Université de Liège

Faculté des Sciences psychologiques

« Le suicide lié au travail :
Analyse des réactions et des représentations des professionnels de la santé. »

par

Bérangère Balbourg

Liège
Année académique 2013-2014

Promotrice
Pr Anne-Sophie Nyssen

Jury
P. Mairiaux, A-M. Etienne

Présentation du mémoire en vue d'obtenir le grade de Master en Sciences Psychologiques

Université de Liège

Table des matières

Remerciements **6**

Introduction **7**

Partie I. Revue de Littérature

Chapitre 1. Le suicide **10**

1. Le suicide dans le monde 10

2. Le suicide en Belgique 12

3. Les personnes à risque en Belgique 14

4. Les tentatives de suicide 15

5. Suicide et travail dans le monde 16

6. Suicide et méthodes 18
    6.1. Suicide en général et méthodes 18
        6.1.1 Suicide en général et méthodes chez les hommes 18
        6.1.2 Suicide en général et méthodes chez les hommes 19
    6.2. Suicides liés au travail et méthodes 19

7. La personne suicidaire : processus, comportements et signes 20

Chapitre 2. Psychopathologies liées au travail et rôle dans le passage à l'acte suicidaire **25**

Introduction 25

1. Troubles de l'humeur 25
    1.1. Troubles dépressifs 25

2. Les psychoses 27

3. Les pathologies post-traumatiques 29

4. Les pathologies du harcèlement 31
    4.1. Harcèlement sexuel 32
    4.2. Harcèlement moral/mobbing 32

5. Les pathologies de surcharge 33
5.1. Troubles musculo-squelettiques 33
5.2. Syndrome d'épuisement professionnel/Burn-out 33

6. Hyperactivité et dopage au travail 35
6.1. Hyperactivité 35
6.2. Addiction en milieu professionnel 36

7. Conclusion 37

Chapitre 3. Suicides, entreprises, professions et variables organisationnelles 38

Introduction 38

1. Suicide et travail avant les années 1990 38

2. Changements dans le monde du travail 40

3. Variables organisationnelles et risques psychosociaux 40

4. Suicide et professions 44

5. Comment intervenir en crise suicidaire ? 45

6. Suicides en milieu de travail : Prévention et Postvention 47
6.1. Facteurs de protection 48
6.1.1 Facteurs de protection et suicide en général 48
6.1.2. Facteurs de protection spécifiques aux suicides liés au travail 48
6.2. Suicide et prévention 49
6.2.1. Suicide et prévention générale 49
6.2.2. En milieu professionnel : prévention du suicide chez les employés 49
6.2.3. En milieu professionnel : prévention du suicide chez les managers en souffrance 53

6.3. Postvention en entreprise 54

7. Conclusion et hypothèses 56 - 57

Partie II. Partie pratique

Chapitre 1. Méthodologie 59

Chapitre 2. Présentation des résultats 61

1. Caractéristiques des répondants 61
1.1. Professionnels et types de service 61
1.2. Professions et sexe ratio 62
1.3. Professionnels et nombre d'années d'ancienneté dans l'entreprise 62
1.4. Professionnels et confrontations aux suicides 63
1.5. Professionnels et confrontations aux tentatives de suicide 63

2. Professionnels qui ont connu un passage à l'acte suicidaire 64
2.1. Professionnels et suicides 64
2.2 Professionnels et tentatives de suicide 64
2.3. Signes avant-coureurs et passages à l'acte suicidaire 64
2.4. Par qui les professionnels ont-ils été informés du drame ? 65
2.5. Passage à l'acte suicidaire : cause uni ou plurifactorielle ? 65
2.6. Professionnels et réactions post-actes 66
2.6.1. Psychologues 67
2.6.2. Médecins du travail 67
2.6.3. Assistants sociaux 68
2.6.4. Infirmiers 69
2.6.5. Conseillers en prévention 70
2.7. L'impact du drame sur la santé psychique et physique du professionnel 71

3. Professionnels qui n'ont jamais été confrontés à des suicides/tentatives de suicide liés au travail 75
3.1. Entreprises et procédures de postvention 75
3.2. Professionnels et personnes référentielles post-actes 77
3.3. Qui annoncerait le passage à l'acte suicidaire ? 78

4. Tous les professionnels et leurs représentations 78
4.1. Variables organisationnelles et passages à l'acte suicidaire 78
4.2. Comment nos professionnels de la santé se représentent-ils la personne qui nourrit des idées suicidaires ? 81
4.3. Professionnels et degrés de compétence face à une personne « à risque » 82
4.4 Professionnels et réactions face à une personne « à risque » 82
4.4.1 Psychologues 83
4.4.2. Médecins du travail 83
4.4.3. Assistants sociaux 84
4.4.4. Conseillers en prévention 84
4.4.5. Infirmiers 85
4.5. Professionnels et niveaux de connaissance sur le suicide lié au travail 85

Chapitre 3. Interprétation, conclusion & perspectives 87

1. Interprétation 87

2. Conclusion & discussion 101

3. Perspectives 103

Bibliographie **104**

Annexes **109**

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma promotrice et professeur Anne-Sophie Nyssen, ainsi qu'à ses assistantes Aline Gillet et Adélaïde Blavier. Ces trois personnes ont suivi, supervisé et critiqué la rédaction de mon mémoire afin de me permettre de rendre un travail pertinent et de qualité. Merci également à Philippe Mairiaux pour ses conseils et remarques constructives durant la conception de mon questionnaire.

Merci à chaque professionnel d'avoir accepté de participer à mon étude, d'avoir pris le temps de répondre consciencieusement à mon questionnaire et de m'avoir communiqué des informations particulièrement utiles pour ce travail.

Je tiens ensuite à remercier Françoise, Paulo et Fanny d'avoir passé de nombreuses heures à la relecture et à la correction grammaticale de ce travail.

Enfin, mes remerciements vont également à Antoine qui m'a permis, grâce à ses conseils avisés, d'aborder certains points de mon mémoire sous un autre angle plus congruent.

Introduction

Le suicide existe depuis toujours.
Banni, considéré comme maladie mentale, objet de débats et de jugements, tantôt sujet de philosophie, tantôt sujet de science, trop souvent ancré dans le rejet et le silence, le suicide est souvent et facilement étudié via des croyances erronées et des idées populaires. Toutes ces croyances, idées, tabous peuvent être considérés comme des esquisses pour éviter la confrontation avec un réel souvent trop difficile à comprendre et à traverser : le suicide n'est pas une maladie mais un mal de vivre.
Classer, juger, catégoriser, sectionner, sérier sont des comportements humains pour prendre du recul, se distancer d'un événement. Mais malgré cela, à chaque instant, le réel s'impose à nous.
Mon mémoire comportera un thème principal : le suicide en lien avec le travail. Il sera mis en relation avec le suicide en général afin de cerner au mieux le sujet du suicide au niveau national et mondial, ainsi que son évolution à travers le temps, la santé mentale et le milieu socio-professionnel.
Ma partie pratique se centrera exclusivement sur le suicide en lien avec le travail.
« Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés » (de La Fontaine, 1678). Ceci est une métaphore pour illustrer ce phénomène de souffrance au travail qui, depuis plusieurs années et de manière croissante, est présent au sein de nombreux environnements professionnels et touche beaucoup de travailleurs. Cette souffrance et ce stress excessifs, que l'on peut qualifier de fléaux, font de plus en plus de morts par suicide. Même si les suicides liés au travail ne sont pas majoritaires, ils dénoncent cependant la grande souffrance dans l'environnement professionnel ainsi que les défauts managériaux.
Ce phénomène, que l'on peut considérer comme récent, reste peu étudié à cause des nombreuses répercussions qu'entrainerait l'identification des causes réelles du passage à l'acte suicidaire d'un travailleur. Le suicide en lien avec le travail semble répondre à la loi du silence. J'ai choisi de réaliser mon mémoire sur ce thème et de questionner les professionnels de la santé sur ce sujet dans le but d'en savoir plus sur ce qui peut, dans une situation de travail, pousser un travailleur à commettre ce geste dramatique.
Ma partie pratique consistera en l'analyse de données provenant de questionnaires ayant été soumis à divers professionnels de la santé. L'analyse des données récoltées me permettra de comparer les représentations que ces différents professionnels ont de la personne suicidaire, les réactions qu'ils adopteraient s'ils étaient confrontés à ce type de personnes et enfin, les éventuelles procédures existants au sein des entreprises pour gérer les situations faisant suite à un suicide ou une tentative de suicide sur le lieu ou en lien avec le travail.
Enfin, elle me permettra d'identifier les variables organisationnelles qui, selon nos professionnels de la santé, sont susceptibles de jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur.
Ma conclusion ainsi que ma discussion clôtureront mon travail. Ma discussion mettra en lien les informations importantes de ma partie pratique avec les données observées dans la littérature. Cela me permettra d'identifier l'éventuel décalage entre les s et les réactions réelles des professionnels de la santé et ce qui est conseillé dans la littérature. Cette démarche apportera une opportunité de palier aux possibles lacunes dans les connaissances des

professionnels de la santé et ainsi de proposer des dispositifs adaptés afin d'ajuster leur représentations et leur permettre de gérer au mieux les sujets à risque ainsi que les situations post-actes.
Cette même discussion permettra également d'identifier les variables organisationnelles néfastes les plus fréquemment citées par nos professionnels.
Quelques perspectives seront émises en vue d'améliorer les futures études éventuelles sur ce thème.

Partie I

Revue de littérature

Chapitre 1. Le suicide

1. Le suicide dans le monde

Chaque année, dans le monde, plus ou moins un million de personnes se suicident (Centre de Prévention du Suicide, 2012).

Le taux de suicide augmente tout au long de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte et cette tendance est fortement marquée chez les garçons (Hawton & van Heeringen, 2009).
On observe une large prédominance du taux de suicide chez les hommes. Ils se suicideraient deux à trois fois plus que les femmes (Henderson, Mellin, & Patel, 2005).
Les femmes, quant à elles, commettraient plus de tentatives de suicide (Wilmotte & Defrise-Gussenhove, 1970).
La Chine est le seul pays au monde dans lequel les femmes se suicident plus que les hommes et la majorité des suicides se produisent en milieu rural (Hoven, Mandell, & Bertolote, 2010).

Chez les hommes, les jeunes adultes âgés entre 15 et 44 ans sont le groupe le plus à risque, avec une moyenne d'âge de 42 ans.
Chez les femmes, nous observons les mêmes résultats mais avec une moyenne d'âge plus élevée qui est de 50 ans.
Les personnes âgées de 75 ans et plus sont également considérées comme un groupe à risque (Henderson et al., 2005).

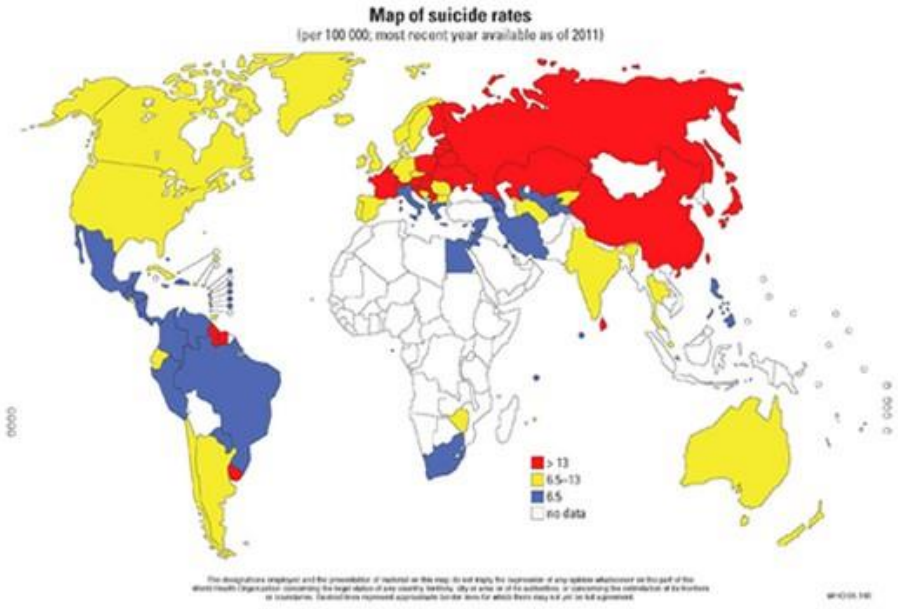
Avec approximativement 18 suicides pour 100.000 habitants, la Belgique possède, avec la Finlande, la France et le Danemark, un taux de suicide plus élevé que la moyenne mondiale, celle-ci étant estimée à 14,5 suicides pour 100.000 habitants.
D'après les chiffres récoltés par l'Organisation Mondiale de la Santé, les pays d'Europe de l'Est présentent les taux de suicide les plus élevés dans le monde alors que les taux les plus bas sont constatés en Amérique Latine (Centre de Prévention du Suicide, 2012).

Si on se penche sur la ventilation des suicides dans le monde, on observe un taux de suicide plus faible chez les Hispaniques, les Asiatiques et les Américains africains que chez les Européens (Callanan & Davis, 2012).
Dans les pays musulmans, se suicider est vu comme une interdiction, on relève donc un taux de suicide proche de 0. Le taux total de suicide est plus élevé dans les pays athées (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Dans les différents groupes ethniques, le taux de suicide semble varier inversement par rapport à la densité de la population dans chaque groupe, suggérant que la présence de supports et réseaux culturels seraient des facteurs de protection. Plus la population du groupe ethnique serait grande et plus le taux de suicide serait faible (Hawton & van Heeringen, 2009).

Ci-dessous, une carte présentant les taux de suicide dans différents pays du monde.

Figure 1.



Sources : SPMA (Institut de Santé Publique - Epidemiology)

Le tableau suivant rassemble les taux de décès par suicide standardisés en Europe pour 2008

	Hommes	***Femmes***	***Ensemble***
Lituanie	*55,9*	*9,1*	*30,7*
Hongrie	*37,1*	*8,6*	*21,5*
Lettonie	*38,3*	*6,5*	*20,9*
Finlande	*29,0*	*8,3*	*18,4*
Belgique	*26,5*	*9,3*	*17,6*
Slovénie	*29,2*	*6,7*	*17,3*
Estonie	*29,1*	*6,2*	*16,5*
France	***23,2***	***7,4***	***14,9***
Pologne	*24,9*	*3,7*	*13,9*
Autriche	*20,7*	*5,8*	*12,7*
République tchèque	*20,2*	*4,2*	*11,8*
Suède	*17,1*	*6,3*	*11,6*
Roumanie	*18,4*	*3,5*	*10,6*
Slovaquie	*18,5*	*2,7*	*10,2*
UE (27 pays)	*16,4*	*4,4*	*10,2*
Bulgarie	*16,3*	*4,6*	*10,1*
Danemark	*14,2*	*5,9*	*9,9*
Allemagne	*14,9*	*4,4*	*9,4*
Irlande	*14,7*	*4,2*	*9,4*
UE (15 pays)	*14,3*	*4,4*	*9,1*
Pays-Bas	*11,4*	*4,9*	*8,1*
Portugal	*13,2*	*3,4*	*7,9*
Luxembourg	*13,2*	*2,9*	*7,8*
Royaume-Uni	*10,5*	*2,9*	*6,7*
Espagne	*10,4*	*2,8*	*6,5*
Malte (2007)	*11,8*	*0,3*	*6*
Italie	*8,7*	*2,4*	*5,4*
Chypre	*7,0*	*1,9*	*4,4*
Grèce	*4,8*	*1,0*	*2,8*

La Belgique se positionne en 5ème place avec un taux de suicide de 17,6.

Il faut rester vigilant car les chiffres disponibles pourraient sous-estimer le nombre réel de suicides pour diverses raisons.
Tout d'abord, un nombre important de suicides n'est pas répertorié comme tel : les accidents de travail, la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme ainsi que certains accidents de la route sont considérés comme des accidents mais s'avéreraient être des suicides maquillés. Ensuite, il arrive que l'entourage du suicidé évite de déclarer officiellement le décès comme un suicide, pour des motifs familiaux dans certains cas, ou religieux, économiques dans d'autres (Centre de Prévention du Suicide, 2012).
De ce fait, il est important de traiter avec précaution les données fournies ci-dessus.

2. Le suicide en Belgique

En Belgique, près de 2000 personnes par an mettent fin à leurs jours, ce qui équivaut à plus de 5 suicides par jour, et plus de 20.000 tentent de mettre fin à leurs jours. Et pour chaque personne qui passe à l'acte : des collègues, des connaissances, des amis, de la famille.
Ces chiffres démontrent qu'à peu près 40.000 personnes par an manifestent un comportement suicidaire (Centre de Prévention du Suicide, 2012).

Les hommes âgés entre 5 et 49 ans décèdent surtout de causes externes comme des accidents ou des suicides. Les hommes ayant entre 50 et 79 ans succombent le plus souvent à un cancer du poumon. Quant aux hommes de 75 ans et plus, les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies cardiaques ou coronaires.

Chez les femmes, on observe une prévalence moindre des causes externes de mort par rapport aux hommes. Cependant, les accidents et les suicides restent les causes de décès les plus courantes chez les femmes âgées entre 5 et 39 ans. Les femmes ayant entre 40 et 69 ans sont plus souvent touchées par le cancer du sein.

Similairement aux hommes de leur âge, les femmes de 70 ans et plus succombent généralement à des maladies cardiaques ou coronaires.

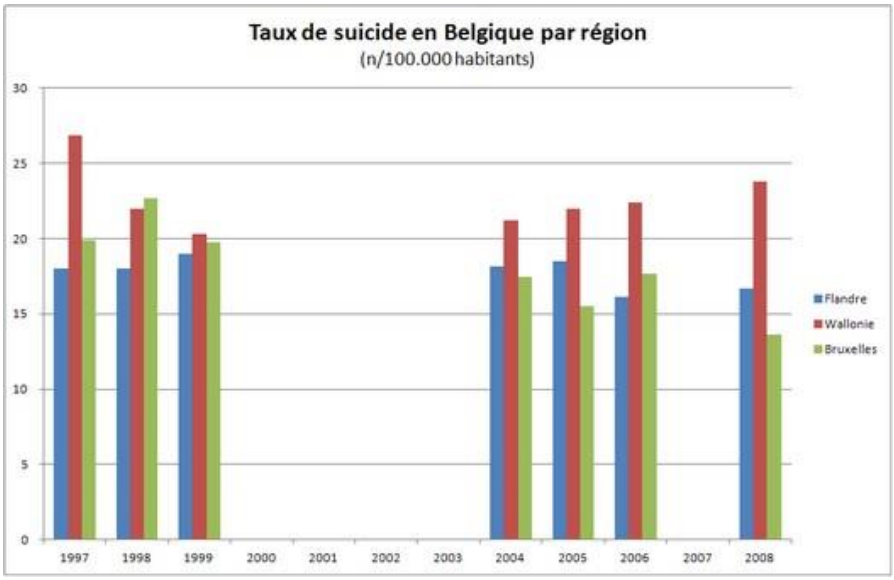
<u>Le tableau ci-dessous positionne le suicide dans les causes de décès en Belgique, en 2008.</u>

Population totale	Suicide = **7ème cause** de mortalité, toutes causes confondues mais **1ère cause « externe »** (après les maladies) *Et 2x plus que par accident de la route…*
1-14 ans	Suicide = **4ème cause** de mortalité, toutes causes confondues Mais **2ème cause externe** (après les accidents de la route) *Jusqu'à 15 ans, on court 4x plus de risque de décéder par accident de la route que par suicide*
15-24 ans	Suicide = **2ème cause** de mortalité, toutes causes confondues (après les accidents de la route) *Entre 15 et 25 ans, on compte 1,5x plus de décès par accident de la route que par suicide*
25-44 ans	Suicide = **1ère cause** de mortalité, toutes causes confondues (2ème = accidents de la route) *A cet âge, on court 2x plus de risque de décéder par suicide que par accident de la route*
45-64 ans	Suicide = **4ème cause** de mortalité, toutes causes confondues mais **1ère cause « externe »** (après les maladies) *Et 3x plus que par accident de la route*
65 ans et plus	Suicide = **9ème cause** de mortalité, toutes causes confondues (après les maladies et les chutes accidentelles) *Et 2x plus que par accident de la route*

(Institut de la Santé Publique-SPMA-ICDI10)

Ce tableau montre que le suicide est la 7ème cause de décès en Belgique dans la population totale, tous motifs confondus. Cependant, il se place comme première cause « externe » de décès dans l'ICD 10, classification internationale des maladies. L'ICD 10 est utilisée pour classer les maladies et autres problèmes de santé (lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies etc.).
Cette classification est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et est utilisée universellement afin d'enregistrer les causes de morbidité et de mortalité qui touchent à la médecine.

Ci dessous, les différents taux de suicide en Belgique par région.



Sources : SPMA (Institut de Santé Publique - Epidemiology)

Le tableau ci-dessus montre la prévalence du suicide dans les différentes régions de Belgique.

Nous constatons que, depuis 2004 et ce jusqu'en 2008, la Région Wallonne voit son taux de suicide croître d'année en année et semble la plus touchée par ce phénomène dramatique.

La Flandre démontre une certaine stabilité à travers le temps.

Quant à la Région Bruxelloise, les taux de suicide semblent diminuer depuis peu.

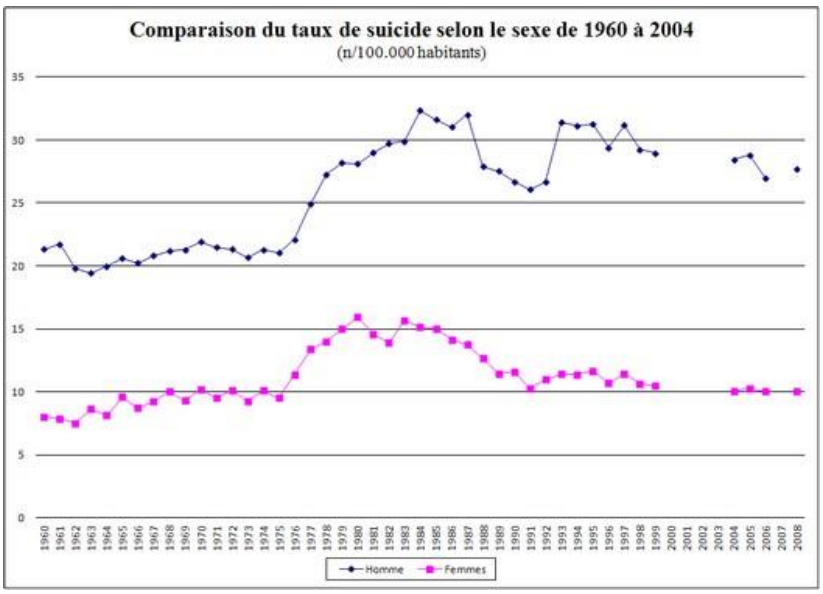
Cependant, d'après les propos du ministre de la Santé en Communauté Flamande (Le vif, L'express.be, 2014), le nombre de suicides semble augmenter en Flandre depuis 2011 alors que l'on observe une légère baisse en Belgique francophone depuis cette même année.
"Les études démontrent que chaque augmentation de 1% du taux de chômage va de pair avec une hausse de 0,8% du nombre de suicides", a commenté le professeur Gwendolyn Portzky,

du Centre flamand d'expertise et de prévention du suicide (VLESP). Le chômage semble donc être un facteur de risque de suicide.

Il est difficile d'appuyer ces dires par des schémas et des statistiques car « des chiffres plus précis manquent, spécifiquement au sud du pays, où il n'existe pas d'équipe spécifiquement attachée à ce type de travail statistique » (Le Vif, L'express.be, 2014*).*

3. Les personnes à risque en Belgique

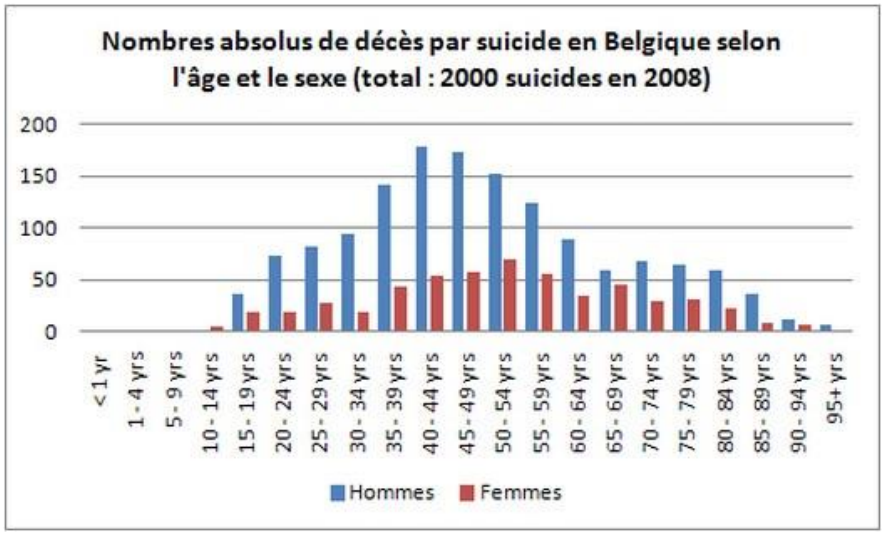
Comparaison du taux de suicide selon le sexe de 1960 à 2004.



Sources : SPMA (Institut de Santé Publique - Epidemiology)

Comme dans le monde, les hommes se suicident 2 à 3 fois plus que les femmes. En Belgique, cette prévalence plus élevée du taux de suicide chez les hommes peut être relevée à chaque tranche d'âge.

Nombre absolus de décès par suicide en Belgique selon l'âge et le sexe



Sources : SPMA (Institut de Santé Publique - Epidemiology)

Les personnes les plus touchées par le suicide semblent être les hommes d'âge moyen, ayant entre 35 et 60 ans. Si l'on prend en compte le taux de suicide en fonction de l'âge, on peut observer une augmentation de ce taux à partir de 35 ans ainsi qu'entre 75 et 80 ans.

Il faut noter qu'il est possible que le taux de suicide chez les personnes âgées soit surestimé car les décès compris dans les statistiques de maladies ou de chutes accidentelles peuvent être considérés comme des suicides.

Chez les jeunes hommes et femmes âgés entre 15 à 24 ans, on observe un accroissement du taux de suicide depuis 2006 jusqu'à 2008, dernières statistiques effectuées à ce jour (Centre de prévention du Suicide, 2012).

4. Les tentatives de suicide

Comme mentionné précédemment, les tentatives de suicide sont dix fois plus nombreuses que les suicides « complets ». Il n'existe pas de statistiques officielles englobant les tentatives de suicide, donc nous serons dans l'impossibilité de fournir des chiffres précis comme il en existe pour le suicide.

Le nombre de tentatives de suicide par rapport au nombre de suicides chez l'homme et la femme varie considérablement. On compte 14 fois plus de tentatives de suicide chez les femmes que de suicides aboutis, alors qu'on relève 2 fois plus de tentatives que de suicides complets chez l'homme. Jusqu'à ce jour, il existe un seul pays dans lequel le sex-ratio est inversé : la Finlande.

Des variations sont également relevées en fonction de l'âge.
Chez la personne de plus de 65 ans, on comptabilise 2 à 3 tentatives de suicide pour un suicide abouti alors que chez le jeune de moins de 25 ans, on est confronté à un nombre extrêmement élevé, compris entre 100 et 200 de tentatives de suicide pour un suicide complet.

Les tentatives de suicide sont donc beaucoup plus imparables chez les personnes âgées de plus de 65 ans ainsi que les hommes (Centre de Prévention du Suicide, 2012).

Dans de nombreux cas de tentatives de suicide, il existe au moins une tentative de suicide antérieure. Et la létalité du geste suicidaire augmente avec la répétition de l'acte (centre de Prévention du Suicide, 2012). En effet, 45% des femmes et 42 % des hommes ont antérieurement réalisé un geste suicidaire avant la tentative identifiée. Les réitérants sont plus souvent divorcés que les primo-suicidants et plus fréquemment au chômage (Caillard & Chastang, 2010).

Il ne faut pas négliger une tentative de suicide. Dans de nombreuses situations, c'est un appel à l'aide. Maintenir le lien avec une personne qui est passée à l'acte, mais qui a survécu, est

une chose essentielle. Il est nécessaire de mettre en place un dispositif qui prenne soin de cette personne et qui lui apporte un soutien et une écoute. Il faut tenter de créer une communication positive, construire un lien thérapeutique avec la personne afin de la motiver et l'encourager à s'orienter vers une éventuelle psychothérapie (Mendelwicz, Wilmotte, & Defrise-Gussenhove, 1970).

5. Le suicide au travail dans le monde

Au jour d'aujourd'hui, il n'existe pas de statistiques mondiales permettant de chiffrer avec un minimum de précision le nombre de suicides en lien avec le travail (Bossard, Cohidon & Santin, 2013 ; Cohidon, Geoffrey-Perez, Fouquet, Le Naour, Goldberg & Imbernon, 2010 ; Dejours, 2005 ; Dejours & Bègue, 2009). La littérature sur le suicide et le travail est récente. La majorité des études et des revues de littérature existantes ont pour but d'identifier les professions les plus à risque (Soares, 2013).
Il existe cependant une étude prospective du Bureau des statistiques du travail qui a été menée de 1992 à 2001 aux Etats-Unis. Les résultats de cette étude montre que le taux de suicide sur le lieu de travail atteint jusqu'à 3,5% (Caillard & Chastang, 2010).
Il existe également plusieurs explications au peu de chiffres représentant la fréquence des suicides en lien avec le travail.
Tout d'abord, au contraire du suicide comme il a été décrit ci-dessus, le suicide en lien avec le travail est un phénomène particulièrement récent. Longtemps gardé sous silence, le problème du suicide en lien avec le travail a été porté au grand jour lorsque des journalistes ont commencé à rapporter des informations sur les séries de suicides ayant eu lieu au sein des usines Renault, Peugeot et EDF au cours de l'année 2007. Le sujet avait déjà été abordé, quelques années auparavant, en raison de nombreux suicides dans les corps de police. Mais pour ces derniers, les passages à l'acte suicidaire avaient lieu dans un milieu professionnel soumis à des contraintes de travail tellement particulières qu'on les considérait comme des faits « isolés » (Dejours & Bègue, 2009).

Ce phénomène est donc apparu dans les pays occidentaux aux alentours des années 1990 et est en pleine croissance au Japon et en Corée depuis cette même période. C'est également en 1990 qu'un nouveau mouvement nommé « Karojisatsu » a vu le jour : ce terme, signifiant « suicide par surtravail », a été créé au Japon par un avocat appelé Kawahito (Dejours & Bègue, 2009 ; Jobin, 2013 ; Soares, 2013).
Cette récence du phénomène est une première explication aux comptabilités presqu'inexistantes des suicides en lien avec le travail.

Deuxièmement, le suicide dans le monde du travail est un sujet complexe et difficile à cerner car il se positionne entre deux domaines : le domaine de la santé et celui du travail. Le nombre de suicides en lien avec le travail semble croître, mais il reste malgré tout compliqué à évaluer, étant donné qu'il regroupe à la fois les suicides sur le lieu de travail ainsi que les suicides ayant eu lieu à l'extérieur du lieu de travail mais pour lesquels on a pu objectiver un lien avec ce dernier (Giorgio, 2013). Il serait donc nécessaire de mener, pour chaque suicide, une enquête approfondie afin d'établir la véracité d'un lien avec l'environnement

professionnel, ce qui prendrait un temps considérable. Cela exigerait également de pénétrer dans l'intimité du défunt et de son entourage, afin de récolter des données portant sur ses rapports sociaux au travail ainsi que ses relations interpersonnelles, ce qui poserait de lourds problèmes déontologiques. De plus, les enquêtes sont fort compliquées car, suite à un suicide, les personnes se montrent réticentes à livrer des informations : « *C'est comme si une conspiration du silence s'abattait sur la communauté du travail* » (Dejours, 2005).

Troisièmement, il n'existe pas de définition univoque et universelle du suicide en lien avec le travail, ni de systèmes de données enregistrant de façon exhaustive les suicides ayant un lien potentiel avec le travail, ni même ceux survenus dans l'environnement professionnel. De plus, certaines catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées en raison de l'absence de bases de données se référant à leur activité (Bossard et al., 2013). Ceci rend donc compliqué l'enregistrement fidèle et rigoureux du nombre de suicides en lien avec le travail.

Pour avoir une chance de rendre compte du nombre de suicides liés travail, il serait nécessaire d'établir une définition universelle du phénomène, instaurer des règles et des critères d'enregistrement communs à tous les pays afin d'avoir des systèmes de récoltes uniformes, et rendre au mieux la fréquence des suicides en lien avec le travail.

Enfin, des sentiments d'ambivalence par rapport à l'investigation du suicide lié au travail sont également observables au niveau des différents pouvoirs publics, qui annoncent un faible taux de suicide en lien avec le travail dans le but de minimiser leur signification et ainsi éviter que les résultats ne fassent émerger des responsabilités qui sont les leurs dans l'apparition de ce nouveau fléau (Dejours & Bègue, 2009).

