

AGIR COMME MÉDECIN DU TRAVAIL

FACE AUX SUICIDES PROFESSIONNELS

Dominique HUEZ, médecin du travail

En 2006, selon une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, ministère des affaires sociales) plus de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins. Le taux de suicide, s'il a baissé de 20% en 25 ans, a pourtant diminué trois fois moins vite que le taux des morts violentes. En outre depuis 2000, il a augmenté pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. Pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes, la deuxième pour les femmes. Le taux de suicide augmente avec l'âge plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande.

LE RÔLE DU TRAVAIL FORTEMENT SOUS ÉVALUÉ

Habituellement, on envisage un lien entre suicide et travail lorsque l'acte survient sur les lieux de travail et que l'auteur y laisse également une explication. Sur cette base, le nombre de cas, en France, s'élèverait à 500 suicides par an. Ce n'est pourtant que le sommet visible de l'iceberg d'un phénomène social majeur et sans visibilité. On sait également que la surmortalité par suicide pour la catégorie des ouvriers par rapport à celles des cadres supérieurs et professions libérales est passée d'un rapport de 2,3 (de 1979 à 1985) à 2,8 (de 1987 à 1993) aux dépens des ouvriers et employés.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a finalisé en 2009 un état des lieux des suicides pour lesquels elle a reçu une demande de reconnaissance comme accidents du travail, de janvier 2008 à juin 2009. Selon cette étude la CNAM a reçu 72 demandes, dont 39 ont été rejetées, 5 sont en cours d'examen et 28 ont donné lieu à une reconnaissance. Dans 85% des demandes reçues par la CNAM, les victimes étaient des hommes, essentiellement âgés de 40 à 57 ans et, dans plus d'un cas sur deux, le suicide est intervenu sur le lieu de travail.

Les transformations récentes du travail n'ont pas entraîné une dégradation générale de la santé au travail mais elles ont accru les inégalités et les risques. Les suicides en rapport avec le travail font écho à cette transformation de fond du travail. Il est fort probable que, pour un minimum de 25% des suicides des adultes en âge de travailler aujourd'hui en France, le travail soit effectivement l'élément explicatif

direct et essentiel. Cela reste à démontrer. Il nous faut donc, comme médecin du travail, investiguer le lien entre le travail, où nous passons les trois quarts de notre vie éveillée en situation professionnelle, et le suicide.

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES FACE AU SUICIDE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Schématiquement, les ressorts de la vie sont d'une part l'économie du désir dans des rapports à l'Autre (étranger au lien social et à la cité) et d'autre part l'économie du « Travailler » ; l'économie du désir ne concerne pas le médecin du travail professionnellement ; l'économie du « Travailler », du Faire ensemble s'exprime généralement dans le travail, mais aussi dans toutes les activités dans la Cité où chacun peut être reconnu pour sa « contribution ». L'effondrement de la dynamique de mobilisation psychique au travail, un « travailler » effondré, peut libérer la pulsion de mort. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

C'est cette Centralité là du travail que le médecin du travail doit penser avec les sujets dans les consultations, pour appréhender le risque de suicide professionnel. Les sujets qui mettent fin à leurs jours sont généralement ceux qui sont les plus mobilisés dans leur travail. Ils ont perdu la capacité de se désengager professionnellement pour prendre soin de leur santé. Or ces personnes ne laissent généralement rien paraître de la possibilité qu'ils auraient d'être envahis par la pulsion de mort. Le travail peut devenir pour elles activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, parfois la honte de devoir « travailler de cette façon ». Ils ne peuvent plus compter sur les collègues C'est la désolation provoquée par un « travailler du non sens », un sentiment de solitude extrême où l'alternative ne serait que dans la disparition hors de ce monde. Ce qui aggrave alors le risque suicidaire au sein d'une collectivité de travail est justement la fragilisation du collectif, du travailler ensemble, le repli sur des micro-coopérations. Parfois, la maltraitance stratégique fait basculer les salariés que l'entreprise juge « en trop ». Ce fait construit socialement peut rencontrer une trajectoire individuelle fragilisée. Le projet suicidaire imprévisible individuellement peut advenir. La multiplication des suicides résulte de l'expérience éprouvée individuellement du silence d'autrui. Le suicide en rapport avec le travail est principalement une pathologie de la solitude. Il n'y a plus d'adossement possible au collectif de travail.

L'absence de réaction collective après un suicide peut avoir des conséquences désastreuses. Le silence aggrave le sentiment d'impuissance, de résignation, voire de désespoir. Il est particulièrement grave si le suicide est un acte d'accusation indiquant que le travail est en cause dans l'issue fatale. Du point de vue psychopathologique, l'absence d'élucidation est une erreur pratique et déontologique. Tout médecin du travail, au décours d'un suicide, a besoin de ré-investiguer son propre regard sur le collectif de travail de cette personne, en termes de difficultés organisationnelles spécifiques et potentiellement délétères. Le rôle du médecin du travail est d'instruire d'éventuelles causes organisationnelles. S'il n'y a pas d'éléments d'évidence, invalidant tout rôle possible du travail dans le geste suicidaire, le médecin du travail pourra faire une offre de disponibilité pour s'entretenir avec la famille de la victime. L'objet en est de permettre à celle-ci d'avoir accès à des éléments de compréhension du côté d'éventuelles atteintes à la santé en rapport avec le travail préexistant au geste fatal. Il a aussi intérêt à ouvrir son cabinet aux collègues de travail de la victime qui voudraient trouver sens à ce qui est apparemment impensable.

