 ans [1]. La tentative de suicide (TS), pour sa part, malgré une absence de définition consensuelle, recouvre à la fois des gestes auto-agressifs non aboutis dans l'espoir de trouver la mort et des formes d'appels à l'aide dont la motivation ne serait a priori pas la mort (parasuicide). La prévalence des TS est difficile à évaluer car 20 à 30 % ou plus resteraient invisibles et non recensées. Cette prévalence est donc estimée en Europe à 167/100 000 pour les hommes et 222/100 000 pour les femmes [2]. Ces taux seraient de sept à 22 fois plus élevés que ceux des suicides aboutis [3]. La prévalence vie entière des TS est de 6 % et demeure stable depuis 2000 [4].

Le travail comme facteur de risque de geste suicidaire était peu envisagé jusqu'à il y a une dizaine d'années. En effet, il était plutôt considéré comme moyen de stabilisation sociale depuis le XIX^e siècle. À partir des années 2000, des études ont confirmé la notion de centralité du travail comme facteur d'équilibre collectif social et individuel majeur, mais aussi comme élément d'atteinte à la santé mentale [5,6].

différentes. Des différences significatives apparaissent en ce qui concerne le vécu global du travail, les difficultés au travail, les relations hiérarchiques et le délai du passage à l'acte dans les 24 heures lorsqu'il existe un événement déclenchant au geste. L'analyse qualitative identifie des facteurs professionnels protecteurs du passage à l'acte et des facteurs décompensateurs. L'étude des parcours professionnels, quand la situation de travail est le facteur principal du geste suicidaire, permet de construire la dynamique temporelle des événements de vie au travail montrant une longue histoire de souffrance au travail ponctuée d'événements communs.

Conclusion. L'enquête montre ainsi la place centrale du travail en tant que protecteur ou décompensateur de la santé mentale et physique. L'interrogatoire « travail » avec ses différentes composantes doit donc être développé non seulement dans le cadre de patients suicidaires mais aussi de tout autre patient exerçant une activité professionnelle. Il va permettre, à la fois, la verbalisation du vécu du travail avec ses éventuelles difficultés et/ou ses éléments constructeurs de la santé, et le développement d'actions de prévention tant individuelles que collectives.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Tentative de suicide, Pensées suicidaires, Santé mentale, Travail, Salariés

De nombreuses études montrent, au travers d'auto-questionnaires standardisés, que certains facteurs organisationnels du travail peuvent être délétères pour la santé. Les facteurs retrouvés sont les fortes contraintes, les faibles latitudes de décision, les conflits, les surcharges et les non-reconnaitances du travail [7-9]. De nos jours, le lien entre geste suicidaire et travail est de plus en plus questionné et étudié, des exemples tragiques illustrant à travers les médias un éventuel pouvoir d'autodestruction du travail [10-12].

Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature, à l'heure actuelle, de quantification du vécu du « travail » par l'analyse subjective de la situation de travail et de sa dynamique jusqu'au geste suicidaire.

Cette recherche s'inscrit dans le Programme régional de santé de Basse-Normandie et le Plan régional santé au travail de Basse-Normandie, l'amélioration des connaissances entre geste suicidaire et travail étant inscrite dans le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Les objectifs de cette étude sont de quantifier la part du travail dans les gestes suicidaires et de rechercher des facteurs du travail décompensateurs ou protecteurs.

Elle doit permettre d'apporter des connaissances aux professionnels de santé, médecins du travail, médecins généralistes, psychiatres et préventeurs, afin d'améliorer la prévention des atteintes à la santé mentale liées au travail.

Patients et méthode

La méthode utilisée est une enquête transversale descriptive monocentrique par entretiens individuels réalisée de février 2010 à septembre 2011. Elle inclut tout sujet salarié, en état d'être interrogé et ayant donné son accord, âgé de 18 à 65 ans, hospitalisé pour un geste suicidaire à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou admis aux urgences psychiatriques du CHU de Caen (France). L'effectif théorique d'inclusions est de 70 patients, calculé en fonction de la prévalence des TS admises aux urgences et de la prévalence de la population salariée en Basse-Normandie.

Les entretiens ont été pratiqués, dans les services, par des médecins du travail enseignants en psychodynamique du travail. Ils ont eu lieu dans les 24 à 48 heures qui ont suivi le geste du salarié, après que celui-ci ait eu une consultation par un psychiatre. La technique d'entretien, inspirée des écrits de C. Shea [13], est basée sur l'absence de jugement, d'interprétation et permet au travers de l'engagement du salarié d'être au plus près de son ressenti. Ces entretiens semi-structurés d'une durée d'environ une heure se sont déroulés en face à face comportant :

- une monographie du parcours professionnel ;
- un questionnaire structuré, comportant des items quantitatifs et qualitatifs, décrivant les caractéristiques du salarié et de sa situation de travail au moment du geste. L'échelle visuelle analogique, utilisée pour les items quantitatifs, comportait deux faces, une pour le salarié cotée de très négatif à très positif, et une cotée de 0 à 100 pour le médecin. Les variables qualitatives permettaient d'éclairer par les mots du salarié, les valeurs quantitatives.