Même s'il n'existe à ce jour pas de statistiques précises répertoriant minutieusement tous les suicides liés au travail, des études ont été réalisées dans certaines régions de France et de Belgique et rapportent certaines caractéristiques non-négligeables et similaires aux données sur le suicide en général.
Les résultats de l'étude de Cohidon et al. (2010) démontrent que le taux de tentative de suicide liée au travail est plus élevé chez les femmes alors que les taux de suicides complets sont plus élevés chez les hommes.
L'étude sur les suicides liés au travail en Basse-Normandie, réalisée par Gournay, Lanièce, et Kryvenac (2004) rapporte que ce sont en majorité des hommes qui passent à l'acte (aussi bien suicides que tentatives de suicide) et que les travailleurs touchés ont généralement entre 30 et 50 ans.
Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude exploratoire réalisée en région liégeoise par Balbourg (2014). Il faut cependant se montrer vigilant car ces résultats ne concernent que la Basse-Normandie et la région de Liège et l'échantillon de la seconde étude était restreint.

6. Suicides et méthodes

6.1. Suicide et méthodes en général

On observe des méthodes de suicide globalement similaires pour les deux genres. Il existe de légères variations en fonction des pays, mais les méthodes utilisées restent sensiblement les mêmes. On relève uniquement une différence dans la fréquence d'utilisation en fonction du pays.
Dans certains contextes, le choix de la méthode peut aussi être influencé par des sources extérieures comme les médias, l'accès à certains matériaux dû à la profession exercée et l'expérience personnelle passée (Thomas, Beech, & Gunnell, 2013).

Il existe un certain nombre de méthodes de suicide :

1) L'auto-administration d'une dose trop élevée d'un produit toxique, pharmaceutique ou de drogues ;
2) L'inhalation de gaz toxiques comme le monoxyde de carbone ;
3) La suffocation avec un sac plastique posé sur la tête ;
4) La pendaison : le mécanisme de mort dans la pendaison est généralement la mort par asphyxie. La personne perd peu à peu connaissance et finit par manquer d'air. Il est moins courant d'être confronté à une mort par section de la moelle épinière due à la violence du choc ;
5) La noyade, considérée comme une auto-immersion dans l'eau.
6) Les sauts par la fenêtre, ou sous des véhicules en mouvement. Ce type de suicide est plus commun dans les villes en raison de l'accès facile à des buildings élevés et des moyens de transport en roulage. La mort survient suite à de nombreuses fractures ;
7) Les blessures graves. Les personnes qui se suicident par cette méthode ont souvent recours à l'incision de leurs veines ou de leur gorge ;
8) Les blessures par armes à feu.

Pour terminer il existe d'autres méthodes de suicide moins courantes tel que l'électrocution, l'auto-immolation et le jeûne. Ces méthodes sont plus rares et leur utilisation est souvent associée à des contextes spécifiques (Henderson et al., 2005).

6.1.1 Les hommes

Les hommes ont tendance à employer des méthodes qui assurent la létalité. Aux Etats-Unis, la méthode la plus commune est l'arme à feu, due à l'autorisation de la possession d'arme à feu au domicile. Dans tous les autres pays, la pendaison est la méthode de suicide la plus fréquente. Cependant dans les milieux ruraux, les hommes peuvent utiliser les pesticides comme méthode de suicide. L'utilisation de ce produit pour mettre fin à ses jours démontre sa haute toxicité, sa facile disponibilité et ses mauvaises conditions de stockage qui entrainent donc une facilité de procuration (Hawton & van Heeringen, 2009).

Les hommes utilisent des méthodes plus agressives car ils veulent être certains de succomber à leur acte.
Le risque de suicide par arme à feu est plus élevé lorsqu'on relève la présence d'une arme dans le foyer commun.

Un accès facile à des méthodes particulières de suicide peut avoir un impact sur la spécificité de la méthode et sur le taux de suicides total (Thomas et al., 2013).

6.1.2 Les femmes

Les femmes ont tendance à utiliser des méthodes moins létales. Une des plus fréquentes est l'empoisonnement. Les poisons s'avèrent être, la plupart du temps, des médicaments disponibles en pharmacie : paracétamol, antidépresseurs etc. On trouve aussi des suicides par héroïne ou morphine.
Les méthodes facilement accessibles et nécessitant un matériel disponible rapidement tendent à être les méthodes les plus utilisées.
Les femmes utilisent du poison pour tenter de se suicider car elles savent qu'elles ont de grandes chances d'être sauvées ou réanimées. Dans un grand nombre de cas, les femmes ne seraient pas certaines de vouloir en finir avec la vie. La tentative de suicide serait vue comme un appel à l'aide.
Une explication alternative pour justifier le choix de méthodes moins violentes serait que les femmes se montreraient plus préoccupées par une éventuelle défiguration. Certains auteurs pensent qu'elles se sentent plus concernées par les sentiments d'autrui que les hommes. Elles seraient donc moins disposées à laisser un corps mutilé pour les personnes qui les découvriraient (Callanan & Davis, 2012 ; Thomas et al., 2013).

La pendaison et la défenestration sont également des méthodes de suicide fréquemment utilisées (Thomas et al., 2013).

6.2. Suicides liés au travail et méthodes

Dans l'étude d'Amagasa, Nakayama, et Takahashi réalisée en 2005 au Japon, on constate que, sur les 22 cas masculins de suicide en lien avec le travail, plus de la moitié (14 sur 22) ont mis fin à leur jours par pendaison. Les autres méthodes sont la noyade, le saut dans le vide et l'inhalation de substances toxiques.

Les recherches menées par Lin (2013) sur l'entreprise Foxconn en Chine montrent un grand nombre de suicides par défenestration, dans un premier temps, et puis par pendaison, dans un second temps, lorsque des filets de sécurité ont été disposés en dessous des fenêtres pour tenter d'endiguer le phénomène de saut dans le vide.

Dans l'étude de Gournay et al. (2004), les résultats montrent que les méthodes les plus fréquentes en Basse-Normandie sont également la pendaison, l'absorption de substances

médicamenteuses ainsi que l'utilisation des outils correspondants à l'activité professionnelle du suicidé.

Des données similaires ont été relevées dans l'étude réalisée par Balbourg (2014) à Liège : la pendaison est la méthode la plus utilisée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Viennent ensuite l'absorption de médicaments, la défenestration et l'utilisation d'une arme à feu.
Similairement à ce qui a été évoqué précédemment, on retrouve certains outils de travail comme méthode de suicide ou tentative de suicide: l'absorption de substances médicamenteuses pour une infirmière et l'utilisation de l'arme de service pour un policier.
L'utilisation des outils de travail comme méthode de suicide ou tentative de suicide est un phénomène également retrouvé dans l'étude de Hawton et van Heeringen (2009) et dans l'ouvrage de Caillard et Chastang (2010).
Il est donc important de surveiller ou de restreindre l'accès aux produits et/ou aux outils de travail qui seraient susceptibles d'être utilisés par le travailleur dans un passage à l'acte suicidaire.
Nous constatons que les méthodes de suicide en général sont comparables à celles employées dans le cadre d'un suicide en lien avec le travail à savoir : la pendaison, la défenestration, l'absorption de médicaments et l'utilisation d'armes à feu.

7. La personne qui nourrit des idées suicidaires : processus, comportements et signes

Lorsqu'une personne nourrit des idées suicidaires ou, en cas extrême, planifie concrètement son passage à l'acte, différents processus intrapsychiques se développent et sont décelables à travers des gestes, des paroles, des comportements. Ces gestes, paroles et comportements agissent comme des indices et peuvent permettre à l'entourage, ainsi qu'aux professionnels de la santé présents sur le lieu de travail, de prendre conscience de la situation et donc de mettre en place des interventions et prendre des mesures adaptées aux travailleurs. Les processus se réfèrent à la personne elle-même, mais certains changements sont également identifiables dans d'autres domaines (familial, professionnel etc.) et peuvent alerter le professionnel du danger potentiel.

Ces processus se déroulent par étapes et surviennent généralement dans un contexte de crise. Il existe de nombreux auteurs qui ont tenté d'identifier les processus à l'œuvre dans les comportements suicidaires. Il n'en sera présenté qu'un nombre très limité.

Shneidman, en 1992, a rassemblé des caractéristiques communes aux « suicidants » (as cited in Leenaars, 2010) :

1) La personne recherche des solutions aux problèmes qu'elle est en train de vivre ;
2) On observe chez cette personne un certain degré d'abolition de la conscience ;
3) Elle est victime d'une douleur psychologique difficilement supportable ;

4) Elle a des besoins psychiques insatisfaits ;
5) Elle est empreinte de sentiments de désespoir ;
6) Elle ressent de l'ambivalence et de la constriction : la personne hésite à accomplir son geste ;
7) Plusieurs formes de régression sont observables ;
8) La personne communique directement ou indirectement ses intentions suicidaires ;
9) On relève la présence d'une perturbation des mécanismes de défense.

Ces caractéristiques sont présentes durant tout le processus suicidaire.

Différentes phases ont été décrites par Phaneuf et Séguin en 1987 (Caillard & Chastang, 2010). Elles sont d'intensités différentes.
La première étape peut être illustrée par l'apparition d'idées de mort. A l'opposé, la dernière étape consiste en l'élaboration de l'acte.
Comme dit ci-dessus, le processus suicidaire se déploie dans un contexte de crise. Cette crise peut être due au développement d'une problématique pathologique psychiatrique, ou liée à des contextes environnementaux ou évènementiels particuliers. Dans tous les cas, on peut observer la rupture d'un équilibre antérieur et une tentative de l'individu en souffrance de retrouver cet équilibre (Caillard & Chastang, 2010).

La première étape est, similairement à celle de Shneidman, la recherche de solutions ou de stratégies pour palier à cette crise, à cette souffrance résultant de la rupture de l'équilibre personnel.

Suite à cela survient l'apparition des idées de mort : « mettre fin à ses jours comme solution ultime » apparaît dans un premier temps comme un « flash ». Cette pensée d'autodestruction apparaît sans élaboration secondaire mais se répète par après, suivant un intervalle variable, souvent au sein d'un contexte de tension psychique accompagné de manifestations anxieuses et émotionnelles.

« Si l'idée de suicide n'existait pas, je me serais déjà suicidé » (Anonyme, 2014). Certaines personnes ne passent pas à l'acte car la seule idée du suicide peut leur faire prendre conscience de l'irréversibilité du geste et des conséquences qui s'en suivraient. Cette idée sauverait de nombreuses vies. Il est donc important de souligner que l'idée de suicide, dans certaines situations, peut être considérée comme un « flash » et n'évolue jamais vers un stade plus avancé.

L'accroissement des idées suicidaires continue avec l'augmentation de la durée et de la fréquence de ces pensées. Plus les solutions imaginées pour résoudre la situation de crise se soldent par des échecs, plus le malaise s'installe, et plus les sentiments d'anxiété et de dysphorie augmentent. C'est durant cette phase que l'on peut identifier une baisse de l'estime de soi (Lafleur & Séguin, 2008). L'idée du suicide comme solution envisageable refait surface, devient plus durable et se montre plus fréquente.

Arrive ensuite la phase de rumination suicidaire. Cette phase apparaît dans un contexte générant une importante tension psychique ainsi qu'une souffrance morale. C'est à ce moment-là que des scénarii suicidaires s'élaborent de manière de plus en plus précise. Des messages verbaux de la part de la personne en crise peuvent être formulés, cela peut permettre à l'entourage d'intervenir et d'offrir une aide adaptée. Il est important de noter que 75% des personnes décédées par suicide l'avaient annoncé, il ne faut pas se fier au dicton «la personne qui en parle ne le fait pas » (Centre de Prévention du Suicide, 2012).
Dans certains cas, cette phase de rumination peut être mise à mal par un événement imprévu qui accélère le processus. Cet événement est considéré comme le facteur déclenchant du passage à l'acte suicidaire.

C'est après cette phase de rumination suicidaire qu'apparaît la phase de cristallisation. Deux types d'évènements peuvent coexister au sein de cette phase.
Le premier est la planification du scénario : la personne a choisi le suicide comme issue à ses tourments.
Le deuxième est la période durant laquelle le sujet est soulagé et renvoie une sérénité évidente, la personne est « étonnamment calme » (Odier, 2013). Il faut être vigilant car une soudaine amélioration de l'humeur ne veut pas forcément dire que la personne va mieux mais plutôt qu'elle a planifié son geste et s'en voit apaisée. Une personne suicidaire n'apparaît pas forcément comme déprimée (Centre de Prévention du Suicide, 2012). Durant cette étape, il n'est pas rare de voir des personnes mettre de l'ordre dans leurs affaires, faire des dons ou prêter plus d'attention à des personnes chéries. Certaines rédigent des lettres de manière inhabituelle ou se lancent dans la rédaction d'un testament.

L'étape finale est le passage à l'acte suicidaire. Le sujet applique son plan suicidaire de manière consciencieuse, ou parfois plus instantanément si de nouveaux évènements anxiogènes apparaissent et précipitent le plan.

Les étapes expliquées ci-dessus ne se déroulent pas toujours de façon linéaire. Chaque phase démontre une durée variable d'un individu à l'autre en raison des particularités propres à chacun, ainsi que les interactions avec son environnement.
Il est possible de constater des coupures dans le processus ou des retours à une étape antérieure et de dangerosité moindre. Et à chaque phase, il est possible d'interrompre le processus par une intervention adéquate.

Il existe également des passages à l'acte pour lesquels aucun plan n'est élaboré. Le passage à l'acte est considéré comme un acte impulsif, réalisé quand un bref passage en revue des solutions possibles a été fait mais n'a pas apporté de solutions satisfaisantes immédiates. Le sujet ne voit alors qu'une solution efficace et directement disponible : le suicide.

Un autre modèle qui cerne bien l'état d'esprit préludant le passage à l'acte est le « syndrome pré-suicidaire ». Ce modèle a été créé par Erwin Ringle, psychiatre autrichien, en 1953 (as cited in Vandervoorde, 2013). Selon lui, il existe un syndrome pré-suicidaire associant une situation de constriction, une agressivité inexprimable et la production de mentalisations et de

fantasmes suicidaires chez l'individu. L'agressivité naissant à l'intérieur du sujet est inhibée, refoulée et retournée contre le soi : l'auto-agression. Les fantasmes suicidaires sont caractérisés par l'augmentation et la répétition de pensées de mort pouvant émerger dans des situations compliquées. Le troisième élément est la constriction situationnelle ou symbolique. Elle s'effectue à différents niveaux :

- Dynamique : les cognitions et les pensées sont négatives et on observe la présence de désespoir et une rigidité dans le traitement de l'information.
- Affective : installation d'un état dépressif ou de maladies anxieuses. La constriction affective expliquerait le calme de façade observable chez la personne qui a pris sa décision.
- Mécanismes de défense : on constate une prédominance des mécanismes égocentrés, de la conversion, du refoulement, de la répression et de l'inhibition.
- Relations humaines : le sujet perd le soutien de son entourage ainsi que des groupes auxquels il appartenait, il se retrouve isolé.
- Valeurs : on relève une perte des références morales et religieuses et on décèle une autodépréciation.
- Agression bloquée : l'agression est soit refoulée soit retournée contre soi. L'individu peut démontrer d'une personnalité à surmoi tyrannique.
- Fantaisies suicidaires : la personne est empreinte à des idées de mort et de suicide. Elle construit un scénario mentalement et le rumine.

Les différents éléments de la triade sont en constante relation. L'éventuelle identification de ceux-ci exige la mise en place d'actes thérapeutiques adaptés.
L'avantage de ce modèle est qu'il est identifiable sans la présence d'une pathologie psychiatrique particulière et que le diagnostic ne demande pas de connaissances spécifiques.

Comme expliqué en début de section, ces différents processus découlent généralement d'un contexte de crise ou de la rupture d'un équilibre antérieur.

Cette crise et cette rupture peuvent survenir dans des domaines variés tel que la santé mentale ou physique du sujet (exemple : la survenue d'une maladie grave), le domaine familial (exemple : une rupture avec le conjoint) et l'environnement professionnel (exemple : une absence de reconnaissance au travail).

Dans certains cas, on observe une crise dans l'entièreté des domaines. La cause du passage à l'acte est donc multifactorielle (Balbourg, 2014). Dans de nombreux cas, il n'existe plus de séparation entre la vie au travail et la vie privée. Le travailleur semble pris dans une spirale négative sans fin, ne trouvant pas d'autres solutions que le suicide pour tenter de régler ses problèmes omniprésents (Caillard & Chastang, 2010).

Dans d'autres cas, on observe une rupture de l'équilibre antérieur dans un seul environnement. Une crise dans la sphère professionnelle peut, à elle seule, déclencher le passage à l'acte du travailleur. Ceci a été le cas, par exemple, pour un employé de l'entreprise

Foxconn qui s'est suicidé par défenestration en 2010. Cet employé avait travaillé 286 heures durant le mois qui avait précédé son suicide et il gagnait l'équivalent d'1$ par heure. L'entourage avait rapporté qu'il détestait son travail alors qu'il n'avait été embauché que 3 mois auparavant (Barboza, 2010). L'impact de l'organisation du travail ainsi que des conditions de travail difficiles seront détaillés dans un autre chapitre.

Chapitre 2. Les psychopathologies liées au travail et leur rôle dans le passage à l'acte suicidaire

Introduction

Comme évoqué dans le premier chapitre, il est possible d'observer une crise, une rupture de l'équilibre antérieur au niveau de la santé mentale du travailleur.
Ces ruptures au niveau de la santé mentale peuvent être illustrées par des psychopathologies qui peuvent survenir suite à différents évènements ou situations qui se sont avérés compliqués à gérer pour l'individu. Il est possible de les rassembler sous deux grands intitulés : les pathologies de la solitude et celles de la servitude. Les pathologies de la solitude ont comme base commune l'isolation du travailleur ainsi que l'usure des ressources de défense groupale pour contrer les conséquences pathogènes de la souffrance et des contraintes de travail. Les pathologies de la servitude, quant à elle, définissent les situations pathogènes en lien avec le travail dans les activités de service qui rassemblent des domaines d'actions variés (exemple : l'éducation, l'hôtellerie, les soins etc.). Les situations pathogènes sont caractérisées par des nouvelles formes de domination et d'exploitation du travail (Dejours & Gernet, 2012).

Chaque psychopathologie sera explicitée et mise en lien avec le travail, puis évoquée de manière clinique afin d'être capable, à l'avenir, de les repérer rapidement et d'être en mesure de proposer une intervention adaptée et un suivi personnalisé au travailleur en difficulté.

Les psychopathologies sont ici étudiées car elles ont généralement un rôle prépondérant dans le passage à l'acte.
Selon Staikowsky, Chastang, et Pujalte (2008), le risque suicidaire est de 20 à 120 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique que dans la population « normale ». De plus, la présence d'une comorbidité augmente le potentiel suicidaire. Il est donc important de surveiller tout travailleur atteint d'une psychopathologie et d'être doublement vigilent avec ceux qui présentent une comorbidité.

1. Les troubles de l'humeur

1.1. Les troubles dépressifs

D'après l'étude de Harris et Barraclough (1997), les personnes atteintes de dépression ont un risque de décès multiplié par vingt par rapport à la population générale. Quant au risque de tentative de suicide, il touche 40% des personnes ayant déjà fait un épisode dépressif.
Dans l'étude de Hawton, Casanas i comabella, Haw, et Saunders (2013), le diagnostic prédominant dans les cas de suicides est la dépression.
D'après Dejours et Gernet (2012), les dépressions liées au travail sont présentes dans 11% de la population active. On observe une prévalence moindre des symptômes dépressifs chez les cadres et les professions intellectuelles par rapport aux ouvriers, employés et agriculteurs.

Afin d'identifier un sujet qui pourrait s'avérer à risque, il est important de connaître les différents signes qui permettent de voir lorsqu'une personne est déprimée et donc risque, dans certaines circonstances et à certaines périodes, de commettre un acte suicidaire.

Les symptômes du CIM-10 et du mini DSM-IV sont ici rassemblés afin d'avoir le tableau le plus complet possible du trouble dépressif. De plus, d'après l'étude de Mcgirr, Renaud, Seguin, Alda, Benkelfat, Lesage, et Turecki (2007), certains symptômes dépressifs repris dans le DSM-IV (perte de poids ou de l'appétit, insomnie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité inappropriée et pensées de mort) sont associés à un risque immédiat de suicide, il est donc important de pouvoir les identifier parmi les autres :

- Humeur dépressive ;
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ;
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit ;
- Insomnie/hypersomnie ;
- Agitation ou ralentissement psychomoteurs ;
- Perte énergétique entrainant de la fatigabilité ;
- Diminution de l'estime et de la confiance en soi, ainsi qu'une culpabilité excessive et une dévalorisation ;
- Diminution de la concentration et de l'attention ou indécision ;
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider et actes auto-agressifs.

En fonction de l'individu, la manifestation symptomatologique est d'intensité variable. Les cas les plus graves résultent en un arrêt de travail prolongé, ou parfois un avis d'inaptitude.
La dépression peut se manifester isolément, être déclenchée par des situations de travail néfastes ou encore précéder un passage à l'acte suicidaire.
Des épisodes maniaques peuvent également être relevés. Leur apparition soudaine est définie par un état d'exaltation émotionnelle, une euphorie, une hyperactivité productive, une dispersion idéique et des troubles du comportement.
Des liens entre variables professionnelles et dépression ont été relevés par certaines études, entre-autres chez les salariés qui travaillent en sous-traitance. Cependant, les corrélations entre dépression et travail ne permettent pas de prôner en faveur d'un facteur uni-causal et direct engendrant l'apparition de la dépression liée au travail (Dejours & Gernet, 2012).

Il existe également une autre forme de dépression liée à l'environnement de travail, elle est appelée « dépression réactionnelle d'origine professionnelle ». Elle peut avoir des causes organisationnelles, mais elle peut également être le résultat de l'évolution d'un conflit durable entre collègues qui s'est peu à peu enraciné. Dans ce cas-là, « la dépression réactionnelle aboutit à une forme de harcèlement moral ressenti ». Un conflit concernant une situation de travail n'a pas été élaboré. Ce conflit a ensuite impacté sur la relation entre les acteurs concernés. L'absence d'élaboration, et donc de sens concernant l'événement passé, crée une

souffrance sans issue pour le travailleur. Ce dernier voit ses ressources pour affronter le conflit s'épuiser progressivement, et développe une anxiété réactionnelle avec la création de nouveaux dispositifs défensifs psychiques plus ou moins efficaces. Mais en raison du caractère chronique de la situation de travail, associée aux évènements de vie personnels, les dispositifs défensifs s'écroulent pour laisser place à la dépression.

Le traitement pour les dépressions liées au travail est similaire à celui employé pour traiter les dépressions d'ordre général. On ajoute à ces actes thérapeutiques une recherche du sens en lien avec le travail (Caillard & Chastang, 2010). Si l'environnement professionnel risque d'entrainer la rechute du travailleur de part la stagnation de la situation pathogène, il est important que celui-ci instaure un dialogue avec les personnes ressources dans l'entreprise afin de mettre en place des dispositifs pour améliorer sa situation de travail.

2. Les psychoses

Parmi les différentes formes de psychose existantes, ce sont les psychoses schizophréniques qui démontrent le taux le plus élevé de risque suicidaire (Caillard & Chastang, 2010). Dans l'étude de Brown (1997), il est démontré que 28% de la mortalité des patients schizophrènes sont attribuables au suicide. Il apporte également l'existence irréfutable d'un lien entre schizophrénie et suicide : c'est pourquoi une description plus approfondie de cette dernière sera réalisée. Les autres types de psychose ne seront, quant à eux, pas développés.
Brown (1997) montre que le risque suicidaire n'est pas régulier durant la vie d'un patient schizophrène ; En effet, il est beaucoup plus élevé pour les patients atteints d'une psychose naissante que pour les patients chroniques. Il est donc important de se montrer vigilant vis-à-vis des patients récemment diagnostiqués car ils se montreraient plus susceptibles de passer à l'acte.
Le passage à l'acte lié uniquement à la schizophrénie est rare. Il est généralement associé à une composante dépressive ou à une prise de conscience de la perte de maitrise. Les gestes impulsifs et teintés d'agressivité sont également évoqués.
Les tentatives de suicide sont souvent le résultat d'une schizophrénie associée à un état dépressif. Quant aux suicides aboutis, on relève une forte fréquence de la précipitation ainsi qu'une détermination marquée au moment du passage à l'acte (Caillard & Chastang, 2010).

Au sein de l'environnement professionnel, c'est souvent dans les contextes d'inquiétude majeure portant sur son avenir au sein de l'entreprise, suite à des conflits avec la hiérarchie et/ou collègues de travail portant sur la cohérence des valeurs et le sens donné au travail, que l'on observe le déploiement de processus psychiques qui déclenchent l'émergence d'épisodes psychotiques aigus. La dénégation, le silence ou l'indifférence du management et des collègues sont les réponses aux inquiétudes majeures du travailleur. Cela entraine chez l'individu un sentiment angoissant d'hésitation, de doute et de solitude. Ce type de situation peut amener l'individu à adopter une attitude paranoïaque caractérisée par une hyper-vigilance, de la méfiance, une hypertrophie des processus logiques, un assemblage des sources d'informations etc. Le mécanisme délirant apparaît comme solution dans le but de

conserver le lien avec la réalité et d'intégrer la situation contradictoire que le sujet est en train de vivre (Dejours & Gernet, 2012 ; Guiho-Bailly & Guillet, 2003).

La perte momentanée des repères de réalité peut aussi s'exprimer par des troubles psychotiques aigus de l'humeur : accès mélancolique ou maniaque. « *L'effondrement mélancolique de l'humeur, en lien avec le rapport subjectif au travail, s'exprime par la conviction culpabilisée, dénuée de tout fondement réel, d'avoir commis une faute professionnelle lourde* » (Guihot-Bailly & Guillet, 2003).
Suite à l'intégration de cette distorsion, on observe un écroulement de l'estime de soi et la conviction d'avoir perdu l'amour d'autrui. Dans ces cas de psychose, il est primordial d'intervenir auprès du travailleur, car il est incapable d'élaborer son rapport au travail et est empreint d'une douleur morale si violente qu'il pourrait passer à l'acte à chaque instant, en voyant le suicide comme solution ultime de soulagement ainsi que comme unique verdict légitime. Ce diagnostic exige un traitement psychiatrique en milieu hospitalier dans le cadre d'un arrêt de travail de plusieurs mois (Guihot-Bailly & Guillet, 2003).

A l'opposé du vécu mélancolique, on observe l'accès maniaque. On relève généralement un « *état d'exaltation émotionnelle, une euphorie avec un discours résolument optimiste, une hyperactivité désordonnée et improductive, une dispersion idéique, et très rapidement des troubles du comportement à type de familiarité inadéquate dans les relation de travail ou publiques etc.* » (Guihot-Bailly & Guillet, 2003). Les travailleurs atteints d'accès maniaque construisent des stratégies de défense groupales de l'encadrement à l'encontre de leur propre souffrance au travail : « pas de problèmes, rien que des solutions ». Les mêmes mesures thérapeutiques que pour les personnes victimes d'accès mélancolique sont à mettre en place, lorsqu'un professionnel de la santé décèle la pathologie chez le travailleur (Guihot-Bailly & Guillet, 2003).

Dans d'autres cas, la déstabilisation de l'identité, caractérisée par la crise délirante, peut survenir suite à un conflit insoluble entre les contraintes de travail ou des modifications organisationnelles et les investissements affectifs présents dans l'intimité et la vie privée du travailleur (Dejours & Gernet, 2012 ; Molinier & Flottes, 2012). Les obstacles survenant après des modifications familiales et/ou remaniements des contraintes de travail engendrent une mise à l'écart graduelle du collectif. Le travailleur doit assumer seul les risques liés au réel du travail. L'angoisse liée à ce travail réel, et autrefois évacuée par les élaborations défensives du groupe, resurgira au travers d'une expression délirante.

Enfin, l'épisode délirant peut survenir suite à l'incapacité du sujet à traiter psychiquement des ressentis engendrés par un contexte de travail et l'accomplissement d'activités contradictoires avec les valeurs et le sens moral. En raison de l'incapacité de l'individu à maintenir continuellement le déni de la réalité, il va en arriver à une reconstruction délirante. Le sujet tente de conserver une cohérence entre les demandes de la réalité psychique et les contraintes réelles de la situation de travail (Dejours & Gernet, 2012).

Afin d'être en mesure d'identifier au mieux les symptômes de la schizophrénie, en voici les critères. Les critères du mini DSM-IV-TR et du CIM-10 sont ici rassemblés :

A. Deux ou plus des manifestations suivantes sont évidentes, chacune pendant une partie significative du temps et pendant une période d'un mois :

- Echo de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée ;
- Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, faisant référence à des mouvements corporels, des pensées, actions, sensations particulières, ou perception délirante ;
- Autres idées délirantes permanentes, culturellement inadéquates ou irréalistes, se référant par exemple à l'identité religieuse ou politique ou à des pouvoirs surhumains ;
- Hallucinations auditives comprenant une ou plusieurs voix commentant en permanence le comportement du patient, parlant sur lui, ou autres formes d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix proviennent d'une partie du corps ;
- Hallucinations persistantes de n'importe quel autre type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties permanentes, ou hallucinations survenant chaque jour durant des semaines ou des mois d'affilée ;
- Discours désorganisé, incohérent et hors propos, caractérisé par des interruptions ou altérations par interpolations du cours de la pensée, ou néologismes ;
- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
- Symptômes négatifs : émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates, alogie, perte de volonté, apathie et pauvreté du discours. Ces symptômes ne doivent pas résulter d'une dépression ou d'un traitement neuroleptique.

Il est nécessaire d'observer un dysfonctionnement, soit social, soit relatif aux activités quotidiennes. On relève un niveau de performance nettement moindre qu'auparavant dans les domaines principaux de la vie. On peut également identifier une perte d'intérêt, un comportement sans objectif, une inactivité, une attitude fort égocentrique et un retrait social.

Les actes thérapeutiques pour traiter les psychoses liées au travail ont été évoqués précédemment.

3. Pathologies post-traumatiques

Les pathologies post-traumatiques font généralement suite aux accidents et aux agressions que vivent les travailleurs dans le cadre de leur profession (Dejours & Gernet, 2012). Il existe donc deux types d'évènements sur le lieu de travail qui peuvent mener à un psycho-traumatisme. Le premier est l'événement unique, personnel ou groupal tel que le suicide d'un collègue, l'agression par un client ou l'agression durant un acte de criminalité, et les accidents de travail. Le second est « le micro-événement répété » amenant petit à petit le travailleur à

saturation (Guiho-Bailly & Guillet, 2003). Ces deux situations sont susceptibles d'induire des pathologies post-traumatiques chez le travailleur.

Le développement d'un état de stress post-traumatique est fortement corrélé avec les idées suicidaires ainsi que les tentatives de suicide (Caillard & Chastang, 2010 ; Vandevoorde, 2013).
Le stress post-traumatique est caractérisé par la persistance, dans la pensée, d'une agression psychique ou physique. Cette agression entraine des manipulations mentales constantes de l'événement traumatique qui intègrent comme actuelles les agressions antérieures, par delà de leur effet originel et ancien de fragilisation de l'organisme (Caillard & Chastang, 2010).

Les symptômes du PTSD selon le DSM-IV sont les suivants :

A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents:

1. La personne a été exposée, témoin ou confrontée, à un ou des événements qui ont impliqué la mort ou menace de mort, ou blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui ;

2. La réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B) L'événement traumatique est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions ;
- Rêves répétitifs et pénibles de l'événement ;
- Impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait ;
- Intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci ;
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants:

- Efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme ;
- Efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;

- Réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative ;
- Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- Restriction des affects (ex.: incapacité de ressentir des sentiments amoureux) ;
- Sentiment que l'avenir est « bouché », que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

D) La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme):

- Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ;
- Irritabilité ou accès de colère ;
- Difficultés de concentration ;
- Hyper-vigilance ;
- Réaction de sursaut exagérée.

E) Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins 1 mois.

F) Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

Les manifestations cliniques des pathologies post-traumatiques en milieu de travail sont généralement la culpabilité, l'amertume ou encore des sentiments d'incompétence lors de confrontations à l'échec (Dejours & Gernet, 2012).
Après un événement traumatique sur le lieu de travail qui serait susceptible d'engendrer un stress post-traumatique, il est important que des professionnels de la santé informent les victimes des symptômes qui pourraient apparaître. De ce fait, elles peuvent comprendre ce qui leur arrive, elles sont en mesure d'identifier le trouble et éventuellement se diriger vers un professionnel pour le traiter. Lorsque les travailleurs, victimes d'un événement traumatique, ne sont pas mis au courant des symptômes éventuels qui pourraient faire suite à l'événement, lors de l'émergence de ceux-ci, ils pourraient penser à une forme de folie et dans les cas extrêmes, en viendraient à passer à l'acte pour mettre fin à la souffrance envahissante.

