

Nouvelles problématiques cliniques en psychopathologie du travail : les suicides liés au travail

Aujourd'hui bien connu du public, le suicide au travail reste un phénomène d'apparition relativement récente. En effet, avant les années 2000, les quelques cas répertoriés relevaient de secteurs et de situations professionnelles trop spécifiques (agriculteurs exploitants) pour que l'on puisse en évaluer avec rigueur la portée. De plus, les études épidémiologiques sur le sujet demeurent rares et peu conclusives (Observatoire National du Suicide, 2014 ; Lerouge, 2014). Les vagues de suicides dans plusieurs entreprises françaises de grande envergure, en 2007 puis en 2009 (Renault, France Télécom-Orange, La Poste, EDF, entre autres) ont constitué un tournant. Ces événements dramatiques ont propulsé le suicide sur le devant de la scène médiatique, contribuant au passage à en faire un problème incontournable pour une série d'acteurs dans le monde du travail. Dès l'apparition des premiers cas, psychiatres, psychologues, juristes, syndicalistes et chefs d'entreprise, parmi d'autres, ont opiné sur les motivations des suicidés, chacun mobilisant à son tour les arguments jugés plus convaincants.

Une des difficultés réside, en l'occurrence, dans le rôle qu'il convient d'accorder au travail dans la recherche des causes du suicide¹. À en croire les propos maladroits de certains chefs d'entreprise, le suicide résulterait d'une fragilité personnelle ou de difficultés affectives circonscrites à la sphère familiale. La part du travail dans la décompensation serait donc tout à fait contingente. Il est pourtant difficile d'exclure toute influence du travail lorsqu'un sujet se donne la mort sur les lieux de son activité professionnelle, parfois en présence de ses collègues. Lorsque des lettres, laissées par le défunt, indiquent que l'entreprise et l'organisation du travail constituent les sources premières de sa détresse. Lorsque l'acte suicidaire en passe par une dramaturgie peuplée d'éléments rappelant les gestes, les outils et les habillements professionnels. On ne peut s'empêcher de voir, dans les derniers choix du suicidé, une forme d'adresse à la communauté des vivants et tout particulièrement à la communauté de travail, destinataire privilégié d'un message ô combien accablant ! Contrairement à ce qu'estimait Durkheim ([1897] 2013), le suicide n'est pas un acte irrationnel, au-delà de la compréhension ni dépourvu de signification. En général, le suicidé « laisse » quelque chose à ceux qui lui survivent. Il s'inscrit dans un rapport aux autres. Prenant place parmi les humains, inévitablement fondu dans un tissu communicationnel, l'acte suicidaire est alors lourd d'un sens que chacun est tenu d'interpréter.

Cela étant, l'imputation d'un suicide à des conditions de travail dégradées ou à des modes de gestion particulièrement délétères ne va pas de soi. Elle implique une investigation clinique détaillée, qui repose sur une lecture psychopathologique capable de saisir les enjeux psychiques du travail.

Décès (*karoshi*) et suicides (*karojisatsu*) par « surtravail » : l'exemple japonais

Si la sociologie française s'est illustrée par sa contribution à l'étude du suicide (Baudelot & Establet, 2006 ; Durkheim, 1897 ; Halbwachs, 1930), le devant de la scène est aujourd'hui occupé par les théories psychiatriques. Ces dernières ne forment naturellement pas un ensemble univoque et des nuances sont repérables au sein même de l'approche psychiatrique, selon que l'accent est mis sur des caractères génétiques, des dysfonctionnements neurobiologiques ou la psychopathologie individuelle. Nonobstant ces écarts, l'approche psychiatrique du suicide repose malgré tout sur le

postulat d'une vulnérabilité personnelle (patente, par exemple, dans la notion usitée de vulnérabilité suicidaire). D'après l'étiopathogénie retenue en psychiatrie, le suicide serait l'affaire de sujets prédisposés et la manifestation tragique d'une faille individuelle sous-jacente. Il est le plus souvent associé à d'autres troubles psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles maniaco-dépressifs), qui en constituent les signes avant-coureurs. Autrement dit, l'acte suicidaire est toujours considéré comme secondaire à une pathologie. Dès lors, l'approche psychiatrique tend à minorer le rôle des facteurs exogènes à l'origine du suicide. Ce faisant, le contenu et l'organisation du travail apparaissent au mieux comme un facteur déclenchant ; au pire comme de simples éléments contextuels, dénués de force déterminante.