Les différentes variables utilisées :

- les caractéristiques du patient et ses éventuels antécédents psychiatriques renseignés par le psychiatre ;
- le contexte professionnel et le vécu de la situation de travail, items basés sur les éléments clefs de la psychodynamique du travail : le vécu global du travail, les attentes au travail, l'estime de soi au travail, les relations avec les collègues et la hiérarchie, l'ambiance de travail, le contenu du travail, l'intensité et les difficultés du travail, le vécu des responsabilités, les moyens éventuels mis en place pour tenir dans la situation, les répercussions sur la santé et leurs liens avec la situation de travail, les liens entre le travail et le hors-travail avec l'existence d'un soutien familial, d'activités de loisirs et l'importance pour le salarié du travail par rapport au hors-travail ;
- le geste suicidaire, son lieu, ses modalités, l'existence d'un événement déclenchant et/ou d'idées suicidaires ;
- les projets du patient par rapport à son travail ;
- la part du travail dans le geste selon le patient. Cette valeur a permis d'identifier deux populations distinctes : celle pour laquelle la part du travail est principale dans le geste

« TS principalement liées au travail » et celle où le travail est considéré comme sans lien ou avec un lien accessoire avec le geste « TS peu ou pas liées au travail ».

Pour le groupe « TS principalement liées au travail », la trajectoire du dernier parcours professionnel a été détaillée sur une échelle chronologique de l'embauche jusqu'au geste en répertoriant les événements au travail, leur vécu, les problèmes de santé, l'existence d'idées noires et/ou l'élément déclenchant du geste.

Au décours de l'entretien a été proposé systématiquement au salarié un courrier informant son médecin du travail, et un compte rendu écrit a été adressé au psychiatre référent pour être intégré au dossier médical hospitalier du patient.

L'analyse des données par Epi Info version 7.1 s'est effectuée en mode univarié. Des tests de χ^2 et des analyses de variances ont été utilisés pour les comparaisons des populations « TS principalement liées au travail » et « TS peu ou pas liées au travail » pour les variables alphanumériques et continues. La probabilité retenue comme étant significative a été $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques

Dix pour cent des salariés ont refusé de participer à l'enquête. Au total, 70 salariés suicidants (64,3 % de femmes) d'âge moyen 41,4 ans ont été inclus avec des antécédents de troubles psychiatriques pour 70 % des patients, 57,1 % de syndrome dépressif, 34,3 % de syndrome anxieux, 28,6 % d'antécédents d'alcoolodépendance, 4,1 % de toxicomanie et 1,4 % de troubles du comportement alimentaire.

La part de la population déjà hospitalisée en psychiatrie est de 44,3 % et 82,9 % des salariés ont pris ou prennent des médicaments psychotropes.

Près de trois quarts des suicidants ont des antécédents de suivi psychologique et/ou psychiatrique (71,4 %) avec un suivi régulier sur plusieurs mois pour 46,9 %, sur plusieurs années pour 24,5 % et quelques consultations dans 28,6 % des cas. Parmi les salariés, 57,1 % ont déjà réalisé une TS avec en moyenne 3,4 tentatives. L'âge moyen de la première TS est de 25,6 ans avec un pic tant pour les hommes que pour femmes entre 15 et 20 ans. Trente pour cent ont eu à vivre des suicides ou des TS dans leur entourage proche.

Caractéristiques professionnelles

Près de la moitié des sujets sont employés (52,9 %) et presque un quart sont ouvriers (22,9 %). Les secteurs d'activité les plus représentés sont les secteurs du commerce et le secteur de la santé et de l'action sociale, chacun à hauteur de 27 %.

Plus des trois quarts des sujets ont un contrat à durée indéterminée (81,4 %) et un temps de travail de 33,3 heures par semaine. L'ancienneté dans l'entreprise de ces salariés est de dix ans en moyenne et l'ancienneté à leur poste de travail est de 6,2 ans.

Caractéristiques du geste suicidaire

Des idées suicidaires précédant le geste sont décrites par les patients dans 74 % des cas, 27 % depuis moins de dix jours, 49 % entre dix jours et trois mois, et 21 % depuis plus de trois mois.

Un événement déclenchant du geste est retrouvé dans 70 % des cas, avec un passage à l'acte immédiat dans les 24 heures suivantes pour 38,6 % des sujets.

Dans 90 % des cas, le geste a lieu au domicile des salariés, 88,6 % s'effectuant par voie médicamenteuse, 5,7 % par phlébotomie et 5,7 % par d'autres moyens (pendaison, précipitation). Le geste se déroule dans 10 % des cas soit sur le lieu du travail, soit lors d'un déplacement professionnel par prises médicamenteuses dans deux tiers des cas et phlébotomies pour les autres.