La prise en charge des travailleurs atteints de PTSD sera détaillée dans le chapitre traitant de la prévention et la postvention.

4. Pathologies du harcèlement

On relève généralement deux pathologies de harcèlement : le harcèlement moral et le harcèlement sexuel.

4.1. Harcèlement sexuel

Il existe trois domaines de faits concernant le harcèlement sexuel sur le lieu de travail. Le premier domaine est le harcèlement sexiste caractérisé par des blagues, des insultes et de la pornographie sur le lieu de travail. Le second est le harcèlement sexuel basé sur les menaces et les avances. Le troisième est le domaine des agressions sexuelles comme le voyeurisme, les attouchements et le viol (Dejours & Gernet, 2012 ; Molinier & Flottes, 2012). Pour être en mesure de comprendre le harcèlement sexuel, il faut le replacer dans le contexte de l'organisation du travail, ainsi que dans le désir du maintien des rapports de domination. En général, les taux des violences sexuelles envers la gente féminine sont plus élevés (Dejours & Gernet, 2012).
Le harcèlement sexuel entraîne généralement une grande souffrance, susceptible de précipiter le passage à l'acte de l'employé.

4.2. Harcèlement moral/mobbing

Le harcèlement moral au sein de l'environnement professionnel, phénomène ancien dans le monde du travail, peut être défini comme « *toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des gestes, des actes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personne, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail* » (Dejours & Gernet, 2012 ; Hirigoyen, 1998) ; Ce processus conflictuel est aussi appelé « mobbing ». Le mobbing peut être défini par des conduites malveillantes qui, prises individuellement, pourraient paraître insignifiantes, mais dont la fréquence croissante a un impact néfaste (Dejours & Gernet, 2012).
On identifie différents types de harcèlement qui varient en fonction des objectifs. Un premier type est le harcèlement stratégique : le but est de se décharger d'un employé à moindre coût. Le second est le harcèlement institutionnel qui emploie la peur : les méthodes de harcèlement sont variées et touchent plusieurs domaines de travail et de l'individu.
Similairement au harcèlement sexuel, une grande souffrance découle du harcèlement moral. L'identité du sujet est détruite et ce dernier s'en voit profondément déstabilisé (Caillard & Chastang, 2010).

Les victimes de harcèlement démontrent un tableau clinique caractérisé par :

- L'anxiété ;
- La dépression ;
- Les troubles du sommeil, cauchemars ;
- L'ennui ;
- La consommation de substances ;
- La fatigue ;
- L'hyper-vigilance et l'hyperactivité au travail ;
- Le repli sur soi et la diminution de l'estime de soi ;
- Les atteintes somatiques et les perturbations du domaine gynécologique.

Les signes cliniques des victimes de harcèlement moral peuvent se manifester sous la forme d'un état dépressif ou confusionnel ou, dans certains cas, sous un syndrome de persécution. Il est possible d'observer une désorganisation psychosomatique.
Parallèlement au harcèlement sexuel, les situations de harcèlement moral sont liées à des changements dans les conditions et l'organisation du travail (Dejours & Gernet, 2012).

Il est important de prendre en charge les victimes de harcèlement car la présence de certains symptômes tels que la dépression, la consommation de substances et la diminution de l'estime de soi peuvent jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur.
Dans les situations de harcèlement, il est important que le travailleur harcelé puisse trouver écoute auprès d'une personne de confiance ou une personne ressource. Partager la situation permettrait au travailleur de prendre du recul par rapport aux évènements, et ainsi, de trouver des moyens de mettre en place des actions pour enrayer la situation toxique.

5. Pathologies de surcharge

5.1. Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques sont les pathologies les plus fréquentes dans l'environnement professionnel. Les TMS affectent de manière inflammatoire et douloureuse les extrémités corporelles, les tendons, les articulations des membres supérieurs et inférieurs et la colonne vertébrale. Ces pathologies sont reconnues en tant que maladies professionnelles. Avec l'accroissement des contraintes de performance et de cadence, on observe des dégradations du fonctionnement psychique avec, comme aboutissement, une fragilisation corporelle caractérisée par le déclenchement d'atteintes somatiques (Dejours & Gernet, 2012).

La saturation psychique s'exprime par le physique et de là naissent les troubles musculo-squelettiques. Le travailleur souffre et est épuisé. S'il n'est pas écarté de son poste de travail, le travailleur en souffrance peut envisager le suicide comme solution dans le but de mettre fin à cette souffrance. Il est donc important d'identifier, de reconnaître et de traiter un travailleur atteint d'un TMS et d'éventuellement adapter son poste de travail lors de son retour, afin d'éviter une nouvelle apparition d'un trouble.

5.2. Syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

Le burn-out peut être défini comme l'éraillement, l'abattement face à une demande trop importante d'énergie et de ressources, avec le danger de se détruire, de se « brûler ». Le burn-out est un phénomène spécifiquement lié au travail. En raison des contraintes de travail et du stress quotidien, le travailleur est empreint d'un sentiment de vide. Le travailleur est victime d'un épuisement émotionnel, d'une dépersonnalisation et d'une réduction de l'accomplissement personnel (Muller, 2014). L'épuisement psychique du sujet résulte généralement de relations préconisant un dévouement et une disponibilité extrêmes (Caillard

& Chastang, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012). Les défaillances dans l'organisation du travail, aussi bien du côté matériel qu'humain, obligent le travailleur à assumer un nombre croissant de tâches dans le but de conserver une identité personnelle intacte. Les signes du burn-out surviennent lorsque les réserves du travailleur, quelles soient physiques ou psychiques, sont épuisées (Caillard & Chastang, 2010).

Au sein des professionnels participant aux projets humanitaires ainsi que chez les professionnels de services d'urgence et de secours, on observe un phénomène nommé « fatigue de compassion ». La fatigue de compassion fait suite à la confrontation à des individus démontrant une grande détresse psychologique ou un état traumatique (Dejours & gernet, 2012)

Il existe plusieurs signes physiques qui permettent d'identifier l'épuisement émotionnel (Caillard & Chastang, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012) :

- Troubles du sommeil ;
- Fatigue excessive, diminution de l'énergie ;
- Manifestations gastro-intestinales ;
- Douleurs dorsales ;
- Vagues douleurs cardiaques.

Au niveau psychique, on observe des signes considérés comme anormaux chez le travailleur (Caillard & Chastang, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012 ; Muller, 2014). :

- Détachement progressif, découragement et démotivation au travail ;
- Anxiété ;
- Irritabilité, frustration, agressivité ;
- Méfiance ou rigidité envers autrui ;
- Diminution de la concentration et de la mémoire ;
- Diminution de la performance et de l'idéalisme ;
- Perte d'estime de soi ;
- Perte de confiance en soi et en ses compétences ;
- Perte de l'empathie ;
- Pessimisme accru ;
- Variations de l'humeur, humeur dépressive, changements d'attitude envers autrui ;
- Tendance à l'isolement, absentéisme.

Il est important que les professionnels de la santé puissent déceler ces signes d'épuisement afin de pouvoir intervenir au mieux auprès du travailleur en souffrance. Le burn-out comporte plusieurs symptômes susceptibles d'entraîner un passage à l'acte. Le travailleur, vidé de ses ressources et ne s'accordant plus beaucoup d'estime, envisagerait le suicide dans le but de mettre un terme à l'épuisement psychique et physique dont il est victime. Le médecin du travail interne est un des professionnels de la santé le plus susceptible de détecter les signes de burn-out, étant donné sa présence au sein de l'entreprise.

Lorsqu'une situation de burn-out est détectée, il existe des recommandations liées à la prise en charge du travailleur qui en est victime : le développement de groupes de soutien composés de pairs, l'amélioration de l'environnement de travail, des check-up médicaux et psychologiques des travailleurs dans le cadre de l'entreprise, le développement des capacités d'adaptation des individus, des programmes psychothérapeutiques, des formations aux aptitudes psycho-sociales et l'apprentissage de techniques de relaxation (Muller, 2014).

6. Hyperactivité et dopage au travail

6.1. Hyperactivité

L'hyperactivité au travail peut être définie comme une addiction au travail. Elle peut se retrouver dans toutes les professions. On observe chez le travailleur un surinvestissement professionnel de nature pathologique. Les traits sémiologiques de l'hyperactivité au travail sont semblables aux conduites de dépendance. Pour pouvoir poser un diagnostic d'hyperactivité au travail, il est nécessaire que le phénomène soit constant et se poursuive malgré l'impact négatif sur l'état physique et psychique du travailleur ou sur son environnement familial et social. « *Le bourreau de travail manifeste un engagement majeur dans le travail, une compulsion à travailler et peu de satisfaction éprouvée dans le travail* » (Dejours & Gernet, 2012). Le bourreau de travail se montre incapable de penser son travail et cela se manifeste par une saturation du fonctionnement psychique. Cette association risque d'entraîner brusquement des troubles anxieux, des sentiments récurrents de baisse d'estime de soi et des troubles du sommeil pouvant aboutir à un effondrement dépressif (Dejours & Gernet, 2012).

Lorsqu'un travailleur présente ce type de symptômes, il est important, de la part des professionnels de la santé, d'observer ce travailleur dans son ensemble. Pour déceler une hyperactivité au travail pathologique et être en mesure de l'associer aux symptômes relevés, il est nécessaire de prendre en compte le rapport que l'employé entretient avec son travail. Une fois l'addiction au travail identifiée, le professionnel de la santé doit prendre en charge le sujet et l'aider à cibler l'élément qui a préludé le basculement dans les conduites hyperactives. Suite à cela, le travailleur sera capable de « *réaménager son rapport subjectif au travail à partir de l'élaboration psychique de la souffrance* » (Dejours & Gernet, 2012).

En risquant d'aboutir à un effondrement dépressif et en raison de certains symptômes et du possible impact négatif de l'hyperactivité sur la vie familiale et sociale, cette psychopathologie peut jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur, celui-ci constatant une détérioration dans l'entièreté des domaines centraux. Il est donc important de pouvoir intervenir à un moment propice, afin d'éviter l'aggravation du phénomène et ainsi enrayer la possibilité de passage à l'acte.

6.2. Addictions en milieu professionnel

L'addiction en milieu professionnel est un phénomène bien connu touchant également l'ensemble des domaines socioprofessionnels. Les comportements d'addiction sont souvent redoutés en raison des risques qu'ils engendrent pour la santé et la sécurité des travailleurs. La consommation abusive de substances en milieu de travail est souvent dépourvue de plaisir et manifeste un combat du travailleur dans le but de tenir en situation de travail et dans certains cas, calmer l'angoisse. La consommation de substance possède un rôle défensif à l'égard du travail (Dejours & Gernet, 2012 ; Molinier & Flottes, 2012).

Des comportements addictifs se retrouvent également chez les cadres. L'expression « dopage » est utilisée pour qualifier leur consommation. Cela leur permettrait de palier à leurs exigences professionnelles et de lutter contre le stress et la dépression. Le même terme est utilisé en milieu sportif car les comportements d'addiction chez les cadres font l'objet du même déni que dans le domaine sportif et nourrissent le même imaginaire de dépassement de soi. Cette automédication, qui engendre de la honte et consolide l'isolement, est cachée aux collègues ainsi qu'à la famille (Dejours & Gernet, 2012 ; Molinier & Flottes, 2012). Il est donc compliqué pour l'entourage de venir en aide à ces employés en souffrance.

La consommation d'alcool en milieu professionnel, souvent assimilée à la convivialité, semble poursuivre deux buts : le premier est « l'engourdissement de la pensée et la neutralisation de la peur » de par sa fonction anxiolytique, et le second est le maintien de la maitrise symbolique de la peur grâce à sa fonction désinhibitrice.

Quant aux toxicomanies en milieu de travail, au contraire de la consommation d'alcool, elles font référence à des comportements individuels qui servent au maintien de l'excitation, dans le but d'affronter la charge de travail. Elles peuvent également, dans certains cas, avoir un but défensif en donnant la possibilité aux travailleurs d'anéantir la souffrance et de faire face aux situations contenant un risque élevé d'accidents (Dejours & Gernet, 2012).

La consommation excessive d'alcool et la toxicomanie, que ce soit une addiction liée à l'activité professionnelle ou pas, peut avoir un rôle important dans le passage à l'acte suicidaire. Des troubles de la toxicomanie sont retrouvés chez approximativement deux tiers des personnes qui meurent par suicide (Hoven et al., 2010). L'abus, aigu ou chronique, d'alcool et d'autres drogues est en lien étroit avec les conduites suicidaires. De par l'augmentation de l'impulsivité, du sentiment de désespoir et de mal-être, de la dépression, des conduites agressives envers soi-même et de part l'altération des capacités de penser et de réfléchir, la dépendance à l'alcool peut entrainer le passage à l'acte du travailleur (Balbourg, 2014 ; Caillard et Chastang, 2010).

Lorsqu'un professionnel de la santé décèle des signes d'addiction chez un travailleur, il est nécessaire de lui proposer un suivi adapté afin de l'aider à gérer ses comportements addictifs. Etant donné que la majorité des addictions en milieu professionnel est destinée à tenir en situation de travail, il est important de prendre le problème à la source et d'identifier les

éléments déclencheurs de ces comportements pour tenter d'avoir une action directe et ciblée sur ces derniers.

7. Conclusion

Dans une partie des cas de suicide ou de tentative de suicide en lien avec le travail, il arrive que le passage à l'acte suicidaire survienne sans la présence d'une psychopathologie. Le travailleur peut être victime de conflits, d'une organisation du travail toxique, être confronté à des situations professionnelles néfastes sans pour autant développer une pathologie. A ces difficultés s'ajoutent des problèmes personnels, familiaux et/ou financiers et cela peut augmenter le risque le passage à l'acte (Balbourg, 2014). Le comportement suicidaire et la souffrance d'un individu ont toujours une origine plurifactorielle. Il est relié à un assemblage complexe de causes, de facteurs prédisposant, à la fois professionnel et extérieur au travail. (Giorgio 2013 ; OMS, 2006).

Dans d'autres cas, le travailleur est atteint d'une psychopathologie. Comme explicité précédemment, la seule présence d'une psychopathologie peut augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire. Il arrive qu'elle soit combinée à des problèmes dans d'autres domaines. L'association d'une psychopathologie avec des difficultés dans plusieurs sphères accentue le risque de suicide et de tentative de suicide du travailleur.

Chapitre 3. Suicides, entreprises, professions et variables organisationnelles

Introduction

Comme dit précédemment, le suicide sur le lieu de travail et les suicides en lien avec le travail sont des phénomènes récents.
Dejours et Bègue (2009) ont fourni des explications sur le « pourquoi » le suicide sur le lieu de travail n'existait pas auparavant. Concernant les suicides liés au travail, ils y en avaient mais les individus mettaient fin à leurs jours à distance du lieu de travail et la cause du passage à l'acte était entièrement reliée à l'environnement privé, même si le rapport au travail était bel et bien présent.

1. Suicide et travail avant les années 1990.

Jusqu'à un moment relativement récent, et principalement dans les milieux de travail occupés par les hommes, s'établissaient des stratégies de défense particulières, confectionnées par le groupe pour combattre la souffrance. Ces stratégies de défense étaient représentées par le courage, la force, parfois de l'invulnérabilité, ou, du moins, par de l'endurance et dans certains cas, de l'indifférence face à la souffrance. Toute forme de douleur ou de souffrance (symptômes psychopathologiques, dépression etc.) était tournée en dérision ainsi que tout comportement qui aurait pu laissé transparaître un sentiment de peur du risque ou de la mort. Lorsqu'un travailleur n'était plus capable de supporter sa perturbation psychologique, on procédait à des « *gauchissement de la symptomatologie psychique comme la médicalisation des plaintes psychiques* ». On donnait aux troubles psychiques une étiquette de troubles médico-somatiques afin ne pas devenir la risée des collègues de travail et ne pas être couvert de honte. Ce même procédé survenait dans les cas de « *syndrome subjectif post-commotionnel* ». Ce syndrome touchait principalement les employés du bâtiment et des travaux publics, suite à un accident de travail ayant entrainé des blessures somatiques. Les lésions somatiques étaient cicatrisées mais l'ouvrier n'était pas en mesure de retourner à son poste de travail car les « *symptômes invalidants résiduels* » diminuaient une grande partie de ses capacités. Dans la majorité des cas, ces symptômes se retrouvaient dans le domaine moteur et neurologique. Ces symptômes, qui empêchaient l'ouvrier victime de l'accident de travail de revenir à son poste, le protégeaient en fait de revenir à une situation de travail générant de la peur. Cette perturbation émotionnelle ayant pris la forme de symptômes physiques, le travailleur n'était plus capable de reprendre le travail.
La peur était déjà présente auparavant mais elle était, jusqu'au moment de l'accident, contrée par une « *stratégie collective de défense* » typique aux ouvriers du bâtiment qui résidait, comme dit précédemment, « *à tourner le risque en dérision* ».
Dans les cas de syndrome subjectif post-commotionnel, le travailleur devenait une victime déstabilisée dans son rapport à la stratégie groupale de défense mise en place avec les collègues. La stratégie avait été « discréditée » par l'accident de travail et le risque, jusque-là refoulé, revenait à la conscience. Le travailleur en prenait conscience et la peur resurgissait.

Mais pour les autres collègues, la stratégie collective de défense se maintenait et il était inconcevable pour le travailleur qui avait peur de reconnaître cette dernière en raison du risque de « *perdre son sentiment d'appartenance à la communauté des gens du bâtiment et à la virilité des hommes courageux, et de remettre ainsi en cause sa propre identité avec, à la clef, le risque de dépression ou d'une autre forme de décompensation psychopathologique* ».
En résumé, d'une part, les stratégies groupales de défense avaient la capacité d'engendrer des changements de la personnalité qui exigeaient toute l'économie psychique au point de transformer le trouble psychique en trouble médical. Et d'autre part, le syndrome médicalisé possédait un rôle protecteur contre une menace bien plus importante : la survenue de la dépression.

Le syndrome subjectif post-commotionnel, en plus de son rôle dissimulateur et de protecteur, avait aussi un rôle de messager. Le syndrome était destiné à la société et annonçait implicitement que le travailleur était incapable de reprendre son travail car il avait peur. Il préservait également les travailleurs restants sur le chantier de la perception de la peur. Les collègues s'imaginaient que le travailleur n'était pas encore guéri de ses lésions, et non qu'il avait été regagné par la crainte du travail dans le bâtiment et les travaux publics.
Les stratégies collectives de défense anciennement mises en place dans l'environnement professionnel étaient orientées contre la perception de la crainte, mais également contre « toute expression de souffrance » dans l'environnement de travail.

Comme dit en début de chapitre, le suicide en lien avec le travail existait déjà à l'époque mais les stratégies de défense collectives encourageaient vivement les travailleurs touchés par la décompensation psychique à dévier l'expression de la souffrance à l'extérieur de l'environnement professionnel. Le passage à l'acte s'effectuait donc loin du milieu professionnel, même dans les cas pour lesquels le lien avec le travail était en cause dans la décompensation.

La deuxième explication concernant l'absence de suicide sur le lieu de travail à l'époque est la suivante : lorsqu'un travailleur souffrait tellement qu'il n'était plus capable de camoufler son malaise, ou lorsque ce malaise survenait en dépit des tentatives pour le dissimuler, les collègues de travail finissaient par s'en apercevoir. Dans un premier temps, le travailleur en souffrance était charrié par ses collègues mais par après, c'est l'attention et la solidarité qui prenaient le dessus. On perçait les barrières défensives et on exigeait le dialogue. Le travailleur n'était pas livré à lui-même dans sa souffrance, il était protégé, aidé. Aujourd'hui, ces comportements d'entraide et de solidarité s'estompent de la vie de travail et ouvrent la porte aux éventuels passages à l'acte suicidaire. Le travailleur est laissé seul, « *un collègue s'enfonce, on ne lui tend pas la main* ». Les suicides sur le lieu de travail dénoncent la profonde dégradation « *du vivre ensemble dans toute la collectivité* » (Dejours & Bègue, 2009).

En plus de cette dégradation du vivre ensemble au sein de l'environnement de travail, on observe une modification de celui-ci depuis plusieurs années. De cette modification du travail

a découlé un développement et un enracinement de variables organisationnelles pouvant jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire d'un travailleur.
On relève également des professions à risque et des entreprises dans lesquelles de nombreux suicides ont eu lieu.

2. Les changements dans le monde du travail

On relève plusieurs éléments qui ont entrainé des modifications dans le monde du travail. Il y a eu des mutations économiques majeures amenant, notamment, une logique de production et de rendement ainsi qu'une logique financière. Des mutations technologiques sans limite ont vu le jour et ne cessent de prendre de l'ampleur. Avec la mondialisation, la naissance du « Total Quality Management » et la concurrence entre les nombreuses sociétés commerciales, la pression sur le travailleur est en constante augmentation et de nouvelles stratégies et transformations organisationnelles managériales ont été transférées du secteur marchand au non-marchand (Firket, 2014 ; Sonda, 2014), avec l'établissement de variables organisationnelles néfastes pour le travailleur et risquant d'engendrer un passage à l'acte suicidaire.

3. Variables organisationnelles et risques psychosociaux

Depuis les années 90, on observe, au sein du monde du travail, la survenue de nouvelles variables organisationnelles, de risques psychosociaux, résultant des modifications de l'organisation du travail. Certaines des variables sont d'intensité plus élevées dans des professions particulières, mais la majorité de celles qui seront listées sont généralement omniprésentes dans tous les environnements professionnels.

Les catégories et les variables suivantes proviennent des études de Amagasa et al. (2005), Caillard et Chastang (2010), Cohidon et Murcia (2007), Dejours (2005), Dejours et Bègue (2009), Gournay et al. (2004), et Soares (2013). Les premières variables de chaque catégorie sont celles les plus fréquemment citées dans la littérature comme jouant un rôle dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur :

A) La nature des tâches effectuées par le travailleur :
- Perte du sens au travail ;
- Forte demande psychologique ;
- Monotonie ou changements excessifs dans les tâches réalisées ;
- Dangerosité des tâches.

B) L'organisation du travail :
- Charge de travail excessive ou insuffisante ;
- Contraintes de temps, pression temporelle ;
- Ecart entre le travail prescrit et le travail réel ;
- Répartition floue des tâches à effectuer ;

- Responsabilités trop faibles ou trop élevées ;
- Injonctions contradictoires de type « faire vite et bien » ;
- Faible pouvoir décisionnel ;
- Horaires difficiles et contraignants ;
- Incohérence entre les valeurs du travailleur et celles de l'entreprise ;
- Supervision inexistante ou excessive ;
- Contrôle sur le travail inexistant ou excessif.

C) La politique adoptée par les ressources humaines :
- Manque/absence de reconnaissance du travail accompli ;
- Absence d'évolution du salaire ou rémunération insuffisante ;
- Peu/absence d'écoute des salariés ;
- Peu/absence de participation aux prises de décisions ;
- Peu/absence de développement des compétences ;
- Précarité du contrat de travail.

D) Les relations de travail :
- Manque/absence de coopération entre collègues et de soutien social ;
- Dégradation du « vivre ensemble » et de la solidarité, isolement ;
- Conflits avec un collègue, un subordonné ou un supérieur hiérarchique ;
- Peu/absence de soutien hiérarchique ;
- Management inadapté, arbitraire ;
- Harcèlement moral ou sexuel.

Le manque de coopération, élément souvent évoqué comme facteur susceptible d'engendrer un passage à l'acte suicidaire, avait déjà été abordé à l'époque par le sociologue Durkheim. Selon lui, le suicide est un fait social complexe mais malgré tout constant et devinable. Sa théorie ne tient pas compte des hypothèses psychologiques formulées sur ce sujet.
La quantité de suicide renvoie le degré de cohésion et de santé sociale au sein du groupe. Tout événement contribuant à une diminution de la cohésion et de l'intégration sociale a comme résultat une augmentation du nombre de suicides (Durkheim, 2009).

Quant à l'isolement par rapport à son groupe social, celui-ci avait déjà été discuté par Halbwachs. Halbwachs considérait le suicide comme un fait qui survenait après un événement qui avait conduit à l'isolement d'un homme au sein de son milieu social. L'homme y avait laissé l'affection, l'honneur, la considération et le statut. Il avait été « *disqualifié socialement* » et c'est cela qui avait engendré son passage à l'acte. Il n'existerait donc qu'un unique type de suicide. Ce sentiment de disqualification est subjectif et, avant tout, ressenti par le sujet. L'individu disqualifié est désespéré et ce désespoir est origine de solitude et de détresse psychologique pouvant se présenter sous plusieurs aspects. Le suicide résultant de toutes ces pertes est appelé « suicide du désespoir » (Mucchielli & Renneville, 1998).

E) La politique de l'entreprise :

- Pression des objectifs ;
- Incertitude face à son avenir dans l'entreprise ;
- Augmentation de la fréquence des évaluations individuelles qui entraine une concurrence entre les salariés ;
- Peu/absence de communication ;
- Non participation aux décisions ;
- Restructuration ;
- Mutation ;
- Déclassement ;
- Injustice organisationnelle : salaire en inadéquation avec le travail accompli et le statut du travailleur.

F) L'environnement clients/usagers :

- Pressions ;
- Incivilités ;
- Agressivité ;
- Violence physique.

Les différents risques psychosociaux ayant été répertoriés, les professions au sein desquelles le risque de suicide/tentative de suicide est accru vont être discutées. Les secteurs les plus à risque, ainsi que certaines entreprises souvent évoquées dans les médias pour leur taux relativement élevé de passages à l'acte suicidaire en lien avec le travail, seront également abordés. Il est important de noter que, lorsqu'on observe une accumulation des facteurs cités ci-dessus, le risque de passage à l'acte suicidaire augmente (Caillard & Chastang, 2010).

Depuis plusieurs années, il existe des entreprises qui font parler d'elles en raison des vagues de suicides dont elles font l'objet. Ci-dessous, une illustration de l'impact des conditions de travail et des variables organisationnelles citées précédemment à travers une entreprise chinoise : Foxconn.

Foxconn est un fabricant de produits électroniques, producteur notamment des produits Apple. C'est en 2010, après l'installation de caméras de surveillance au sein de l'entreprise, que l'on a découvert le scandale : plusieurs suicides par défenestration étaient survenus et ces derniers avaient été passés sous silence. C'est grâce à des interviews avec des employés et anciens employés de l'entreprise que l'on a découvert un despotisme global caractérisé par un pouvoir managérial arbitraire (Lin, 2013).

« E-germinal, dans l'enfer des usines chinoises » est un reportage qui a été réalisé par Lei, Poiret, et Lafont (2012) et diffusé par France 2 en 2012. Ce reportage a tenté de s'immiscer dans l'univers Foxconn afin de dénoncer les pratiques peu éthiques de l'entreprise.

Un premier fait pose questions quant à la légalité des conditions de travail : les journalistes sont interdits au sein de l'entreprise. Les reporters français ont donc fait appel à deux jeunes

chinois qui se sont fait embaucher chez Foxconn et qui ont porté des caméras cachées afin de pouvoir rendre compte de la réalité.
L'entreprise Foxconn est comme une petite ville fermée et sécurisée. Certains jours, il n'y a ni eau, ni électricité. 250.000 personnes sont logées sur place, dans des infrastructures parfois insalubres ou non-achevées, mettant leur sécurité en péril. Ces personnes vivent dans des dortoirs et ne possèdent aucune intimité.
La vie des travailleurs est exclusivement dédiée à la production : ils vivent, dorment, mangent et travaillent sur place. Il n'y a donc *pas de différenciation entre la vie privée et la vie professionnelle*. Les travailleurs ne se parlent pas, il n'y a *aucune coopération ni solidarité*.
La production est continue avec un travail à la chaîne. Les employés ont droit à *une pause pour 8 heures* de travail et peuvent prester des *heures supplémentaires* s'ils souhaitent augmenter leur salaire. La fabrication des produits électroniques se fait dans un froid glacial et il est interdit de posséder quelque objet que ce soit : « Le temps ne passe pas, c'est désespérant » (un travailleur).
Le management qui règne est de type militaire, les *insultes* et le *harcèlement moral* envers les employés sont monnaie courante.
Le *turnover* est énorme : près de 300 travailleurs démissionnent par jour. Foxconn est donc en perpétuel recrutement.
Les travailleurs gagnent *220 euros par mois* mais de ce salaire, l'entreprise déduit le prix des dortoirs, de la nourriture, de l'assurance et du badge. Il reste donc un salaire minime qui ne permet pas de vivre en zone urbaine (Lin, 2013).
Lorsque des suicides, ou tentatives de suicide, surviennent sur le lieu de travail, Foxconn ne reconnaît pas sa part de responsabilités ou, si elle la reconnaît, exige le silence de la part de la famille du suicidé en échange d'une indemnisation. Suite à un suicide, l'entreprise a mis en place des mesures de sécurité mais malgré cela, de nouveaux suicides sont survenus.
D'après les témoignages, Apple a des retours d'informations sur les conditions de travail et pourtant, rien ne change.
Ces différents facteurs ont également été cités dans l'article de Barboza (2010) portant sur le suicide de Ma Xiangqian, un employé de Foxconn évoqué précédemment.

« Le culte du secret » (Lei et al., 2012), « la chaîne du silence » (Lejeune & Monami, 1999), « la loi du silence » (Dejours & Bègue, 2009), voici à quelles lois les suicides, en lien ou sur le lieu de travail, répondent.
Lorsque des suicides, ou des tentatives de suicide, surviennent au sein du lieu de travail ou démontrent un lien avec l'environnement professionnel, cela illustre la dégradation du travail et dénonce la présence de facteurs organisationnels et d'une politique de travail néfastes pour la santé mentale et psychique du travailleur. Les entreprises tentent à tout prix de camoufler ces drames car de nombreuses conséquences économiques et humaines pourraient en découler. « *On nettoie, on remet de l'ordre dans l'atelier et le travail des collègues reprend* » (Dejours & Bègue, 2009). Pourtant, c'est en essayant de dissimuler ces tragédies que la situation risque d'empirer. « *L'absence de réaction collective immédiatement après le suicide peut avoir des conséquences désastreuses* » (Dejours & Bègue, 2009). Elle signifie que rien ne sera mis en place pour éclaircir le message car le suicide est un comportement « *adressé* » (Dejours, 2005 ; Dejours & Bègue, 2009 ; Odier, 2013), pour modifier l'organisation du

travail et mettre en avant les éléments qui ont pu amener au suicide. La situation restant identique, le risque persiste. On assiste à une banalisation de l'acte, une forme de légitimité. Le suicide est considéré comme un risque de travail additionnel et cela ouvre la voie à d'autres passages à l'acte suicidaire : mon collègue l'a fait, pourquoi pas moi ? Qui sera le prochain ? etc. (Dejours & Bègue, 2009 ; Le Breton, 2013).
Cette absence de réaction collective accroît le sentiment d'impuissance, de résignation, voire même de désespoir, et l'absence de clarification du geste du travailleur est une « *erreur pratique et déontologique* » car la clarification et la compréhension du message est une étape primordiale pour le travail de deuil. Il faut permettre à l'entourage, à la famille, aux collègues de s'exprimer afin de pouvoir élaborer au mieux le traumatisme dont ils ont été victimes. Les enquêtes judicaires menées suite à un suicide, ou une tentative de suicide, sur ou en lien avec le travail, ont un rôle bénéfique. Elles amènent généralement une libération de la parole (Dejours & Bègue, 2009).

4. Suicide et professions

Habituellement, le suicide au travail touchait les agriculteurs, les salariés agricoles et les ouvriers. Ces travailleurs n'étaient pas capables de procéder à une différenciation entre la vie au travail et la vie privée, les deux environnements étant étroitement liés (Caillard & Chastang, 2010). Mais depuis la fin des années 90, le suicide lié au travail affecte l'entièreté des catégories socioprofessionnelles, même si les taux de suicide/tentative de suicide les plus élevés sont toujours observés chez les agriculteurs et les ouvriers.

Dans les études de Nishimura, Terao, Soeda, Nakamura, Iwata, et Sakamoto (2004), Cohidon et al. (2010) et INVS (2013), le taux de suicide est significativement plus élevé chez les travailleurs dans l'industrie primaire. Les taux de mortalité par suicide les plus élevés chez les hommes sont retrouvés chez les agriculteurs : il y a jusqu'à trois fois plus de risque de suicide que chez les cadres salariés. Ils sont, par contre, peu touchés par les tentatives de suicide. Viennent ensuite les ouvriers et les employés de la fonction publique, autant touchés par le suicide que par les tentatives de suicide (Santin, Cohidon, & Geoffroy-Perez, 2009).

Les cadres et les professions intermédiaires présentent les taux de mortalité par suicide les plus faibles.

Par contre, à Montréal, ce sont les ouvriers et les exécutants de tâches manuelles qui possèdent le pourcentage d'idées suicidaires le plus élevé (Soares, 2013).

