

Comprendre et prévenir
le risque suicidaire
dans le secteur
professionnel de la santé — Livret 1



Comprendre
le phénomène

Préambule

Ce guide est le fruit d'une recherche commandée par la **Fédération Hospitalière de France** dans le cadre d'un appel à projets portant sur la compréhension, les modalités de prévention et de réaction face au risque suicidaire. Le travail a été réalisé par une équipe interdisciplinaire issue de différents laboratoires de recherche des Universités de Nîmes et d'Aix-Marseille. Composée de Maîtres de Conférences en Psychologie Clinique appartenant à l'**UPR APSY (Unîmes)**, de designers-chercheurs de l'**UPR PROJEKT (Unîmes)** et un Professeur des universités en Psychologie sociale relevant du **LPS (AMU)**, cette équipe a été réunie et coordonnée par un Maître de Conférences en sciences du management de l'**UPR CHROME (Unîmes)**.

Précisons que ce travail n'est pas prescriptif. Il propose un ensemble d'outils et de retours d'expériences qui doivent vous permettre de construire votre propre procédure au niveau local.

D'un point de vue méthodologique, ce travail s'appuie à la fois sur un important travail bibliographique, mais également sur une étude qualitative reposant sur la conduite d'entretiens d'experts menés avec des personnels et cadres hospitaliers ayant été confrontés directement à la gestion de phénomènes suicidaires.

Les résultats présentés ici reposent donc sur une revue de littérature illustrée par un ensemble de verbatims issus d'expériences de terrain.

Le livrable final du projet comporte trois livrets ainsi que deux posters qu'il est respectivement possible d'imprimer au format A4 et A3.

— Le premier livret vise à permettre au lecteur de mieux comprendre les ressorts du phénomène suicidaire dans les hôpitaux publics français en présentant notamment les processus et les principaux facteurs de risque individuels et organisationnels.

— Le second livret, en abordant quelques idées reçues sur l'identification et la gestion du risque, porte à la connaissance du lecteur les principaux moyens de détection et de prévention du risque suicidaire.

— Le troisième livret, destiné plus spécifiquement aux cadres et responsables hospitaliers, aborde la gestion de crise et propose un ensemble de recommandations d'actions à mener face à un suicide ou une tentative de suicide sur le lieu de travail.

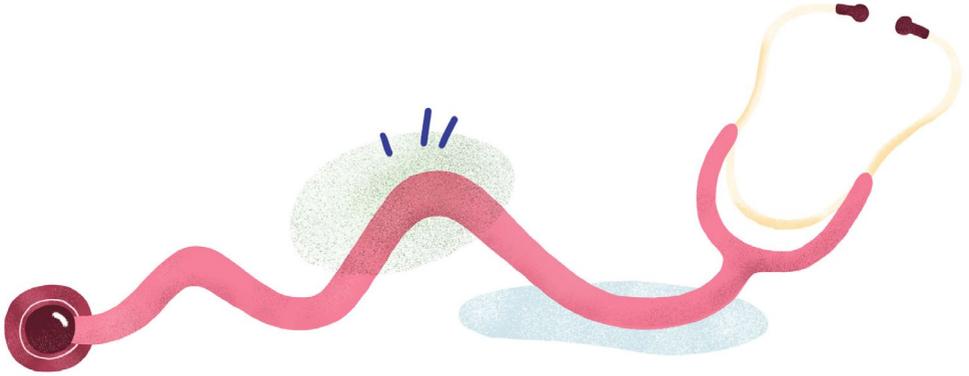
Les deux posters synthétisent quant à eux les principaux éléments présents dans les livrets 1 et 2 afin de permettre de porter les outils de prévention à la connaissance du plus grand nombre.

Qu'est-ce que c'est ?

Table des matières

Approche générale du « risque suicidaire »	— p.4
Prévalence du risque suicidaire dans un contexte professionnel	— p.6
Facteurs de risque généraux	— p.8
Facteurs de risque individuels	— p.8
Facteurs de risque liés aux conditions de travail	— p.12
Le contrat psychologique	— p.14
Le stress professionnel des professionnels de santé	— p.16
L'enjeu de la saine gestion du stress : « stratégies de coping »	— p.18
Des facteurs organisationnels de stress	— p.21
Bibliographie	— p.25

Qu'est-ce que c'est ?



Approche générale du « risque suicidaire »

Si le mot suicide est aujourd'hui intégré dans le langage courant et est connu de tous, le phénomène suicidaire reste complexe, notamment par ses différentes formes d'expression.

L'acte suicidaire peut se définir comme l'expression d'une volonté délibérée de mettre fin à ses jours (Pommereau, 2001). Même si c'est généralement l'intention de mourir qui motive le passage à l'acte, l'issue peut ne pas être fatale, conduisant à la distinction entre la tentative de suicide et le suicide. Communément, la tentative de suicide peut se définir comme un acte intentionnel visant à mettre fin à ses jours, et qui pourrait conduire à la

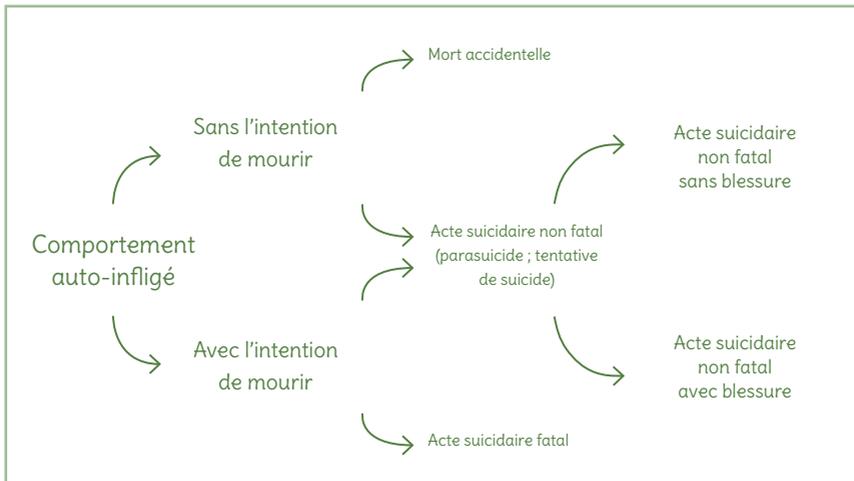
mort ou à des blessures graves, mais dont l'issue n'est pas fatale. Le suicide quant à lui se distingue de la définition précédente par son issue fatale. Pourtant, pour certains auteurs, tentative de suicide et suicide recouvrent deux entités bien distinctes possédant des caractéristiques propres (Vallée, 2008). Le sens des passages à l'acte suicidaire peut être variable, ils peuvent exprimer un désir de mort, un désir de vivre, mais aussi un désir d'attention ou encore un désir de ressentir son corps, d'appréhender ses limites. Autant d'éléments qui rendent complexe de définir avec précision les contours du phénomène suicidaire. Ces multiples configurations ont conduit

à l'émergence d'un autre terme, le parasuicide, pour rendre compte de comportements suicidaires avec une faible intention de mourir (De Leo et al., 2006). Ces auteurs proposent de concevoir le phénomène suicidaire en prenant en considération de multiples indicateurs (p.ex., le résultat, la létalité du comportement, le moyen utilisé, l'intention suicidaire ; Cf Figure 1).