La part du travail dans le geste suicidaire

La répartition graphique (fig. 1) permet de distinguer deux populations de suicidants :

- la population « TS peu ou pas liées au travail » qui représente 60 % des patients : dans ce groupe, 54,7 % des salariés ne retrouvent aucun lien entre leur travail et leur geste suicidaire et décrivent une situation de travail plutôt « protectrice » ; 45,3 % des sujets estiment que le travail est en partie à l'origine du geste suicidaire (de 10 à 49 %) mais en second plan d'une cause principale hors-travail. Le travail est « décompensateur accessoire » ;
- la population « TS principalement liées au travail » représente, pour sa part, 40 % de l'ensemble de la population. Dans un cas sur deux, le geste est décrit comme exclusivement lié au travail.

Analyse comparative des populations « TS principalement liées au travail » versus « TS peu ou pas liées au travail »

Toutes les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et professionnelles sont comparables statistiquement entre les deux populations (tableau I).

Caractéristiques du geste suicidaire

Les idées suicidaires précédant le geste tant dans leur fréquence que dans leur durée ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes, de même que la présence d'un événement déclenchant du geste.

Le passage à l'acte dans les 24 heures, lorsqu'il existe un événement déclenchant, est plus fréquent dans la population

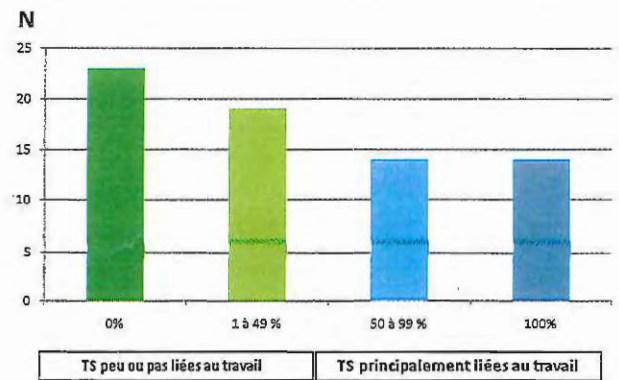


Figure 1. Répartition de la part estimée du travail dans le geste suicidaire.

« TS principalement liées au travail » (48,9 % vs 17,4 %, $p = 0,01$). Lorsque le geste est exclusivement lié au travail, 78,6 % passent à l'acte dans les 24 heures contre seulement 28,6 % pour les autres ($p < 0,001$).

Dans le groupe « TS principalement liées au travail », 14,3 % des sujets font leur geste au travail contre 4,8 % dans la population « TS peu ou pas liées au travail » sans différence significative entre les deux groupes. Il n'existe de différence significative que lorsque le geste est lié exclusivement au travail : il s'effectue alors pour 21,4 % sur le lieu de travail contre seulement 5,4 % pour les autres ($p = 0,005$).

La situation de travail au moment du geste suicidaire

Les caractères communs aux groupes « TS principalement liées au travail » et « TS peu ou pas liées au travail »

L'importance de la valeur du travail dans l'équilibre psychique est de 60 % pour la population « TS principalement liées au travail » versus 58 % sans différence significative (tableau II). Les attentes au travail sont respectivement de 63,2 % versus 67,1 % sans différence significative. Elles sont verbalisées par les salariés, par ordre de fréquence, en termes d'épanouissement, d'apport de revenus, d'aide aux autres, d'utilité, d'indépendance, de liberté, de reconnaissance, de statut social, de contacts, de lieux d'expression, d'avenir, de « faire du bon travail », de fierté, de solidarité, d'égalité et d'esprit d'équipe. L'estime de soi au travail est de 56,2 % dans le groupe « TS principalement liées au travail » versus 61 % sans différence significative. Le vécu est très majoritairement positif pour les salariés de l'étude et recouvre le fait de bien travailler, d'être scrupuleux, attentif, de se sentir utile, d'être jovial, d'être communicant, d'être apprécié de son chef, de ses collègues et d'avoir des responsabilités.

Les relations avec les collègues sont positives, de 66,2 % dans le groupe « TS principalement liées au travail » versus 73,9 % sans différence significative. Les bonnes relations sont décrites comme celles où les collègues sont des amis, une seconde famille, un soutien, une aide, ils permettent des échanges

Tableau I
Caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et professionnelles.