Toutefois, les cas de suicides survenus sur le lieu de travail, dans lesquels le lien entre la situation de travail et la souffrance des salariés est dévoilé par des documents et des témoignages explicites, suggèrent l'incomplétude de l'approche psychiatrique classique.

Au Japon, où l'importance des décès et suicides sur le lieu de travail est devenue un véritable problème de santé publique (notamment au lendemain de la crise économique des années 1990), les cliniciens admettent que la surcharge de travail peut constituer un élément pathogénique central (Dejours & Gernet, 2012 ; Jobin & Tseng, 2014). Cette perspective, qui accorde un rôle majeur à la fatigue provoquée par une quantité de travail trop importante, a donné origine à deux entités nosographiques spécifiques : le *Karoshi*, ou décès par « surtravail » (*overwork*), et le *Karojisatsu*, ou suicide par « surtravail » (Amagasa, Nakayama & Takahashi, 2005 ; Kanai, 2008 ; Ke, 2012). Dans le cas du *Karoshi*, le décès subit est le plus souvent la conséquence d'un accident somatique grave (hémorragie cérébrale, thrombose, infarctus du myocarde). Il survient chez des sujets jeunes (25 à 40 ans) ne présentant aucun antécédent cardiovasculaire et aucun facteur de risque (pas d'hypertension artérielle, pas de diabète ou d'obésité, non-fumeurs, pas d'antécédents familiaux). Pour le *Karojisatsu*, la mort volontaire apparaît comme l'issue trouvée par le sujet à un état d'épuisement devenu insupportable. Il est la conséquence d'un surmenage manifeste.

Dans un cas comme dans l'autre, les sujets ne présentent guère d'autres troubles psychiatriques pouvant expliquer la décompensation. Du reste, on ne repère pas non plus d'exposition à des substances toxiques ou de contraintes physiques de travail pouvant expliquer la survenue d'une crise cardiaque ou d'une hémorragie cérébrale. À l'évidence, le critère étiologique et diagnostique principal est la charge de travail (à titre d'exemple, selon certaines études ces sujets travaillent en général plus de 80 heures par semaine ou 3000 heures par an). Le seul symptôme ou signe avant-coureur est une sensation de fatigue.

Il est intéressant de noter que la création de ces entités nosographiques et leur inscription au tableau des maladies professionnelles au Japon se sont faites en partie sous l'impulsion des procès intentés par les familles des victimes contre des entreprises. Les demandes d'indemnisation (qui nécessitent la reconnaissance des décès en accidents du travail²) portées par les familles et leurs avocats ont joué un rôle majeur dans l'évolution des classifications nosographiques et de la pensée psychiatrique japonaise (Jobin & Tseng, 2014; Kitanaka, 2014).

Une pathologie de la solitude

En France, les travaux en psychopathologie et psychodynamique du travail ont également permis de dégager une voie étiologique originale. Ce courant de recherche accorde au rapport subjectif au travail un rôle central dans la construction ou la destruction de la santé mentale.

Parmi les éléments dégagés par les enquêtes et investigations cliniques, il semblerait que les suicides interviennent sur une toile de fond déjà fortement teintée par la souffrance psychique de