S'ajoute à cela la notion d'idées suicidaires, faisant référence à des idées de mort volontaire, pouvant être plus ou moins construites et plus ou moins détaillées. Ces dernières peuvent être présentes, parfois durant des mois, sans pour autant conduire à un

passage à l'acte, mais elles peuvent aussi précipiter un passage à l'acte, ou encore persister bien après une tentative de suicide (Granier, 2006). La sévérité de l'idéation suicidaire varie notamment selon l'intentionnalité suicidaire et la programmation du comportement suicidaire.

Figure 1 : Adaptation du phénomène suicidaire proposé par De Leo et al., (2006).



Au vu des liens étroits existant entre les idées et le comportement suicidaire, différents indices sont nécessaires à explorer comme par exemple l'intensité du désir de mourir, notamment en comparaison avec l'envie de vivre, l'attitude de la personne à l'égard de ses idées suicidaires, ou encore le niveau de construction des pensées (ex. préparatifs, scénarios) (Beck et al., 1979).

En France,
comme dans
beaucoup
de pays
industrialisés,
le suicide est la
troisième cause
de mortalité.

Prévalence du risque suicidaire dans un contexte professionnel

Le suicide touche toutes les cultures, tous les pays, et toutes les tranches d'âge. Sur le plan mondial, près de 800 000 personnes se suicident chaque année (OMS, 2019). En France, comme dans beaucoup de pays industrialisés, le suicide est la troisième cause de mortalité. A l'heure actuelle, il existe un nombre restreint de recensements mesurant le nombre de suicides enregistrés sur les lieux de travail, et cela est encore plus vrai en France. Selon l'Organisme National du Suicide (ONS, 2014), entre 1976 et 2002, le taux standardisé de mortalité par suicide pour les salariés est estimé à 25,1 pour 100 000. En outre, si nous disposons de très peu de données sur le suicide, ces dernières sont encore plus minoritaires concernant les tentatives de suicide au travail, et encore moins, sur la proportion d'idées suicidaires. En France, en 2002, est initié le programme de surveillance Cosmop (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession), dont l'objectif principal est justement de permettre le recensement du nombre de décès par suicide en France en fonction de l'activité professionnelle. Ce programme rend compte du fait que le domaine de la santé et de l'action sociale est le secteur le plus touché.

La littérature internationale rend compte du taux élevé de suicide chez

Il apparaît que les premières idéations suicidaires semblent débuter dès les études de médecine, ces dernières touchant 11% des étudiants en médecine.

les professionnels de soins, et plus spécifiquement des infirmiers (Alderson et al., 2015) et des médecins (voir la méta-analyse de Schernhammer & Colditz, 2004). Cette méta-analyse met en évidence que si le taux de suicide des médecins hommes est 40% plus élevé en comparaison à la population générale, il est 130% fois plus marqué chez les médecins femmes. Cette sur-représentation du suicide chez les femmes contraste avec les données généraliste sur le suicide en fonction du genre qui font état d'un taux de suicide quatre fois plus élevé chez l'homme que chez la femme, ces derniers privilégiant des moyens avec un plus haut degré de létalité, tels que les armes à feu. Par contre, les femmes ont deux fois plus de risque de réaliser une tentative de suicide que les hommes (Joiner, 2005). Cette sur-représentation des suicides au travail chez les femmes dans le secteur de la santé peut s'expliquer par des difficultés à trouver un équilibre entre vie privée et familiale et leur avancement de carrière (Bower et al., 1995). Il apparaît que les premières idéations suicidaires

semblent débuter dès les études de médecine, ces dernières touchant 11% des étudiants en médecine (voir la méta-analyse de Rotenstein et al., 2016). Certaines spécialités de la médecine sont plus touchées que d'autres, c'est notamment le cas de la psychiatrie. Un élément explicatif à cela étant que c'est la spécialité dans laquelle les professionnels sont les plus confrontés au suicide de leurs patients (Fothergill et al., 2004 ; Rössler, 2012). En ce qui concerne spécifiquement la France, depuis une dizaine d'années, le suicide chez les professionnels hospitaliers fait l'objet d'un attrait médiatique particulièrement conséquent. Pourtant, nous ne disposons que de très peu de données statistiques rendant compte de la prévalence du suicide chez les professionnels de soin dans les hôpitaux français. Une enquête menée par l'Association Soins aux Professionnels de Santé (2017) montre qu'un quart des professionnels de soins français déclare avoir déjà eu des idées suicidaires en lien avec leur travail. Ils sont plus de 40% à déclarer connaître au moins un confrère

qui a fait une tentative de suicide, et plus de la moitié d'entre eux considèrent que le suicide d'un professionnel de santé peut favoriser les comportements suicidaires de ses collègues.

Au-delà de le quantifier difficilement, le suicide des professionnels hospitaliers est également difficile à appréhender dans sa globalité, de par son caractère plurifactoriel. En effet, il est réducteur d'imputer de manière exclusive ces comportements suicidaires au travail, et notamment à des conditions de travail dégradées ou encore à des modes de gestion particulièrement délétères (ONS, 2020). Mais dans le même ordre d'idées, lorsqu'un comportement suicidaire survient sur le lieu de travail et/ou se répète chez des personnels appartenant à un même établissement ou à un même secteur d'activité, il est également réducteur de les imputer de manière exclusive à des caractéristiques individuelles, et cela d'autant plus quand dans certains cas, les organisations du travail et les méthodes de management sont clairement incriminées dans les lettres d'adieu laissées par les victimes et/ou dans les témoignages de proches (Bah et al., 2019).

Facteurs de risque généraux

De manière générale, le suicide est appréhendé comme un comportement ayant une étiologie plurifactorielle, et dépendant de facteurs de risque et de protection. Les facteurs de risque du risque suicidaire sont les facteurs qui augmentent la probabilité qu'un individu s'engage dans un comportement suicidaire. Les facteurs de protection correspondent quant à eux aux facteurs qui diminuent la probabilité qu'un individu s'engage dans un comportement suicidaire (OMS, 2014). Concernant spécifiquement le suicide au travail, il peut être appréhendé comme étant le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs individuels, les conditions de travail et l'intensité du stress professionnel.