	TS principalement liées au travail (n = 28)		TS peu ou pas liées au travail (n = 42)		Total (n = 70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Âge (années)	42,7		40,6		41,4		NS
Hommes	12	42,9	13	31	25	35,7	NS
Femmes	16	57,1	29	69	45	64,3	NS
<i>Statut matrimonial</i>							
Marié	18	64,3	10	23,8	28	40	NS
Union libre	3	10,7	8	19	11	15,7	NS
Célibataire	3	10,7	10	23,8	13	18,6	NS
Séparé	4	14,3	14	33,4	18	25,7	NS
<i>Mode de vie</i>							
Vit seul	5	17,9	16	38,1	21	30	NS
Ne vit pas seul	23	82,1	26	61,9	49	70	NS
<i>Caractéristiques psychiatriques</i>							
Antécédents psychiatriques	20	71,4	29	69	49	70	NS
Antécédents de TS	18	64,3	22	52,4	40	57,1	NS
Nombre de TS antérieure	2,5		4		3,4		NS
Âge de la 1 ^{re} TS (années)	27,6		23,9		25,6		NS
Événement déclenchant de la TS	19	71,4	30	67,9	49	70	NS
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>							
Employés	11	39,3	26	61,9	37	52,9	NS
Ouvriers	8	28,6	8	19	16	22,9	NS
Intermédiaire	7	25	3	7,2	10	14,2	NS
Cadres supérieurs	2	7,1	5	11,9	7	10	NS
<i>Niveau d'étude</i>							
Sans baccalauréat	12	42,9	22	52,4	34	48,6	NS
Baccalauréat	7	25	7	16,7	14	20	NS
Études supérieures	9	32,1	13	31	22	31,4	NS
<i>Contrat de travail</i>							
Contrat à durée indéterminée	26	92,9	31	73,8	57	81,4	NS
Contrat à durée déterminée	0	0	7	16,4	7	10	NS
Intérimaires	1	3,6	2	4,8	3	4,3	NS
Autres	1	3,6	2	4,8	3	4,3	NS

NS : non significatif ($p \geq 0,05$) ; TS : tentative de suicide.

Tableau II
Caractéristiques du vécu de la situation de travail au moment du geste suicidaire.

	TS principalement liées au travail (n = 28) %	TS peu ou pas liées au travail (n = 42) %	Total (n = 70) %	p
Valeur du travail/équilibre	60	58	58,9	NS
Vécu global du travail	41,7	73,4	60,8	< 0,001
Attentes au travail	63,2	67,1	65,6	NS
Difficultés au travail	68,9	35,9	49,2	< 0,001
Estime de soi au travail	56,2	61	59,1	NS
Intensité du travail	60,3	72,7	67,7	NS
Ambiance de travail	46,5	75,1	63,7	< 0,001
Responsabilités au travail	66,9	70,9	69,3	NS
Relations collègues	66,2	73,9	70,9	NS
Relations hiérarchie	44	75,4	62,5	0,002
Relations direction	41,2	59,5	51,2	0,03
Soutien familial	72,8	50,3	59,4	0,02

NS : non significatif ($p \geq 0,05$), TS : tentative de suicide.

personnels et sur le métier, ils apportent une cohésion, ils sont compréhensifs, confraternels, il y a une certaine estime. Les mauvaises relations sont l'absence de vrai collectif, les collègues sont « des gens », « ils ne sont pas à l'écoute des autres », il n'y a pas de soutien, « ils créent des tensions », des conflits, « ils entraînent de la violence », le contact est réalisé par obligation et « les collègues ont peur au travail ».

L'intensité du travail est appréciée à 60,3 % dans le groupe « TS principalement liées au travail » versus 72,7 % sans différence significative. Sont décrites des surcharges de travail, des heures excessives et des urgences fréquentes.

Les spécificités du groupe « TS principalement liées au travail »

Le vécu global du travail est négatif quand le geste suicidaire est en lien principalement avec le travail à 41,7 % versus 73,4 % ($p < 0,001$). Les mots utilisés par les salariés de ce groupe sont, par ordre décroissant, l'absence d'épanouissement, la déshumanisation, l'absence de respect, l'absence d'écoute, l'injustice, la dévalorisation, la perte de la valeur du travail. La dégradation de l'estime de soi au travail, qui touche 43 % des salariés de ce groupe, est décrite par l'inutilité, les critiques des collègues, le manque de confiance, la peur de ne pas être à la hauteur, se sentir incapable de faire son travail, d'être trop rigide, « d'être une machine », de « se bloquer et de s'emporter », d'avoir une absence de reconnaissance de l'entreprise et de ses chefs.

L'ambiance de travail est dégradée, évaluée à 46,5 % dans la population « TS principalement liées au travail » versus 75,1 % ($p < 0,001$). Cette dégradation est principalement liée, selon les salariés, à un isolement, des tensions dans le milieu de travail et une absence de collectif.

Les difficultés à effectuer les tâches de travail augmentent quand le geste est lié au travail à 68,9 % versus 35,9 % ($p < 0,001$). Sont décrits des problèmes matériels, techniques ou de formation, le port de charges lourdes et des difficultés relationnelles.

Les relations avec la hiérarchie directe (44 % vs 75,4 %, $p = 0,002$) et les relations avec la direction (41,2 % vs 59,5 %, $p = 0,03$) sont significativement dégradées pour la population « TS principalement liées au travail ». Ce ressenti de dégradation s'explique, pour les salariés, par des conflits, l'absence de reconnaissance « ne dit que quand ce n'est pas bien », « le chef n'assume pas », « est incompetent », « n'écoute pas », « n'a pas de respect », « dit des mensonges, est manipulateur, lunatique, brusque, dévalorisant, démotivant ». Les bonnes relations recouvrent l'écoute, l'amitié, le respect, le fait d'être humain, la confiance, la compréhension, l'aide, l'efficacité et la compétence, la gestion des conflits, de donner sa chance au salarié, d'être près des problèmes.