Chez les femmes, les taux de suicide les plus élevés sont retrouvés chez les employées de la fonction publique, les agricultrices/exploitantes et enfin les ouvrières. Quant aux taux de tentative de suicide, il est plus élevé chez les femmes ouvrières, artisanes et commerçantes (Cohidon et al., 2010).

On observe donc une surmortalité dans les secteurs de l'agriculture, des industries agroalimentaires et des industries des biens intermédiaires chez les hommes, et une surmortalité également dans les secteurs de l'agriculture et de l'industrie des biens d'équipement chez les femmes.

Un reportage français réalisé par Olivier Delacroix et Hugo Lopez (2010) : « Les agriculteurs au bord du désespoir » démontre la difficulté du métier, le combat des agriculteurs au quotidien et les critères à remplir s'ils veulent survivre sur le marché. La grosse difficulté est également la fusion entre la vie privée et la vie professionnelle, les deux existants généralement au sein d'un même espace.
Un lien avec les variables organisationnelles est ici effectué car les agriculteurs, de par leur indépendance, fonctionnent différemment, sont soumis à des facteurs propres à leur profession, et qu'on ne retrouve pas dans les secteurs secondaires et tertiaires.
Aujourd'hui, en France, un certain nombre d'agriculteurs ont l'impression d'être abandonnés par les pouvoirs publics. Le prix du lait industriel ne couvre même plus le prix de fabrication du produit : « *On se lève le matin pour perdre de l'argent* » (un agriculteur, 2010). Le travail de l'agriculteur n'est ni respecté ni reconnu : « *on déjette une grande partie de la production* ». En plus de cela s'ajoutent des horaires allant jusqu'à 70 heures de travail par semaine pour un seul agriculteur. La vie conjugale et sociale en pâtit. En ce qui concerne les congés, ils sont de plus en plus rares.
Tous ces éléments conduisent à l'endettement et l'isolement des agriculteurs. « *On a le choix entre la bouteille ou la corde* » (un agriculteur, 2010). En effet, 800 suicides dans la filière agricole française ont été relevés en un an et demi. Ceci concerne une partie des agriculteurs et cultivateurs français. Il existe cependant d'autres agriculteurs qui parviennent à tenir un train de vie plus que correct.

Les domaines également touchés par le phénomène de suicide sont les domaines de la santé et de l'action sociale, les secteurs d'administration publique et enfin la construction, l'immobilier, le transport, la communication et le commerce (Gournay et al., 2004 ; Santin et al., 2009).

5. Comment intervenir en situation de crise suicidaire ?

Le passage à l'acte suicidaire est donc un phénomène multifactoriel. Il existe de nombreux facteurs qui, rassemblés, peuvent entraîner le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur.
Etre capable d'identifier et de reconnaître les différents éléments à risque est une bonne chose, mais réagir adéquatement lors d'une confrontation avec un employé qui nourrit des idées suicidaires pour plusieurs raisons en est une autre.
Quelques comportements à adopter en cas de crise suicidaire ont été décrits par Lafleur et Séguin (2008) et par le Centre de Prévention du Suicide (2012). Ces comportements sont conseillés lorsque le professionnel de la santé, ou toute autre personne, est confronté personnellement et individuellement à un sujet en crise.

Des dispositifs concrets et officiels de prévention existent également au sein de certaines entreprises mais ils seront décrits plus précisément dans la section suivante. Des procédures de postvention seront également détaillées.

Le but principal d'une intervention auprès d'une personne qui nourrit des idées suicidaires, c'est de l'aider à désamorcer la crise qu'elle est en train de traverser.

Afin d'y parvenir, trois objectifs doivent être suivis :

1) Tout mettre en œuvre pour retarder le moment du passage à l'acte.
2) Soutenir l'individu en tenant compte de la crise suicidaire qu'il traverse.
3) Injecter le sentiment qu'il pourra s'en sortir, et insister sur le fait qu'il existe des solutions autres que le suicide.

Lorsqu'un professionnel se retrouve face à une personne suicidaire, il peut être perdu et craindre de commettre une erreur qui s'avérerait irréversible. Il est donc nécessaire d'agencer l'intervention en suivant plusieurs étapes qui guident le professionnel dans son travail. La réalisation des étapes suit rarement un ordre logique, elles s'effectuent de manière simultanée, systémique et circulaire.

La première étape dans le modèle d'intervention est l'établissement d'une relation de confiance entre le professionnel et l'individu suicidaire. L'établissement d'une relation de confiance authentique et bienfaisante dépend, en grande partie, des capacités de chacun : une capacité d'accueil, l'ouverture à autrui, l'empathie, des compétences pour établir des liens avec une personne agressive et des compétences de mise en mots pour des personnes silencieuses, sont les aspects centraux d'une bonne intervention en situation de crise.

La seconde étape consiste en l'évaluation de la sévérité et de la dangerosité des facteurs évoqués par la personne, et relatifs au passage à l'acte.

La troisième étape est la compréhension de la personne. Il convient de vérifier la perception des évènements qui ont été mal vécus, de clarifier ces événements, identifier les éléments déclencheurs ainsi que leur déroulement. Il est également important de passer en revue les solutions déjà utilisées pour tenter de résoudre le problème.

Vient ensuite la quatrième étape qui est l'encouragement de l'expression et de la mise en mots des émotions. Le professionnel observe les réactions verbales et non verbales. Cela permet à l'individu en souffrance de se décharger d'une partie de la pression accumulée.

La cinquième étape est la rupture de l'isolement. Durant cette étape, il faut rechercher, avec l'individu, des personnes centrales dans son milieu proche, des organismes et des personnes ressources au sein de l'environnement formel et enfin, impliquer les organismes et les acteurs dans la vie de la personne et la situation qu'elle traverse.

La sixième étape est la formulation de la crise et le développement d'un plan d'action. Il est nécessaire de normaliser les émotions, les pensées et les attitudes de l'individu. Il faut tenter de transmettre des données qui offriront à la personne la possibilité de reprendre le contrôle de sa vie.
Le professionnel doit partager sa compréhension de la crise avec l'individu en souffrance, il doit veiller à transmettre de l'espoir et tenter de déterminer les problèmes sur lesquels la personne veut avoir une action.
Pour identifier les problèmes et pouvoir réagir, l'intervenant doit mobiliser et utiliser les compétences de la personne, relever les solutions qui ont déjà été utilisées et mobiliser celles qui pourraient encore être développées. Il doit, avec la personne, préciser les moyens qui pourraient être employés à court terme pour solutionner le problème.
Pour conclure l'intervention et, si nécessaire, le professionnel se réfère à un centre de crise, au médecin traitant ou à un intervenant spécialisé si l'urgence se fait sentir.
L'établissement d'un pacte de « non-suicide » peut être établi entre le professionnel et la personne en souffrance pour tenter de postposer au plus tard l'éventuel passage à l'acte.

Enfin, lorsque l'individu poursuit son train de vie, il est utile de vérifier le bon déroulement du plan d'action établi auparavant au moyen de rendez-vous fixés avec le travailleur, ou via les personnes ressources désignées. Si le plan d'action ne convient pas, ou n'est plus adapté au sujet, on procède à sa réévaluation, et enfin, on entretient la collaboration avec les partenaires (Lafleur & Séguin, 2008).

Il existe également toute une série d'erreurs relativement fréquentes à éviter comme juger la personne en souffrance, la faire culpabiliser ou lui faire la morale, ne pas écouter l'expression de la souffrance, enchaîner les questions les unes après les autres, foncer dans la recherche de solutions, tenter de convaincre l'individu que la situation peut changer, qu'elle n'est pas si dramatique, s'empresser de contacter un organisme extérieur ou, à l'opposé, se laisser enfermer dans le secret et tenter de porter seul la responsabilité de l'accompagnement, manifester une crainte d'aborder la question du suicide avec la personne (penser que parler du suicide encourage le passage à l'acte est une idée reçue, loin de la réalité) et appliquer trop rapidement la loi dans le but d'assurer la sécurité de la personne (Centre de Prévention du Suicide, 2012 ; Lafleur & séguin, 2008).

6. Suicide : Prévention et Postvention

Au sein des mesures de prévention, il existe toute une série de facteurs de protection contre le suicide. Une grande partie de ces facteurs concernent l'ensemble des domaines de vie, et d'autres sont plus spécifiques à l'environnement professionnel.
Il existe également des facteurs de risques mais ceux-ci ne seront pas abordés en détails, la plupart ayant été cités auparavant. Vous pouvez cependant les retrouver dans l'annexe 1.

6.1. Facteurs de protection

6.1.1. Facteurs de protection et suicide en général

Il existe des facteurs de protection qui peuvent, lorsqu'ils démontrent une certaine solidité, réduire le risque de suicide. Ils ne sont pas répertoriés sous la forme de catégories car ils sont reliés à plusieurs éléments (Centre de Prévention du Suicide, 2012 ; Odier, 2013 ; OMS, 2006 ; Vandevoorde, 2013) :

- Bien-être affectif, processus émotionnels, cognitifs, sociaux et comportementaux résilients ;
- Capacités pour résoudre les problèmes et les conflits et gérer les disputes de façon non-violente ;
- Bonne intégration sociale via le sport, les clubs etc. ;
- Bonnes relations familiales et amicales : vie de couple harmonieuse, valeurs familiales, cercle d'amis sur lequel s'appuyer ;
- Préoccupation sur le devenir de soi et de ses proches ;
- Bonnes raisons de vivre ;
- Représentation négative de la mort, objections morales/religieuses au suicide, peur du suicide et de la réprobation sociale ;
- Haute estime de soi-même ;
- Bon sommeil ;
- Régime alimentaire équilibré ;
- Absence de drogues dans l'environnement ;
- Projet professionnel, familial, personnel et projection optimiste sur l'avenir.

6.1.2. Facteurs de protection spécifiques au suicide en lien avec le travail

Comme pour les facteurs de risque associés au suicide en lien avec le travail, il existe des facteurs de protection (Dejours & Bègue, 2009 ; Giorgio, 2013 ; Soares, 2013) :

- Le respect entre collègues et le respect de la vie privée des travailleurs ;
- La coopération et le soutien entre collègues ;
- La tolérance à l'erreur ;
- Le sens du travail ;
- L'écoute et le dialogue en milieu professionnel ;
- La convivialité : présence et proximité entre collègues et avec la hiérarchie ;
- La reconnaissance du travail accompli ;
- La participation aux prises de décisions.

6.2. Prévention du suicide

6.2.1. En général

En plus de toutes les démarches et les éléments qui ont été décrits précédemment pour prévenir le suicide en général ou lié au travail, des dispositifs plus spécifiques ont été créés pour tenter d'endiguer ce phénomène.
Il existe des méthodes d'intervention pour prévenir des psychopathologies en lien avec le travail ainsi que du suicide. D'autres méthodes plus spécifiques à la prévention du suicide en lui-même seront décrites pas la suite.

Avant d'entamer la description d'interventions spécifiques de prévention du suicide en entreprise, l'OMS (2006) a listé toute une série de stratégies applicables au suicide en général :

- Contrôler et limiter la disponibilité et les possibilités d'accès aux moyens létaux ;
- Améliorer les organismes de santé et le développement des organismes de soutien et de réadaptation pour les individus manifestant des tendances suicidaires ;
- Perfectionner des procédures de diagnostic et les traitements qui s'ensuivent ;
- Procéder à une sensibilisation du personnel médical quant à ses propres comportements et aux tabous associés à la maladie mentale et la prévention du suicide ;
- Grâce à des programmes d'éducation de la population : développer les connaissances des troubles mentaux et les moyens de les détecter à un stade précoce ;
- Appuyer la dissimulation médiatique des actes ou passage à l'acte suicidaire ;
- Promouvoir les travaux sur la prévention du suicide et approuver la récolte d'informations sur les causes de suicide.

6.2.2. En milieu professionnel : *prévention du suicide chez les employés*

Il est possible d'identifier des personnes centrales dans la prévention du suicide en entreprise.

L'employeur en est la première. Même si ce dernier n'est pas responsable des fragilités individuelles, ni le fournisseur de bonheur du travailleur, l'employeur doit offrir des conditions favorables à la réalisation du travail. Pour cela, il doit adopter une démarche proactive dans le but de prévenir des risques psychosociaux au sein de son entreprise. Il doit instaurer des mesures de prévention afin de réduire l'accès des travailleurs aux moyens létaux qui seraient susceptibles d'être utilisés dans un passage à l'acte. Il doit également veiller à ce que son entreprise puisse assumer une prise en charge et un suivi des travailleurs en souffrance car « *la responsabilité civile et pénale du manager peut être engagée dans les cas de suicides liés au travail* » (WHO, 2006).
En cas d'identification de risques psychosociaux, l'employeur se devra de mettre en place immédiatement toutes les mesures correctives nécessaires afin de palier à ces risques, et préserver le bien-être mental et physique de ses travailleurs.

La deuxième personne est le médecin du travail. Son rôle sera explicité plus en détails dans les interventions décrites ci-dessous. Mais ses missions sont *« l'évitement de toute altération de la santé du fait du travail, la contribution à l'évaluation des risques pour la santé psychique, la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte* » (WHO, 2006).

Les dispositifs :

La gestion du stress et le coaching

Cette technique touche la prévention individuelle des décompensations psychiques, et veille à préserver la performance en situation de travail. Elle tend également à développer les compétences individuelles en ciblant les points forts comportementaux personnels, en vue de les postposer dans le domaine du travail (Dejours & Gernet, 2012).

L'intervention de consultants et intervenants en prévention des risques professionnels

Les interventions de ces professionnels ont pour but de prendre part, dans le dispositif de santé au travail, à la « prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, en complément de l'action conduite par le ou les médecins du travail ».
Ils utilisent généralement une méthodologie de type quantitatif et qualitatif, basée sur l'observation du travail. Ils peuvent consulter des experts qui, grâce aux données récoltées sur le terrain, pourront émettre un diagnostic sur la situation dans le but de soumettre des solutions et des recommandations (Dejours & Gernet, 2012).

Prévenir des risques psychosociaux commence par une analyse globale comprenant les stades d'évaluation des risques, l'établissement de pistes de prévention et la mise en place d'actions groupales ayant pour but de prévenir et d'évaluer l'efficacité des dispositifs mis en place. La première phase a comme objectif l'estimation du niveau général du risque psychosocial de l'entreprise, au moyen des informations provenant des ressources humaines, de l'ambiance de travail perçue collectivement et enfin le bilan total de l'état de santé des travailleurs. Il est important que les travailleurs soient mis au courant des projets, soient consultés à propos de leurs perceptions des évènements et participent à la sélection des modifications des méthodes ou de l'organisation du travail.
Lorsqu'un risque psychosocial important est identifié, il est nécessaire d'évaluer plus en détails la situation de l'entreprise ou du service dysfonctionnel. Des questionnaires individuels de santé ou des réunions collectives de travailleurs volontaires (Cfr point 5 : enquêtes en psycho-dynamique du travail) peuvent être organisées.
Ces différentes techniques doivent être associées à une évaluation ergonomique des postes de travail, de l'organisation du travail et de ses variables à l'origine des risques psychosociaux. Les variables organisationnelles listées dans le chapitre « variables organisationnelles et risques psychosociaux » doivent être relevées et analysées (Caillard & Chastang, 2010).

Groupes d'analyse des pratiques professionnelles

Ces groupes conduisent à la mise en œuvre de différentes méthodes qui visent à encourager les mécanismes de réflexivité des travailleurs sur leur situation professionnelle (Dejours & Gernet, 2012).

Enquêtes en psycho-dynamique du travail

Cette méthode cible « *l'analyse et l'interprétation des situations de travail à partir d'un engagement des salariés dans le processus d'élaboration du rapport individuel et collectif au travail* ». Les travailleurs, volontaires, se rassemblent plusieurs fois, parlent de leur travail et amènent au cœur du débat leurs tâches réelles et l'impact qu'elles engendrent sur l'organisation prescrite du travail.
La méthodologie de cette démarche se centre donc principalement sur la parole des travailleurs. Les demandes adressées possèdent toujours, à la base, un questionnement relatif à la souffrance dans le travail et la santé mentale. La formation des groupes de travailleurs relève donc du volontariat et prône l'authenticité de la parole. Le travailleur doit pouvoir exprimer sa souffrance et recevoir celle des autres sans contrainte.
Après les réunions, une synthèse des discussions est réalisée par les cliniciens et soumise au collectif de travail pour qu'ils puissent la valider afin d'en arriver à un rapport qui clôture l'enquête. Le rapport, qui a été construit par les deux parties, est donné aux travailleurs qui le souhaitent et vise à entretenir la discussion sur les modifications de l'organisation du travail.
Cette technique diffère des autres dispositifs car elle n'aboutit pas à la proposition de solutions concrètes. Elle vise principalement à «*élucider les contraintes extérieures qui traversent le monde du travail et viennent entraver la dynamique du fonctionnement psychique* » (Dejours & Gernet, 2012). C'est une modification de la relation subjective au travail et de la souffrance qui en résulte. Elle se centre sur les compétences que le travailleur possède pour imaginer des modifications de l'organisation du travail et de pouvoir créer, ou améliorer, les conditions de ces modifications.
Lorsque les débats amènent des situations de suicide lié au travail, il faut que le clinicien soit en mesure de guider la discussion. Il va créer un dispositif qui permet de penser et d'examiner le suicide.
Une équipe de soutien externe permet d'examiner les pressions et les distorsions de la communication courantes dans l'entreprise. L'équipe interne collabore à la mobilisation de personnes ou points de relais dans l'entreprise ou la structure (Caillard & Chastang, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012).

Ces dispositifs sont spécifiques, ciblent différents aspects du travail et nécessitent l'intervention de personnes qualifiées pour gérer les démarches. Il en existe d'autres, plus généraux, adoptables par l'entièreté des entreprises et ne demandant pas de mobilisation financière, les ressources d'aide étant internes.

Ce dispositif de prévention individuelle du geste suicidaire doit se réaliser en amont, en repérant le travailleur qui nourrit des idées suicidaires. Il est possible de repérer le travailleur

en souffrance lorsque l'entourage de travail pressent une souffrance anormale chez un de leur collègue en crise. La hiérarchie ou le service du personnel doivent être mis au courant et prendre en charge le travailleur en souffrance en l'orientant vers le médecin du travail, en prenant contact avec le médecin traitant ou les urgences.
L'identification du travailleur en souffrance peut également se faire par le médecin du travail interne à l'entreprise lors des entretiens obligatoires. L'entretien doit mettre en relation l'organisation du travail et la santé. Il doit procéder à un examen de la situation actuelle, mais également examiner, événement par événement, l'historique du travailleur.
Le repérage peut aussi être effectué par le médecin traitant ou le psychiatre. Il est nécessaire que ces derniers conseillent le travailleur en souffrance.
La souffrance résulte généralement de l'organisation du travail et de variables organisationnelles, et se montre commune à plusieurs travailleurs. La fonction du médecin du travail interne à l'entreprise est de réaliser un résumé du vécu des travailleurs, ce qui lui permet de cibler les troubles décrits et ainsi avertir le manager, les conseillers en prévention ou les délégués du personnel pour créer un dispositif de prévention à travers des actions groupales.
Il faut donc veiller à réduire les risques psychosociaux de l'entreprise et, d'un point de vue plus individuel et sur proposition du médecin du travail, modifier l'organisation du poste de travail, ou changer le travailleur de poste ou de service, en fonction de la source du problème (Caillard & Chastang, 2010).

Un dispositif supplémentaire, adopté de plus en plus par les entreprises et cela dans différents pays, est la création de sentinelles qui serviront de personnes ressources pour les sujets nourrissant des idées suicidaires.

La création des réseaux sentinelles a commencé au Québec en 2003 (Giorgio, 213).
Toute personne adulte souhaitant avoir un rôle déterminant dans la prévention du suicide peut être sentinelle. Cependant, il est préférable que l'individu possède des qualités innées d'aide, soit susceptible d'avoir des relations avec des sujets en détresse de par ses activités habituelles et la fonction qu'elle remplit dans son milieu, soit capable d'identifier et d'apporter son aide aux personnes en souffrance « en posant un geste de bon citoyen » et n'ait pas été récemment affectée par un suicide dans son entourage (Province de Liège, 2013).
Le rôle de la sentinelle est d'être une personne-relais entre les personnes à risque et les dispositifs d'aide, d'identifier la détresse ainsi que les signes liés au processus suicidaire, d'établir une relation avec la personne à risque et la diriger vers des ressources spécialisées (Province de Liège, 2013 ; Giorgio, 2013).
Il est important de noter qu'une sentinelle ne joue, en aucun cas, le rôle du professionnel de la santé. De par sa position et ses capacités innées, elle établit un contact avec la personne en souffrance et assure le lien entre cette personne et les organismes d'aide spécialisée dans le domaine du suicide (Giorgio, 2013).

Un autre projet a été créé en France afin de prévenir du suicide et réduire ses conséquences négatives : la création d'un centre de ressources en suicidologie. Ce centre est une bibliothèque et également un centre documentaire qui sera ouvert au grand public. Le CRES

a donc pour objectif la prévention du suicide en développant et en employant les connaissances et les méthodes interdisciplinaires existant sur ce sujet (Giorgio, 2013).

6.2.3. En milieu professionnel : *prévention du suicide chez les managers en souffrance*

Tous les dispositifs cités précédemment ont pour objet principal la prévention du suicide chez les employés. On évoque le rôle du manager, de l'employeur dans ces dispositifs mais qu'advient-il lorsque ce sont les managers eux-mêmes qui sont souffrance ? Le manager peut, lui aussi, voir son entreprise couler et être empreint d'une souffrance psychologique et morale immense, se retrouver submergé et abandonné.
En France, un dispositif de prévention du suicide pour les managers en difficultés – APESA - a été créé par Binnié (2014), greffier associé du tribunal de commerces de Saintes. Il est important de garder en mémoire que « le capital santé du chef d'entreprise, c'est le premier capital immatériel d'une PME » (Binnié, 2014). Au vu de la souffrance morale pouvant amener l'entrepreneur jusqu'au suicide, ce tribunal s'est doté d'une cellule de soutien psychologique et de prévention du suicide exclusivement réservée aux chefs d'entreprise.

Le dispositif est composé de plusieurs étapes qui sont les suivantes :

A) Un chef d'entreprise manifeste une souffrance psychologique aigüe au cours d'une entrevue avec le greffier ou un de ses collègues, un mandataire, ou durant une audience avec le juge. Etant donné que l'ensemble des acteurs des procédures collectives a été formé à l'identification des signes du risque suicidaire, chaque professionnel est en mesure de déceler les symptômes de souffrance psychologique ;
B) Les personnes confrontées au chef d'entreprise en souffrance évaluent les facteurs aggravants ou de protection en osant aborder la situation psychologique personnelle de ce dernier ;
C) Une prise en charge est proposée par le dispositif de soutien psychologique si cela s'avère nécessaire ;
D) En cas d'acceptation, une fiche d'alerte détaillant les facteurs aggravants ou de protection est adressée à la coordinatrice du dispositif de prévention ;
E) La coordinatrice réalise, dans les plus courts délais, un entretien d'évaluation de la gravité de la situation avec le chef d'entreprise en souffrance ;
F) Une fois l'entretien réalisé, cette dernière se doit de chercher un psychologue adapté et proche en terme de kilomètres pour l'individu en souffrance ;
G) Une fois le psychologue sélectionné, celui-ci prend contact avec l'entrepreneur pour lui proposer un suivi. Ce suivi thérapeutique peut aller jusqu'à 5 séances gratuites.
H) Si le chef d'entreprise accepte le suivi, la coordinatrice met en place ce dernier.
I) La coordinatrice informe « le déclencheur de l'alerte » de la prise en charge de l'entrepreneur en souffrance.

Ce dispositif demande une formation de l'ensemble des protagonistes des procédures collectives sur l'évaluation de la souffrance psychologique, ainsi que la constitution d'un

réseau de psychologues adhérant, dans l'urgence, à la prise de contact et la prise en charge des entrepreneurs en souffrance.

Les chefs d'entreprise sont informés de l'existence de ce dispositif via plusieurs messages disposés sur les documents fournis à l'ouverture des procédures.

Il n'est pas demandé au juge, procureur, mandataire ou greffier d'arrêter d'exercer leur métier mais plutôt d'accomplir leurs tâches en y ajoutant une nouvelle dimension : la prise en compte globale de l'être humain (Binnié, 2014).

En résumé, l'objectif des différents dispositifs de prévention et des personnes ressources est l'identification des variables néfastes dans l'organisation du travail et dans l'aménagement du poste de travail, et des relations interpersonnelles nocives pour le travailleur en souffrance et susceptibles d'engendrer un passage à l'acte suicidaire.
Après avoir identifié ces éléments, il est possible d'y apporter des modifications et donc, de prévenir au maximum du suicide. Malheureusement, il existe des facteurs extra-professionnels sur lesquels les professionnels liés à l'entreprise ne peuvent pas avoir d'emprise. C'est pourquoi il est fortement conseillé de collaborer avec des personnes ressources externes telles que le médecin traitant, les services de santé mentale, les assistants sociaux etc. afin d'enrayer au maximum le risque de passage à l'acte.

6.3. Postvention en entreprise

La postvention est donc l'opposé de la prévention. Elle intervient suite à un événement grave, tel qu'un suicide, qu'il ait lieu au sein de l'entreprise ou pas.

La postvention englobe les démarches mises en place suite à l'événement potentiellement traumatique. Elle a pour but principal d'éviter, ou du moins de limiter, les conséquences psychologiques ainsi que le traumatisme émotionnel touchant habituellement les personnes impliquées et l'entourage du suicidé.

Lorsqu'un événement traumatique survient dans l'entreprise, il faut procéder à la constitution d'une équipe de crise. Cette équipe doit être idéalement composée des membres de la direction et du médecin du travail. Les autres membres varient. Cette équipe procède à une évaluation de la situation en recueillant des « *informations factuelles, précises et objectives à propos de l'événement traumatique* » (Giorgio, 2013). L'ensemble des employés de l'entreprise doit être mis au courant directement de l'événement grave qui s'est produit. Le drame doit être annoncé aux travailleurs d'un même service par les chefs respectifs et de vive voix. Il est préférable d'éviter l'annonce du drame via email. L'information doit être claire et concise. Il en va de même pour l'annonce aux médias.

Afin d'élucider les causes du passage à l'acte suicidaire, la police et la Sécurité sociale doivent être informées du drame pour être en mesure de mener leur enquête.

Après cela sont mis en place les dispositifs suivants :

La victimologie et la psycho-traumatologie

Cette démarche vise à prendre en charge de façon spécifique les individus victimes d'accidents exceptionnels tel que des suicides. Cette prise en charge est de type médico-psychologique et a pour but de détecter et soigner les troubles psychiques résultant de « catastrophes et accidents » (Dejours & Gernet, 2012). Les intervenants procèdent, si nécessaire, à l'orientation des témoins vers le professionnel adapté.

Suite à un suicide sur le lieu de travail, l'entreprise fait appel au service extérieur, à une cellule psychologique ou au service d'aide aux victimes, afin qu'un encadrement, une présence accueillante et empathique soit disponible pour tous les travailleurs. L'écoute dispensée doit être attentive, non-intrusive et permettre une mise en mot directe de l'événement, sans pour autant dédramatiser ni déculpabiliser afin de conserver les défenses individuelles.

Un débriefing psychologique et des groupes de paroles sont programmés, si nécessaires, dans les 48 à 72h qui suivent le drame. Le but de ce débriefing et de ces groupes est la mise en mots des faits, des émotions et des pensées.
Un suivi médical est effectué régulièrement par le médecin du travail pendant une durée d'un an pour continuer l'aide psychologique personnelle et dépister la présence d'un éventuel syndrome post-traumatique requérant une prise en charge spécifique. Ce suivi permettra également d'éviter qu'un « comportement de copie» ne survienne dans l'entreprise, les employés étant plus vulnérables après avoir traversé un drame d'une telle ampleur (Province de Liège, s.d.).

Un des rôles du médecin du travail est également d'assister au CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) extraordinaire qui sera réalisé dans les 48h après l'événement. Ce comité entreprend une enquête afin d'identifier les liens possibles entre le travail et le passage à l'acte suicidaire, et l'éventuelle présence de facteurs de risque dans l'activité qui auraient été susceptibles d'augmenter le risque de passage à l'acte (Giorgio, 2013).
Si une relation est établie, une procédure globale d'évaluation des risques psychosociaux doit être menée dans le but d'éviter des décompensations supplémentaires de travailleurs, et de réinstaurer une situation de travail bienveillante (Caillard & Chastang, 2010).

Même si le suicide a eu lieu à l'extérieur de l'entreprise, la direction doit prendre contact et rencontrer la famille, quelle que soit la situation. Cette dernière doit proposer une aide, expliquer le désir des collègues de participer aux funérailles et obtenir leur approbation (Giorgio, 2013).

Lorsqu'un employé s'est suicidé, il est nécessaire de prêter attention aux collègues du suicidé ainsi qu'à sa famille. Les collègues qui restent vont traverser un processus très émotionnel

mais devront poursuivre leurs activités à l'endroit où les faits se sont produits. Une discussion individualisée, ou de groupe, entre les collègues touchés de près et la direction est une aide pour accepter le drame qui est survenu.
Que la hiérarchie offre la possibilité de participer aux funérailles est également un geste qui touche positivement (Province de Liège, s.d.).

Pour les collègues qui ont été fortement affectés par le suicide, certaines dates, comme la date de décès du collègue, peuvent refaire émerger des souvenirs traumatiques. Dans ces cas-là, l'employeur peut organiser des petites activités en mémoire du suicidé. Afin de contenter tous les collègues touchés, il peut proposer une réunion pour décider d'une activé commune qui respecterait le ressenti de chaque employé.
Après tout cela, il est nécessaire que le manager mette en place des stratégies de prévention du suicide dans le but d'éviter que ce type de drame ne se reproduise à l'avenir. (Carson J Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention & American Association of Suicidology, 2013).

7. Conclusion

Selon l'étude de Shneider, Grebner, Schnabel, Hampel, Georgi, et Seidler (2011), les personnes au chômage présentent le taux de risque de suicide le plus élevé et selon Vandevoorde (2013), être au chômage augmente le risque de suicide. Avoir un travail serait donc un facteur de protection contre le suicide. Cependant, comme nous avons pu le voir à travers les différents chapitres, les suicides et tentatives de suicide, en lien ou sur le lieu de travail, sont un phénomène en augmentation. Yves Clot (2011) a dit : « Au travail, on peut aimer d'abord quelque chose et pas seulement quelqu'un. En comprenant ce paradoxe, on verra, peut-être, pourquoi et comment la vie peut prendre un « tour affectif » différent au travail et dans la famille ». Il soulève ici « l'attachement viscéral » des travailleurs à leur travail. Avec les mutations économiques que le monde du travail a du assumer, son organisation a été profondément modifiée, donnant naissance à de nombreuses psychopathologies, spécifiques à l'environnement professionnel. Les travailleurs, véritablement impliqués affectivement dans leur travail, ont été blessés au plus profond d'eux-mêmes. Certaines professions et secteurs économiques ont été plus particulièrement touchés et leur taux de suicide a augmenté.
Les personnes susceptibles de détecter les signes qui laisseraient présager un éventuel passage à l'acte suicidaire sont les professionnels de la santé tel que les médecins du travail, les infirmiers, les conseillers en prévention, les psychologues et les assistants sociaux présents dans nos entreprises. Ces professionnels, souvent en première ligne pour certains d'entre eux, sont normalement les mieux formés à l'identification des personnes à risque. Il est donc important de s'informer sur les représentations que ces professionnels ont de la personne qui nourrit des idées suicidaires, des réactions qu'ils auraient s'ils étaient confrontés à ce type de personnes et s'informer sur les procédures existantes pour gérer la situation lorsque le drame est annoncé.

Il est important de veiller à ce que ces professionnels de la santé soient en possession d'outils pertinents pour gérer au mieux ces situations et personnes en souffrance.
Afin d'être en mesure, si l'opportunité se présente, de poser une action préventive, il est intéressant d'étudier les croyances des professionnels de la santé quant aux différentes variables organisationnelles qui pourraient jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur.

Les hypothèses posées sont donc les suivantes :

1) Les professionnels de la santé se représentent la personne qui nourrit des idées suicidaires comme une personne pouvant être socialement intégrée et pouvant démontrer un extérieur jovial.

2) Les procédures de postvention en entreprise reconnaissent le rôle central du médecin du travail suite à un passage à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail, font appel à une cellule psycho-sociale pour prendre en charge les travailleurs affectés par le drame, convoquent les conseillers en prévention pour une analyse des risques psycho-sociaux et posent des actions dans le but de diminuer ces risques et donc prévenir d'un futur suicide.

3) Le professionnel, quelle que soit sa profession, intervient adéquatement lorsqu'il est confronté à une personne qui nourrit des idées suicidaires. Il parvient à désamorcer la crise en offrant une écoute empathique, en comprenant la souffrance du sujet et en cherchant des solutions satisfaisantes et alternatives au suicide avec le travailleur.