Facteurs de risque individuels

Quelque soit la profession, la littérature sur les facteurs de risque individuels du risque suicidaire identifie différents facteurs tels que le genre, le suicide étant plus élevé chez l'homme que chez la

femme, même si les femmes ont deux fois plus de risque de réaliser une tentative de suicide que les hommes (Joiner, 2005). Il en est de même de l'âge, le suicide croît progressivement avec l'âge, et de manière

« Jusqu'au passage à l'acte, il a toujours eu le même comportement : discret, qui rase les murs, qui se plaint de sa situation. Il n'a rien fait d'inhabituel. »



plus marquée chez l'homme (OMS, 2003), ou du fait d'avoir un faible niveau d'éducation (Le Clainche & Courtet, 2016). Certains traits de personnalité, tels que le perfectionnisme, attirant l'attention de la personne sur ses défauts ou échecs plutôt que sur ses ressources ou réussites, ou encore l'impulsivité, majorent le risque de s'engager dans un comportement suicidaire (Abbar, 2001 ; Hewitt et al., 2006). Les antécédents personnels de tentatives de suicide constituent également un facteur de risque important (Gunnell & Frankel, 1994 ; Brown et al., 2000), tout comme les antécédents familiaux de suicide

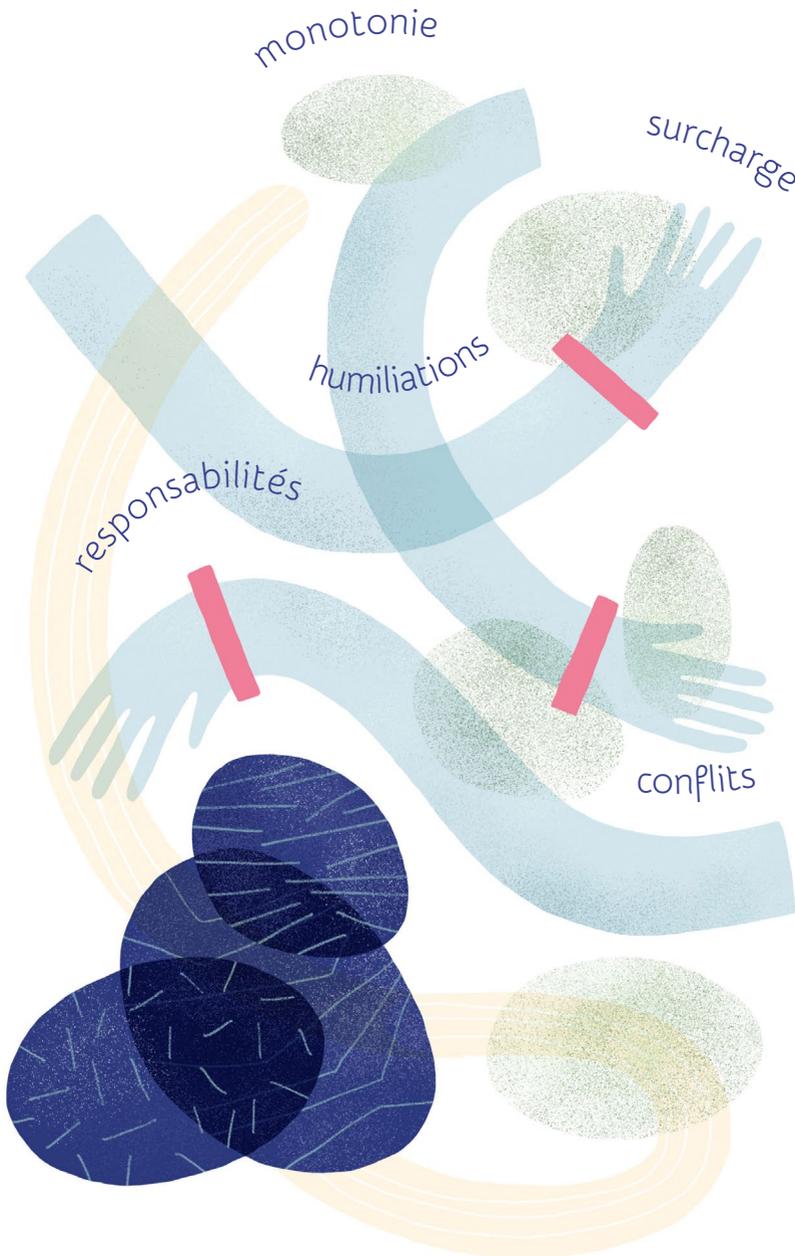
(Walter, 2003). Les traumas précoces dans l'enfance, notamment la présence d'abus sexuels et/ou physiques sont également des facteurs de risque (Boudewyn & Liem, 1995 ; Briere & Runtz, 1990), tout comme plus largement tous les événements de vie stressants, tels que le deuil, les problèmes conjugaux, les relations intrafamiliales, la perte d'emploi ou encore les problèmes financiers (Bertolote et al. 2003 ; Hawton et al., 2003). La présence d'un trouble psychiatrique, et plus particulièrement d'un trouble de l'humeur (Khasakhala et al., 2011 ; Le Clainche & Courtet, 2016), ou encore la présence d'une

maladie physique, notamment d'une affection chronique, majore également le risque de s'engager dans un comportement suicidaire (Walter, 2003). Ce risque est d'autant plus marqué lorsque cette maladie est hyperalgique, fonctionnellement handicapante ou incurable.

Au-delà de ces facteurs de risque "généralistes" certains facteurs de risque spécifiques aux professionnels de santé ont également été identifiés. Leur risque suicidaire peut être en partie mis en lien avec leur accès facilité à des substances létales, et donc l'utilisation fréquente de ces substances à des fins suicidaires (Malmberg et al., 1996 ; Wasserman, 1992). Ainsi que par un plus grand recours à l'automédication, et une plus grande difficulté à demander de l'aide (Bedeian, 1982). En outre, les

soignants sont fréquemment exposés à des événements traumatogènes (ex. agressions, insultes, décès), ces derniers étant fortement associés au suicide (Boscarino, 2006). Un article traitant des médecins américains ajoute qu'un autre facteur majorant le risque des médecins est le fait qu'ils sont fréquemment exposés à beaucoup d'émotions négatives dans le cadre de leur travail, notamment un fort sentiment d'échec et de frustration lorsque la maladie d'un patient progresse, un sentiment d'impuissance face à certaines maladies, ou encore à la peur d'eux-mêmes tomber malade (Meier et al., 2001). Lorsque ces émotions sont trop fréquentes et/ou trop intenses, elles peuvent contribuer à l'expression d'une importante détresse, voire à des comportements suicidaires.

Leur risque suicidaire peut être en partie mis en lien avec leur accès facilité à des substances létales, et donc l'utilisation fréquente de ces substances à des fins suicidaires.



Facteurs de risque liés aux conditions de travail

Les facteurs de risque spécifiques au contexte professionnel se centrent essentiellement sur les conditions de travail et l'organisation du travail. Ces derniers peuvent être délétères pour la santé mentale et ainsi accroître le risque suicidaire. Les principaux facteurs de risque identifiés étant les fortes contraintes, les faibles latitudes de décisions, les conflits, les surcharges ou encore la non reconnaissance du travail (Bonde, 2008 ; Stansfeld & Candy, 2006).

En outre, il apparaît que les personnes qui se sont suicidées faisaient face à une plus grande monotonie au travail, et avaient plus de responsabilités, que les individus n'ayant pas fait de passage à l'acte (Schneider et al., 2011). S'ajoute à ces données le fait que, parmi les personnes qui ont réalisé une tentative de suicide, près d'une personne sur deux a déclaré avoir une surcharge de travail, une personne sur trois a fait état de conflits avec sa hiérarchie, et une personne sur quatre a déclaré être victime de menaces et d'humiliations au travail (François et al., 2011). Une étude réalisée auprès de médecins du travail français a mis en évidence que près de la moitié des personnes suicidées auraient déclaré, avant leur passage à l'acte, rencontrer des difficultés professionnelles importantes (ex. sentiment d'incompétence

professionnelle, charge de travail élevée) (Gournay et al., 2004). En outre, lorsque les relations interpersonnelles au travail sont altérées (ex. conflits, discrimination), elles peuvent également majorer le risque suicidaire (Dejours & Bègue, 2009), et ce risque apparaît d'autant plus marqué lorsqu'elles conduisent à un fort sentiment d'isolement et de solitude au travail (Lhuillier, 2009).