nombreux salariés. L'acte suicidaire, quand bien même il serait une conduite isolée, est le signe d'une dégradation en profondeur des relations d'entraide, de solidarité et de coopération. Sous l'effet d'une mise en concurrence promue par les nouvelles formes d'organisation du travail - notamment l'évaluation individualisée des performances, l'individualisation des rémunérations et la menace du licenciement - toute possibilité d'appui sur les collègues, toute demande de soutien semblent finalement vaines. Les salariés doivent alors affronter dans l'isolement et la solitude des objectifs imposés et souvent impossibles à satisfaire³. Concilier à la fois qualité et quantité, faire du chiffre et satisfaire les usagers, soigner et réduire en même temps le taux d'occupation des lits relèvent bien souvent de la gageure. Des tâches paradoxales qui mettent de nombreux salariés en porte à faux, quand elles ne les conduisent pas à agir à l'encontre de ce que leur dicte leur conscience. La trahison de ses propres principes, de sa conscience professionnelle, risque alors de générer un conflit psychique dont le produit est la souffrance éthique (Rolo, 2015). Celle-ci sape les assises narcissiques du sujet et entame un processus de dévalorisation de soi qui conduit beaucoup trop souvent au suicide.

L'isolement mentionné ci-dessus n'est pas uniquement physique, bien entendu. Ladite solitude prend place parmi nombre d'autres humains, mais elle renvoie le sujet à l'expérience terrifiante de l'abandon, voire de la trahison par ses semblables, ce que Hannah Arendt qualifie de « désolation » (*loneliness*) (2005). L'isolement compromet ainsi toute possibilité de coopération défensive, qui permettrait éventuellement au sujet - à l'aide d'une mutualisation du coût psychique de la situation pénible - de maintenir un équilibre psychosomatique.

Cela dit, on pourrait encore penser que seuls les plus fragiles succomberaient dans un tel contexte et que les individus psychologiquement solides supporteraient ces contraintes sans décompenser. Pourtant, la clinique du travail montre que dans la majeure partie des cas, ceux qui se donnent la mort font partie des travailleurs les plus solides, les plus engagés, les plus compétents. Ils sont en général bien évalués par leurs supérieurs et reconnus comme des collaborateurs essentiels. Contrairement au discours de sens commun, les plus vulnérables vis-à-vis du suicide sont donc les plus impliqués dans leur activité professionnelle.

Malgré des fragilités personnelles indéniables, ces individus ont, pendant de nombreuses années, donné le meilleur d'eux-mêmes pour leur entreprise⁴, dans un rapport au travail qui était pour beaucoup d'entre eux une source de plaisir. Le travail fut pour ces derniers un élément d'accomplissement de soi et de consolidation de l'identité. En s'offrant comme un chemin vers la sublimation, il joua ainsi un rôle protecteur et contribua sans doute à désamorcer les effets pathogènes de conflits affectifs d'une autre nature. Comment expliquer alors le funeste renversement de situation que représente le suicide ? Les données dont on dispose à l'heure actuelle (Dejours, 2010 ; Dejours & Bègue, 2009) indiquent que le moment de bascule est toujours en rapport avec un changement majeur dans le contenu ou l'organisation du travail : rétrogradation, mutation, modification des missions ou des objectifs, changement des méthodes de management, etc. Ce dernier s'accompagne généralement d'un déni de la contribution et des efforts réalisés par le salarié au service de l'entreprise. La non-reconnaissance du dévouement risque alors d'être ressentie comme un désaveu, un délaissement qui laisse le salarié seul face au déséquilibre entre ce qu'il a mis de lui-même dans son travail et ce que lui rend l'entreprise. Affleurent alors les sentiments d'injustice, de honte, de désespoir, voire de haine de soi qui fait le lit du suicide. Cependant, le processus qui conduit au retournement de la violence contre soi, plutôt que contre autrui, reste encore à élucider. Il s'agit là d'une véritable interrogation clinique, dont il faudra venir à bout afin de concevoir des méthodes de prévention rationnelles dans le futur.