La reprise du travail au poste occupé antérieurement dans les mêmes conditions est inenvisageable pour 67 % des salariés du groupe « TS principalement liées au travail »

contre seulement 14 % pour l'autre groupe ($p = 0,007$). Cette reprise est totalement impossible dans 46 % des cas, elle est possible mais avec changement de conditions ou de lieu de travail dans 32 % des cas, une formation est envisagée pour changer d'emploi dans 13 % des cas, les autres salariés n'ont pas de projet professionnel. Dans le groupe « TS peu ou pas liées au travail », les projets sont la reprise du travail (66 %), le changement de travail (16 %), l'absence de projet (10 %) ou la fin programmée du contrat de travail (8 %).

Le soutien familial est significativement plus élevé dans la population « TS principalement liées au travail » que dans la population « TS peu ou pas liées au travail » à 72,8 % versus 50,3 % ($p = 0,02$).

Les trajectoires professionnelles pour le groupe « TS principalement liées au travail »

La reconstruction des trajectoires professionnelles dans la dernière entreprise permet de construire une dynamique commune des événements de vie au travail (fig. 2). Cette dynamique retrouve toujours un premier problème au travail correspondant à un événement marquant pour le salarié. Ce premier problème survient en moyenne six ans après l'embauche et précède le geste suicidaire de deux ans et deux mois en moyenne.

Des problèmes de santé en lien avec la situation de travail sont décrits par tous les salariés. Leur apparition survient en moyenne 11 mois après le premier problème au travail, précédant de 14 mois, le geste suicidaire. Sont décrits des angoisses (57 %), des troubles du sommeil (50 %), des troubles musculosquelettiques ou des gastralgies ou des précordialgies (40 %), des peurs ou des états d'alerte permanente (35 %), de l'irritabilité ou de l'agressivité (28 %), de l'omniprésence du travail à la pensée (18 %) ainsi que des malaises ou pertes de connaissance sur le lieu de travail (10 %).

Les premières idées noires en lien avec la situation de travail, présentes dans 75 % des cas, apparaissent en moyenne neuf mois après le premier problème de santé lié au travail. D'apparition furtive sous forme de « flash » ou sous forme

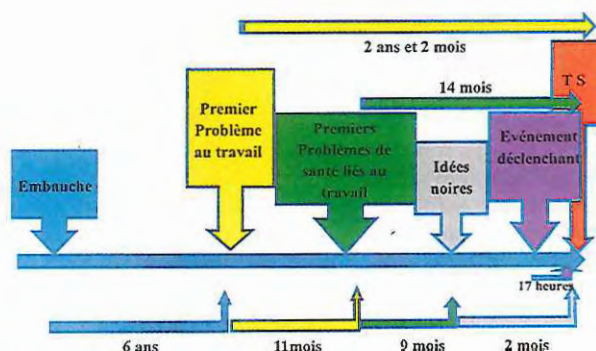


Figure 2. La dynamique des événements au travail.

de mises en scènes plus élaborées, elles surviennent en moyenne deux mois avant le geste.

Un événement du travail déclenchant le geste est retrouvé dans 68 % des cas. Il précède alors le geste suicidaire d'en moyenne 17 heures. Ce sont, par ordre de fréquence, les convocations par la direction, les conflits avec la hiérarchie, les reprises forcées du travail, les conflits avec les collègues, des annonces de licenciement, des fautes professionnelles et des refus de prime ou de congés.

Les facteurs professionnels protecteurs et décompensateurs du geste suicidaire

L'étude a permis de mettre en évidence, à partir des entretiens, des facteurs de la situation de travail jugés protecteurs et d'autres décompensateurs de la santé psychique.

Les facteurs professionnels protecteurs, décrits par les salariés dont le geste n'est en rien lié au travail, sont principalement un collectif porteur et un travail qui apporte de l'épanouissement. Viennent ensuite les descriptions d'un travail apparenté à une activité défensive qui permet d'être occupé et de ne pas penser dans un contexte, pour ces salariés, de difficultés personnelles majeures.

Les facteurs professionnels décompensateurs, qui souvent se cumulent, sont décrits par les salariés pour lesquels le travail est en tout ou partie à l'origine du geste. Les conflits avec la hiérarchie sont de loin les plus cités, avant les réorganisations et les conflits de valeur (tableau III).

Tableau III
Facteurs professionnels protecteurs et décompensateurs.