Les principaux facteurs de risque identifiés étant les fortes contraintes, les faibles latitudes de décisions, les conflits, les surcharges ou encore la non reconnaissance du travail.

Retours d'expériences

« Et en plus il l'a fait en milieu professionnel, ça veut dire qu'on a l'impression que c'est lié à ses conditions. S'il l'a fait à l'hôpital c'est que quelque part les conditions n'étaient pas toutes bien pour qu'il puisse s'épanouir dans cet hôpital. Alors que ce n'est réellement pas le cas. Il a choisi cet endroit [pour se suicider] comme il aurait pu choisir chez lui. »



« Il y avait une forte tension liée à la désertification médicale et au report de nombreux patients sur l'hôpital. On n'avait que trois radiologues qui travaillaient beaucoup pour faire face à cette demande. »

Les facteurs organisationnels constituent également un élément décisif des passages à l'acte suicidaires.

Il est essentiel de relever que le risque suicide est d'autant plus fort chez les individus ayant une conscience professionnelle et une implication au travail élevées, ce qui vient rendre compte des interactions entre facteurs individuels et contexte professionnel. En effet, dans le cadre spécifiquement du suicide au travail, les facteurs organisationnels viennent interagir avec les facteurs individuels (Bartram & Baldwin, 2010 ; Stack, 2001). Plus précisément, dans leur revue de la littérature, Bartram et Baldwin (2010) ont mis en évidence que le risque suicidaire des vétérinaires ne peut être compris que par les interactions existantes entre variables organisationnelles (ex. fortes contraintes), caractéristiques individuelles (ex. certains traits de personnalité, troubles psychiatriques) et l'accès à des moyens létaux.

Le contrat psychologique

Dans l'étude des causes organisationnelles du phénomène suicidaire, l'approche par le contrat psychologique semble pertinente, du moins dans la perspective de Rousseau (1995, 1990) en cela qu'elle l'aborde du point de vue du lien individuel existant entre un employé et son employeur. En effet, le suicide étant un acte individuel, l'étude de variables organisationnelles concourant au phénomène n'a de sens que dans cette perspective. Renouvelant l'approche du lien entre l'individu et son organisation, cette approche théorique part du principe que les relations entre l'individu et l'organisation font l'objet d'un contrat défini comme « la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques » (Rousseau, 1989, p.123). Or, dans un contexte où l'engagement affectif des

agents est important, la violation du contrat psychologique risque de plonger l'agent dans une situation de dissonance cognitive aux effets potentiellement dévastateurs notamment en générant du stress au travail (Moreira & Prolongeau, 2009).

Dans le secteur public, « le nouveau contrat psychologique doit être compris comme élément constitutif du New Public Management » (Lemire et Martel, 2007 : 116). En effet, il procède de l'hypothèse selon laquelle un contrat psychologique différent existe dans le service public car les valeurs et la motivation de service public (Perry & Wise, 1990) prennent le pas sur la recherche de bénéfices personnels (Vandenabeele, 2008). Rossano et al. (2015) expliquent que c'est alors la dimension intrinsèque et relationnelle du contrat psychologique, relative au travail en tant que tel qui devient fondamentale pour l'agent. Dès lors, les réformes qui impliquent une raréfaction des moyens et par voie de conséquence, des changements organisationnels et une baisse potentielle de la qualité du service rendu sont susceptibles de violer le contrat psychologique des agents du service public. Plus exactement, les auteurs expliquent (p. 70) qu'« on passe alors de la rupture, c'est-à-dire du non-respect des promesses et obligations à la violation, c'est-à-dire à un ensemble d'émotions négatives des agents [...]

qui se sentent trahis dans leurs valeurs professionnelles avec le sentiment que l'exercice de leur travail est désormais entravé ». C'est notamment la perception de la baisse de qualité des soins et de conditions de travail dégradées cumulées au sentiment évoqué par Rössler (2012) selon lequel les impératifs économiques prennent le pas sur les valeurs médicales qui participent alors à ce contexte de violation du contrat et génèrent de très fortes émotions négatives telles que décrites par Guerrero et Naulleau (2016). Ces émotions négatives sont d'autant plus importantes qu'elles modifient la perception des contraintes imposées par l'environnement (Merle, 2010). Or, c'est cette altération de la perception des contraintes et, de façon concomitante, celle des capacités de l'individu à y faire face qui est génératrice de stress, accroissant ainsi le risque suicidaire. Plus largement, la violation d'un contrat psychologique diminue la loyauté organisationnelle (Guerrero, 2004), l'engagement affectif vis-à-vis de l'organisation, la satisfaction au travail (Robinson & Rousseau, 1994) et génère mal-être et épuisement professionnel (Morrison & Robinson, 1997). Or, comme le souligne l'ONS dans son rapport de juin 2020, les personnes exposées aux Risques Psycho-Sociaux déclarent deux fois plus souvent des pensées suicidaires que la moyenne et notamment, en cas de conflits de valeurs.

Le stress professionnel des professionnels de santé

Les professionnels de santé au sens large sont identifiés dans la littérature internationale comme étant une population particulièrement soumise au stress professionnel (Centers for Disease Control and Prevention & National Institute for Occupational Safety and Health, 2008). Pour illustration, une étude française menée auprès de 166 soignants travaillant dans le service d'urgence d'un établissement public de santé français atteste du fait que 27,1% d'entre eux présentaient un épuisement professionnel, et 19,3% un burn-out.

Ce dernier était fortement associé à une importante insatisfaction liée au travail, à la peur de faire des erreurs, ou encore au fait d'avoir l'impression de manquer de temps pour effectuer les tâches (Durand et al., 2019). Le stress professionnel est défini comme la réaction émotionnelle, mentale et comportementale à des éléments de l'environnement de travail. Au sens large, le stress professionnel est la réaction du travailleur face à une situation menaçante liée à son travail (Spielberger et al., 2003).