4) Les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle fatidique dans la présence d'idées suicidaires et le passage à l'acte du travailleur, d'après nos professionnels, sont identiques à celles que l'on retrouve dans la littérature à savoir : une charge de travail trop élevée et une faible coopération entre collègues.

Partie II

Partie pratique

Chapitre 1. Méthodologie

Ma récolte de données s'est faite au moyen d'un questionnaire. J'ai créé ce questionnaire avec l'aide des professeurs Nyssen, Blavier, Gillet et Mairiaux.
Il était composé d'une introduction et de deux parties distinctes.
L'introduction était un bref résumé du stage que j'avais réalisé antérieurement sur le thème du suicide en lien avec le travail.
La première partie du questionnaire permettait de récolter des données sur le professionnel de la santé interviewé et portait ensuite sur les réactions et les éventuelles procédures de postvention existant au sein de l'entreprise.
La seconde partie ciblait les perceptions des professionnels de la santé par rapport à la personne suicidaire ainsi que les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle dans le passage à l'acte. Enfin, il investiguait les dispositifs de prévention existant dans l'entreprise.

Les questionnaires ont donc été administrés à 5 catégories de sujets :

- des médecins du travail ;
- des psychologues ;
- des infirmiers ;
- des conseillers en prévention ;
- des assistants sociaux.

Chaque catégorie était composée de cinq professionnels, ce qui faisait un total de 25 sujets.

Les questionnaires ont été administrés lors d'entretiens que j'ai personnellement menés. Dans certains cas, le questionnaire était complété par moi-même et dans d'autres cas, par le professionnel de la santé lui-même.

J'ai décidé de rencontrer chaque sujet sur son lieu de travail et de lui administrer le questionnaire durant un entretien car, si questions ou commentaires il y avait, j'étais directement disponible et disposée à répondre à la demande, et prendre note des éventuelles remarques ou informations supplémentaires dont il souhaitait me faire part.

Les professionnels ont été sélectionnés dans des entreprises de taille variable et de services différents afin d'englober un maximum de secteurs.
Dans certains cas, des sujets appartenant à une même entreprise ont été interviewés dans le but de voir si des professionnels faisant partie d'une même société disposaient des mêmes informations concernant les dispositifs de prévention ou de postvention, par exemple.

J'attends des réponses aux questionnaires qu'elles me fournissent des informations sur :

1) La manière dont les professionnels de la santé perçoivent la personne qui nourrit des idées suicidaires ;

2) Les réactions qu'ils auraient et les actions de prévention qu'ils mettraient en place s'ils étaient confrontés à une personne à risque ;

3) Les variables organisationnelles qui, selon eux, pourraient jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire d'un travailleur ;

4) Les dispositifs de postvention du suicide qui existent au sein des entreprises par lesquelles ils sont employés.

Une fois ces données récoltées, et comme expliqué au cours de mon introduction, je serai en mesure d'identifier les éventuels décalages entre la littérature et les perceptions, réactions et procédures des professionnels de la santé et de leurs entreprises, et ainsi mettre à jour ce décalage dans le but de permettre à nos professionnels de percevoir et réagir plus adéquatement face à une personne qui nourrit des idées suicidaires, lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide en lien ou sur le lieu de travail a été relevé, et enfin leur permettre de poser des actions préventives, ciblées sur les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire d'un travailleur.

Mon outil m'a permis de récolter les informations dont je souhaitais disposer pour réaliser mon mémoire : il ciblait les points importants et la majorité des données ont pu être exploitées.
Les questions étaient précises et apportaient également des informations sur les dispositifs mis en place dans l'entièreté de l'entreprise.
Ce questionnaire était le premier outil que je créais.
Certaines questions ont dû être reformulées après l'administration du questionnaire aux premiers professionnels car elles manquaient de clarté. Il aurait peut-être utile d'administrer mon questionnaire à des sujets « cobayes » pour tester sa validité avant de le proposer à mon réel échantillon.

Vous pouvez retrouver le questionnaire à l'**annexe 2**.

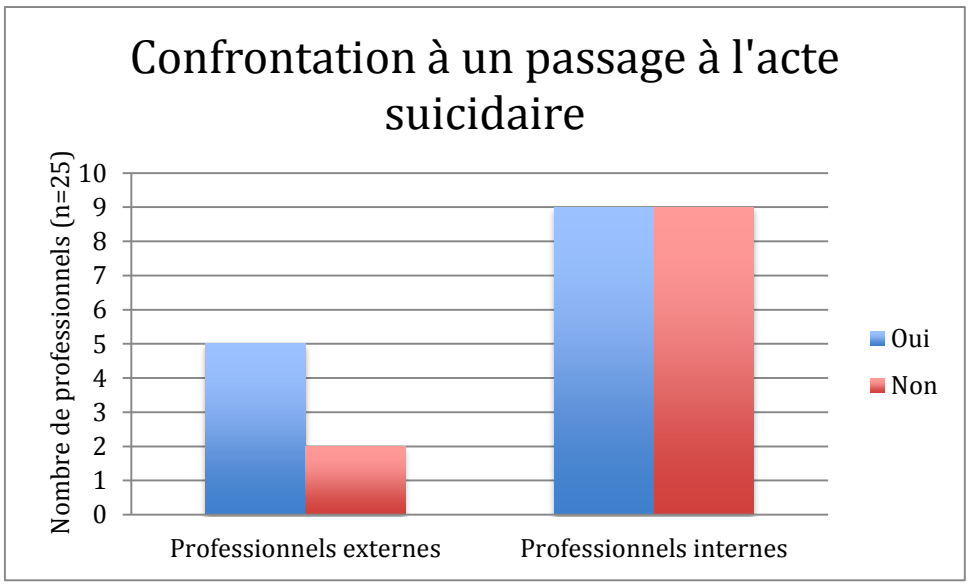
Chapitre 2. Présentation des résultats

1) Caractéristiques des répondants

1.1. Professionnels et types de service

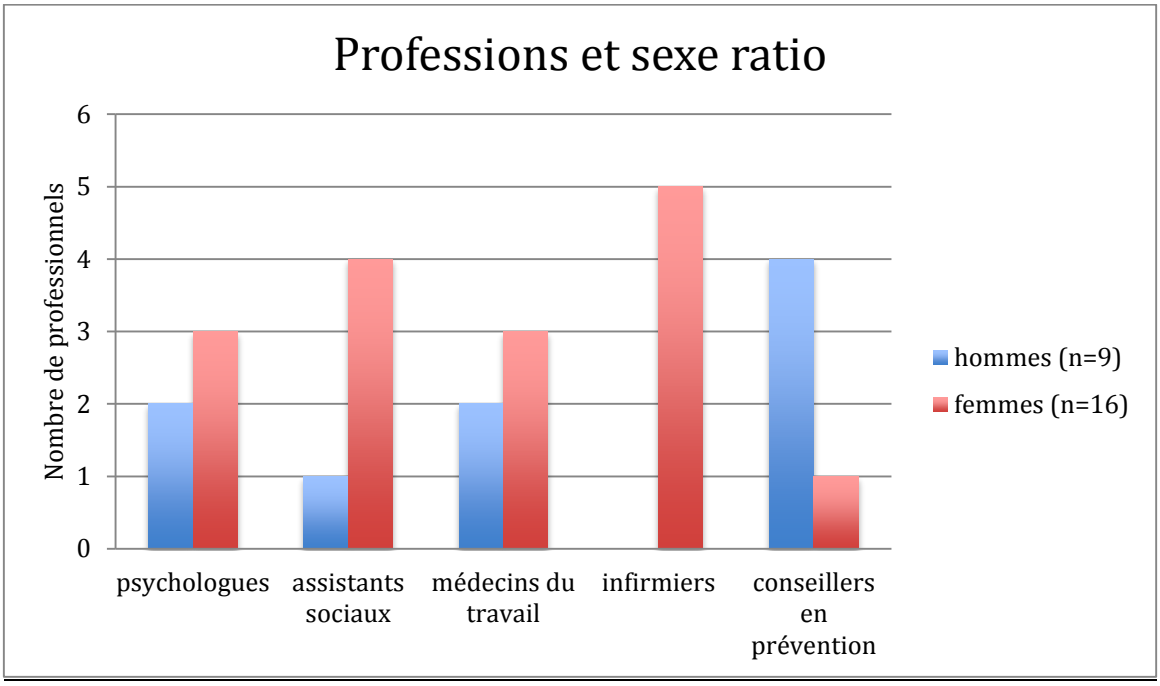
On compte 18 professionnels appartenant à des services internes à l'entreprise et 7 professionnels faisant partie de services externes. Les professionnels externes interviennent donc à la demande d'entreprises diverses et leurs interventions sont généralement ponctuelles. Ils n'ont pas de liens continus et permanents avec ces dernières, et leurs services touchent un grand nombre d'entreprises relativement différentes et de tailles variables.

Le tableau ci-dessous nous permet de voir quels professionnels de la santé sont les plus confrontés à des passages à l'acte suicidaire, en fonction de leur appartenance soit à un service interne à l'entreprise soit externe à cette dernière.



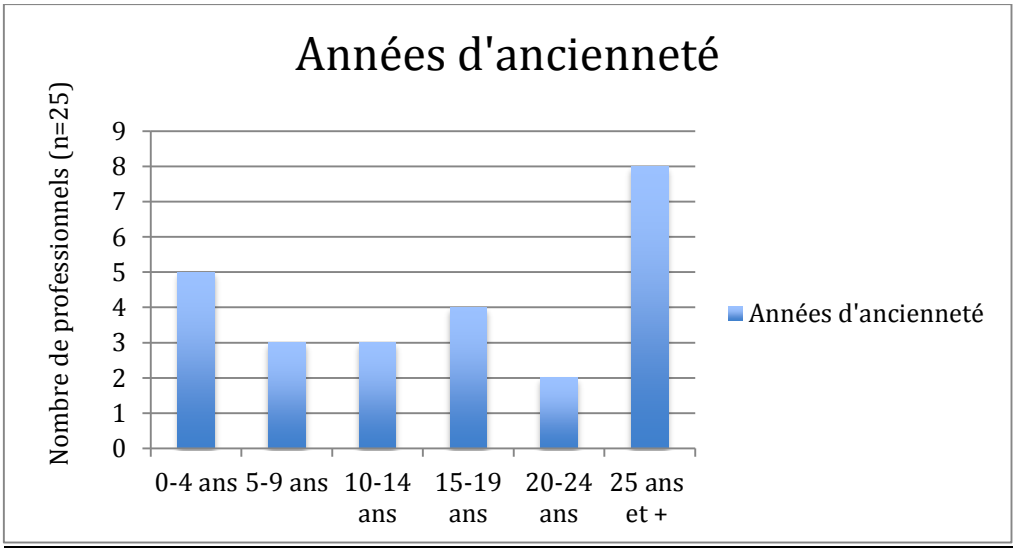
Dans la catégorie des professionnels externes, on relève un pourcentage plus élevé de professionnels ayant été confrontés à des passages à l'acte suicidaire. Concernant les professionnels internes aux entreprises, on observe autant de professionnels ayant connu des passages à l'acte suicidaire que n'en n'ayant jamais vécus.

1.2. Professions et sexe ratio



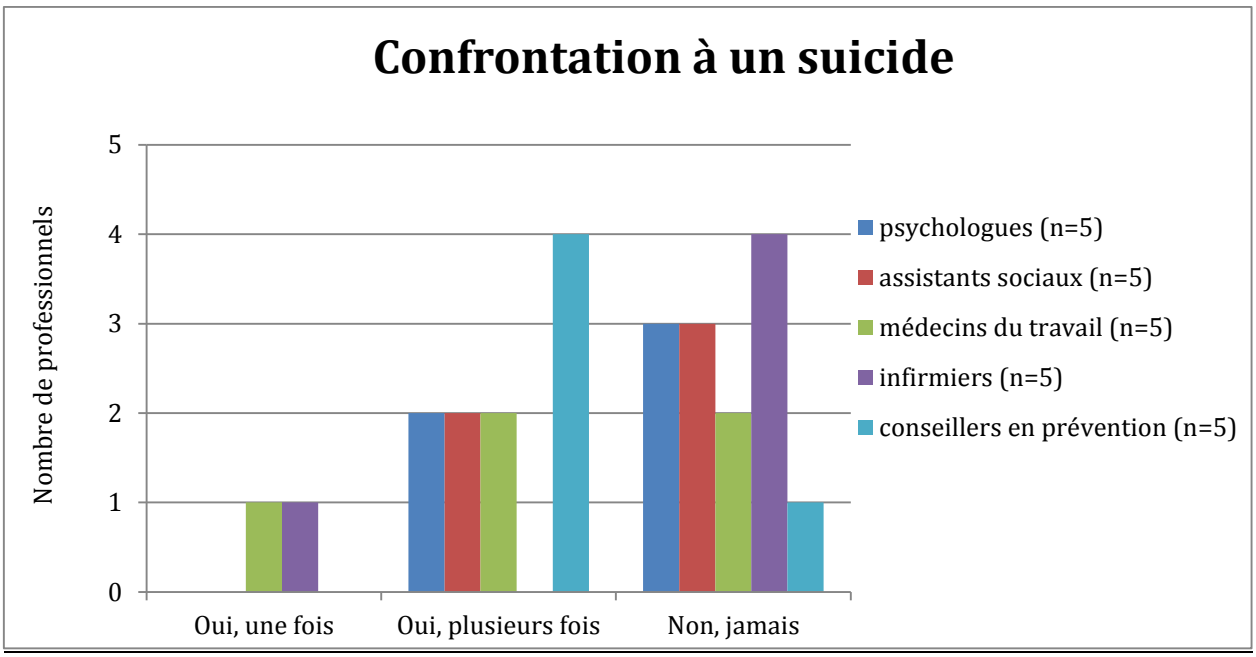
Mon échantillon est composé d'un nombre plus important de femmes. Elles sont presque deux fois plus nombreuses que les sujets masculins.

1.3. Professionnels et nombre d'années d'ancienneté dans l'entreprise



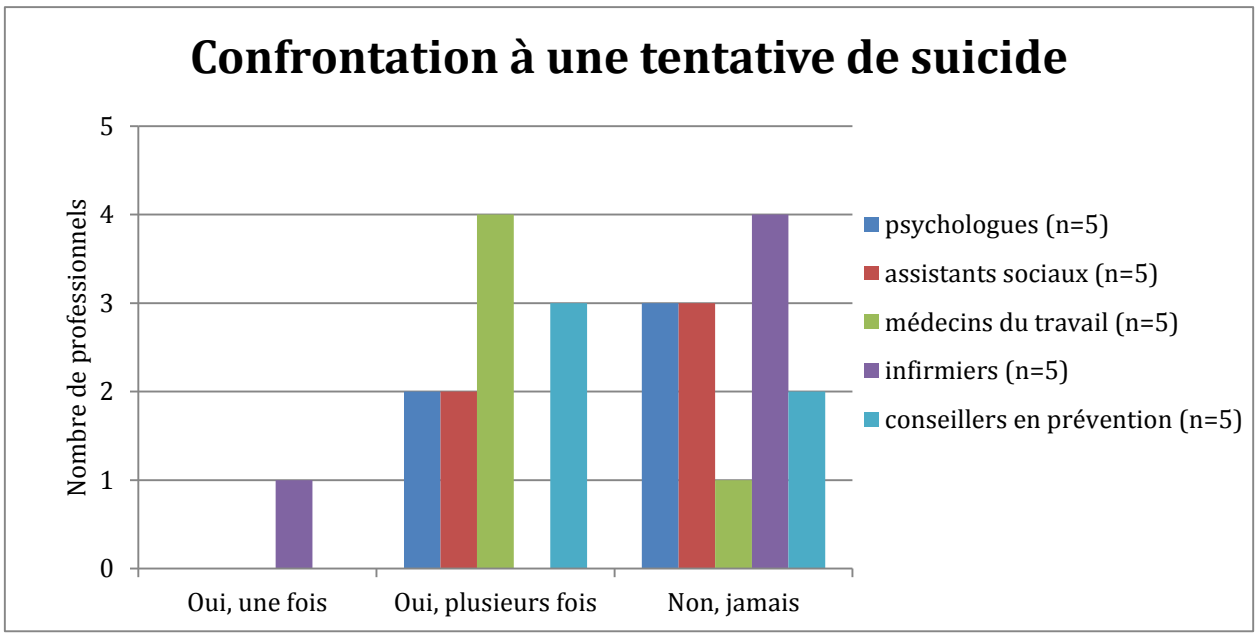
La majorité des professionnels ont plus de dix années d'ancienneté. Ils connaissent normalement l'entreprise, son organisation et son fonctionnement.

1.4. Professionnels et confrontations aux suicides



Comme on peut le voir sur le tableau ci-dessus, dix des professionnels ont déjà été confrontés à plusieurs suicides en lien avec le travail et treize n'ont jamais été confrontés à un passage à l'acte suicidaire. Il est plus rare de voir des professionnels qui n'ont connu qu'un seul suicide.

1.5. Professionnels et confrontations aux tentatives de suicide



Similairement aux suicides, la majorité des professionnels ont soit été confrontés à plusieurs tentatives de suicide soit n'en n'ont jamais connues.

2) Professionnels qui ont connu un passage à l'acte suicidaire

2.1. Professionnels et suicides

On compte 10 professionnels qui ont déjà été confrontés plusieurs fois à des suicides en lien avec le travail, et 2 professionnels n'ayant connu qu'un seul suicide.
Sur ces 12 professionnels, 4 ont connu de suicides entre les années 2009 et 2012, 4 en ont connu entre les années 2009 et 2013 et enfin, 4 autres professionnels ont été confrontés à des suicides uniquement durant l'année 2013.

2.2. Professionnels et tentatives de suicide

Il est important de noter que les professionnels qui ont été confrontés à des suicides ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont connu des tentatives de suicide.

Quatre professionnels ont été confrontés à des tentatives de suicide uniquement entre 2009 et 2012.
Cinq professionnels ont été confrontés à des tentatives de suicide entre les années 2009 et 2013 comprises.
Trois professionnels ont été confrontés à des tentatives de suicide uniquement durant l'année 2013.

2.3. Signes avant-coureurs et passages à l'acte suicidaire

Sur les 15 professionnels qui ont connu des passages à l'acte suicidaire, 9 n'ont pas décelé de signes avant-coureurs qui auraient pu prédire le suicide ou la tentative de suicide. Six, par contre, avaient décelé certains signes dans divers domaines.
Certains passages à l'acte ont donc été très soudains et inattendus, mais pour d'autres, des signes avant-coureurs avaient pu être objectivés. Les professionnels ayant détecté des signes avant-coureurs sont de professions différentes : médecins du travail, conseillers en prévention, assistants sociaux et psychologues.

Les signes avant-coureurs évoqués par les professionnels sont variés : certains concernent le travailleur lui-même et d'autres concernent des changements dans sa vie privée ou professionnelle.

Concernant le travailleur et sa santé psychique/physique, les signes avant-coureurs étaient les suivants :

- idées noires ;
- absence d'amélioration de l'état psychologique malgré un suivi individuel ;
- verbalisation de l'intention de passer à l'acte (de vivo ou via sms) ;
- dépression ;
- désordre psychologique ;

- alcoolisme :
- isolement social, repli sur soi ;
- dégradations au niveau physique.

Au niveau de la vie privée et/ou professionnelle :

- conflits au travail ;
- situation privée détériorée avec le conjoint ou les enfants : rupture conjugale etc.

2.4. Par qui les professionnels ont-ils été informés du drame ?

La majorité des professionnels (13 sur 15) ont été personnellement avertis du drame. Les professionnels restants ont été mis au courant via le «bouche à oreille » au sein de l'entreprise.

Treize des professionnels qui ont été confrontés à des suicides ou/et tentatives de suicide en lien avec le travail ont été informés directement et personnellement après le passage à l'acte.
Deux professionnels rapportent ne pas avoir été informés directement. Le décès a été appris « par hasard » et informellement plusieurs semaines après le drame.

Certains sujets ont été informés par les délégués syndicaux, le service social de l'entreprise, le service des accidents de travail ou d'autres encore via l'intranet de l'entreprise, service géré par les ressources humaines.
D'autres professionnels ont été mis au courant par les amis et la famille, lorsque le travailleur faisait partie de l'entourage proche du professionnel.
Enfin, certains sujets appartenant à des services externes ont été informés du passage à l'acte par l'entreprise elle-même afin de venir mener une intervention auprès de la famille de la victime ainsi que des collègues touchés.
Pour certaines tentatives de suicide, des professionnels ont été informés par le sujet lui-même, lors de sa reprise du travail.

2.5. Passage à l'acte suicidaire : cause uni ou plurifactorielle ?

Les 15 professionnels ayant connu des suicides ou tentatives de suicide en lien avec le travail ont été confrontés à des passages à l'acte suicidaire résultant d'une cause multifactorielle.
Aucun passage à l'acte n'avait de cause unique. Chaque travailleur était touché par une association de problèmes dans différents domaines de sa vie.

Les problèmes psychologiques/physiques du travailleur lui-même étaient les suivants :

- assuétude (alcool et drogues) ;
- état dépressif ;
- maladies physiques ;
- personnalité fragile, difficultés psychologiques ou émotionnelles ;

- personnalité perfectionniste ;
- désordre psychologique/maladies mentales ;
- fatigue de compassion ;
- burn-out.

Au niveau de la vie privée :

- conflits avec le/la conjoint, séparation/divorce, départ de l'épouse ;
- conflits avec les enfants ;
- solitude ;
- décès de proches.

Au niveau de l'environnement professionnel :

- restructuration dans l'entreprise ;
- perte de l'emploi ;
- conflit avec un collègue ou un supérieur ;
- non-positionnement de la hiérarchie dans certains conflits et donc non-résolution de ceux-ci ;
- harcèlement ;
- pression sur le lieu de travail ;
- écart trop important entre la tâche de travail prescrite et la tâche réelle ;
- perte de sens concernant le travail réalisé ;
- difficultés à assumer la charge de travail ;
- difficultés à assumer et accepter un échec professionnel ;
- mise à l'écart par les collègues.

Dans certains cas, on retrouve des difficultés financières tel que l'endettement.
Concernant ce dernier point, des professionnels m'ont précisé que lorsqu'un travailleur était confronté à des difficultés financières, l'entreprise pouvait lui venir en aide en faisant appel à l'aide sociale, par exemple.

2.6. Professionnels et réactions post-actes

Différentes réactions post-actes ont été observées chez les professionnels de la santé.

Les réactions seront réparties en fonction des professions afin de voir si ces dernières ont pu influencer la manière de réagir.
Les dispositifs mis en place par l'entreprise seront évoqués, en parallèle des réactions de chaque professionnel.

2.6.1. Psychologues

Trois psychologues sur 5 avaient déjà été confrontés à un ou plusieurs passages à l'acte suicidaire.

A) Psychologue, service externe : « Après un suicide, on intervient immédiatement auprès des proches et des collègues. La situation est expliquée et des informations concernant le développement d'un éventuel PTSD (stress post-traumatique) et les symptômes qui y sont associés sont fournies. On n'impose pas la mise en mots si les personnes ne s'en sentent pas encore capables. Il y a une phase d'information concernant la cellule psychologique. On souligne l'accessibilité maximale aux services et la prise en charge possible si l'individu le souhaite. Si oui, il y a un échange de coordonnées entre les personnes touchées et le psychologue ».

L'entreprise dans laquelle le psychologue externe est intervenu : « L'entreprise a collaboré avec le service des accidents du travail. Elle a proposé une intervention précoce et continue en mettant à disposition notre service 24h sur 24 et 7 jours sur 7 et en prenant en charge l'aspect financier du suivi ».

B) Psychologue, service externe : « Suite à un suicide ou une tentative de suicide en lien ou sur le lieu de travail, il y a une séance d'information auprès du suicidant en cas de tentative, et auprès de la famille et des collègues en cas de suicide abouti. On informe les personnes des services disponibles et on propose des entretiens individuels ».

L'entreprise dans laquelle le psychologue externe est intervenu : « L'entreprise fait appel à nous pour fournir aux individus touchés des informations sur nos services ainsi que sur les entretiens individuels qui peuvent être mis en place s'ils le souhaitent ».

C) Psychologue, service interne : «Suite à un passage à l'acte suicidaire, un débriefing est réalisé avec les collègues de la personne passée à l'acte. On fournit une aide et on donne des conseils à la ligne hiérarchique pour gérer la situation de crise. Des soutiens individuels sont proposés et une analyse des risques au sein du service du suicidant/suicidé est mise en place ».

L'entreprise dans laquelle travaille le psychologue : « L'entreprise manifeste son soutien aux équipes touchées et à la famille. Elle met en place une analyse des risques. Ces différentes actions peuvent être réalisées par le psychologue de l'entreprise ou par le psychologue du service du suicidant/suicidé, mais uniquement si ce dernier n'a pas été touché par le drame ».

2.6.2. Médecins du travail

Quatre médecins du travail sur 5 ont été confrontés à des passages à l'acte suicidaire.

A) Médecin du travail, service externe : « En apprenant le suicide du travailleur, j'ai transmis mes condoléances à l'entourage, j'ai offert une écoute aux personnes en difficulté et notre service a proposé à l'entreprise un support externe ».

L'entreprise dans laquelle le médecin du travail est intervenu: « L'entreprise a mis en place une cellule d'écoute. La psychologue qui s'occupait de cette cellule avait des liens avec l'entreprise en question ».

B) Médecin du travail interne à l'entreprise : « J'ai pris contact de manière informelle avec le service social pour comprendre la situation et les aspects extraprofessionnels (difficultés sociales et personnelles), surajoutés aux facteurs professionnels, qui avaient poussé le travailleur à commettre cet acte ».

L'entreprise par laquelle le médecin du travail est employé : « L'entreprise a mis à disposition le service social ».

C) Médecin du travail interne : « Lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide en lien ou sur le lieu de travail survient, je suis à l'écoute des collègues qui viennent en consultation ».

L'entreprise par laquelle le médecin du travail est employé : « Après un drame, l'entreprise fait appel à la cellule psychosociale. Une équipe de psychologues vient sur place pour encadrer les collègues, avec la possibilité d'un suivi individuel pour quelques secteurs ».

➔ Les médecins du travail B et C font partie de la même entreprise. Les réactions informelles s'avèrent différentes et personnifiées. Quant aux procédures formelles de postvention, ils disposent des mêmes informations et ont tous deux connaissance de la procédure menée.

D) Médecin du travail interne : « Quand le travailleur commet une tentative de suicide, je le rencontre lors de sa reprise du travail et je mets en place, avec son accord, un suivi mensuel et je maintiens le lien ».

L'entreprise par laquelle le médecin du travail est employé : « Quand l'entreprise a été mise au courant de la tentative de suicide, elle a adapté le poste de travail s'il s'avérait être la source du problème. Mais en général, l'entreprise n'est pas informée « telle quelle » de la tentative en raison du secret professionnel. Elle est mise au courant de certaines difficultés et de la souffrance du travailleur relative à son poste de travail ».

2.6.3. Assistants sociaux

Deux assistants sociaux sur 5 ont connu des suicides ou tentatives de suicide en lien ou sur le lieu de travail.

A) Assistante sociale. Cette assistante sociale travaille au sein d'un service propre à l'entreprise donc un service interne à celle-ci, mais intervient également à la demande d'entreprises externes, lors de situations de crise. Les interventions dans ce cadre-là sont donc temporaires. Elle fait donc à la fois partie d'un service interne et externe : « En interne, il existe au sein de mon service une équipe de première intervention. Il s'agit d'une marche à suivre en cas de suicide ou d'une tentative de suicide. ». *Les différentes marches à suivre n'ont pu être révélées*. « En externe, nous pouvons faire l'annonce du suicide ou de la tentative du suicide aux différents employés de l'entreprise, nous pouvons débriefer avec les personnes affectées de manière individuelle ou collective. Il est difficile d'expliquer les réactions informelles car elles sont différentes à chaque intervention ».

L'entreprise par laquelle l'assistante sociale est employée : « L'entreprise par laquelle je suis employée met en place les mêmes démarches que celles appliquées dans mon service en cas de suicide ou tentative de suicide ».

B) Assistante sociale, service interne : « Lors d'un passage à l'acte suicidaire, nous sommes avertis par la hiérarchie. Nous travaillons en collaboration avec l'équipe de gestion du stress post-traumatique. Habituellement, des débriefings au sein de l'équipe avec la hiérarchie et la famille sont réalisés ».

L'entreprise par laquelle l'assistante sociale est employée : « L'entreprise met en place un renforcement des actions menées par l'équipe de la charge psycho-sociale : renforcement de la communication, propositions de suivi et renforcement des mesures de prévention. La hiérarchie adopte une attitude proactive ».

2.6.4. Infirmiers

Deux infirmières ont été informées de passages à l'acte suicidaire.

A) Infirmière, service interne : « Je n'ai pas été confrontée personnellement à la personne étant passée à l'acte et je ne la connaissais pas directement, donc je n'ai pas adopté de comportements particuliers ».

L'entreprise par laquelle l'infirmière est employée : « Rien n'a été mis en place à ma connaissance ».

B) Infirmière, service interne : « J'ai transmis mes condoléances aux proches du suicidé ».

L'entreprise par laquelle l'infirmière est employée : « Rien de particulier n'a été mis en place à ma connaissance ».

Il est important de noter qu'un psychologue et une infirmière font partie de la même entreprise mais rapportent des procédures de postvention relativement différentes.

2.6.5. Conseillers en prévention

Quatre conseillers en prévention sur 5 ont eu connaissance de passages à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail.

A) Conseillère en prévention, aspects psychosociaux, service externe. Les interventions menées au sein des entreprises sont donc temporaires, et un accompagnement des entreprises se fait au début de l'installation des procédures : « Suite à un passage à l'acte suicidaire, il y a une intervention auprès des collègues : un débriefing psychologique est proposé ainsi qu'une orientation vers un suivi spécialisé si nécessaire. Il y a également une intervention auprès des supérieurs : une aide dans la gestion de l'événement est proposée (conseils pour l'annoncer aux collègues et gérer ensuite la situation etc.) »

L'entreprise dans laquelle la conseillère en prévention est intervenue : « L'entreprise propose un débriefing psychologique ».

B) Conseiller en prévention, sécurité et hygiène du travail, service interne mais situé hors des bâtiments de l'entreprise : « Lorsque je suis informé d'un passage à l'acte suicidaire, je me rends dans l'entreprise et je rencontre de manière informelle l'employeur et les représentants syndicaux. Le contact avec la famille se fait soit via les ressources humaines, soit via une assistante sociale, ou encore via les délégués syndicaux ».

L'entreprise par laquelle le conseiller en prévention est employé : « Il existe un dispositif légal au sein de l'entreprise. Lorsqu'elle est informée d'un suicide, il y a une collecte d'argent auprès des travailleurs, une intervention des fonds d'entraide et des fonds sociaux de l'entreprise pour participer aux funérailles du suicidé ».

C) Conseiller en prévention, sécurité et hygiène au travail, service interne : « Après un suicide ou une tentative de suicide, une personne de confiance ou les ressources humaines sont mises à disposition des travailleurs, on applique une procédure informelle définie au préalable ou après les faits, et des informations sont dispensées par la direction des ressources humaines, la hiérarchie et les employés ».

L'entreprise par laquelle le conseiller en prévention est employé : « L'entreprise mobilise la personne de confiance, les ressources humaines et le service externe de prévention et protection. Une analyse est menée auprès des collègues, de la hiérarchie et du chef de section afin d'identifier les raisons qui auraient pu pousser le travailleur à passer à l'acte. Si le travailleur a commis une tentative de suicide, il y a une évaluation et un changement du poste de travail si le problème est matériel, ou une mutation s'il est relationnel ».

D) Conseiller en prévention, sécurité et hygiène au travail, service interne : « Lorsque j'ai été informé du drame, j'ai apporté un soutien moral à la famille. On a beaucoup parlé entre collègues pour évaluer le traumatisme et pouvoir accepter la situation. Le service social est également intervenu directement ».

L'entreprise par laquelle le conseiller en prévention est employé : « L'entreprise a mobilisé le service social et il y a eu une prise en charge des travailleurs en difficulté par les assistantes sociales ».

2.7. L'impact du drame sur la santé psychique et physique du professionnel

Quinze professionnels ont donc été confrontés à des passages à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail. Une grille évaluant l'impact du drame sur la santé psychique et physique du professionnel a été administrée, afin de savoir si ces derniers parviennent à garder leur neutralité ou s'ils se montrent affectés par le drame malgré leur formation.

La formation, le type de service et le nombre de confrontations à un passage à l'acte suicidaire seront évoqués, afin de savoir si ces trois éléments n'engendrent pas des différences dans l'impact physique et psychique que peuvent avoir un suicide ou une tentative de suicide.