Face à un suicide dans une collectivité professionnelle, le médecin du travail devrait pouvoir se poser deux questions :

- D'une part, dans le dossier médical de cette personne, y-a-t-il trace des éléments de fragilisation, mêmes ténus, de sa santé en rapport avec le travail ? En la matière, un médecin sait qu'il ne trouvera pas d'éléments de pathologie mentale très dégradés en rapport avec le travail, car, dans ce cas, il aurait agi plus tôt par tout acte de « préservation de la santé individuelle » qu'il aurait jugé approprié. La veille médicale peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, comme une éventuelle « alerte médicale de risque psychosocial ». La reconstitution compréhensive de la trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de la vie familiale et affective permet alors de mieux comprendre.
- D'autre part, dans les dossiers médicaux des autres membres de cette petite collectivité de travail, y-a-t-il des signaux d'alerte individuels dont le médecin du travail pense qu'ils ressortent des déterminants de l'organisation du travail ? Peut-être que le médecin du travail a construit un système de veille en santé mentale en rapport avec le travail dont il rapporte certaines de ses observations collectives dans des lieux appropriés comme les CHSCT ou CE, lors des rapports annuels ou dans les fiches d'entreprise.

LE MÉDICO-LÉGAL POUR DÉSINGULARISER ET DONNER ACTE DU RÔLE DU TRAVAIL

Pour les suicides sur les lieux de travail, la déclaration en accident du travail est de droit. Pour les autres situations, le plus aisé juridiquement est la déclaration en AT d'un événement initial, même apparemment peu grave vu de l'extérieur, qui peut avoir généré un stress post-traumatique responsable du geste suicidaire. Ce peut être un entretien d'évaluation qui se passe mal, une mise en cause irrespectueuse de

la contribution dans le travail, une maltraitance morale devant témoin, qui est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Dans ces cas, il n'est pas besoin de démontrer un lien direct et essentiel avec la santé, mais de caractériser précisément l'événement initial du côté du travail et de rendre compte de l'atteinte progressive ultérieure de la santé avec des certificats médicaux, même rétrospectifs, si l'atteinte à la santé a été constatée médicalement antérieurement. C'est généralement un état anxio-dépressif qui pourra médicalement être décrit.

Faute de déclaration en AT, c'est jusqu'à deux ans après le suicide que les ayants droits pourront déclarer en maladie professionnelle une atteinte à la santé mentale à l'origine du geste fatal, généralement une dépression professionnelle réactionnelle, dont on devra alors prouver le « lien direct et essentiel avec le travail ». Le médecin du travail pourra utilement rédiger un certificat médical de maladie professionnelle et le rapport d'analyse du lien santé-travail que lui demandera le CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) si les ayants droits font une telle déclaration de maladie professionnelle. Toutes les traces médicales attestant de ce lien à partir d'une investigation clinique, aussi bien par le médecin du travail que par le généraliste ou spécialiste seront des éléments de preuve. Si la veille médicale antérieurement pratiquée par le médecin du travail peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, ce point sera particulièrement important. Une éventuelle « alerte de risque psychosocial » tracée d'une façon ou d'une autre par le CHSCT sous forme de droit d'alerte, ou par le médecin du travail à travers un écrit professionnel antérieur individuel ou collectif sera aussi un élément déterminant.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Elles passent par le fait de rouvrir la capacité des travailleurs à penser le travail à partir de l'expérience qu'ils en ont dans ses formes actuelles. Cela passe aussi par ce qui peut recomposer le vivre ensemble, donc par la parole, la mise en délibération collective des difficultés de contribution des sujets au travail. Cela nécessite de rendre les salariés acteurs de la transformation, de remettre le travail réel au centre de la discussion, d'intégrer l'encadrement intermédiaire aux débats, de faire repartir la délibération spontanée

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ DEJOURS Chr. *Conjurer la violence : travail, violence et santé*, sous la direction de, Paris, Payot, 2007
- ♦ DEJOURS Chr., BÈGUE F., *Suicide et travail que faire ?*, Paris, PUF; 2009
- ♦ HUEZ D, *Une situation de décompensation psychopathologique collective aigüe dans un service de servitudes nucléaires de 75 personnes*, in Actes du Colloque International de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail tome I, CNAM, Laboratoire de Psychologie du travail éditeur, 4^e trimestre 1997, p 77-86
- ♦ HUEZ D., *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, Paris, Privé, 2008