Beaucoup de travaux internationaux sur le sujet ont ciblé spécifiquement les soignants et ont pu mettre en évidence différents stressseurs professionnels, se retrouvant notamment chez les

Au sens large, le stress professionnel est la réaction du travailleur face à une situation menaçante liée à son travail.

infirmiers, tels que la charge de travail élevée, les conflits avec les collègues et/ou les médecins, la relation avec les patients et leur famille, la confrontation à la souffrance et à la mort (Cavanagh, 1997 ; French et al., 2000), la confusion des rôles (Heim, 1991 ; Levert et al., 2000), les conflits éthiques et les contraintes organisationnelles (Heim, 1991). Les travaux internationaux ciblant spécifiquement les stressseurs professionnels des médecins ont quant à eux mis en évidence qu'ils étaient fortement exposés aux stressseurs suivants : une charge de travail conséquente, un manque de temps, un haut niveau de responsabilités (Cooper et al., 1989 ; Heim, 1991), d'importantes interférences entre travail

L'accomplissement de tâches « inhabituelles » est générateur de stress, et l'évolution constante de l'environnement de travail prédispose les médecins à des niveaux de stress élevés.



et vie personnelle (Cooper et al., 1989), des attentes parfois irréalistes des patients, de leur famille et de l'équipe, et leur contexte organisationnel et technologique, et les évolutions de ces derniers (Cavanagh, 1997 ; Rössler, 2012). Concernant ce dernier stressor, Hammer et ses collaborateurs (1986) identifient le stress organisationnel comme l'une des quatre grandes dimensions du stress professionnel chez les soignants travaillant dans les services d'urgences. S'ajoute à cela le fait que selon Rössler (2012), beaucoup de soignants considèrent que les objectifs économiques ont aujourd'hui la priorité sur les valeurs médicales en raison notamment d'impératifs administratifs -tels que le reporting ou le codage

T2A- qui s'ajoutent à leurs engagements cliniques. L'accomplissement de tâches « inhabituelles » est générateur de stress, et l'évolution constante de l'environnement de travail prédispose les médecins à des niveaux de stress élevés (Hughes et al., 2002). Il est important de relever que des spécificités ont été mises en évidence chez les médecins femmes dans une revue de la littérature internationale, mettant en avant que ces dernières se sentent plus discriminées et moins soutenues que les hommes, ce qui impacte leur santé mentale, et notamment leur risque de burn-out (Robinson, 2003).

Des travaux internationaux ont mis en évidence des liens entre stress

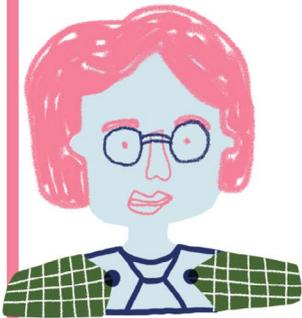
professionnels, burn-out et risque suicidaire chez les professionnels de santé (Pompili et al., 2006 ; Samuelsson et al., 1992), et cela de manière d'autant plus robuste chez les médecins (Balch et al., 2009 ; Gundersen, 2001). En effet, dans la population générale, les suicidants déclarent vivre plus d'évènements de vie stressants que les non-suicidants, et souffrent presque toujours de stress lié à leur environnement (problèmes sociaux, conjugaux, légaux, au travail, etc.) (Wilson et al., 1995). De manière générale, un événement jugé comme très stressant constitue un prédicteur fiable des idéations suicidaires (Thompson et al., 2012). Par ailleurs, l'accumulation des stressseurs du quotidien semble jouer un rôle central dans la détresse psychologique des individus (Kanner et al., 1981 ; Lazarus, 1984). Ces données conduisant à développer un modèle liant stress et conduites suicidaires et défendant l'idée selon laquelle les gestes suicidaires peuvent être compris comme le résultat d'une interaction entre une vulnérabilité spécifique de l'individu (ex. antécédents personnels et/ou familiaux de gestes suicidaires) et une exposition à un contexte stressant (ex. évènements de vie difficiles), qui viendraient déborder les ressources de l'individu (Lopez-Castroman et al., 2014).

L'enjeu de la saine gestion du stress : « stratégies de coping »

Les liens entre stress et suicide peuvent être également appréhendés en fonction de la manière dont les individus s'ajustent aux événements stressants qu'ils rencontrent, c'est-à-dire des stratégies de coping qu'ils mobilisent (Svensson et al., 2014 ; Zhang et al., 2012). Les stratégies de coping peuvent être définies comme des stratégies adaptatives, des efforts cognitifs et comportementaux, visant à faire face à une situation stressante. La littérature met en évidence que les conduites suicidaires s'expriment plus fréquemment chez les sujets privilégiant les stratégies d'évitement (D'Zurilla et al., 1998 ; Pienaar et al., 2007), et que ce même constat peut être fait dans les stratégies de coping mobilisées pour faire face au stress professionnel (Pienaar et al., 2007). Les stratégies de suppression, de blâme et de substitution sont significativement associées au risque de suicide (Horesh et al., 1996). A l'inverse, le coping d'approche, les stratégies de coping actives et constructives, et centrées sur le problème, apparaissent être des stratégies plus protectrices (Schaufeli & Enzmann, 1998 ; Cramer et al., 2019). En outre, les stratégies de minimisation et de distraction diminuent le risque suicidaire (Horesh et al., 1996). Les individus à risque suicidaire ont tendance à moins employer la stratégie

Retours d'expériences

« Il se plaignait, comme tous les médecins, de ne pas pouvoir assez opérer. »



« Il y a des facteurs professionnels qui favorisent ce risque et c'est à l'hôpital de les gérer. Par exemple, on a les tensions entre acteurs, les rapports hiérarchiques tendus, les phénomènes de harcèlement qu'il soit moral ou sexuel. »

de distraction (Josepho & Plutchik, 1994), et ils présentent un déficit dans l'emploi de stratégies de résolution de problème (Speckens & Hawton, 2005). En d'autres termes, les individus suicidaires ont du mal à minimiser l'importance d'un problème perçu ou d'un stressor, ainsi qu'à rechercher de nouvelles informations pour favoriser la résolution de problèmes (Horesh et al., 1996). Ainsi, la relation entre travail et suicide peut être comprise en appréhendant conjointement les facteurs individuel et le contexte professionnel, et plus particulièrement, le stress professionnel (Feskanich et al., 2002).

En d'autres termes,
les individus suicidaires
ont du mal à minimiser
l'importance d'un problème
perçu ou d'un stressor,
ainsi qu'à rechercher de
nouvelles informations pour
favoriser la résolution
de problèmes.

Des facteurs organisationnels de stress

Dans la mesure où « les facteurs organisationnels constituent un élément des passages à l'acte » (Albert in De la Vega, 2008 : 69), en cela qu'ils peuvent accroître significativement le stress et constituer un facteur de risque, il est nécessaire de considérer ces éléments dans le contexte hospitalier. En premier lieu, on peut considérer que l'introduction d'une forte logique managériale visant à réduire le déficit lié aux coûts de fonctionnement de l'hôpital (Georgescu, 2010) joue un rôle dans ce contexte.

Les grandes réformes que le système de santé a connues entre 2003 et 2016 ont profondément modifié l'hôpital public tant d'un point de vue structurel qu'en termes de logiques (Moisdon, 2010). En effet, en ayant pour objectif de le faire passer à une logique de résultats tout en remettant le patient au cœur du système dans une démarche de démocratie sanitaire (Proville, 2002 ; Routelous, 2008), l'hôpital a été changé en profondeur dans ses missions, son organisation et sa gestion. En outre, l'application du paradigme de l'action publique appelé communément "New Public Management" ou "Nouvelle Gestion Publique" s'est traduite par la mise en œuvre de processus de standardisation du travail, mais aussi par l'implémentation de

mécanismes d'évaluation qui impliquent un accroissement significatif de la pression qui s'exerce sur les personnels (Belorgey, 2010 ; Georgescu, 2012). De la même façon, les restrictions budgétaires intensifient la charge de travail des soignants (Baret, 2002), la tarification à l'activité s'accompagnant, au travers de ce que Detchessahar et Grevin (2009) appellent un « tournant gestionnaire », de la mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé (Domin, 2015) telles que le lean-management.