Des modalités de prévention hétérogènes

L'apparition de suicides vient signaler l'existence d'une crise dans une entreprise ou un service, parfois déjà annoncée par des signes d'alerte potentiellement repérables (absentéisme en hausse, augmentation des demandes de mutation et des départs volontaires, consommation de psychotropes répandue, recrudescence des « conflits de personnes », des dysfonctionnements, des incidents, des accidents, etc.). Cependant, le suicide n'est pas uniquement le révélateur d'un mal-être larvé. Manifestation visible d'une souffrance extrême, il est lui-même producteur d'une nouvelle forme de souffrance. En effet, l'onde de choc produite par ces événements dépasse le seul cercle des proches du suicidé. Le suicide est un message terrible qui a des effets dévastateurs sur les collectifs de travail. Car il réveille chez tous une forme de culpabilité (« est-ce que j'aurai pu faire quelque chose pour l'aider ? Dans quelle mesure suis-je également responsable de sa mort ? je savais qu'il n'allait pas bien et pourtant je n'ai rien fait... »). Aussi, l'effet accusatoire du suicide est manifestement déstabilisant. Il peut alors impacter la santé de ceux qui restent, envahis par les ruminations et le doute, sinon par la peur d'être entraînés à leur tour dans la spirale du suicide. Pour faire face à cette angoisse, des défenses psychiques s'érigent alors à l'endroit de la pensée élaborative. Leur objectif est précisément d'occulter, voire de dénier le conflit psychique. C'est ainsi qu'il devient extrêmement difficile de solliciter les salariés à propos des circonstances dans lesquelles est survenu le passage à l'acte suicidaire d'un collègue. Une réticence à témoigner s'installe ainsi en lieu et place de la parole authentique (Rolo & Lelay, 2015). Il s'agit là d'une des difficultés fondamentales des prises en charge et des démarches de prévention dans ce domaine. En effet, les *debriefings* où les cellules de crise mises en place à la suite d'un suicide – guidés en général par les principes de la psychotraumatologie et dont la fonction est en première instance curative, plutôt que préventive – achoppent souvent sur l'omerta qui paralyse les collectifs de travail. Ainsi, ces dispositifs peuvent au mieux contribuer au traitement de la symptomatologie des potentiels traumatisés par l'évènement, mais ne permettent que rarement de remonter à l'étiologie. Or, pour prévenir la multiplication des suicides, encore faut-il avoir une idée des circonstances qui en constituent la cause.

En outre, la majorité des dispositifs de prévention du suicide ont été conçus sur base de facteurs de risque suicidaire identifiés par des études épidémiologiques. D'une façon générale, ils se fondent sur des principes de repérage et de surveillance des individus à risque (notamment des personnes ayant commis une tentative de suicide auparavant). Par conséquent, la mise en place de numéros verts ou de cellules de prévention, la formation des différents acteurs de la santé au travail, les campagnes d'information aux salariés visent essentiellement la détection et le suivi des individus en difficulté. S'ils réussissent occasionnellement à éviter le pire, ils semblent relativement inopérants pour endiguer la souffrance à l'origine des suicides. Leur efficacité repose, au demeurant, sur la prévisibilité des conduites suicidaires, un principe qui est loin d'être constant.

En vérité, on ne pourra freiner la multiplication des suicides qu'à condition de comprendre la façon dont le rapport subjectif au travail est devenu la source d'un conflit insupportable, auquel l'acte funeste est venu mettre fin. Cela implique de réunir un certain nombre d'éléments d'enquête et de mener une véritable investigation clinique *post mortem*. À l'heure actuelle, celle-ci prend généralement la forme d'une autopsie psychologique, dont le but est de collecter des informations sur plusieurs paramètres : les détails de la mort, le paysage familial, le parcours de vie, la santé physique et mentale et les antécédents, etc. Dans le cas d'un suicide lié au travail, celle-ci doit également recueillir des éléments sur le contenu et l'organisation du travail, la nature de l'activité, l'état du vivre ensemble, etc. En l'occurrence, ce deuxième volet de l'investigation présuppose :

- que le clinicien est capable de se renseigner sur les caractéristiques et l'histoire de l'organisation du travail, et d'apprécier la façon dont elles sont susceptibles d'agir sur la

subjectivité.

- de comprendre le rôle joué par le travail dans la dynamique psychique du sujet et les conflits potentiels qu'il induit.
- enfin d'inscrire le tout dans une démarche étiologique qui permet d'identifier les processus en cause dans la pathogenèse.