Sujet 1 : Conseiller en prévention, service interne, confronté plusieurs fois à des suicides liés au travail. Il est important de préciser qu'un des suicidés était un ami du professionnel ;

Sujet 2 : Conseiller en prévention, service interne, confronté plusieurs fois à des suicides et des tentatives de suicide ;

Sujet 3 : Conseiller en prévention, service interne, confronté plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide. Le sujet 3 a également été confronté au suicide d'un collègue et ami ;

Sujet 4 : Conseillère en prévention, service externe, confrontée plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide. Ce sujet a également évoqué de la colère envers le travailleur passé à l'acte, colère car ce dernier n'avait pas voulu de l'aide qu'on lui offrait et n'avait pas voulu des solutions proposées ;

Sujet 5 : Infirmière, service interne, confrontée une fois à un suicide ;

Sujet 6 : Infirmière, service interne, confrontée une fois à une tentative de suicide ;

Sujet 7 : Assistante sociale, service externe, confrontée plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide ;

Sujet 8 : Assistante sociale, service interne, confrontée plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicides ;

Sujet 9 : Médecin du travail, service interne, confrontée plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide ;

Sujet 10 : Médecin du travail, service interne, confrontée plusieurs fois à des tentatives de suicide ;

Sujet 11 : Médecin du travail, service interne, confronté plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide ;

Sujet 12 : Médecin du travail, service externe, confrontée une fois à un suicide et plusieurs fois à des tentatives de suicide ;

Sujet 13 : Psychologue, service interne, confrontée plusieurs fois à des tentatives de suicide ;

Sujet 14 : Psychologue, service externe, confrontée plusieurs fois à des suicides ;

Sujet 15 : Psychologue, service externe, confronté plusieurs fois à des suicides et tentatives de suicide.

Ci après le tableau rassemblant les symptômes ressentis par les professionnels de la santé suite à un suicide ou une tentative de suicide lié au travail :

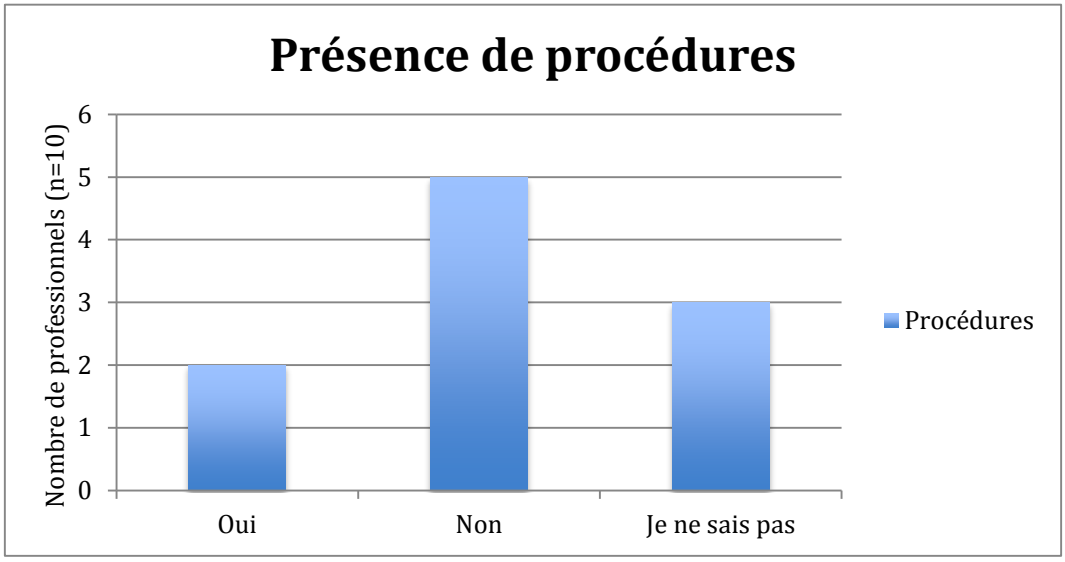
Symptômes psychiques	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Sujet 7	Sujet 8	Sujet 9	Sujet 10	Sujet 11	Sujet 12	Sujet 13	Sujet 14	Sujet 15
Anxiété					X										
Agressivité					X						X				
Irritation	X				X										
Colère envers soi-même															
Colère envers l'entreprise	X				X	X		X -			X				
Culpabilité												X			
Angoisse			X		X										
Tristesse	X		X	X					X		X				
Désarroi									X						
Perte d'intérêt					X										
Perte de plaisir					X										
Morosité					X										
Ruminations	X				X										
Indécisions															
Difficultés de concentration				X	X										
Symptômes Physiques															
Hypersomnie															
Insomnie	X		X		X			X-	X						
Perte d'appétit					X										
Gain d'appétit															
Absentéisme					X										
Perte de poids															
Gain de poids															
Agitation			X												
Ralentissement															

psychomoteur															
Maux de tête					X										
Douleurs somatiques					X										

Les suicides ou/et tentatives de suicide affectent physiquement ou psychiquement la majorité des professionnels. Les symptômes et les ressentis les plus fréquents sont : de la colère envers l'entreprise, de la tristesse et de l'insomnie.

3) Professionnels qui n'ont jamais été confrontés à des suicides/tentatives de suicide liés au travail

3.1. Entreprises et procédures de postvention



Deux professionnels sur 10 rapportent la présence d'une procédure de postvention au sein de leur entreprise.
Lorsque des procédures existent, elles ciblent généralement le traitement d'autres psychopathologies du travail tel que le harcèlement, le burn-out etc.

Description par le médecin du travail de la procédure post-acte dans une entreprise composée de 800 travailleurs :

« S'il y a un suicide en lien avec le travail, une psychologue externe à l'entreprise se rend au sein de celle-ci. Il y a une enquête interne qui est menée auprès de la hiérarchie afin d'évaluer le rôle qu'elle aurait pu jouer dans le passage à l'acte. Vient ensuite une enquête auprès des collègues de la victime, également pour évaluer leurs éventuelles parts de responsabilité.

L'entreprise peut également proposer une aide financière et/ou psychologique à la famille du suicidé comme par exemple, au niveau financier, verser la prime qu'il aurait dû recevoir le mois suivant. Mais il faut faire preuve de prudence car, lorsqu'on propose ce type d'aide, cela peut-être considéré comme une reconnaissance de son rôle dans le passage à l'acte. L'entreprise pourrait alors être considérée comme entièrement responsable du passage à l'acte. Il faut donc d'abord analyser la situation en interne avec les avocats puis, dans un second temps, proposer l'aide à la famille.

Concernant les travailleurs qui ont commis une tentative de suicide, c'est la psychologue externe et le médecin du travail interne à l'entreprise qui les prennent en charge. Lorsqu'ils rencontrent la personne, ils lui redisent ses droits : elle peut faire appel à l'inspection du travail si elle estime que les informations/conclusions qui ont été apportées pour expliquer son passage à l'acte ne sont pas satisfaisantes, par exemple.
Il y a également une rencontre avec la hiérarchie et les collègues de la personne.
Si le travailleur décide de faire appel à l'inspection du travail, cette dernière s'en réfèrera au médecin du travail interne et la psychologue externe lorsqu'elle aura terminé son enquête. Il y a une bonne circulation des informations d'interne en externe et vice-versa.

Le médecin traitant est également informé du passage à l'acte afin de pouvoir apporter un suivi adapté à son patient en cas de tentative de suicide. »

Description par l'assistant social de la procédure post-acte dans une entreprise composée de 12 personnes :

« Deux personnes de confiance sont désignées par l'assemblée du personnel : un homme et une femme. Ils sont à l'écoute de chaque travailleur en difficulté et peuvent apporter leur soutien en cas de situation de crise.

Il y a également le service externe de médecine du travail qui peut intervenir en cas de problème et entendre les personnes en difficulté ».

Pour les entreprises dans lesquelles il n'existe pas de procédure formelle pour gérer les situations post-actes, certains professionnels ont imaginé ce qui pourrait être mis en place :

Directrice et infirmière de carrière d'une équipe de 9 personnes

« Appel à la médecine du travail externe ou aux services provinciaux »

Directrice et psychologue d'une Asbl de 15 personnes

« En cas de tentative de suicide, on proposerait à la personne de prendre congé. Durant son congé ou à son retour, on l'inviterait à parler de son passage à l'acte en privé, voir ce qu'il est possible de mettre en place, s'il y a des demandes particulières ou des malaises qui doivent être réglés. On instaurerait un dialogue et on rechercherait des possibilités d'aide.
Si le travailleur ne parvient pas à parler avec la personne désignée, on ferait appel à la médecine du travail externe, on le réorienterait vers des professionnels qualifiés et on rechercherait des ressources externes pour répondre aux problèmes du travailleur (psychologue, assistant social etc.) »

Conseiller en prévention dans une entreprise de 300 personnes

« Il n'existe pas de procédure formelle. Si un jour nous sommes confrontés à ce type de situation (suicide ou une tentative de suicide en lien avec le travail), nous l'intégrerions dans le plan interne d'urgence, au même titre que le malaise, l'incendie, l'alerte à la bombe etc.
Cette procédure, décidée en concertation sociale, devrait avoir les caractéristiques suivantes :

- Ecoute de la personne ou des témoins (principe de l'écoute active), implication de la personne de confiance ;
- Identification des facteurs qui ont conduit à l'acte ;
- Accompagnement psychologique de la personne (si tentative de suicide) et/ou des témoins et, si nécessaire, implication du SEPP (service externe de prévention et protection) ;
- Application des principes généraux de prévention pour éviter que cela ne se reproduise ;
- Communication et application de la procédure. »

Les autres professionnels mentionnent qu'il est possible qu'il existe des procédures mais ils précisent qu'ils n'en sont pas informés.

Il est important de noter qu'une infirmière appartenant à l'entreprise composée de 800 travailleurs ne connaît pas la procédure alors qu'elle existe. Celle-ci a été expliquée en détails ci-dessus par le médecin du travail de cette même entreprise.

3.2. Professionnels et personnes référentielles post-actes

Il existe différentes personnes ressources à qui les professionnels de la santé peuvent se référer, suite à un passage à l'acte au sein de l'entreprise.
Certains professionnels internes à l'entreprise feraient appel aux professionnels de services externes pour gérer la situation de crise, lorsqu'aucune procédure formelle en interne n'est établie.

Il arrive que certains professionnels mentionnent plusieurs personnes ressources ou services. L'analyse ci-dessous reprend les réponses ayant été citées en premier lieu, et non toutes les réponses émises.

On compte 2 professionnels qui feraient appel à la médecine du travail externe. Un des deux interpellerait également son conseil d'administration.

Quatre professionnels s'en référeraient au service interne de l'entreprise destiné au personnel. Ce service comprend généralement des psychologues, des médecins du travail et des assistants sociaux. Un des professionnels mentionne aussi son responsable de service comme personne de référence.

Pour les 4 professionnels restants, 2 d'entres eux iraient directement consulter l'employeur ou également un service externe. Un troisième interpellerait son conseil d'administration et le dernier consulterait soit les ressources humaines, la personne de confiance ou le conseiller en prévention de son entreprise.

Concernant la taille de l'entreprise et le nombre d'employés à sa charge, les professionnels faisant partie d'un organisme composé d'une petite équipe se référeraient à la médecine du travail externe suite à un passage à l'acte.
Au contraire, les professionnels appartenant à des entreprises de plusieurs centaines d'employés consulteraient des personnes et des services internes à celle-ci.
On compte un seul professionnel faisant partie d'une petite équipe qui s'en référerait à une personne interne suite à un suicide ou une tentative de suicide.

3.3. Qui annoncerait le passage à l'acte suicidaire ?

Une fois de plus, certains professionnels ont évoqué plusieurs informateurs possibles.

La majorité des professionnels supposent qu'ils seraient informés du passage à l'acte par leurs collègues.
Les délégués syndicaux, le supérieur hiérarchique, la famille ou les ressources humaines, via une annonce sur l'intranet de l'entreprise, seraient les autres professionnels susceptibles d'annoncer le drame.

4) Tous les professionnels et leurs représentations

4.1. Variables organisationnelles et passages à l'acte suicidaire

Le tableau suivant reprend les 25 professionnels de la santé et les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle moyen, important ou premier dans le passage à l'acte suicidaire d'un travailleur. Les variables organisationnelles dont le rôle a été quantifié d'absent ou de faible n'ont pas été relevées, car il ne serait pas utile d'agir sur des variables estimées « inoffensives » pour la santé mentale et physique du travailleur.

Pour lire le tableau, voici la signification des différentes abréviations :

Psy = psychologue
A.S. = assistant social
MDT = médecin du travail
CP = conseiller en prévention
Inf = infirmier

Les variables dont le rôle a été qualifié de moyen seront représentées par une case verte, un rôle important par une case orange, et un rôle premier par une case rouge.

Cela permettra de relever les variables les plus citées par les professionnels de la santé ainsi que leur rôle respectif et donc les plus susceptibles de jouer un rôle dans le suicide ou la tentative de suicide du travailleur.

	Charge de travail	Contrôle sur le travail	Reconnaissance au travail	Coopération entre collègues	Justice orga.	Cohérence des valeurs	Communication	Supervision	Développement des compétences	Pbs personnels	Pbs familiaux
Psy1											
Psy 2											
Psy 3											
Psy 4											
Psy 5											
A.S. 1											
A.S. 2											
A.S. 3											
A.S. 4											
A.S. 5											
MDT 1											
MDT 2											
MDT 3											
MDT 4											
MDT 5											
CP 1											
CP 2											
CP 3											
CP 4											
CP 5											
Inf 1											
Inf 2											
Inf 3											
Inf 4											
Inf 5											

Nous pouvons observer la prédominance de certaines variables.
Vingt-trois professionnels de la santé estiment que les problèmes familiaux et personnels jouent un rôle important ou premier dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur. A ces deux éléments s'ajoutent des variables organisationnelles spécifiques à l'environnement de travail.
Dix-neuf professionnels pensent que la reconnaissance au travail peut avoir un rôle important ou premier.
La coopération entre collègues a ensuite été relevée par 15 professionnels comme pouvant jouer un rôle important ou premier. Et enfin, 13 professionnels pensent que la charge de travail pourrait aussi avoir une part importante ou première dans le passage à l'acte suicidaire du travailleur.
Les autres variables sont relevées pour avoir majoritairement un rôle moyen.

4.2. Comment nos professionnels de la santé se représentent-ils la personne qui nourrit des idées suicidaires ?

Dans ce point-ci, ce sont les représentations que les professionnels de la santé ont de la personne suicidaire qui seront présentées.
Les chiffres entre parenthèses, faisant suite aux différents éléments, représentent le nombre de professionnels qui ont évoqué ces signes-là.
Certains professionnels ont évoqué plusieurs signes, c'est pourquoi le total de tous les chiffres n'est pas égal à 25.

Les différents signes sont :

- Isolement par rapport à tout le monde, repli sur soi, renfermement (12) ;
- Symptômes de dépression (12) ;
- Sentiments de désespoir, d'impuissance ou d'inutilité (5) ;
- Commentaires sur la mort ou expressions d'intentions suicidaires, même sur le ton de la plaisanterie (5) ;
- Absentéisme/congé maladie (5) ;
- Hyperactivité (3) ;
- Changement d'humeur soudain et inattendu (3) ;
- Tension, anxiété, nervosité, impulsivité (3) ;
- Agressivité (3) ;
- Apaisement, un soulagement soudain sans raison apparente, « anormalement bien » (3) ;
- Comportement inhabituel (2) ;
- Présence d'antécédents : hospitalisation, prise de médicaments, tentative de suicide antérieure (2) ;
- Consommation d'alcool ou autres substances (2) ;
- Epuisement moral/physique, pré burn-out (2) ;
- Irritabilité (1) ;
- Faire don à des amis ou à la famille d'objets ayant une grande valeur sentimentale (1);

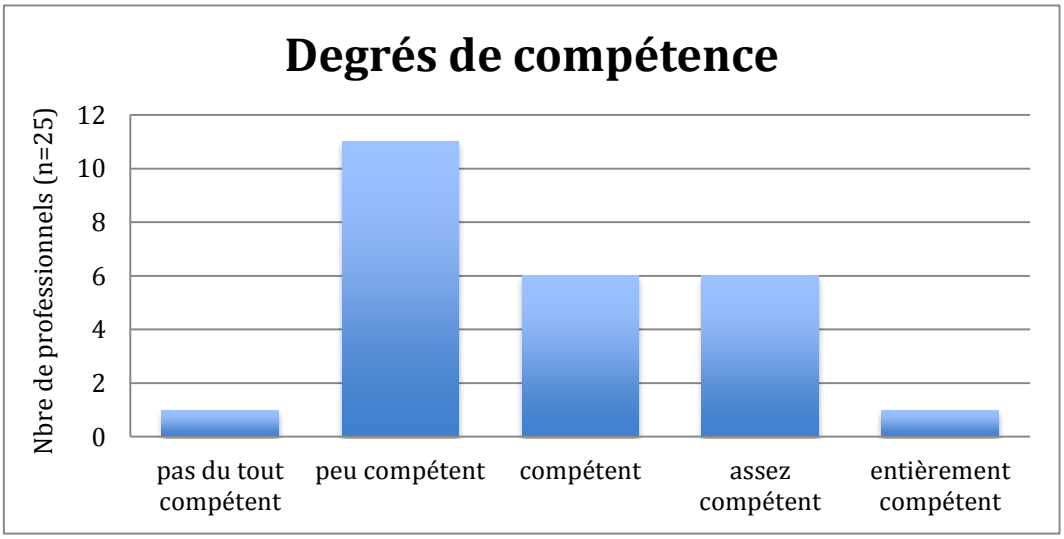
- Faire un testament (1) ;
- Mise en ordre d'affaires personnelles (1) ;
- Auto-sabotage ou sabotage du système (1);
- Propos délirants (1) ;
- Attitude théâtrale pour attirer l'attention (1) ;
- Dégradation physique (1).

Les signes et comportements cités sont variables d'un professionnel à l'autre. On n'observe pas de réponse prédominante dans telle ou telle profession.

Il est important de souligner que 4 professionnels mentionnent qu'il n'existe ni de « profil type » de la personne suicidaire, ni de comportement commun ou généralisé chez la personne qui nourrit des idées suicidaires. Ils sont variables d'une personne à l'autre.

Enfin, 4 professionnels mentionnent que dans certains cas, aucun signe n'est visible. La personne qui nourrit des idées suicidaires se comporte comme à son habitude et passe à l'acte sans que personne ne s'y attende ou aie pu déceler des signes particuliers.

4.3. Professionnels et degrés de compétence face à une personne « à risque »



Treize des professionnels se sentent compétents, assez compétents ou entièrement compétents. Douze s'estiment peu, voire pas du tout compétents, lorsqu'ils sont confrontés ou s'ils devaient être confrontés à une personne « à risque ».

4.4. Professionnels et réactions face à une personne « à risque »

Les réactions des professionnels face à une personne qui nourrit des idées suicidaires seront classées par profession, afin de voir si la formation reçue peut influencer les actions posées.

4.4.1. Psychologues

1) Respecter la procédure interne :

- Prendre contact avec le médecin traitant avec autorisation du travailleur, sauf si risque important de passage à l'acte ;
- Contact avec le médecin du travail ;
- S'assurer que le travailleur est apte à reprendre son véhicule pour retourner à son domicile.

2) Soutien individuel de type psycho-social avec suivi du travailleur en parallèle, ou suivi à l'extérieur de l'entreprise. Si la personne donne son accord, travail avec son équipe et analyse des risques psycho-sociaux du service sans se focaliser sur la personne en souffrance.

3) Intervention en fonction des besoins de la personne, grande disponibilité. Si danger grave et imminent perçu, réorientation vers les urgences psychiatriques.

4) Empêcher le caractère impulsif de l'acte si le travailleur est aliéné par l'alcool ou une autre substance. Intervention pluridisciplinaire si nécessaire et création de solutions, avec le travailleur en souffrance, pour éviter le passage à l'acte. Veiller à ne pas étiqueter la personne de « suicidaire ».

5) D'abord parler avec la personne ou avec quelqu'un qui lui est proche et qui pourrait l'écouter. Si aucun résultat : demande de conseils à la médecine du travail. Si possibilité : contacter le médecin traitant et lui demander de prendre contact avec l'entourage, s'il est en mesure de le faire.

4.4.2. Médecins du travail

1) Maintenir le lien avec le travailleur, appeler le médecin généraliste et contacter la hiérarchie, sans trahir le secret professionnel.

2) Réorientation vers le médecin traitant ou prise de contact avec un psychiatre/psychologue pour avoir un avis, avec l'accord du travailleur. Prise de contact avec une personne proche/ressource dans l'entreprise.

3) Contact épistolaire ou direct (via téléphone) avec le médecin traitant et/ou avec un spécialiste (psychologue), si une prise en charge a déjà été menée antérieurement.

4) Contacter le médecin traitant/spécialiste traitant.

5) Offrir au travailleur du temps et de l'écoute, contacter le psychologue et/ou le médecin traitant.

4.4.3. Assistants sociaux

1) Mon intervention se limite à une prise en charge de première ligne. J'apporte une première écoute, un soutien et puis j'oriente le travailleur vers un service compétent pour une prise en charge à plus long terme.

2) Intervention pluridisciplinaire, collaboration avec la hiérarchie et les délégués syndicaux. La médecine du travail et une équipe psychologique peuvent intervenir dans certains cas.

3) Parler avec la personne pour essayer de comprendre les raisons de son mal-être afin de voir s'il n'est pas possible de trouver des solutions. L'orienter vers le service social. Parler du travailleur à mon responsable s'il n'est pas possible pour moi de parler directement avec la personne en souffrance.

4) Discuter avec la personne, essayer de la convaincre de consulter, de se faire accompagner par un professionnel.

5) Parler à un collègue afin d'identifier les symptômes, partager mon point de vue sur le travailleur en souffrance. Témoigner directement de mon inquiétude pour la personne, m'assurer qu'elle dispose de personnes ressources et m'assurer que d'autres s'en inquiètent.

4.4.4 Conseillers en prévention

1) Ecouter la personne est une étape déterminante. Ceci dit, un accompagnement psychologique semble inévitable. Je privilégie l'approche pluridisciplinaire (conseiller en hygiène et sécurité du travail).

2) Ecouter le travailleur, reconnaître sa souffrance, orienter le travailleur vers un psychologue pour aider à augmenter la partie en lui qui veut vivre, et enfin vérifier l'état d'avancement de l'idée suicidaire pour évaluer la gravité de la situation (conseiller en risques psycho-sociaux).

3) Intervention de la psychologue du travail auprès de la personne en question. Celle-ci réoriente le travailleur vers des professionnels plus qualifiés dans le domaine. On prône une intervention pluridisciplinaire (conseiller en hygiène et sécurité du travail).

4) Récolter des informations auprès du travailleur pour poser des actions directes. Une analyse de la situation est réalisée par les personnes de confiance, la cellule sociale, les ressources humaines et à la ligne hiérarchique (conseiller en hygiène et sécurité du travail).

5) Ecoute du travailleur pour permettre à la personne de s'exprimer et de se soulager. Prendre contact avec les conseillers en prévention psychosociaux. On commence par essayer de traiter le problème en interne et si ce n'est pas possible, on fait appel au SPMT. Dans certains cas, on oriente le travailleur vers un organisme spécialisé comme la clinique du stress (conseiller responsable SIPP).

4.4.5. Infirmiers

1) Orienter le travailleur et veiller à ce que soient prévus une prise en charge et un suivi. Le diriger vers la médecine du travail, un psychologue ou un service plus neutre, à choisir en fonction de la personne.

2) Ecouter le travailleur puis l'orienter vers un psychologue ou un psychiatre (en fonction de ses antécédents, passages à l'acte antérieurs etc.).

3) Parler à d'autres collègues du travailleur en souffrance afin d'avoir un avis, puis le diriger vers du personnel compétent.

4) Confier le travailleur à des professionnels.

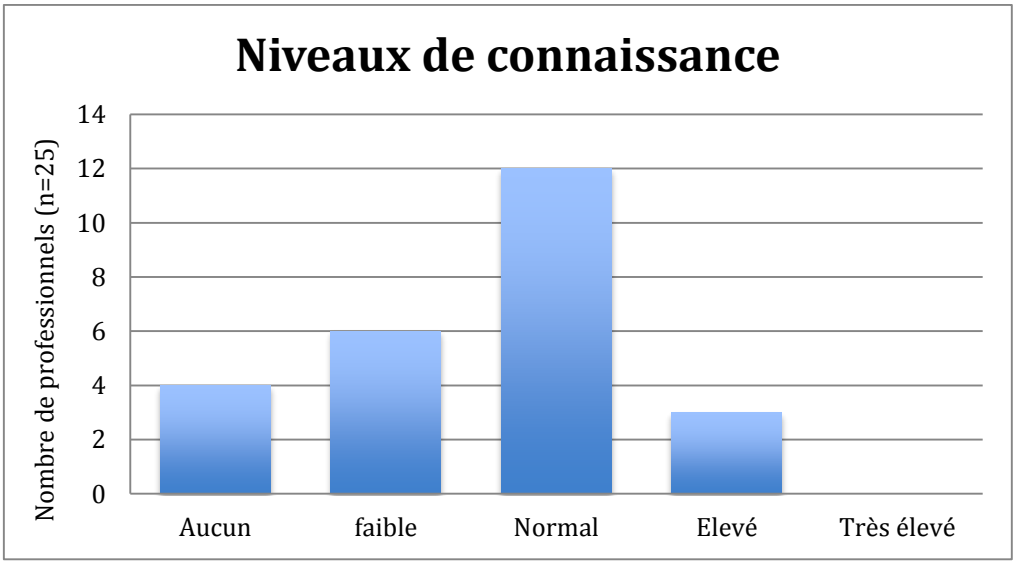
5) Discuter avec la personne et lui conseiller d'aller voir un professionnel.

Dans un premier temps, 13 des professionnels apporteraient une écoute au travailleur en souffrance.

Dix-neuf réorienteraient le sujet à risque vers un tiers. Certains le feraient après avoir écouté le travailleur et d'autres le feraient d'emblée. Ce tiers peut être le médecin traitant/généraliste du travailleur en souffrance, un psychologue interne ou externe, un psychiatre, une personne ressource pour le travailleur, ou enfin le service social de l'entreprise.

Deux professionnels procéderaient à une analyse des risques au sein de l'environnement de travail de l'employé en souffrance afin d'éviter un passage à l'acte résultant des éléments professionnels toxiques inchangés.

4.5. Professionnels et niveaux de connaissance sur le suicide lié au travail



Douze professionnels sur 25 estiment avoir un niveau de connaissance normal sur le suicide lié au travail. Dix affirment avoir un niveau de connaissance faible ou nul. Seulement 3 des professionnels prétendent avoir un niveau élevé.

Chapitre 3. Interprétation, conclusion & perspectives

1. Interprétation

La présentation des résultats nous a fourni un certain nombre d'informations sur les professionnels de la santé. Les professionnels interviewés appartiennent en grande partie à des services internes aux entreprises. Ils sont 18 professionnels à appartenir à des services internes pour 7 à des services externes. Il y a plus de professionnels féminins : on compte 16 femmes pour 9 hommes avec une entièreté de femmes dans la catégorie des infirmières et un seul assistant social masculin. La majorité des professionnels rencontrés ont plus de 10 années d'ancienneté dans l'entreprise par laquelle ils sont employés à ce jour. Ils connaissent normalement son organisation et son fonctionnement.
Sur les 25 professionnels interviewés, une infirmière et un médecin du travail ont été confrontés une seule fois à un suicide. Deux psychologues, 2 assistants sociaux, 2 médecins du travail et 4 conseillers en prévention ont, eux, connu plusieurs suicides. Quant aux professionnels restants, ils n'ont jamais rencontré, ni été informés, de passages à l'acte suicidaire au sein de leur entreprise. Douze professionnels ont donc déjà connu des suicides en lien ou sur le lieu de travail.
En ce qui concerne les tentatives de suicide, une infirmière en a connue une seule. Deux psychologues, 2 assistants sociaux, 4 médecins du travail et 3 conseillers en prévention y ont, par contre, été confrontés à plusieurs reprises.
Le fait que la majorité des professionnels ait, soit connu plusieurs suicides ou tentatives de suicide ou aucun passage à l'acte suicidaire, démontrent bien, comme décrit dans la partie théorique, que lorsqu'on relève des problèmes organisationnels au sein d'une entreprise, tous les travailleurs sont affectés et les différents cas de suicide illustrent la dégradation du travail et de la santé générale. Il est donc plus courant d'être confronté à plusieurs cas de suicides lorsqu'une entreprise va mal plutôt qu'à un unique cas. Pour illustrer ce phénomène, nous pouvons reprendre la phrase de Jean de La Fontaine : « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés ». De plus, il n'est pas rare de voir plusieurs cas de suicide se produire en un court laps de temps car il est possible que le suicide d'un travailleur augmente la détresse des autres travailleurs et donc augmente le risque de passage à l'acte suicidaire des personnes restantes. Lorsque les drames sont gardés sous silence, cela signifie que rien ne sera mis en place pour éclaircir le message, pour apporter des modifications dans l'organisation du travail et identifier les éléments qui ont pu mener au suicide. La situation restant telle quelle, le risque persiste. On assiste à une banalisation de l'acte, le suicide devient légitime. Il est vu comme un risque de travail supplémentaire et cela ouvre la voie à d'autres passages à l'acte suicidaire : mon collègue l'a fait, pourquoi pas moi ? (Dejours & Bègue, 2009 ; Le Breton, 2013). Cette loi du silence et ces absences de résolution des drames pourraient expliquer le fait que les professionnels de la santé sont plus souvent confrontés à plusieurs passages à l'acte suicidaire au sein d'une entreprise et rarement à un unique cas. Lorsque les professionnels rapportent qu'ils n'ont jamais été confrontés à des suicides ou tentatives de suicide, il y a deux explications. La première est que l'entreprise va bien, elle démontre une bonne organisation, les travailleurs sont correctement traités et il y a peu de risques

psychosociaux. La seconde est que le professionnel n'a pas été informé des suicides ou tentatives de suicide car l'entreprise essaye de conserver ces faits secrets ou parce que la hiérarchie estime qu'il n'est pas nécessaire de l'en informer.
Si l'on regroupe toutes les données, on constate que 15 professionnels sur 25 ont déjà été confrontés à des passages à l'acte suicidaire : soit uniquement au cours de l'année 2013, soit entre 2009 et 2012, soit entre 2009 et 2013 comprise.
En résumé, 60% des professionnels interviewés ont été confrontés à ce type de drame, soit plus de la moitié.
Après ce bref résumé sur les caractéristiques des répondants, nous allons passer à l'analyse des hypothèses.
Pour rappel, la première hypothèse était la suivante :
« Les professionnels de la santé se représentent la personne qui nourrit des idées suicidaires comme une personne pouvant être socialement intégrée et pouvant démontrer un extérieur jovial ».
Les professionnels de la santé décrivent la personne suicidaire de différentes manières. Cependant, certains traits sont plus fréquemment évoqués que d'autres. Les traits à tendance prédominante sont, dans le même domaine : l'isolement par rapport à son milieu social et familial, le repli sur soi ou renfermement. Dans un domaine proche, la personne qui nourrît des idées suicidaires manifesterait certains symptômes de dépression. On pourrait également relever un sentiment de désespoir, d'impuissance ou d'inutilité. L'individu en souffrance serait également susceptible d'émettre des commentaires sur la mort ou exprimer des intentions de suicide, que ce soit sérieusement ou sur le ton de la plaisanterie. Enfin, on observerait un absentéisme important ou des congés de maladie prolongés. Les autres signes ne seront pas repris car moins de cinq professionnels y ont fait référence.
Quatre professionnels ont mentionné, parfois parmi d'autres signes, ou parfois en réponse unique, l'absence de profil type. Selon eux, une personne qui nourrit des idées suicidaires ne manifeste pas de signes prédéterminés particuliers. Ils peuvent être relativement différents d'un individu à l'autre.
Enfin, quatre professionnels également soulignent, parfois entre d'autres signes ou parfois en réponse principale, que le sujet en souffrance peut se comporter comme il se comporte quotidiennement. L'individu passerait à l'acte sans que personne n'ait été alerté ni été en mesure de détecter des signes avant-coureurs.

Certains signes et comportements cités par les professionnels de la santé sont retrouvés dans la littérature. Les signes évoqués par les 25 professionnels de la santé seront mis en parallèle avec les signes visibles et décelables existants dans la littérature. Les modifications intrapsychiques et les processus cognitifs mis en place à l'intérieur du sujet en souffrance ne seront pas cités. Les professionnels de la santé n'ont généralement pas le temps d'analyser ces processus. Ils sont plus souvent confrontés occasionnellement et temporairement aux travailleurs et donc plus enclins à relever des signes physiques, des paroles rapportées par le travailleur sur son environnement de travail ou sa santé physique et psychique mais de manière globale et superficielle.
Des signes pouvant alerter d'un éventuel futur passage à l'acte sont les signes associés aux différentes psychopathologies liées au travail. Etant donné que l'entièreté des

psychopathologies peut jouer un rôle dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur, les personnes atteintes de ces psychopathologies sont considérées comme des sujets « à risque ».