En parallèle de ce changement paradigmatique, il faut souligner le rôle important qu'a joué depuis 2002 la réduction du temps de travail hebdomadaire dans l'exposition au stress des personnels. L'étude de la DRESS de 2003 (p.91) relève un accroissement significatif de la charge de travail du fait du passage aux 35 heures de travail hebdomadaire. Puis, en 2004, la DRESS élargit et précise son analyse en expliquant que « l'intensification du travail et le stress qui en résulte s'expliquent par une durée des postes de travail raccourcie et donc une charge de travail plus lourde pour assurer le même volume de soins ou d'activité ; un absentéisme accru dû aux journées

de RTT à prendre qui induit une intensification du travail pour ceux qui restent ; des effectifs jugés généralement insuffisants étant donné la charge de travail ». Le turn-over et l'absentéisme provoquent alors des désorganisations importantes génératrices de stress (Estry-Béhar, 2008). La méta-analyse menée par Davey et al. en 2009 a d'ailleurs montré que parmi 70 variables ayant été étudiées entre 1986 et 2006 comme étant potentiellement à l'origine de l'accroissement de l'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, le stress -lié à l'épuisement professionnel / burn-out- est la plus prégnante et semble être directement corrélée avec à la fois,

(...) l'hôpital a été changé en profondeur dans ses missions, son organisation et sa gestion.

les spécificités des pratiques managériales et les pratiques de gestion des ressources humaines. En analysant l'impact des réformes sur le fonctionnement des hôpitaux, Noguera et Lartigau (2009) mettent en évidence le stress généré par la réduction progressive des marges de manœuvre des personnels. Molinié (2005 : 105) explique que cette augmentation du stress génère des « mécanismes de défense » des agents qui se « réfugient derrière les soins techniques avec moins de temps à consacrer aux soins relationnels ». Ce repli sur les soins techniques questionne à lui seul le lien qu'entretient alors l'individu avec son organisation.

Dans l'étude des causes organisationnelles du phénomène suicidaire, l'approche par le contrat psychologique semble pertinente, du moins dans la perspective de Rousseau (1995, 1990) en cela qu'elle l'aborde du



point de vue du lien individuel existant entre un employé et son employeur. En effet, le suicide étant un acte individuel, l'étude de variables organisationnelles concourant au phénomène n'a de sens que dans cette perspective. Cette approche théorique part du principe que les relations entre l'individu et l'organisation font l'objet d'un contrat défini comme « la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques » (Rousseau, 1989, p.123). Or, dans un contexte où l'engagement affectif des agents est important, la violation du contrat psychologique risque de plonger l'agent dans une situation de dissonance cognitive aux effets potentiellement dévastateurs notamment en générant du stress au travail (Moreira & Prolongeau, 2009).

Dans le secteur public, « le nouveau contrat psychologique doit être compris comme élément constitutif du New Public Management » (Lemire et Martel, 2007 : 116). En effet, il procède de l'hypothèse selon laquelle un contrat psychologique différent existe dans le service public car les valeurs et la motivation de service public (Perry & Wise, 1990) prennent le pas sur la recherche de bénéfices

personnels (Vandenabeele, 2008). Rossano et al. (2015) expliquent que c'est alors la dimension intrinsèque et relationnelle du contrat psychologique, relative au travail en tant que tel qui devient fondamentale pour l'agent. Dès lors, les réformes qui impliquent une raréfaction des moyens et par voie de conséquence, des changements organisationnels et une baisse potentielle de la qualité du service rendu sont susceptibles de menacer le contrat psychologique des agents du service public. Plus exactement, les auteurs expliquent (p. 70) qu'« on passe alors de la rupture, c'est-à-dire du non-respect des promesses et obligations à la violation, c'est-à-dire à un ensemble d'émotions négatives des agents [...] qui se sentent trahis dans leurs valeurs professionnelles avec le sentiment que l'exercice de leur travail est désormais entravé ». C'est notamment la perception de la baisse de qualité des soins et de conditions de travail dégradées cumulées au sentiment évoqué par Rössler (2012) selon lequel les impératifs économiques prennent le pas sur les valeurs médicales qui participent alors à ce contexte de violation du contrat et génèrent de très fortes émotions négatives telles que décrites par Guerrero et Naulleau (2016). Ces émotions négatives sont d'autant plus importantes qu'elles modifient la perception des contraintes imposées par l'environnement (Merle, 2010). Or, c'est cette altération de la

perception des contraintes et, de façon concomitante, celle des capacités de l'individu à y faire face qui est génératrice de stress, accroissant ainsi le risque suicidaire. Plus largement, la violation d'un contrat psychologique diminue la loyauté organisationnelle (Guerrero, 2004), l'engagement affectif vis-à-vis de l'organisation, la satisfaction au travail (Robinson & Rousseau, 1994) et génère

mal-être et épuisement professionnel (Morrison & Robinson, 1997). Or, comme le souligne l'ONS dans son rapport de juin 2020, les personnes exposées aux Risques Psycho-Sociaux déclarent deux fois plus souvent des pensées suicidaires que la moyenne et notamment, en cas de conflits de valeurs faisant ainsi écho aux propos précédents.



« C'étaient plutôt des suicides réalisés en dehors du lieu de travail mais qui avaient tous un lien avec la pression subie à l'hôpital ces dernières années. »

« Tout le monde a fait état du fait qu'il était fatigué et qu'il subissait une pression intense en lien avec l'afflux de patients et la désertification médicale. »



Retours d'expériences

Bibliographie

- Abbar, M.** (2001). Approche pharmacologique des conduites suicidaires. In ANAES (2001). La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Montrouge, John Libbey Eurotext
- Albert, É., Bellinghausen, L., Collange, J., & Soula, M. C.** (2010). Mesurer le stress professionnel Measuring occupational stress. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 71, 130-138.
- Alderson, M., Parent-Rocheleau, X., & Mishara, B.** (2015). Critical review on suicide among nurses: What about work-related factors? Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 36(2), 91-101.
- Bah, P., Chaudat, D., & Gaillon, T.** (2019). Suicide au travail : les DRH face à la "conspiration du silence". The Conversation.
- Bah, T., & Gaillon, D.** (2016). Processus suicidaire des dirigeants de petites entreprises : état des lieux et mesures de prévention. Management Avenir, (3), 79-105.
- Balch, C. M., Freischlag, J. A., & Shanafelt, T. D.** (2009). Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. Archives of surgery, 144(4), 371-376.
- Baret, C.** (2002). Hôpital: le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. Sciences sociales et santé, 20(3), 75-107.
- Bartoli, A.** (2009). Management dans les organisations publiques, 3ème édition, Dunod, Paris.
- Bartram, D. J., & Baldwin, D. S.** (2010). Veterinary surgeons and suicide: a structured review of possible influences on increased risk. Veterinary Record, 166(13), 388-397.
- Beautrais, A.** (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 420-436.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G.** (1979). Cognitive therapy of depression. Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Bedeian, A. G.** (1982). Suicide and occupation: a review. Journal of Vocational Behavior, 21(2), 206-223.
- Belorgey, N.** (2010). L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public", La Découverte., Paris.
- Benallah, S., & Domin, J. P.** (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013?. Travail et emploi, (152), 5-31.
- Bertolote, J-M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D.** (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? British Journal of Psychiatry, 183, 382-383.

