

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES ET
LES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ
LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX
DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE ÈS SCIENCES DE LA GESTION

PAR
ÉLISABETH BARAKETT-LEDUC

SEPTEMBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	3
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	3
1.1 Pertinence du thème	3
1.2 Lacune dans les connaissances.....	6
1.3 Objectifs de recherche	7
1.4 Cadre conceptuel	7
1.4.1 Modèle théorique de Shneidman	7
1.4.2 Modèle de Maslach et Leiter (AWL).....	10
1.5 Pertinence de la recherche	11
1.5.1 Pertinence pratique	11
1.5.2 Pertinence théorique	12
CHAPITRE 2	14
REVUE DE LITTÉRATURE.....	14
2.1 Définitions : Suicide et concepts liés	14
2.1.1 Suicide	15
2.1.2 Tentatives de suicide.....	16
2.1.3 Idéations suicidaires.....	16
2.1.4 Santé mentale.....	17
2.1.5 Détresse psychologique	17
2.1.6 Dépression	20
2.1.7 Désespoir	21
2.2 Suicide et travail	21
2.2.1 Détresse psychologique et travail	24
2.2.2 Harcèlement psychologique.....	30

2.2.3 Facteurs organisationnels.....	32
2.2.4 Professions à risque	37
2.2.5 Travailleurs de la santé	42
2.3 Prévention du suicide	45
2.3.1 Prévention primaire	45
2.3.2 Prévention secondaire.....	48
2.3.2.1 Signaux précurseurs	50
2.3.3 Prévention tertiaire.....	53
2.3.4 Intervention.....	61
2.5 L'enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)	66
2.6 Hypothèses de recherche	69
CHAPITRE 3	72
CADRE MÉTHODOLOGIQUE	72
3.1 Devis de recherche	72
3.2 Population étudiée	74
3.3 Collecte de données.....	74
3.4 Instruments de mesure.....	76
3.4.1 Variables sociodémographiques	76
3.4.2. Variables organisationnelles.....	77
3.4.2.1 Areas of Worklife Scale	77
3.4.2.2 Harcèlement psychologique	79
3.4.3 Variables dépendantes	79
3.4.3.1 Dépression.....	79
3.4.3.2 Idéations suicidaires	80
3.4.3.3 Désespoir.....	81
3.4.3.4 Détresse psychologique.....	81
CHAPITRE 4	83
RÉSULTATS	83
4.1. Profil sociodémographique.....	83

4.1.1 Sexe.....	84
4.1.2 Ancienneté	84
4.1.3 Catégories d'emploi.....	85
4.2 Détresse psychologique	85
4.2.1 Détresse psychologique et les idéations suicidaires	86
4.3 Désespoir	89
4.3.1 Variable du sexe	92
4.3.2 Variables organisationnelles.....	95
4.3.3 Harcèlement psychologique.....	99
4.4 Idéations suicidaires	102
4.4.1 Variable du sexe	103
4.4.2 Variables organisationnelles.....	107
4.4.3 Harcèlement psychologique.....	113
4.5 Sommaire de la vérification des hypothèses	117
CHAPITRE 5	119
DISCUSSION	119
5.1 Santé mentale.....	119
5.2 Sexe du répondant	121
5.3 Détresse, désespoir et idéations suicidaires.....	122
5.4 Variables organisationnelles AWLS	124
5.5 Harcèlement psychologique	129
CONCLUSION	133
ANNEXE A	142
ANNEXE B.....	143
ANNEXE C.....	145
ANNEXE D	146
ANNEXE E.....	148
BIBLIOGRAPHIE	153

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1	Le modèle à quatre composantes de Shneidman....	10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.	Sexe des répondants.....	84
2.	Catégories d'emploi des répondants.....	85
3.	Détresse des répondants.....	86
4.	Détresse et idéations suicidaires	87
5.	Corrélation détresse et idéations suicidaires.....	87
6.	ANOVA détresse et idéations suicidaires	88
7.	Désespoir	89
8.	Désespoir et idéations suicidaires	90
9.	Corrélation désespoir et idéations suicidaires	91
10.	ANOVA désespoir et idéations suicidaires	92
11.	Sexe et désespoir	93
12.	Corrélation sexe et désespoir.....	94
13.	ANOVA sexe et désespoir.....	94
14.	Corrélations entre les 6 variables organisationnelles AWL et le désespoir	96
15.	Régressions logistiques AWL et désespoir	97
16.	Harcèlement psychologique global	100
17.	Harcèlement psychologique et désespoir	100
18.	Corrélation harcèlement psychologique et désespoir	101
19.	ANOVA harcèlement psychologique et désespoir	102
20.	Idéations suicidaires	103
21.	Sexe et idéations suicidaire.....	104