Facteurs professionnels	%
<i>Facteurs décrits comme protecteurs</i>	
Un collectif porteur	52
Un travail épanouissant	40
Un travail qui occupe, qui permet de ne pas penser	23
Un travail qui permet d'être utile	17
Un travail qui apporte de l'indépendance	17
Les conflits avec la hiérarchie	46
<i>Facteurs décrits comme décompensateurs</i>	
Les réorganisations	32
Les conflits de valeur et les situations de souffrance éthique	32
Les changements de poste	28
Les difficultés techniques	28
L'isolement et le sentiment d'insécurité	25
Les conflits entre collègues non régulés	25
Les désorganisations dans le travail	25
Les surcharges de travail	21
Les changements hiérarchiques	18
Le fait d'être empêché de travailler	10
Les problèmes physiques au travail	3,5

Discussion

Intérêts et limites de l'étude

Pour les psychiatres, la TS ou geste auto-agressif, même celui semblant la plus apparemment « bénin » est un signal symptôme aussi important à reconnaître que le geste suicidaire le plus construit. Elle nécessite une prise en charge spécifique. L'enquête s'est donc adressée à tout sujet ayant fait une TS, quelle que soit la modalité de celle-ci.

Environ 10 % des patients hospitalisés pour geste suicidaire ont refusé de participer à l'enquête. Pour la moitié, il n'y avait, selon les psychiatres, aucun rapport avec le travail d'où leur absence d'intérêt pour un entretien santé-travail. Pour la seconde moitié, le geste semblait être fortement lié au travail, les patients refusant par crainte de diffusion des réponses à leur employeur. Malgré ces refus, l'échantillon est comparable, après ajustement, à une population de suicidants admis dans des services d'urgences en France [14].

Dans l'enquête, les gestes suicidaires prédominent dans les secteurs de la santé-social et du commerce. Ces résultats sont concordants avec les études de Stack et l'étude plus récente Samotrace développée par l'InVS qui mettent en évidence des professions ayant un risque suicidaire supérieur à celui de la population générale [15,16].

L'étude montre une surreprésentation (70 %) du nombre de salariés travaillant dans des entreprises de plus de 50 salariés alors que sur la Basse-Normandie, celles-ci n'emploient que 49 % de l'ensemble selon l'INSEE. Ces résultats s'expliquent par les secteurs d'activité les plus représentés dans l'étude. L'enquête est basée sur le vécu subjectif du salarié des différents éléments de sa situation de travail dans une dimension à la fois quantitative et qualitative, en utilisant les apports de la psychodynamique du travail qui s'intéresse aux processus psychiques subjectifs et intersubjectifs mis en œuvre par les individus en situation de travail [5]. Elle a donc exclu les échelles standardisées de risques psychosociaux de type Karasek [17] et Siegrist [18] ainsi que les échelles psychiatriques, pour s'appuyer sur une approche clinique visant à recueillir, par un entretien direct, le ressenti, les mots et expressions des salariés, et à leur faire reconstruire leur trajectoire professionnelle.

Confirmation de la centralité du travail

L'importance des attentes du travail, en particulier en termes d'épanouissement, et la part du travail dans l'équilibre psychique retrouvées dans l'étude pour l'ensemble de la population sont concordantes avec les chiffres précédemment publiés en particulier par Dominique Meda [19]. Ces résultats sont à mettre en perspective avec le rôle central du travail en matière de construction identitaire, expliquant les conséquences contrastées, tantôt favorables, tantôt délétères pour la santé mentale [5].

Dans le contexte spécifique de la post-crise, le travail est ainsi décrit dans un contexte soit positif, soit négatif, mais jamais dans la neutralité d'où les résultats des cotations quantitatives sur l'échelle analogique. Cela permet de déterminer la valeur de 50 % comme valeur de neutralité entre un ressenti négatif inférieur à 50 % et un ressenti positif supérieur. La vision positive du travail est décrite en termes d'épanouissement, d'aide aux autres, d'utilité, d'indépendance, de liberté, de reconnaissance. Les attentes, que ce soit envers les collègues ou la hiérarchie, sont principalement inscrites dans le registre des relations humaines.

Le travail protecteur

Pour un tiers de la population, le geste suicidaire trouve son origine dans le milieu extraprofessionnel, le travail étant vécu comme protecteur. Il apporte des relations sociales de type amical au travers des collègues et parfois permet de façon défensive de supprimer, durant la période de travail, les pensées négatives qui ont leur source hors-travail, le travail devenant alors une activité de type « occupationnel », mécanisme de défense contre la souffrance. Certains salariés décrivent que l'arrêt de travail, dans ce contexte, a créé un déséquilibre facilitant leur passage à l'acte suicidaire. C'est parfois au cours de l'entretien que des salariés ont découvert l'importance du travail dans leur équilibre psychique. Ce côté protecteur du travail est aussi retrouvé dans l'explication du lieu de certains gestes : le lieu de travail peut être le seul endroit « rassurant » qui reste, ou le seul lieu permettant de bénéficier d'une prise en charge médicale.