- Bonde, J. P. E.** (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine*, 65(7), 438-445.
- Boscarino, J. A.** (2006). External-cause mortality after psychologic trauma: the effects of stress exposure and predisposition. *Comprehensive psychiatry*, 47(6), 503-514.
- Boudewyn, A.C., Liem, J.H.** (1995). Psychological, interpersonal, and behavior correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychological Reports*, 77, (3, part 2), 1283-1297.
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F.** (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et management public*, 29(3), 541-561.
- Briere, J. & Runtz, M.** (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.
- Brown, G. K., Beck, A.T., Steer, R.A. & Grisham, J.R.** (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Bureau of Labor Statistics -BLS,** (2009). Occupational Suicides - Census of Fatal Occupational Injuries, Fact Sheet, www.bls.gov
- Cavanagh, S.** (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher*, 4(3), 5-16.
- Centers for Disease Control and Prevention, & National Institute for Occupational Safety and Health** (2008). Exposure to Stress. Occupational Hazards in Hospitals. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/default.html>
- Charlton, J.** (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. *International journal of epidemiology*, 24(Supplement_1), S45-S52.
- Cooper, C. L., Rout, U., & Faragher, B.** (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. 298, 5.
- Courtet, P., Jollant, F., Castelnau, D., Buresi, C. & Malafosse, A.** (2005). Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *American Journal of Medical Genetics*, 133, 25-33.
- Cramer, R. J., Ireland, J. L., Hartley, V., Long, M. M., Ireland, C. A., & Wilkins, T.** (2019). Coping, mental health, and subjective well-being among mental health staff working in secure forensic psychiatric settings: Results from a workplace health assessment. *Psychological Services*. Advance online publication.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham IV, E. J., & Faccini, L.** (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of clinical psychology*, 54(8), 1091-1107
- Davey, M.M., Cummings, G., Newburn-Cook, C.V., Lo, E.A.** (2009). Predictors of Nurse Absenteeism in Hospitals : a Systematic Review, *Journal of Nursing Management* 17, 312-330.

De la Vega Xavier, « Radiographie des suicides au travail », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 2008/9 (N°12), p. 28-28. DOI : 10.3917/gdsh.447.0028. URL : <https://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2008-9-page-28.htm>

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerhof, A.J.F.M., Bille-Brahe, U. (2006). Definition of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicenter

Dejours, C. (2002). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.

Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et travail: que faire?*. Paris: PUF

Detchessahar, M. & Grevin, A. (2009). « Un organisme de santé... malade de «gestionnisme», in *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, n° 4, pp. 27-37, ESKA.

Divay, S. (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'«absentéisme» dans un hôpital local. *Sociétés contemporaines*, (1), 87-109.

Domin, J. P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (17).

Donato, J. (2009). Une perception dégradée des conditions de travail. Épuisement, stress, risque d'erreurs... : malaise à l'hôpital, *Santé et travail* 66, 31-33.

Durand, A.-C., Bompard, C., Sportiello, J., Michelet, P., & Gentile, S. (2019). Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital : Prevalence and associated factors. *Work*, 63(1), 57-67. <https://doi.org/10.3233/WOR-192908>

DREES (2003). *Série Etudes ; La RTT dans les hôpitaux publics*, n° 35, p. 91, octobre

Estryn-Behar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'Ecole des Hautes études en santé publique.

Feskanich, D., Hastrup, J. L., Marshall, J. R., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Kawachi, I. (2002). Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2), 95-98.

Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 54-65. <https://doi.org/10.1177/0020764004040953>

François, S., Garré, J., Guiho-Bailly, M., François, A., Bertin, C., Bodin, J., Gohier, B. & Roquelaure, Y. (2011). Étude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés. *Santé Publique*, 23(2), 101-112. doi:10.3917/spub.112.0101.

French, S. E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 161-178.

- Georgescu, I.** (2010). La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français (Doctoral dissertation, Université Montpellier I).
- Gournay, M., Lanièce, F. & Kryvenac, I.** (2004). Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie. *Travailler*, 12(2), 91-98. doi:10.3917/trav.012.0091.
- Granier, E.** (2006). Idées noires et Tentatives de suicide. Paris: Odile Jacob.
- Gundersen, L.** (2001). Physician burnout. *Annals of internal medicine*, 135(2), 145-148.
- Guerrero, S.** (2004). Proposition d'un instrument de mesure du contrat psychologique: le PCI. *Revue de gestion des ressources humaines*, 53, 55-68.
- Guerrero, S., & Naulleau, M.** (2016). What's next after psychological contract violation?. *Relations industrielles/industrial relations*, 71(4), 639-659.
- Gunnell, D., Frankel, S.** (1994) Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Hammer, J. S., Mathews, J. J., Lyons, J. S., & Johnson, N. J.** (1986). Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of emergency medicine*, 15(5), 536-539.
- Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A.** (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33, 987-96.
- Hawton, K., Malmberg, A., & Simkin, S.** (2004). Suicide in doctors: A psychological autopsy study. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 1-4.
- Hawton, K., Simkin, S., Rue, J., Haw, C., Barbour, F., Clements, A. E. E. A., ... & Deeks, J.** (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological medicine*, 32(2), 239-250.
- Heim, E.** (1991). Job stressors and coping in health professions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55(2-4), 90-99.
- Hendrix W.H., Spencer B.A., Gibson, G.S.** (1994). Organizational and Extra Organizational Factors Affecting Stress, Employee Well-Being, and Absenteeism for Males and Females, *Journal of Business and Psychology* 9 (2), 103-128.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B. & Caelian, C.** (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide* (pp. 215- 235). Washington, DC: APA Books.
- Hjelmeland, H., & Bjerke, T.** (1996). Parasuicide in the county of Sør-Trøndelag, Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), 272-283.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L.** (1999). Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal suicidal behavior: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. *Archives of Suicide Research*, 5(4), 277-283.

- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., & Kotler, M.** (1996). Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(6), 489-493.
- Hughes, D., Burke, D., Hickie, I., Wilson, A., & Tobin, M.** (2002). Advanced training in adult psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 10(1), 6-10.
- Joiner, T.** (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge (MA): Harvard University
- Josepho, S. A., & Plutchik, R.** (1994). Stress, coping, and suicide risk in psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 48-57.
- Kagan, N. I., Kagan (Klein), H., & Watson, M. G.** (1995). Stress reduction in the workplace: The effectiveness of psychoeducational programs. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 71-78.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S.** (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(1), 1-39.
- Khasakhala, L., Sorsdahl, K.R., Harder, V.S., Williams, D.R., Stein, D.J. & Ndeti, D.M.** (2011). Lifetime mental disorders and suicidal behaviour in South Africa, *Afr J Psychiatry* 2011, 14:134-139.
- L'Association de Soins aux Professionnels de Santé.** (2017). Enquête « Suicide et professionnels de santé ». <https://www.asso-sps.fr/%C3%A9tudes.html>
- L'Observatoire National du Suicide.** (2014). *Suicide. Etat des lieux de connaissances et perspectives de recherche. 1er Rapport.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/ladrees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-etperspectives-de-recherche-1er>
- L'Observatoire National du Suicide.** (2020). *Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4ème Rapport, Juin 2020.* <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274654.pdf>
- Lauer, S.** (2007). *Le deuil au coeur de Renault.* Le Monde du 2 février.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing.
- Le Clainche, C., & Courtet, P.** (2016). Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives.* 2e rapport, 115-153.
- Lemire, L., & Martel, G.** (2007). *L'approche systémique de la gestion des ressources humaines: le contrat psychologique des relations d'emploi dans les administrations publiques du XXIe siècle.* Presses de l'Université du Québec.
- Léon, C., Chan-Chee, C., Roscoät, E., et le groupe Baromètre de Santé publique France** (2017). *Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France.*

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 3-4 ; 38-47. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

Levert, T., Lucas, M., & Ortlepp, K. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a sense of coherence. *South African Journal of Psychology*, 30(2), 36-43.

Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions*, (1), 85-101.

Lhuilier, D. (2010). Les suicides en milieu de travail. In : Courtet P Dir. *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion. ; 2010. pp 219-223

Lopez-Castroman, J., Olié, E., & Courtet, P. (2014). Stress and vulnerability: a developing model for suicidal risk. In K. E. Cannon & T. J. Hudzik (Eds.), *Suicide: Phenomenology and neurobiology*

McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International journal of nursing studies*, 40(5), 555-565.

Malmberg, A. K., Hawton, K. E., Simkin, S., & Fagg, J. (1996). Psychological autopsy study of suicide in high risk occupational groups. *European Psychiatry*, 11, 289s.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior, *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.

Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Jama*, 286(23), 3007-3014.

Merle, K. (2010). Le contrat psychologique comme clé de compréhension du suicide au travail. *Humanisme et Entreprise*, (1), 41-58.

Moisdon, J. C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, (1), 213-226.

Molinié, E. (Ed.). (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Les éditions des journaux officiels.

Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Moreira, P., & Prolongeau, H. (2009). Travailler à en mourir: quand le monde de l'entreprise mène au suicide (p. 130). Paris : Flammarion.

Moron, P. (1994). Les fonctions suicidaires. *Psychological Medicine*, 26, 11, 1103-7.

Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of management Review*, 22(1), 226-256.

Noguera, F., & Lartigau, J. (2009). De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives. *Management Avenir*, (5), 290-314.

- Pegula, S. M.** (2004). An analysis of workplace suicides, 1992-2001. *Monthly Labor Review*, 1-5.
- Perry, J. L. & Wise, L. R.** (1990). « The motivational bases of public service », *Public administration review*, pp 367-373.
- Pienaar, J., Rothmann, S., & Van de Vijver, F. J. R.** (2007). Occupational Stress, Personality Traits, Coping Strategies, and Suicide Ideation in the South African Police Service. *Criminal Justice and Behavior*, 34(2), 246-258. <https://doi.org/10.1177/0093854806288708>
- Pierru, F.** (2007). *Hippocrate malade de ses réformes. Lectures, Les livres.*
- Pommereau, X.** (2001). *L'adolescent suicidaire.* Paris: Dunod.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R.** (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.
- Proville, S.** (2002). L'amélioration des droits des malades dans notre système de santé: vers une Démocratie sanitaire. *Bulletin juridique de la santé publique*, (47), 18-19.
- Richings, J. C., Khara, G. S., & McDowell, M.** (1986). Suicide in Young Doctors. *British Journal of Psychiatry*, 149(4), 475-478. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.4.475>
- Robinson, G. E.** (2003). Stresses on women physicians : Consequences and coping techniques. *Depression and Anxiety*, 17(3), 180-189. <https://doi.org/10.1002/da.10069>
- Robinson, S. L., & Rousseau, D. M.** (1994). Violating the psychological contract: Not the exception but the norm. *Journal of organizational behavior*, 15(3), 245-259.
- Rossano, M., Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C.** (2015). Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources. *Revue de gestion des ressources humaines*, (1), 58-77.
- Rössler, W.** (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(S2), 65-69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., ... & Mata, D. A.** (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
- Rousseau, D. M.** (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee responsibilities and rights journal*, 2(2), 121-139.
- Rousseau, D. M.** (1990). « New hire perceptions of their own and their employer's obligations : a study of psychological contracts », *Journal of Organizational Behavior*, vol 11 p 389-400.

- Rousseau, D.** (1995). Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements. Sage publications.
- Routelous, C.** (2008). La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales: sociologie d'un modèle participatif en médecine (Doctoral dissertation, École Nationale Supérieure des Mines de Paris).
- Samuelsson, M., & Åsberg, M.** (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D.** (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Boca Raton, Floride : CRC press.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A.** (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
- 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(2-3), 265-270.
- Spielberger, C. D., Vagg, P. R., & Wasala, C. F.** (2003). Occupational stress: Job pressures and lack of support. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 185-200). Washington, DC : American Psychological Association.
- Stack, S.** (2001). Occupation and suicide. *Social Science Quarterly*, 82(2), 384-396.
- Stansfeld, S., & Candy, B.** (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
- Stengel, E. & Cook, N.G.** (1958). Attempted suicide: its social significance and study. *Crisis*, 27, 1, 4-15.
- Svensson, T., et al.** (2014). Coping behaviors and suicide in the middle-aged and older Japanese general population: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Annals of epidemiology*, 24(3), 199-205.
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D.** (2011). Suicidal ideation in adolescence: examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 35 (1), 175-1986.
- Trentzsch-Joye, S.** (2011). Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail: une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan (Doctoral dissertation, Université Toulouse le Mirail-Toulouse II).
- Vallée, D.** (2008). Tentative de suicide et suicide, les tragédies de l'adolescence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 237-252.
- Vandenabeele, W.** (2008). Development of a public service motivation measurement scale: Corroborating and extending Perry's measurement instrument. *International public management journal*, 11(1), 143-167.

Walter, M. (2003). La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. *Adsp*, 45, 25-30.

Wasserman, I. M. (1992). Economy, work, occupation, and suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 520-539). New York, NY, US: Guilford Press.

Whitley, M. P., & Putzier, D. J. (1994). Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. *Journal of Nursing care quality*, 8(3), 43-51.

Wilson, K. Stelzer, J., & Bergman, J. (1995). Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 241-252.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

Yip, P. S., Chi, I., Chiu, H., Chi Wai, K., Conwell, Y., & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(11), 1056-1062.

Zhang, X., Wang, H., Xia, Y., Liu, X., & Jung, E. (2012). Stress, coping and suicide ideation in Chinese college students. *Journal of Adolescence*, 35(3), 683-690.



Sous la direction de Marc Olivaux, MCF en Sciences de Gestion et du Management



Équipe de recherche

Elodie Charbonnier, MCF, HDR en Psychologie Clinique et Psychopathologie

Lucile Montalescot, MCF en Psychologie Clinique de la Santé

Marine Royer, MCF en Design et Sciences sociales et Designer



Parution du guide en juin 2022
Entretiens menés en 2021

Design graphique et illustrations

Manon Ménard

Caractères typographiques

Delius dessiné par Natalia Raices

Clear Sans Regular, Italic et Bold
dessiné par Intel Corporation