Cette investigation peut aujourd'hui s'appuyer sur un cadre juridique relativement propice. En effet, les juristes et les avocats recourent aux connaissances produites par la psychodynamique et la psychopathologie du travail (Tessier, 2011) pour comprendre la nature du lien entre santé mentale et travail, et ainsi instruire leurs plaidoiries. L'introduction dans le champ juridique des problèmes de santé mentale au travail représente une occasion privilégiée de mettre en discussion, dans une arène tout à fait particulière, les différentes théories étiologiques du suicide. Pour le droit, l'établissement d'une causalité débouche généralement sur l'imputabilité, qui à son tour autorise la qualification du suicide en accident du travail et conduit à mettre en cause la responsabilité de l'employeur. Toutefois, la rencontre sur ces questions ne pourra avoir lieu qu'à condition que les cliniciens daignent s'intéresser au travail et à ses effets pathogènes, pour tenter de comprendre les raisons profondes d'une des plus effroyables conduites humaines.

Notes

1. Notons au passage que le problème de l'étiologie du suicide au travail n'est pas l'apanage des psychopathologues et des cliniciens. Il intéresse également les avocats, les juristes et les magistrats, dans leurs tentatives pour circonscrire et qualifier légalement le suicide. J'aborderai ce point en conclusion de cet article.
2. Pour qu'un décès sur le lieu de travail soit reconnu comme *Karoshi*, il faut prouver que le salarié à travaillé plus du double des heures réglementaires une semaine avant son décès, ou trois fois les heures réglementaires le jour d'avant. On compte entre 20 et 60 décès reconnus comme accidents du travail chaque année. Par ailleurs, plusieurs études épidémiologiques ont fait le lien entre l'apparition des premiers cas de *Karoshi* et l'introduction du système japonais de production. (Nishiyama & Johnson, 1997)
3. Cet état de faits n'est pas sans rappeler l'état de désintégration sociale que Durkheim baptisa jadis du terme d'anomie.
4. Le film de Jean-Marc Moutout, *De bon matin*, fournit à ce sujet une illustration remarquable.

Références bibliographiques

Amagasa, T., Nakayama, T. & Takahashi, Y. (2005). « Karojisatsu in Japan : characteristics of 22 cases of work-related suicide ». *Journal of Occupational Health*, n° 47, pp. 157-164.

Arendt, H. (2005). *Responsabilité et jugement*. Paris : Payot.

Baudelot, C. & Establet, R. (2006). *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris : Seuil.

Dejours, C. (2010). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

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

Dejours, C. & Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Paris : Elsevier Masson

Durkheim, É. (1897). *Le suicide*. Paris : Presses Universitaires de France (2013).

Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris : Alcan.

Jobin, P. & Tseng, Y.-H. (2014). « Le suicide comme karoshi ou l'overdose de travail ». *Travailler* n° 31, pp.45-88.

Kanai, A. (2008). « Karoshi (Work to Death) in Japan ». *Journal of Business Ethics*, n° 84, pp. 209-216.

Kitanaka, J. (2014). *De la mort volontaire au suicide au travail*. Montreuil-sous-Bois, Éditions Ithaque.

Ke, D.-S. (2012). « Overwork, Stroke and Karoshi-death from Overwork ». *Acta Neurologica Taiwan*, n° 21, pp.54-59.

Lerouge, L. (2014). « État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique », *Travailler* n° 31, pp. 11-29.

Nishiyama, K. & Johnson, J. (1997). « Karoshi-death from Overwork : Occupational health consequences of the Japanese production management ». *International Journal of Health Services*, n° 6, pp. 1-16.

Observatoire National du Suicide (2014). *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche*. 1^{er} rapport.

Rolo, D. (2015). *Mentir au travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Rolo, D. & Lelay, S. (2015) « Rendre du service ou vendre du service ? » in *Le choix* (Org. C. Dejours). Paris : Bayard.

Tessier, H. (2011). « Clinique du travail et évolution du droit : à propos d'un suicide au travail », *Travailler* n° 26, pp. 111-126.