Le travail peut conduire au geste suicidaire

Dans l'étude, 67 % des salariés vivent une situation de travail dégradée pouvant en tout ou partie conduire au geste suicidaire, ce chiffre s'expliquant par la notion de centralité du travail. Lorsque le geste suicidaire est principalement lié au travail, l'identité est atteinte par la perte du sens de la situation de travail elle-même. Le ressenti de cette situation au moment du geste suicidaire est ainsi décrit dans un registre éprouvant le plus profond de l'identité. Ce sont des sentiments de perte de valeurs, d'injustice, de trahison, de dévalorisation, d'abandon et de culpabilité semblant être à l'origine d'une telle douleur morale qu'ils pourraient expliquer le passage à l'acte.

Ces sentiments sont en relation directe, dans l'enquête, avec des problèmes d'organisation du travail, des problèmes relationnels au travail et une perte du sens du travail. Ces facteurs sont décrits par M. Gollac comme des indicateurs principaux des risques psychosociaux [20].

Dans ce contexte, les atteintes à la santé sont le plus souvent banalisées et ne sont pas mises en perspective avec le travail. Ces atteintes, bien que non spécifiques cliniquement, peuvent être d'une intensité particulière telles que

des malaises ou des pertes de connaissances sur le lieu de travail, un état d'alerte permanente ou une peur « viscérale » au travail. Leur apparition doit alerter car signifiant un dépassement des capacités d'adaptation. Seule la mise en lien de ces atteintes à la santé avec la situation de travail permet d'en comprendre l'origine.

La réalisation du geste suicidaire lorsqu'il s'effectue sur le lieu de travail correspond dans les deux tiers des cas à un vécu de travail décompensateur principal. Pour certains salariés, le geste suicidaire, bien qu'il ne se soit pas déroulé sur le lieu de travail, aurait, au travail, été peut-être un moyen de faire prendre en considération leur souffrance.

Les spécificités des dynamiques des gestes suicidaires liés au travail

L'étude des trajectoires professionnelles, lorsque le geste est principalement lié au travail, montre que le geste est l'aboutissement d'une histoire très longue et très construite de souffrance au travail. Cette histoire débute toujours après une période d'en moyenne six années, durant laquelle les salariés ne notent pas de problème au travail. Le début est marqué par un évènement de travail vécu douloureusement par le salarié, évènement symbolisant une « rupture » par rapport à la situation de travail antérieure. Cet évènement signe un « avant et un après » qui sera toujours suivi d'autres évènements renforçant le vécu négatif issu du premier et le confortant comme décrit par E. Shneidman [21]. Puis apparaissent des atteintes à la santé, le plus souvent des idées noires signant le début de la crise suicidaire, et enfin le geste précédé ou non d'un évènement déclenchant. Dans cette succession d'évènements, on assiste à une accélération chronologique, voire une précipitation, du premier problème de travail jusqu'au geste suicidaire. Les intervalles sont initialement en années, passant en mois puis en jours et enfin en heures. Ces trajectoires de vie au travail sont à rapprocher de celles décrites dans les « autopsies psychologiques » effectuées au Canada parmi des familles de suicidés et retrouvant deux types de trajectoires de vie distinctes. La première mettant en évidence une adversité de vie précoce avec des TS dès l'adolescence et la seconde ayant une trajectoire sans particularité jusqu'à cinq ans avant la crise suicidaire. Cette méthode d'investigation rétrospective retrouve à la fois une succession d'évènements de vie et une accélération aboutissant à la crise suicidaire [22].

Des mécanismes de défense individuels apparaissent durant toute cette période de souffrance au travail, longue de plusieurs années. Ces mécanismes, bien décrits en psychodynamique du travail [5], qui permettent de « tenir dans la situation coûte que coûte » apparaissent spécifiques. Ce sont les développements de mécanismes de rationalisation, puis d'isolement dans le travail et enfin de fuite et d'évitement. Ces mécanismes se succèdent, se superposent puis

s'effondrent ne laissant plus que la solution ultime pour « ne plus penser », « s'endormir » et « ne pas se réveiller ».

L'interrogatoire travail comme moyen de prévention

L'entretien basé sur la reconstruction chronologique des événements du travail parallèlement aux émotions ressenties et aux atteintes à la santé va progressivement permettre au salarié de faire le lien entre l'ensemble de ces éléments. En faisant « revivre » par la verbalisation les événements clés qui se sont déroulés jusqu'à la crise, le salarié va pouvoir rendre conscient avec, cette fois-ci une certaine distance, ce qu'il a eu l'impression de subir sans avoir le pouvoir d'agir. C'est donc l'ensemble de l'entretien qui va permettre au patient de retrouver un sens, même partiel, à la situation de crise et de modifier son état psychique qui va être le point de départ d'une possible reconstruction de son identité [23].