Les troubles dépressifs liés au travail sont présents dans 11% de la population active. Les sujets atteints de ces troubles manifestent plusieurs symptômes tel qu'une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une fatigabilité, de l'insomnie, une diminution de l'estime et de la confiance en soi, entre autres. Dans certains cas, il est possible d'observer des épisodes maniaques caractérisés par une hyperactivité productive et des troubles du comportement (CIM-10, 2000 ; Dejours & Gernet, 2012 ; DSM-IV, 2000).

Douze de nos professionnels se représentent la personne « à risque » comme une personne manifestant des symptômes de dépression et trois d'entre eux évoquent l'hyperactivité.

Une autre psychopathologie dont les symptômes peuvent entraîner un passage à l'acte suicidaire est la psychose. Dans des contextes d'inquiétude majeure résultant de différentes situations professionnelles, il est possible d'observer l'émergence d'épisodes délirants avec un accès mélancolique ou maniaque. L'accès maniaque est caractérisé par une hyperactivité, une exaltation émotionnelle et une euphorie du discours résolument optimiste. Dans certains cas, le sujet peut adopter une attitude paranoïaque définie par une hyper-vigilance et de la méfiance (Dejours & Gernet, 2012 ; Guiho-Bailly & Guillet, 2003).

Un seul des professionnels a évoqué l'épisode délirant comme un signe pouvant alerter d'un éventuel passage à l'acte suicidaire.

Les symptômes des pathologies post-traumatiques sont à surveiller en raison du rôle qu'ils peuvent avoir dans le suicide ou la tentative de suicide. Le travailleur en souffrance doit avoir été confronté à un événement ayant porté atteinte à son intégrité physique ou mentale et que cet événement traumatique soit revécu de manière persistante de plusieurs façons.

Certains symptômes du stress post-traumatique ont été évoqués par les professionnels de la santé mais aucun n'a démontré de façon claire que les symptômes liés à un PTSD pouvaient se retrouver chez une personne qualifiée « à risque ». Les difficultés à s'endormir ou un sommeil interrompu, l'irritabilité, la réduction nette de l'intérêt et du plaisir (symptômes de dépression) et des comportements inhabituels ont été évoqués par 15 professionnels.

Des signes avant-coureurs résultant de situations de harcèlement peuvent aussi alerter le professionnel (Caillard & Chastang, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012). Les signes les plus fréquents sont l'anxiété, les troubles du sommeil, la consommation de substances, la fatigue, l'hyperactivité au travail, le repli sur soi, la diminution de l'estime de soi et les atteintes somatiques. Les signes cliniques des victimes de harcèlement moral peuvent également se manifester sous la forme d'un état dépressif ou confusionnel ou, dans certains cas, sous un syndrome de persécution. Il est possible d'observer une désorganisation psychosomatique. Douze professionnels ont évoqué le repli sur soi ainsi que des symptômes de dépression. Trois ont cité l'hyperactivité au travail et trois autres ont également relevé la consommation d'alcool ou d'autres substances.

Des troubles musculo-squelettiques peuvent également être retrouvés chez une personne « à risque ». La charge de travail trop élevée entraine la dégradation du fonctionnement psychique et cette dégradation psychique aboutit au déclenchement d'atteintes somatiques (Dejours & Gernet, 2012). Aucun professionnel n'a mentionné la présence de troubles musculo-squelettiques comme signe définissant une personne à risque.

Les signes de burn-out tels que les troubles du sommeil, une fatigue excessive, un découragement au travail, une anxiété, une irritabilité, une frustration, de l'agressivité, de la méfiance envers autrui, une diminution de la concentration, de la performance et de l'estime de soi, des variations de l'humeur, une humeur dépressive, des changements d'attitude envers autrui, une tendance à l'isolement et un absentéisme sont également des signaux d'alerte (Caillard & Chastand, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012 ; Muller, 2014). Les signes se rapportant au syndrome dépressif et à la tendance à l'isolement ont été cités respectivement par douze professionnels. L'absentéisme a été noté par cinq professionnels. L'anxiété, l'agressivité et les changements d'humeur ont, eux, été évoqués respectivement par trois sujets. Le comportement inhabituel a été relevé par deux professionnels et enfin, un seul professionnel a parlé de la présence d'irritabilité.
En raison de l'engagement majeur dans le travail, une compulsion à travailler et peu de satisfaction éprouvée, l'hyperactivité au travail risque d'engendrer un effondrement dépressif en raison de l'impact négatif du trouble sur l'ensemble des domaines de la vie (Dejours & Gernet, 2012). Trois professionnels ont noté l'hyperactivité comme signe pouvant caractériser la personne à risque.
Enfin, les addictions, définies par une consommation abusive de substances telles que l'alcool et la drogue, sont une pathologie souvent retrouvée dans les passages à l'acte suicidaire. Des troubles de la toxicomanie sont retrouvés chez deux tiers des personnes qui meurent par suicide (Dejours & Gernet, 2012 ; Hoven et al., 2010 ; Molinier & Flottes, 2012). Pourtant, seulement deux professionnels sur 25 ont répondu qu'une personne « à risque » pouvait manifester une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances.

Il existe également d'autres signes, non spécifiques à une psychopathologie, qui peuvent alerter le professionnel d'un futur passage à l'acte suicidaire. Le travailleur peut laisser transparaître des signes dans différents domaines de la vie, ces signes dénonçant la souffrance dont il est empreint. Au niveau des signes physiques ou verbaux de la personne, celle-ci peut communiquer directement ou indirectement ses intentions suicidaires. Cinq professionnels ont relevés ces signes comme signe pouvant caractériser une personne à risque. Dans d'autres cas, elle peut renvoyer une certaine sérénité, être étonnamment calme alors qu'elle manifestait une grande anxiété auparavant (Centre de Prévention du Suicide, 2012 ; Odier, 2013). Cet élément a été cité par trois professionnels.
Certains individus peuvent mettre de l'ordre dans leurs affaires, faire des dons ou démontrer plus d'attention à des personnes aimées. D'autres encore écrivent des lettres de façon inhabituelle ou rédigent leur testament. Un seul sujet a relevé ces différents éléments comme comportements pouvant alerter le professionnel d'un éventuel suicide ou tentative de suicide. Des évènements particulièrement anxiogènes qui se sont déroulés récemment dans la vie de l'individu doivent également mettre le professionnel en alerte (Lafleur & Séguin, 2008).

Lorsqu'un sujet manifeste une grande agressivité, une perte des références morales et religieuses, des cognitions et des pensées négatives, du désespoir, une rigidité dans le traitement de l'information, la présence d'un état dépressif ou de maladies anxieuses ou, au contraire, un calme de façade, lorsque cet individu perd le soutien de son entourage et du réseau auquel il appartient et qu'il est empreint d'idées de mort de suicide, tous ces

symptômes étant présents en l'absence de psychopathologie particulière, le professionnel doit être attentif car il est possible que l'individu soit dans un syndrome « pré-suicidaire » et qu'il passe à l'acte d'un moment à l'autre (Vandervoorde, 2013). L'entièreté de ces signes a été relevée par les professionnels de la santé, excepté la rigidité dans le traitement de l'information. Ces différents signaux surviennent généralement suite à une crise ou une rupture d'un équilibre antérieur. Afin de voir si les signes décelés ne sont pas des éléments isolés et transitoires, il est nécessaire que le professionnel de la santé investigue les différents domaines de vie (familial, conjugal, professionnel) du travailleur et identifie d'éventuels évènements qui auraient pu engendrer son état. Si des évènements sont relevés, il est nécessaire que le travailleur en souffrance soit surveillé afin d'éviter une aggravation du processus et un éventuel passage à l'acte suicidaire.

La majorité des symptômes appartenant aux différentes psychopathologies, au syndrome pré-suicidaire, ou aux autres processus suicidaires ont été évoqués par les différents sujets. Si l'on rassemble l'entièreté des réponses fournies, elles englobent de manière presque parfaite l'ensemble des comportements qui peuvent définir une personne dite « à risque ».
Mais le problème est que plus de la moitié de nos professionnels pensent que la personne qui nourrit des idées suicidaires se comporte suivant un modèle particulier et peut être définie par un profil type et unique, ce profil appartenant généralement à une psychopathologie particulière ou un type de caractère. Tous les signes évoqués par nos professionnels sont de réels signaux, abordés dans la littérature et pouvant informer du passage à l'acte suicidaire mais ils ne sont qu'une petite partie de l'ensemble de signes pouvant définir une personne à risque. Les professionnels de la santé sont capables de reconnaître certains signaux appartenant à des psychopathologies distinctes mais n'évoquent pas précisément ces dernières, le rôle qu'elles peuvent jouer dans le passage à l'acte ainsi que tous leurs symptômes respectifs.
Il existe plusieurs explications possibles au pourquoi plus de la moitié des professionnels de la santé se représentent la personne suicidaire suivant un profil particulier. Tout d'abord, les professionnels qui on été confrontés à un seul passage à l'acte suicidaire ont défini l'individu en souffrance en repensant au profil de la personne à laquelle ils avaient été confrontés auparavant : ils ont peut-être fait du profil du suicidé une généralité.
Chaque professionnel qui a été confronté à plusieurs suicides ou tentatives de suicide a évoqué des signes et des comportements se rapportant à une, ou parfois deux, psychopathologies particulières, mais toujours en restant dans le même ordre d'idées comme la dépression ou l'isolement. Il est possible que les suicidés ou suicidants aient tous démontré le même profil psychologique et donc que les professionnels de la santé aient intégré une perception biaisée de la personne à risque, en se fiant aux cas rencontrés.
Quand aux professionnels qui n'ont jamais connu de suicide ou tentative de suicide, certains d'entre eux ont également parlé d'une psychopathologie particulière et des comportements et symptômes associés pour définir la personne qui nourrit des idées suicidaires. En n'ayant jamais été confrontés à ce type de drame et donc en n'ayant jamais eu de retour sur leurs représentations, ils n'ont jamais eu l'occasion de les comparer à la réalité et donc de les ajuster ou les modifier en conséquences.

La personne en souffrance peut être caractérisée par de nombreux profils relativement différents et dépendant de divers éléments. Il est important que les professionnels de la santé soient informés de tous les signes et comportements pouvant annoncer un éventuel passage à l'acte suicidaire. Si ce n'est pas le cas, ils ne seraient alertés que par certains comportements et seulement lorsqu'ils seraient confrontés à l'unique profil qui, selon eux, définit la personne suicidaire. De ce fait, ils négligeraient donc les autres individus en souffrance et risqueraient de ne pas apporter l'aide appropriée, laissant la possibilité au travailleur de passer à l'acte.

Dans certains cas, il n'existe aucun signe visible. Le travailleur en souffrance se suicide ou tente de se suicider alors que rien ne laissait entrevoir qu'il accomplirait un tel acte. Quatre professionnels ont mentionné cet élément.

Pour conclure, il est possible d'infirmer mon hypothèse de départ qui disait que les professionnels de la santé se représentent la personne qui nourrit des idées suicidaires comme une personne pouvant être socialement intégrée et pouvant démontrer un extérieur jovial car les professionnels de la santé interrogés se représentent majoritairement la personne suicidaire comme une personne isolée, repliée et renfermée sur elle-même et qui manifeste différents symptômes de dépression.

La seconde hypothèse était la suivante : « Les procédures de postvention en entreprise reconnaissent le rôle central du médecin du travail suite à un passage à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail, font appel à une cellule psycho-sociale pour prendre en charge les travailleurs affectés par le drame, convoquent les conseillers en prévention pour une analyse des risques psycho-sociaux et posent des actions dans le but de diminuer ces risques et donc prévenir d'un futur suicide ».
Les procédures de postvention citées par les professionnels ayant connu des passages à l'acte suicidaire ainsi que les procédures de postvention évoquées par les professionnels n'ayant jamais connu de suicide ou tentatives de suicide seront analysées.
Les procédures de postvention décrites dans la littérature suivent généralement les mêmes étapes. Suite à un événement potentiellement traumatique comme un suicide ou une tentative de suicide en lien ou sur le lieu de travail, il est conseillé de constituer une équipe de crise. Idéalement, cette équipe de crise doit être composée des membres de la direction et du médecin du travail. Cette équipe doit évaluer la situation et relever les informations relatives à l'événement traumatique. Dans un laps de temps relativement court, l'ensemble des travailleurs doit être informé du drame de manière claire et concise, oralement, et par les chefs de service respectifs. Il est conseillé de ne pas avertir les employés via mail (Giorgio, 2013).
L'équipe constituée après le drame doit avertir la police et la sécurité sociale afin que ces derniers puissent mener leur enquête.
Une fois ces différentes démarches accomplies, une cellule psychologique, interne ou externe à l'entreprise doit être mise à disposition des travailleurs.
Si nécessaire, un débriefing psychologique ou des groupes de paroles sont proposés dans les 2 ou 3 jours qui suivent le drame.

Dans les deux jours qui font suite au drame, un CHSCT extraordinaire doit être organisé en la présence du médecin du travail. Ce comité se doit de mener une enquête afin d'explorer les relations possibles entre l'environnement professionnel et le passage à l'acte suicidaire ainsi que la présence de facteurs de risque qui auraient pu contribuer à l'augmentation du risque de suicide (Giorgio, 2013). Si une quelconque relation a été objectivée, une analyse globale d'évaluation des risques psychosociaux doit être entreprise afin d'éviter des drames supplémentaires et réinstaurer une ambiance de travail bienveillante (Caillard & Chastang, 2010).
Même si le drame s'est déroulé hors de l'enceinte de l'entreprise, la direction se doit de contacter la famille. Elle doit proposer une aide, faire part du désir des collègues de participer aux funérailles et obtenir le consentement de la famille (Giorgio, 2013).

Sur le long terme, il est nécessaire de porter une attention toute particulière aux collègues proches du suicidé car ceux-ci peuvent se montrer plus spécifiquement et plus violemment traumatisés. Un suivi médical doit être régulièrement réalisé par le médecin du travail sur une durée d'un an, afin de poursuivre l'aide psychologique individuelle et identifier la présence éventuelle d'un syndrome post-traumatique ou autres psychopathologies nécessitant une prise en charge particulière. Quant à la hiérarchie, procéder à des discussions individualisées avec les travailleurs fortement affectés par le drame, leur permettre d'assister aux funérailles et organiser des petites activités commémoratives en la mémoire du suicidé sont des gestes non négligeables.
Après tout cela, il est du devoir de la direction et de son équipe de mettre en place des stratégies de prévention du suicide pour éviter que ce type de drame ne se reproduise à l'avenir (Carson J Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention & American Association of Suicidology, 2013 ; Dejours & Gernet, 2012 ; Province de Liège, s.d.).
Sept professionnels ayant été confrontés à un passage à l'acte suicidaire évoquent l'intervention d'une cellule psychologique ou sociale. Un professionnel évoque également l'intervention d'une cellule psychologique mais cette intervention est combinée à une analyse des risques matériels et psycho-sociaux liés au poste de travail du suicidé/suicidant. Un professionnel rapporte un soutien de la hiérarchie aux services touchés et à la famille de la victime ainsi qu'une analyse des risques psycho-sociaux par un psychologue soit interne, s'il n'a pas été touché par le drame, soit externe. Un autre évoque l'unique adaptation du poste de travail si ce poste de travail était à la source de la tentative de suicide du travailleur. Un professionnel rapporte un renforcement de la communication et des mesures de prévention ainsi que des propositions de suivi pour les travailleurs qui en manifestent le besoin. Ce professionnel souligne l'attitude proactive de la hiérarchie dans la procédure de postvention. Un autre parle d'une collecte d'argent pour participer aux funérailles du suicidé et enfin, deux professionnels rapportent qu'aucune procédure n'a été mise en place à leur connaissance suite au passage à l'acte suicidaire du travailleur.
Au niveau des professionnels n'ayant jamais connu de suicides ou tentatives de suicide, cinq professionnels rapportent qu'il n'existe aucune procédure de postvention au sein de leur entreprise, trois d'entres eux confient qu'il existe bel et bien une procédure mais qu'ils ne la

connaissent pas et seulement deux professionnels décrivent des procédures formelles qui seraient appliquées en cas de passage à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail.
Pour la première procédure, une psychologue externe à l'entreprise se rend au sein de celle-ci. Il y a une enquête interne qui est menée auprès de la hiérarchie afin d'évaluer le rôle qu'elle aurait pu jouer dans le passage à l'acte. Une enquête auprès des collègues de la victime est ensuite menée, également pour évaluer leurs éventuelles parts de responsabilités.
L'entreprise peut proposer une aide financière et/ou psychologique à la famille du suicidé comme par exemple, au niveau financier, verser la prime qu'il aurait dû recevoir le mois suivant. Il est important de faire preuve de prudence car lorsqu'on propose ce type d'aide, cela peut-être interprété comme une reconnaissance de son rôle dans le passage à l'acte. L'entreprise pourrait alors être considérée comme entièrement responsable du passage à l'acte. Il faut donc d'abord analyser la situation en interne avec les avocats puis, dans un second temps, proposer l'aide à la famille.
Concernant les personnes qui ont commis une tentative de suicide, c'est la psychologue externe et le médecin du travail interne à l'entreprise qui assurent la prise en charge. Lorsqu'ils rencontrent la personne, ils lui redisent ses droits : elle peut faire appel à l'inspection du travail si elle estime que les informations/conclusions qui ont été apportées pour expliquer son passage à l'acte ne sont pas satisfaisantes, par exemple.
Il y a également une rencontre avec la hiérarchie et les collègues de la personne.
Si le travailleur décide de faire appel à l'inspection du travail, cette dernière s'en réfèrera au médecin du travail interne et la psychologue externe lorsqu'elle aura terminé son enquête. Il y a une bonne circulation des informations d'interne en externe et vice-versa.
Le médecin traitant est également informé du passage à l'acte afin de pouvoir apporter un suivi adapté à son patient en cas de tentative de suicide ».
Pour la seconde procédure, « deux personnes de confiance sont désignées par l'assemblée du personnel : un homme et une femme. Ils sont à l'écoute de chaque travailleur en difficulté et peuvent apporter leur soutien en cas de situation de crise.
Il y a également le service externe de médecine du travail qui peut intervenir en cas de problème et entendre les personnes en difficulté ».
Tous les professionnels ayant été confrontés à un passage à l'acte suicidaire rapportent la présence de procédures formelles de postvention. Cependant, les procédures décrites par ces professionnels correspondent à une, voire deux étapes de la procédure décrite dans la littérature. Plusieurs étapes importantes sont négligées ou inexistantes et des personnes ressources ne sont pas intégrées au sein des dispositifs.
Les professionnels interrogés ne parlent pas de la constitution d'une équipe de crise. Il n'y a que dans deux procédures qu'on relève une récolte d'informations et une analyse des risques. L'ensemble des travailleurs n'est pas informé formellement, au même moment et par les chefs de service respectifs. Certains employés sont même informés via une note postée sur l'intranet de l'entreprise alors que cette démarche est déconseillée dans la littérature. Aucun professionnel n'évoque la prise de contact avec la police ou la sécurité sociale dans le but de mener une enquête.
Sept professionnels rapportent l'intervention d'une cellule psychologique, interne ou extérieure à l'entreprise pour les travailleurs qui le souhaitent.

Dans les deux jours qui suivent le drame, un CHSCT extraordinaire doit être organisé en la présence du médecin du travail dans le but de mener une enquête afin d'explorer les relations possibles entre l'environnement professionnel et le passage à l'acte suicidaire, ainsi que la présence de facteurs de risque qui auraient pu contribuer à l'augmentation du risque de suicide. Ce conseil et le rôle central du médecin du travail n'ont jamais été évoqués dans la description des procédures.
Même si le drame s'est déroulé hors de l'enceinte de l'entreprise, la direction se doit de contacter la famille, proposer une aide, faire part du désir des collègues de participer aux funérailles et obtenir le consentement de la famille. Seulement deux professionnels rapportent une prise de contact avec la famille et une collecte d'argent pour participer aux funérailles.

Un suivi médical doit être réalisé par le médecin du travail sur une durée d'un an afin de poursuivre l'aide psychologique individuelle. Sept professionnels évoquent l'intervention d'une cellule psychologique ou sociale et donc des suivis sur le long terme, si le travailleur le souhaite.
Quant à la hiérarchie, procéder à des discussions individualisées avec les travailleurs fortement affectés par le drame, leur permettre d'assister aux funérailles et organiser des petites activités commémoratives en la mémoire du suicidé sont des gestes non-négligeables. Des stratégies de prévention doivent être mises en place ou renforcées. Un seul professionnel souligne l'attitude proactive de la hiérarchie dans les procédures de postvention ainsi qu'un renforcement des stratégies de prévention du suicide.
La plupart des entreprises traitent le problème dans l'ici et maintenant, offrent un suivi individuel aux travailleurs qui le souhaitent mais ne proposent ni solutions ni mises en place d'actions pour prévenir de suicides futurs qui pourraient affecter d'autres travailleurs que ceux directement affectés par le drame. Les entreprises et leur direction démontrent un désir de régler vite et bien le drame mais semblent négliger les étapes les plus importantes de la postvention à savoir l'évaluation des éléments matériels ou psycho-sociaux qui ont amené le travailleur à passer à l'acte et donc l'évaluation des risques, véritable racine du problème.
La découverte et l'annonce du drame semblent lancer une vague de désorganisation au sein de l'entreprise. Les rôles de chaque professionnel sont mal définis, le drame est annoncé par qui en sera informé en premier (délégués syndicaux, service social, intranet de l'entreprise, GRH, famille, collègues) et dans des délais variables d'un travailleur à l'autre (directement, plusieurs jours ou semaines après). Et ce sont parfois des actions décidées en pleine situation de crise qui sont menées pour tenter de palier à l'impact qu'a eu le drame sur l'ensemble des employés.
Il est donc primordial d'instaurer une procédure formelle et détaillée de postvention, d'affecter aux différents professionnels des rôles précis et définis au sein de ces procédures et de les en informer de manière claire et officielle.
Il est maintenant possible de répondre à l'hypothèse qui était la suivante : les procédures de postvention en entreprise reconnaissent le rôle central du médecin du travail suite à un passage à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail, font appel à une cellule psycho-sociale pour prendre en charge les travailleurs affectés par le drame, convoquent les conseillers en prévention pour une analyse des risques psycho-sociaux et posent des actions

dans le but de diminuer ces risques et donc prévenir d'un futur suicide. Les procédures de postvention sont fortement éloignées ou incomplètes par rapport à ce qui est décrit dans la littérature. Le médecin du travail n'est jamais évoqué en tant que personne ressource, l'analyse des risques psycho-sociaux est inexistante dans la majorité des procédures et donc les mesures de prévention ne sont pas développées. Cependant, un support psychologique et social est mis à disposition des travailleurs qui le souhaitent.

La troisième hypothèse était : « Le professionnel, quelle que sa profession, intervient adéquatement lorsqu'il est confronté à une personne qui nourrit des idées suicidaires. Il parvient à désamorcer la crise en offrant une écoute empathique, en comprenant la souffrance du sujet et en cherchant des solutions satisfaisantes et alternatives au suicide avec le travailleur ».

Dans la littérature, plusieurs comportements à adopter face à une personne considérée à risque ont été décrits, notamment par Lafleur et Séguin en 2008 et par le Centre de Prévention du Suicide en 2012.

Le but principal d'une intervention auprès d'une personne qui nourrit des idées suicidaires c'est de l'aider à désamorcer la crise qu'elle est en train de traverser.

Afin d'y parvenir, il est important de garder ces trois objectifs à l'esprit :

1) Tout mettre en œuvre pour retarder le moment du passage à l'acte ;

2) Soutenir l'individu en tenant compte de la crise suicidaire qu'il traverse ;

3) Injecter le sentiment qu'il pourra s'en sortir et insister sur le fait qu'il existe des solutions autres que le suicide.

Lorsqu'un professionnel se retrouve face à un travailleur qui nourrit des idées suicidaires, il peut être perdu et craindre de commettre une erreur qui s'avérerait irréversible. Il est donc nécessaire d'agencer l'intervention en suivant plusieurs étapes qui guident le professionnel dans son travail. La réalisation des étapes suit rarement un ordre logique, elles s'effectuent de manière simultanée, systémique et circulaire.

Dans un premier temps, il faut établir une relation de confiance avec l'individu suicidaire.

La seconde étape consiste en l'évaluation de la sévérité et de la dangerosité des facteurs évoqués par la personne et relatifs au passage à l'acte.

La troisième étape est la compréhension de la personne, des évènements anxiogènes et l'identification des solutions déjà utilisées pour tenter de résoudre le problème.

Il y a ensuite l'encouragement de l'expression verbale et non-verbale et de la mise en mots des émotions pour permettre au travailleur en souffrance de se décharger.

La cinquième étape est la rupture de l'isolement. Il faut rechercher avec l'individu des personnes centrales dans son milieu proche, des organismes et des personnes ressources au sein de l'environnement et enfin impliquer les organismes et les acteurs dans la vie de la personne et la situation qu'elle traverse.

La sixième étape est la formulation de la crise et le développement d'un plan d'action. Il est nécessaire de normaliser les émotions, les pensées et les attitudes de l'individu. Il faut tenter de transmettre des données qui offriront au travailleur la possibilité de reprendre le contrôle de sa vie.

Le professionnel doit partager sa compréhension de la crise, il doit veiller à transmettre de l'espoir et tenter de déterminer les problèmes sur lesquels la personne veut avoir une action.
Pour identifier les problèmes et pouvoir agir, l'intervenant doit mobiliser et utiliser les compétences de la personne, relever les solutions qui ont déjà été utilisées et mobiliser celles qui pourraient encore être développées. Il doit, avec la personne, préciser les moyens qui pourraient être employés à court terme pour solutionner le problème.
Pour conclure l'intervention et si nécessaire, le professionnel se réfère à un centre de crise, au médecin traitant ou à un intervenant spécialisé, si l'urgence se fait sentir.
L'établissement d'un pacte de « non-suicide » peut-être établi entre le professionnel et le travailleur en souffrance pour tenter de postposer autant que possible l'éventuel passage à l'acte.
Enfin, lorsque l'individu reprend le cours normal de son existence, il est utile de vérifier le bon déroulement du plan d'action établi auparavant au moyen de rendez-vous fixés avec le travailleur, ou via les personnes ressources désignées. Si le plan d'action ne convient pas ou n'est plus adapté au sujet, on procède à une réévaluation de ce plan et enfin, on entretient la collaboration avec les partenaires.
Dix-neuf professionnels réorienteraient le sujet considéré « à risque » vers un tiers spécialisé et privilégieraient l'intervention pluridisciplinaire. Les professionnels interrogés s'estiment donc peu qualifiés pour traiter ce type de sujet ou du moins pour poser une action de première ligne dans le but de désamorcer la crise. Certains professionnels procéderaient à une réorientation après avoir écouté le travailleur et d'autres le feraient d'emblée. Le tiers vers qui le travailleur en souffrance serait réorienté serait le médecin traitant/généraliste du travailleur, un psychologue interne ou externe à l'entreprise, un psychiatre, une personne ressource pour le travailleur, ou enfin le service social de l'entreprise.
Deux professionnels procéderaient à une analyse des risques au sein de l'environnement de travail de l'employé en souffrance afin d'éviter un passage à l'acte résultant des éléments professionnels toxiques inchangés.
Il est important de noter que 4 psychologues sur 5 mèneraient d'abord un premier entretien avec le travailleur afin d'écouter, d'accueillir sa souffrance, et prendraient ensuite des dispositions si cela s'avère nécessaire et en fonction du besoin et de la demande du travailleur. Les autres professionnels procéderaient directement à une réorientation vers un professionnel estimé plus qualifié, mais tout de même après avoir écouté le travailleur, dans certains cas.
Le fait que 4 des psychologues procéderaient, dans un premier temps, à recevoir le travailleur et instaurer un dialogue avec celui-ci, s'explique peut-être par la formation reçue. En effet, les études en sciences psychologiques fournissent des outils pour réagir et intervenir au mieux lors de situations de crise en tout genre.
Certains professionnels seraient en mesure de recevoir le travailleur et de suivre les différentes étapes décrites dans la littérature mais la plupart reconnaissent les limites de leurs compétences et préfèrent réorienter vers une personne plus spécialisée. Cependant, face à certains travailleurs en crise, il est parfois impératif de poser une action immédiate sous risque que le travailleur passe à l'acte en quittant la pièce. Cette action immédiate comprend bien évidemment l'écoute de la personne en souffrance et la manifestation de son soutien. Mais il faut, en plus de cela, pouvoir poser les bonnes questions et éviter certaines paroles qui pourraient être mal interprétées, afin de tenter au mieux de désamorcer la crise suicidaire, ou

du moins, la retarder, et être certain de pouvoir laisser l'individu quitter le bureau sans penser qu'il se suicidera en sortant. C'est seulement après cette phase qu'il sera possible de prendre contact avec des personnes spécialisées et proposer une prise en charge au travailleur en question.

Pour répondre à l'hypothèse qui était : « Le professionnel, quelle que soit sa profession, intervient adéquatement lorsqu'il est confronté à une personne qui nourrit des idées suicidaires. Il parvient à désamorcer la crise en offrant une écoute empathique, en comprenant la souffrance du sujet et en cherchant des solutions satisfaisantes et alternatives au suicide avec le travailleur », nous pouvons dire qu'il existe une différence d'intervention en fonction de la formation reçue. Les psychologues écouteraient le travailleur, recevraient sa souffrance, comme il l'est conseillé dans la littérature, au contraire des autres professionnels qui seraient conscients de leurs limites et qui procéderaient directement à une réorientation vers un tiers qualifié. Les bonnes interventions des psychologues face à une personne à risque ne sont pas négligeables mais il est tout de même important de souligner que presque la moitié des autres professionnels, également des personnes de première ligne dans une entreprise, s'estiment peu, voire pas du tout compétents lorsqu'ils sont confrontés ou s'ils devaient être confrontés à une personne « à risque ». Ce sentiment d'incompétence ou de faible qualification face à une personne considérée à risque peut, peut-être, s'expliquer par leur niveau de connaissance sur le suicide au travail. En effet, 12 professionnels sur 25 estiment avoir un niveau de connaissance normal sur le suicide au travail mais dix affirment avoir un niveau de connaissance faible ou nul. Seulement trois des professionnels prétendent avoir un niveau élevé. Il est évident que lorsqu'une personne manque de connaissance sur un sujet, elle ne se sentira pas compétente lorsqu'elle devra intervenir sur le sujet en question.

Il serait intéressant de dispenser de courtes formations sur le suicide au travail ainsi que fournir plusieurs outils pour intervenir de manière adaptée vis-à-vis du travailleur en souffrance. Cela permettrait d'augmenter les connaissances des professionnels de la santé et ainsi augmenter leurs compétences dans les interventions menées, que ce soit face à une personne à risque ou après acte. Ceci permettrait peut-être d'éviter certains passages à l'acte suicidaire par une identification et un désamorçage précoce de la crise, et mettre en place des actions adaptées dans les situations post-actes.

La quatrième et dernière hypothèse était : « Les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle fatidique dans la présence d'idées suicidaires et le passage à l'acte du travailleur, d'après nos professionnels, sont identiques à celles que l'on retrouve dans la littérature à savoir : une charge de travail trop élevée et une faible coopération entre collègues ».

On retrouve dans la littérature toute une série de variables qui ont été identifiées par plusieurs auteurs comme pouvant jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire. Certaines études (Balbourg, 2014) démontrent que le passage à l'acte résulte généralement d'une cause multifactorielle. De nombreux problèmes au niveau familial, personnel, professionnel et parfois financiers sont rassemblés. Cependant, il est possible de trouver des suicides ou tentatives de suicide uniquement motivés par des problèmes professionnels (Barboza, 2010 ; Lei, Poiret, & Lafont, 2012). Dans l'entièreté des cas rencontrés par nos professionnels de la santé, les raisons du passage à l'acte étaient multifactorielles. On retrouvait généralement des problèmes psychologiques ou physiques tel que des assuétudes, des états dépressifs, une

personnalité fragile ou perfectionniste, des maladies mentales etc., des problèmes au sein de la vie privée comme des conflits avec le conjoint, des séparations ou des divorces, des conflits avec les enfants, des décès de proches et/ou une grande solitude. Au niveau professionnel, ce sont les éléments suivants qui justifiaient le passage à l'acte suicidaire : restructuration dans l'entreprise, perte de l'emploi, conflit avec un collègue ou un supérieur et non-positionnement de la hiérarchie donc non-résolution de celui-ci, harcèlement, pression sur le lieu de travail, écart trop important entre la tâche de travail prescrite et la tâche réelle, perte de sens au travail, difficultés à assumer la charge de travail, difficultés à assumer et accepter un échec professionnel et enfin, une mise à l'écart par les collègues.

Les variables organisationnelles et les risques psycho-sociaux identifiés par différents auteurs comme pouvant jouer un rôle dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur sont : au niveau des tâches effectuées : la perte de sens au travail et une forte demande psychologique ; au niveau de l'organisation du travail : une charge de travail excessive ou insuffisante, un écart trop important entre le travail prescrit et le travail réel et une répartition floue des tâches à effectuer ; au niveau de la politique adoptée par les ressources humaines : le manque ou l'absence de reconnaissance au travail et l'absence d'évolution du salaire ; au niveau des relations de travail : le manque/absence de coopération entre collègues, la dégradation du vivre ensemble, l'isolement et les conflits avec un collègue, un subordonné ou un supérieur ; au niveau de la politique de l'entreprise : la pression des objectifs, une incertitude face à son avenir dans l'entreprise et une augmentation des évaluations individuelles entrainant une concurrence entre tous les employés ; et enfin, au niveau de l'environnement client/usagers : la pression, les incivilités et l'agressivité (Amagasa et al., 2005 ; Caillard & Chastang, 2010 ; Cohidon & Murcia, 2007 ; Dejours, 2005 ; Dejours & Bègue, 2009 ; Gournay et al., 2004 ; Soares, 2013). Les variables citées ici sont celles les plus fréquemment relevées dans la littérature. Il est évident que les personnes qui passent à l'acte uniquement en raison d'un problème professionnel sont des individus qui démontrent une implication et un dévouement extrêmement élevés, voir excessifs, au travail. Les variables citées dans la littérature sont globalement semblables à celles relevées par les professionnels de la santé dans les différents cas de suicide/tentatives de suicide qu'ils ont rencontrés. Mais ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir quelles sont, pour l'ensemble des professionnels, qu'ils aient été confrontés ou non à un passage à l'acte suicidaire, les variables organisationnelles qui, selon eux, pourraient jouer un rôle dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur. Cela nous permettra de voir si tous les professionnels identifient des variables organisationnelles pertinentes et cohérentes avec la littérature afin de pouvoir, dans la mesure du possible, agir sur ces variables, améliorer le bien-être du travailleur et ainsi prévenir du passage à l'acte suicidaire. Vingt-trois professionnels de la santé estiment que les problèmes familiaux et personnels jouent un rôle important ou premier dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur. A ces deux éléments s'ajoutent des variables organisationnelles spécifiques à l'environnement de travail.

Dix-neuf professionnels pensent que la reconnaissance au travail peut avoir un rôle important ou premier dans le passage à l'acte suicidaire.

Ensuite, quinze professionnels pensent que la coopération entre collègues pourrait jouer un rôle important ou premier. Et enfin, 13 professionnels pensent que la charge de travail pourrait également avoir une part importante ou première.

Les autres variables sont relevées pour avoir majoritairement un rôle moyen, faible ou inexistant.
Les variables identifiées par nos professionnels sont celles que l'on retrouve dans la littérature. Tout d'abord, la grande majorité de nos professionnels de la santé, quelle que soit leur formation, sont conscients qu'un suicide ou une tentative de suicide en lien ou sur le lieu de travail est souvent d'origine multifactorielle. Cette cause multifactorielle a souvent été mentionnée informellement par nos sujets lors des entretiens menés.
Le fait que les professionnels de la santé identifient les mêmes variables organisationnelles que celles citées dans la littérature s'explique peut-être par le fait que chacun des professionnels est lui aussi, comme tout autre travailleur, touché par ces variables. Comme chaque travailleur, il traverse les mêmes crises, les mêmes changements d'organisation, quelle que soit la taille de l'entreprise et le but poursuivi par celle-ci. Le monde du travail a été profondément modifié en raison du contexte économique et des évolutions technologiques (Firket, 2014 ; Sonda, 2014) et nos professionnels ont également été affectés. Cependant, les professionnels de la santé ont été formés afin de pouvoir traverser des moments difficiles sans se laisser altérer par ceux-ci. Ils ont été formés pour être capables de garder une certaine objectivité et une certaine distance vis-à-vis d'évènements potentiellement traumatisants.
Une autre explication, mais uniquement applicable aux professionnels ayant déjà connu un passage à l'acte suicidaire, est que les différents professionnels ont repris les variables les plus fréquemment présentes dans les cas de suicide/tentatives de suicide rencontrés auparavant et il s'est avéré que ces variables étaient les variables prédominantes dans le monde du travail actuel.
A l'hypothèse « Les variables organisationnelles susceptibles de jouer un rôle fatidique dans la présence d'idées suicidaires et le passage à l'acte du travailleur, d'après nos professionnels, sont identiques à celles que l'on retrouve dans la littérature à savoir : une charge de travail trop élevée et une faible coopération entre collègues », nous pouvons répondre par l'affirmative. Les professionnels de la santé identifient la charge de travail et la coopération entre collègues comme des variables susceptibles de jouer un rôle dans le passage à l'acte suicidaire. Cependant, la majorité des sujets ont classé la reconnaissance au travail comme variable pouvant jouer le plus grand rôle dans un passage à l'acte suicidaire.
En ayant connaissance du rôle que peuvent jouer ces facteurs organisationnels, les professionnels sont en mesure de pointer du doigt les variables problématiques et ainsi contribuer à leur modification en vue d'améliorer le bon fonctionnement du capital humain ainsi que le bien-être de chaque travailleur.
Pour terminer, il serait intéressant de voir si les professionnels de la santé confrontés à des passages à l'acte suicidaire se sont montrés affectés ou pas par ces drames. Cela nous permettrait de voir s'ils sont en mesure de supporter ces situations ou s'il serait nécessaire de proposer une formation qui leur fournirait des méthodes pour gérer ces évènements traumatisants sans se laisser trop atteindre émotionnellement.
Sur l'ensemble des conseillers en prévention, il n'y en a qu'un seul qui ne manifeste aucun symptôme suite aux différents drames. Les autres démontrent des symptômes variés. Il est important de noter que 2 des 4 conseillers ont été confrontés au suicide d'un collègue et ami. Ils ont donc été personnellement touchés et le traumatisme a été d'une ampleur plus importante.

Sur les deux infirmières, une évoque un grand nombre de symptômes après avoir été informée du passage à l'acte. Celle-ci semble avoir été fortement affectée par le drame. Ceci s'explique peut-être par la formation de base. On enseigne aux infirmières la bonne administration de soins physiques mais il ne leur est pas enseigné en profondeur des techniques ou mécanismes qui permettent de garder une certaine distance, une certaine neutralité entre soi et le sujet en difficulté, dans le but de préserver une bonne santé mentale et ne pas être profondément affecté. La seconde infirmière précise n'avoir ressenti aucun symptôme car elle ne connaissait pas personnellement la personne et n'y avait jamais été confrontée. Elle exprime cependant de la colère qui s'avère plus être un questionnement vis-à-vis de l'entreprise qui n'a rien mis en place pour tenter d'éviter le passage à l'acte suicidaire du travailleur.
Les assistantes sociales ne semblent ni affectées ni traumatisées par les différents drames. Cela peut également s'expliquer par la formation reçue. L'une d'elles évoque un peu de colère envers l'entreprise et de légères insomnies pour certains cas plus longuement fréquentés.
Les médecins du travail démontrent des symptômes variables. Certains se montrent légèrement affectés et d'autres pas du tout. Il faut noter que le médecin du travail qui manifeste le plus de symptômes a été confronté à plusieurs passages à l'acte suicidaire sur un court laps de temps, ces passages à l'acte résultant de nombreuses restructurations et fermetures de services au sein de l'entreprise. L'entièreté des employés était sous pression en raison des multiples procédures mises en place pour tenter de pallier aux problèmes. Ce médecin du travail était peut-être plus vulnérable au moment des drames et s'est donc montré plus affecté.
Nous observons que les psychologues, qu'ils appartiennent à un service interne ou externe, ne manifestent aucun impact physique ou psychique du drame sur leur propre santé. Cette donnée peut être expliquée par leur formation. En effet, les études de psychologie enseignent aux futurs professionnels l'importance de garder sa neutralité, une distance avec le sujet en souffrance sans pour autant perdre toute forme d'empathie. Les psychologues doivent être capables de comprendre la personne mais ne pas se montrer affectés personnellement par ce qui leur arrive.

2. Conclusion & discussion

Soixante pourcent des professionnels interviewés ont été confrontés à des passages à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail. La plupart y ont été confrontés plusieurs fois. L'entièreté des professionnels de la santé rencontrés possédaient certaines connaissances sur le suicide en lien avec le travail mais démontraient malgré tout des lacunes, que ce soit au niveau de leurs représentations que de leurs réactions. Ces lacunes peuvent être expliquées, dans certains cas, par la profession et, dans d'autres cas, par le manque de rigueur des entreprises ou leur souhait de garder ce type de drame secret en raison de nombreuses répercussions qu'il pourrait avoir sur les capitaux humain et financier. En effet, nous avons pu constater que les entreprises ne proposaient généralement pas de module ou de séminaire pour permettre à leurs professionnels de mettre à jour leurs connaissances sur les différentes

psychopathologies liées au travail, ainsi que sur les conflits ou les situations professionnelles toxiques qui nécessiteraient une analyse et qui devraient, par après, faire l'objet de modifications.

Le suicide en lien avec le travail est un phénomène récent et manifeste une certaine stabilité, voire une augmentation à travers le temps. Malgré la mobilisation et la création de certains dispositifs, notamment par la Province de Liège, les entreprises et leurs professionnels de la santé, personnes de première ligne dans une entreprise, se montrent toujours peu prêts et peu formés pour identifier les personnes qui nourrissent des idées suicidaires, les guider, gérer les situations post-actes et développer des campagnes solides de prévention du suicide.

En effet, en ce qui concerne la personne qui nourrit des idées suicidaires, la majorité des professionnels de la santé pensent que cette personne répond à un profil type qui peut être défini par un isolement par rapport à l'entourage et aux collègues de travail ou des symptômes dépressifs variés. Or, une personne suicidaire ne manifeste pas uniquement ce type de comportements. Elle ne répond pas un profil unique et particulier et peut, parfois, ne rien laisser transparaitre avant son passage à l'acte.

Lorsqu'un professionnel s'est montré capable d'identifier une personne à risque, ou lorsque la personne s'est manifestée d'elle-même et a communiqué ses intentions suicidaires, la majorité des professionnels de la santé la réorienterait vers un tiers plus qualifié ou spécialisé, après l'avoir écoutée pour certains, ou d'emblée pour d'autres. Or, les professionnels de la santé dans une entreprise sont les personnes de première ligne, les personnes ressources pour la santé mentale et physique des travailleurs et devraient normalement être capables d'apporter une aide et un soutien adapté dès le départ. Ils devraient être en mesure de désamorcer la crise suicidaire et trouver des solutions alternatives avec le travailleur en souffrance, et puis ensuite, si nécessaire et à la demande de celui-ci, le réorienter vers une personne qualifiée en vue d'un éventuel suivi psychologique ou psychiatrique sur le long terme.

Concernant l'organisation du travail, l'ensemble des professionnels de la santé démontre une bonne perception des variables organisationnelles pouvant jouer un rôle dans le suicide ou la tentative de suicide d'un travailleur. Tout d'abord, ils sont conscients qu'un passage à l'acte suicidaire est rarement la cause d'un unique facteur. Tous ont relevé des problèmes personnels et familiaux comme éléments pouvant jouer un rôle dans le passage à l'acte. Ils ont ensuite identifié une charge de travail excessive ou inexistante, une faible coopération entre collègues et un manque de reconnaissance au travail comme autres éléments susceptibles de pousser le travailleur au suicide.

Pour ce qui est des procédures de postvention, nos entreprises proposent généralement une seule étape de la procédure décrite dans la littérature. La majorité des entreprises qui ont été touchées par un passage à l'acte suicidaire propose l'intervention d'une cellule psychologique ou sociale pour venir en aide aux travailleurs affectés par le drame, et parfois à la famille. Le problème est traité dans l'ici et maintenant mais l'entreprise ne semble préoccupée ni par les répercussions du drame sur le long terme ni par la gestion des risques psycho-sociaux, risques susceptibles d'engendrer des suicides ou tentatives de suicide supplémentaires.

Un élément important à noter est que la majorité des professionnels confrontés à des suicides ou tentatives de suicide ne se sont pas, ou peu, montrés affectés par les drames. Les seuls professionnels touchés émotionnellement étaient des amis du suicidé et ont donc été affectés à un degré plus élevé.

Pour conclure, près de la moitié des professionnels rencontrés s'estiment peu, voire pas du tout compétents, s'ils devaient rencontrer une personne à risque, ou lorsqu'ils sont confrontés à ce type de personne. Dix professionnels estiment avoir un niveau de connaissance sur le suicide au travail faible, voire nul. Informellement, certains professionnels ont manifesté un intérêt d'élargir leurs connaissances et leurs compétences sur le sujet. Ils se montrent réalistes, conscients de leurs limites et soucieux de s'améliorer. Il serait donc peut-être intéressant de proposer des séances d'informations sur le suicide en lien avec le travail dans lesquelles seraient présentées des études ou des données sur le sujet, sur la personne suicidaire, les différents profils que l'on peut rencontrer, ainsi que des conseils et outils pour gérer une personne à risque et être capable de désamorcer la crise suicidaire qu'elle est en train de traverser. Ces séances pourraient également fournir des éléments pour améliorer les dispositifs de prévention du suicide et informer l'entreprise des dispositifs qui existent déjà, et enfin exposer les procédures à mettre en place suite à un passage à l'acte suicidaire en lien ou sur le lieu de travail afin d'éviter une éventuelle « contagion » des suicides et traiter les risques psycho-sociaux existant au sein de l'entreprise concernée.

3. Perspectives

L'échantillon sélectionné pour réaliser ce mémoire était de petite taille et ne ciblait que certaines catégories professionnelles. Afin d'obtenir des données peut-être plus représentatives de la population, il serait intéressant d'administrer le questionnaire à un échantillon beaucoup plus large.

Le nombre d'entreprises était également limité bien que varié au maximum. Il serait intéressant d'interviewer des professionnels faisant partie d'autres entreprises afin d'obtenir des informations supplémentaires notamment sur d'autres dispositifs de postvention.

Des mises en parallèle entre les réponses de professionnels appartenant à une même entreprise pourraient s'avérer enrichissantes. Cela permettrait de comparer les informations dont chaque professionnel dispose au sein d'une même entreprise et de voir si des différences ou des similitudes peuvent être relevées et si oui, à quoi elles sont dues.

Enfin, établir des comparaisons des représentations et des réactions des professionnels de la santé, ainsi que des procédures de prévention et de postvention d'entreprises appartenant à différents pays pourrait être intéressant. Cela permettrait d'identifier les pays sensiblement plus développés sur le thème du suicide au travail, tout ceci dans le but d'enrichir nos propres dispositifs et ainsi augmenter la qualification de nos professionnels de la santé.

Bibliographie

Amagasa, T., Nakayama, T., & Takahashi, Y. (2005). Karojisatsu in Japan : Characteristics of 22 Cases of Work-Related Suicide. *Journal of Occupational Health, 47*, 157-164.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi *et al*., Masson, Paris, 2004, 384 pages.

Balbourg, B. (2014). Rapport de stage : suicide et travail. Document non-publié, Université de Liège, Liège.

Barboza, D. (2010). After Suicides, Scrutiny of China's Grim Factories. *The NewYorkTimes.* Retrieved from http://www.nytimes.com/2010/06/07/business/global/07suicide.html?pagewanted=all&_r=1&

Bertolote, J.M., & Fleischmann, A. (2002). A global prespective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi, 7(2).*

Binnié, M. (2014). Présentation du dispositif APESA : la prévention du suicide des chefs d'entreprise en difficulté par les praticiens des procédures collectives. *IFPPC, 41*.

Bossard, C., Cohidon, C., & Santin, G. (2013). Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. *Institut de veille sanitaire*.

Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia : a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 171*, 502-508. DOI : 10.1192/bjp.171.6.502

Caillard, V., & Chastang, F. (2010). *Le geste suicidaire.* Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Callanan, V., & Davis, M. (2012). Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Epidemiol, 47*, 857-869. DOI 10.1007/s00127-011-0393-5

Carson J Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention, & American Association of Suicidology. (2013). *A Manager's Guide to Suicide Postvention in the Workplace : 10 Action Steps for Dealing with Aftermath of suicide*. Denver, CO : Carson J Spencer Foundation.

Centre de Prévention du Suicide. (2012). *Le suicide- une problématique majeure de la santé publique.* Retrieved from http://www.preventionsuicide.be/view/fr/leSuicide.html

Chaumont, J-M., Chen, H-H., Dejours, C., Jobin, P., Le Breton, D., Lerouge, L., Lin, T-H., Odier, B., Rolo, D., & Soares, A. (2013, octobre). *Suicide et travail*. Communication présentée au 7ème colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail, Paris, France.

Clot, Y. (2011). Le métier comme opérateur de santé. *Bulletin de psychologie, 511,* 31-38 DOI : 10.3917/bupsy.511.0031

Cohidon, C., Murcia, M., & Le comité de pilotage de Samotrace région Centre. (2007). Samotrace – Volet « Epidémiologique en entreprise ». *Santé et travail*.

Cohidon, C., Geoffrey-Perez, B., Santin, G., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M., & Imbernon, E. (2010). Mortalité par suicide et travail, quelles données épidémiologiques en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 58*, 139-150.

Dejours, C. (2005). Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler, 13,* 53-73.

Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et Travail : Que faire ?* Paris, France : Presses Universitaires de France.

Dejours, C., & Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail.* Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Delacroix, O., & Lopez, H. (2010). Reportage vidéo d'Olivier Delacroix (Fichier vidéo) Les agriculteurs au bord du désespoir. Projeté au centre culturel de Remicourt.

Durkheim, E. (2009). *Le suicide*. Paris, France : Editions Payot & Rivages.

Firket, P. (2014, mai). *De la plainte singulière à l'action collective.* Communication présentée à la Journée scientifique et syndicale FAR «Comment donner un sens au travail », Liège, Belgique.

Giorgio, M.-T. (2013). *Suicide en lien avec le travail : prévention et postvention en entreprise.* Retrieved from http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante mentale/suicide-travail/suicide-lien-travail-prevention-postvention-entreprise/

Gournay, M., Lanièce, F., & Kryvenac, I. (2004). Etude des suicides liés au travail en Basse-Normandie. *Travailler, 12,* 91-98.

Guiho-Bailly, M.-P., & Guillet, D. (2003). Existe-t-il des situations d'urgence en psychopathologie du travail ? *Travailler, 10,* 57-75.

Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 170,* 205-228

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009) Suicide. *Lancet, 373,* 1372-81.

Henderson, J.P., Mellin, C., & Patel, F. (2005). Suicide- A statistical analysis by age, sex and method. *Journal of Clinical Forensic Medicine, 12,* 305-309. DOI : 10.1016/j.jcfm.2005.05.003

Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris, France : Editions La Découverte et Syros.

Hoven, C.W., Mandell, D.J., & Bertolote, J.M. (2010). Prevention of mental ill-health and suicide : Public health perspectives. *European Psychiatry, 25,* 252-256.

Lafleur, C. & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

Lei, J., Poiret, A., & Lafont, B. (2012). Reportage vidéo de Jade Lei, Anne Poiret et Bérengère Lafont (Fichier vidéo) E-germinal, dans l'enfer des usines chinoises. Repéré à http://www.youtube.com/watch?v=CoCIdorjazM

Lejeune, A., & Monami, E. (1999). Reportage vidéo d'Agnès Lejeune et Eric Monami (Fichier vidéo) La chaîne du silence.

LE VIF, L'EXPRESS.be. (2014). Le nombre de suicides en augmentation en Flandre. Retrieved from http://www.levif.be/info/actualite/belgique/le-nombre-de-suicides-en augmentation-en-flandre/article-4000499748765.htm

Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online, 1,* 5-18.

McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder : A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders, 97*, 203-209.

Mendelwicz J., Wilmotte J., & Defrise-Gussenhove, E. (1970). Les tentatives de suicide. Résultats d'une enquête à Bruxelles. *Population, 25e année, 4*, 797-810.

Muller, M. (2014, mai). *Le burn-out vu par le médecin du travail : symptômes et dépistage*. Communication présentée à la Journée scientifique et syndicale FAR «Comment donner un sens au travail », Liège, Belgique.

Molinier, P., & Flottes, A. (2012). *Les approches en cliniques du travail en France*. Retrieved from http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Psychologie-clinique-francaise.pdf

Nishimura, M., Terao, T., Soeda, S., Nakamura, J., Iwata, N., & Sakamoto, K. (2004). Suicide and occupation : further supportive evidence for their relevance. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 28*, 83-87.

Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-capitale. (2014). *Evolution de la mortalité par suicide à Bruxelles entre 1998 et 2011*. Retrieved from http://www.observatbru.be/documents/news-items/pdf/news-evolution-de-la-mortalite-par-suicide-a-bxl-1998-2011.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2000). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris, France : Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé. Retrieved from http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2005/mental-health-facing-the-challenges,-building-solutions

Province de Liège. (s.d.). Deuil (après suicide) en milieu de travail. Information, conseils et recommandations pour les employeurs et les collègues. *Province de Liège*.

Province de Liège. (2013). Prévenir le suicide ? C'est possible !

Santin, G., Cohidon, C., & Geoffrey-Perez, B. (Mars, 2009). *Suicide et activité professionnelle en France : premier état des lieux à partir du Baromètre santé 2005 de l'Inpes et du programme Cosmop de l'Invs*. Communication présentée à la 4ème journée scientifique du Département santé travail, Paris, France.

Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research, 190*, 265-270.

Staikowsky,F., Chastang, F., & Pujalte, D. (2008). Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008 : incidence et prognostic. *Réanimation, 17,* 783-789.

Thomas, K.H., Beech, E., & Gunnell, D. (2013). Changes in commonly used methods of suicide in England and Wales from 1901-1907 to 2001-2007. *Journal of Affective Disorders, 144*, 235-239. DOI.org/10.1016/j.jad.2012.06.041

Vandervoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris, France : Dunod.

Vlaams Agentschap – Zorg & Gezondheid. (2012). *Indicateurs de base sur la mortalité et la natalité.* Retrieved from http://www.zorg-en gezondheid.be/v2_default.aspx?id=23637&terms=statistiques

World Health Organization. (2006). *Preventing suicide –A resource at wor*k. Geneva, Suisse : World Health Organization Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594381_eng.pdf

.

Annexes

Annexe 1.

Facteurs de risque liés au suicide en général

(Centre de Prévention du Suicide, 2012 ; Lafleur & Séguin, 2008 ; OMS, 2006 ; Vandervoorde, 2013)

Facteurs de risque individuels et personnels

- Antécédents suicidaires : tentatives de suicide et antécédents de suicide dans la famille
- Santé mentale : diagnostic de trouble mental, abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues, dépression, troubles des conduites alimentaires, troubles bipolaires, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité ;
- Etat sentimental : désespoir et détresse, culpabilité, ennui, état de malaise général, agitation ;
- Difficultés dans le développement : difficultés personnelles et sociales au cours de l'enfance et de l'adolescence ;
- Cognition : estime de soi faible ou fortement ébranlée, perception d'échec, réduction du sens des valeurs, pessimisme, pensées de mort, perception d'être une charge pour la société, intention suicidaire, connaissance de la létalité des moyens suicidaires, rigidité de la pensée, difficultés à résoudre un problème et à trouver des solutions ;
- Tempérament et comportements : présence de comportements agressifs, impulsivité, fugues, fuites, recherche d'arme, conduites de préparation ;
- Problèmes de santé physique qui nuisent à la qualité de vie : maladie grave, douleurs chroniques, fatigue, les troubles du sommeil, anhédonie, aprosexie, automutilation, hypomanie, baisse de l'activité sexuelle, incurie, accalmie anormale, annonce suicidaire.

Facteurs de risque familiaux

- Antécédents de violence ou d'abus physiques ou sexuels : violence de la part d'un parent, sévices sexuels de la part d'un membre de la famille immédiate ou élargie, violence psychologique ;
- Pertes et abandon précoces dont le deuil est non résolu ;
- Situations conjugales : veufs, divorcés ;
- Négligence des parents ;
- Toxicomanie et alcoolisme des parents ;
- Antécédents suicidaires dans la famille ;
- Santé mentale des parents : antécédents de troubles mentaux dans la famille.

Facteurs de risque sociaux

- Crise économique, chômage, perte d'emploi ;

- Professions exposées telles que : policier, militaire, prostituée ;
- Difficultés professionnelles : conduites d'échec, conflits, problèmes de hiérarchie, baisse de performances, harcèlement ;
- Surinvestissement professionnel ;
- Sexe : comme dit en début de rédaction, on observe un taux de suicide plus élevé chez les hommes et un taux de tentatives de suicides plus élevé chez les femmes ;
- Age ;
- Déplacement géographique ;
- Problèmes d'intégration sociale comme l'immigration et l'émigration.

Evènements de vie

- Situation de crise ;
- Interruption volontaire de grossesse ;
- Difficultés financières ;
- Isolement social, solitude, conduites d'évitement ;
- Disputes, séparation, perte ou deuil récents qui affectent encore la personne ;
- Difficultés dans le développement : difficultés scolaires ou professionnelles, famille d'accueil durant l'enfance ou l'adolescence ;
- Contagion à la suite d'un suicide ;
- Difficultés avec l'autorité administrative : infractions ou délits qui engendrent des complications avec l'autorité administrative ;
- Pertes, échecs ou évènements humiliants.

<u>Facteurs de risque spécifiques au suicide en lien avec le travail</u>

(Centre de Prévention du Suicide, 2012 ; Giorgio, 2013 ; Soares, 2013)

- L'appartenance à certaines professions. Ces professions et leurs variables organisationnelles seront décrites dans le chapitre suivant ;
- Une intensité et un temps de travail excessif ;
- Une charge de travail trop élevée ou appauvrie ;
- Une exigence émotionnelle trop élevée ;
- Une autonomie excessive ou trop restreinte ;
- Peu de rapports sociaux sur le lieu de travail ;
- Des conflits de valeurs ;
- Des conflits vie professionnelle-vie privée ;
- Une insécurité de l'emploi, des changements fréquents ;
- Un manque de reconnaissance ;
- La présence d'incivilités ;
- Le manque d'informations ;
- Accès à des moyens létaux.

« Quand l'idéation suicidaire est présente, il est extrêmement difficile, mais non impossible, d'éliminer les facteurs de risque et de constater un effet ». A vu du nombre relativement élevé de facteurs de risque qui peuvent jouer un rôle dans le passage à l'acte du travailleur, il est compliqué pour le professionnel de la santé d'avoir une action globale et efficace. Il serait donc intéressant « de tenter très rapidement d'injecter des facteurs de protection dans la vie du travailleur : l'effet se fait sentir à court terme et ils réduisent l'impact des facteurs de risque » (Brun, 2013).

Annexe 2.

Âge :
Sexe :
Profession :
Nombre d'années d'ancienneté :
Statut :

Le suicide en lien avec le travail

Je suis étudiante en deuxième master en sciences psychologiques à l'Université de Liège.

Dans le cadre de mon stage ayant pour thématique « le suicide en lien avec le travail », j'ai réalisé une enquête téléphonique auprès de services de prévention internes et externes en région wallonne. Sur 11 services contactés, six, dont un interne et cinq externes, ont déjà été confrontés à cette problématique. Les médecins du travail n'ayant jamais été confrontés à ce genre de drame n'excluent pas leur existence mais précisent qu'ils n'en n'ont jamais été informés personnellement.
Les répondants ont expliqué qu'ils étaient plus souvent confrontés à des tentatives de suicide que des suicides.
Sur plus ou moins 19 suicides/tentatives de suicide évoqués par nos interlocuteurs, nous comptons 14 hommes et 5 femmes.
Les personnes qui passent à l'acte ont entre 30 et 50 ans et ont, en général, plusieurs années d'ancienneté dans l'entreprise. La méthode la plus souvent utilisée est la pendaison. Les deux principaux lieux de passage à l'acte sont le lieu de travail et le domicile de la personne.
Les raisons du passage à l'acte sont très souvent multifactorielles : problèmes familiaux (divorce) ou problèmes personnels d'ordre psychologiques ou psychiatriques (dépression, alcoolisme) associés à des problèmes au travail.

Ces résultats ont bien sûr un caractère exploratoire et je souhaite donc approfondir cette thématique dans le cadre de mon mémoire. Pour ce faire, je vous propose un questionnaire composé de deux parties (voir ci-dessous), qui me permettra de récolter vos perceptions, vos ressentis et vos possibles réactions face à cette thématique délicate. Cela m'aidera à améliorer, si nécessaire, les dispositifs mis en place pour vous accompagner dans la gestion d'une telle situation de crise.

Première partie

1*)* Etes-vous un employé de l'entreprise ou êtes-vous un prestataire de service extérieur?

☐ Interne ☐ Externe

2) Avez-vous déjà été confronté à un suicide en lien avec le travail pendant votre carrière ?

☐ Oui, une fois ☐ Oui, plusieurs fois ☐ Non, jamais

3) Avez-vous déjà été confronté à une tentative de suicide en lien avec le travail pendant votre carrière ?

☐ Oui, une fois ☐ Oui, plusieurs fois ☐ Non, jamais

4) **Si non, passez directement à la question n°13**.

5) Si oui, le suicide est-il survenu :

- au cours de l'année 2013 ? OUI / NON
- au cours des quatre années précédentes (depuis 2009)? OUI / NON

6) Si oui, la tentative de suicide est-elle survenue :

- au cours de l'année 2013 ? OUI / NON
- au cours des quatre années précédentes (depuis 2009)? OUI / NON

7) Avez-vous été alerté par la présence de signes avant-coureurs ? Si oui, quels étaient-ils ?

……
……
……
……
……

8) Avez-vous été informé après le passage à l'acte ?

……
……
……

9) D'après les informations récoltées, la cause de la tentative ou du suicide était-elle uni-factorielle ou multifactorielle ? Pouvez-vous nous les (l') énoncer ?

……
……
……
……
……
……

10) Quelles ont été vos réactions, formelles et informelles, envers les autres employés, les supérieurs, l'entourage de la personne étant passée à l'acte etc., en apprenant le drame ?

……
……
……
……
……
……

11) Quels dispositifs ont été mis en place par l'entreprise après avoir été informée de la tentative/du suicide de l'employé ?

……
……
……

12) Quel a été l'impact du drame sur votre santé psychique et physique ? (Voir annexe 1)

……
……

……

Rendez-vous à la deuxième partie.
Les 3 questions suivantes concernent les professionnels qui n'ont jamais été confrontés à des suicides ou des tentatives de suicide en lien avec le travail.

13) Existe-t-il des procédures dans votre entreprise pour gérer ce type de situation de crise ? Si oui, quelles sont-elles ?

……
……
……
……
……
……

14) En cas de tentative ou de suicide en lien avec le travail, à qui pouvez-vous en référer ?

…….....
…….....
…….....

15) Selon vous, par qui seriez-vous informé d'un tel drame ? (Collègue, cadre, employeur, conseiller en prévention, délégué syndical etc.) ?

……
…….....

Deuxième partie

1) Selon vous, quelles sont les raisons/éléments, dans une situation de travail, qui peuvent pousser un travailleur à passer à l'acte ? (Voir annexe 2)

……
……
……
……

2) D'après vous, comment se comporte une personne qui nourrit des idées suicidaires ?

……
……
……
……

3) A quel point vous sentez-vous compétent lorsque vous êtes confronté à une personne que vous considérez « à risque » ?

☐ Pas du tout compétent ☐ peu compétent ☐ compétent ☐ assez compétent ☐ entièrement compétent

4) Quelles ont été, ou quelles seraient vos réactions face à un sujet que vous identifiez comme étant « à risque » ? (Intervention pluridisciplinaire, intervention personnelle etc.)

……
……
……
……

5) Quel est votre niveau de connaissances concernant le suicide au travail ?

☐ Aucun ☐ faible ☐ normal ☐ élevé ☐ très élevé

Je vous remercie pour votre participation,

Bérangère Balbourg

Université de Liège

Annexe 1 du questionnaire

Symptômes	***Santé psychique***
Anxiété	
Agressivité	
Irritation	
Colère envers soi-même	
Colère envers l'entreprise	
Culpabilité	
Angoisse	
Tristesse	
Désarroi	
Perte d'intérêt	
Perte de plaisir	
Morosité	
Ruminations	
Indécisions	
Difficultés de concentration	

Symptômes	***Santé physique***
Hypersomnie	
Insomnie	
Perte d'appétit	
Gain d'appétit	
Absentéisme	
Perte de poids	
Gain de poids	
Agitation	
Ralentissement psychomoteur	

Maux de tête	
Douleurs somatiques	

Annexe 2 du questionnaire

Selon votre expérience, pourriez-vous évaluer le rôle de chacune des variables ci-dessous dans le passage à l'acte.

	0 *pas de rôle*	1	2	3	4 *rôle premier*
Charge de travail					
Contrôle sur le travail					
Reconnaissance au travail					
Coopération entre collègues					
Justice organisationnelle					
Cohérence des valeurs					
Communication					
Supervision					
Développement des compétences					
Problèmes personnels					
Problèmes familiaux					

0 = pas de rôle
1 = faible rôle
2 = rôle moyen
3 = rôle important
4 = rôle premier