La prévention du geste suicidaire en lien avec le travail pourrait donc passer par des entretiens les plus précoces possibles dans les situations de souffrance au travail. L'exploration et la quantification des différents éléments de l'équilibre psychique du travail et du hors-travail vont permettre de replacer le salarié dans son histoire professionnelle, d'apprécier l'importance des répercussions sur sa santé, de le situer dans l'échelle de gravité pouvant conduire au geste suicidaire et de permettre une prise en charge pluridisciplinaire adaptée.

Ces entretiens vont aussi permettre d'identifier les facteurs professionnels décompensateurs de la santé mentale, identification qui ouvre la voie à la prévention dans le milieu de travail. En effet, le vécu du salarié, bien qu'individuel, peut permettre de révéler une situation collective de souffrance au travail, ce salarié jouant un rôle de « sentinelle » d'un milieu de travail pathogène. Des actions correctrices au sein de l'entreprise devront alors être envisagées parallèlement à la prise en charge individuelle du salarié.

Conclusion

L'étude confirme la part centrale du travail dans l'équilibre psychique ainsi que l'importance des attentes au travail pour l'ensemble de la population étudiée de suicidants. En effet, pour deux tiers des salariés interrogés, le geste suicidaire est en lien en tout ou partie avec le travail.

L'enquête montre que le geste suicidaire est le résultat d'une longue histoire de souffrance au travail et que la prévention du geste passe, entre autres, par l'interrogatoire du travail le plus précoce possible afin d'analyser le ou les liens entre la situation de travail et les symptômes présentés. Le seul traitement symptomatique médicamenteux n'est pas suffisant si la source de la souffrance ne trouve pas d'issue verbale. C'est la compréhension de son histoire en particulier de

travail, qui va permettre au salarié, dans la plupart des cas, de modifier son état psychique et ainsi, peut-être, celle de sa future trajectoire de vie.

L'étude est inédite tant par sa méthodologie que par ses résultats et devra être consolidée par des études ultérieures similaires.

Elle identifie et quantifie des facteurs liés au travail soit protecteurs, soit décompensateurs de la santé mentale ouvrant la voie sur des moyens de prévention à la fois individuels et collectifs. Elle montre l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient, via médecin traitant/psychiatre/médecin du travail, chaque intervenant restant sur son champ de compétence.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Avec tous nos remerciements aux salariés qui ont accepté de participer à cette étude, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'UHCD et du service des urgences psychiatriques du CHU de Caen notamment le Pr E. Roupie, les Dr F. Chastang et A. Haivas.

Cette étude a été soutenue par l'ARS de Basse-Normandie.

Références

- [1] Suicide : autopsies psychologiques et prévention. Inserm 2011. Disponible à l'adresse URL : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>.
- [2] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France : études et résultats. DREES; 2006. p. 488.
- [3] Platt S, Hawton K. Suicidal behaviour and the labour market. In: Hawton K, Van Heeringen K, editors. The international handbook of suicide and attempted suicide. New York: John Wiley; 2000. p. 309–84.
- [4] Beck F, Guignard R, Du Roscoat E, et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH 2011;47–8: 488–92.
- [5] Dejours C. Travail, usure mentale. Paris: Bayard; 2000.
- [6] Molinier P. Les enjeux psychiques du travail. Paris: Petite bibliothèque Payot 6; 2006.
- [7] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiologic evidence. Occup Environ Med 2006;65:438–45.
- [8] Melchior M, Caspi A, Milne B, et al. Work precipitates depression and anxiety in young working women and men. Psychol Med 2007;37:1119–29.
- [9] Stanfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 1998;32:443–62.
- [10] Cohidon C, Rabet G, Caillet E, et al. Risque suicidaire et activité professionnelle. BEH 2011;47–8:501–4.
- [11] François S, Guiho-Bailly MP, et al. Travail et tentatives de suicide. Arch Mal Prof Environ 2012;73:112–9.

- [12] Blackmore E, Munce S, Weller I, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008;192:279-84.
- [13] Shea C. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension. Paris: Elsevier Masson; 1999.
- [14] Staikowsky F. Les tentatives de suicide examinées dans les services d'urgences en France : résultats d'une étude multicentrique. *BEH* 1999;51:12-21.
- [15] Stack S. Occupation and suicide. *Soc Sci Q* 2001;82(2): 384-96.
- [16] Étude pour la mise en place du programme Cosmop : analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent. 2006. Disponible à l'adresse URL : www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf.
- [17] Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain/implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24: 285-307.
- [18] Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al. The measurement of effort reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004;58:1483-99.
- [19] Garner H, Meda D. La place du travail dans l'identité des personnes. *Données sociales : la société française*. Paris: Insee; 2006. p. 623-30.
- [20] Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail : collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. DARES DREES ; 2009. Disponible à l'adresse URL : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_o8_10.pdf.
- [21] Shneidman E. Suicide as Psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. New York: Jason Aronson Book; 1993.
- [22] Seguin M, Lesage A, Turecki G, et al. Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicidality mortality. *Psychosoc Med* 2004;37:1575-83.
- [23] Davezies P. Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Arch Mal Prof Environ* 2008;69:195-203.