22.	Corrélation sexe et idéations suicidaires	105
23.	ANOVA sexe et idéations suicidaires	106
24.	Corrélation entre les 6 variables organisationnelles AWL et les idéations suicidaires	108
25.	Régressions logistiques AWL et idéations suicidaires	112
26.	Harcèlement psychologique et idéations suicidaires	114
27.	Corrélation harcèlement psychologique et idéations suicidaires.....	115
28.	ANOVA harcèlement psychologique et idéations suicidaires	116

RÉSUMÉ

L'objectif de ce mémoire est de vérifier s'il existe des dimensions organisationnelles qui expliqueraient la présence d'idéations suicidaires chez les travailleurs¹ de la santé et des services sociaux de la région de Montréal.

Cinq hypothèses ont été formulées. Elles concernent des indicateurs de santé mentale, des dimensions organisationnelles et le lien qu'ils entretiennent avec les idéations suicidaires. La première est qu'il y ait un lien positif entre la détresse psychologique et les idéations suicidaires des travailleurs, la deuxième, qu'il y ait un lien positif entre le désespoir des travailleurs et les idéations suicidaires, la troisième, que les hommes manifestent plus d'idéations suicidaires que les femmes, la quatrième, que le harcèlement psychologique ait un lien positif avec les idéations suicidaires, la cinquième, que des dimensions organisationnelles soient en lien avec des idéations suicidaires. Cette dernière hypothèse est subdivisée de la façon suivante : a- La charge de travail aura un lien positif avec les idéations suicidaires, b- Le contrôle aura un lien négatif avec les idéations suicidaires, c- La reconnaissance aura un lien négatif avec les idéations suicidaires, d- La coopération aura un lien négatif avec les idéations suicidaires, e- La justice aura un lien négatif avec les idéations suicidaires, f- La cohérence des valeurs aura un lien négatif avec les idéations suicidaires. Pour pouvoir vérifier ou infirmer ces hypothèses, nous avons procédé à l'envoi de 8547 questionnaires dont 1678 nous ont été retournés. Ces questionnaires sondaient la santé mentale et diverses dimensions organisationnelles présentes dans le milieu de travail des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Les taux d'idéations suicidaires, de désespoir et de détresse psychologique ont été mesurés ainsi que différentes dimensions organisationnelles telles que la charge de travail, le contrôle, la reconnaissance, la coopération, la justice et la cohérence des valeurs. Des variables individuelles ont été collectées également. Celle sur laquelle nous nous sommes penchés davantage est la variable du sexe. Les tests d'hypothèses ont été effectués, suite à la réception de 1678 questionnaires, à l'aide de tableaux croisés, de tests de corrélations, d'ANOVA et de régressions logistiques par l'entremise du logiciel SPSS.

¹ Dans ce mémoire, nous utiliserons le masculin pour le terme « travailleurs » afin d'alléger le texte bien que nous soyons conscients que la population à l'étude est majoritairement féminine.

Les résultats confirment les cinq hypothèses. Parmi les résultats marquants de ce mémoire, notons que les variables organisationnelles s'avérant être les plus prédictives des idéations suicidaires des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal sont les suivantes : la surcharge de travail, le manque de coopération, le manque de reconnaissance et le harcèlement psychologique. Être de sexe masculin entraîne aussi un risque supérieur aux femmes de développer des idéations suicidaires.

La principale limite de cette recherche est, sans aucun doute, qu'il n'est pas possible d'attribuer les résultats obtenus aux travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux dans son ensemble puisqu'elle ne cible que ceux de la région de Montréal. Cependant, elle dresse un portrait représentatif de la santé mentale des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal en identifiant certaines dimensions de l'organisation du travail prédictives des idéations suicidaires chez les travailleurs. Ce mémoire pourrait contribuer à la mise sur pied de mesures préventives adaptées à la réalité-terrain des travailleurs de ce milieu et contribuera aussi à l'avancement des connaissances sur les liens entre le suicide et le travail.

MOTS-CLÉS : idéations suicidaires, travailleurs de la santé, détresse psychologique, variables organisationnelles, santé mentale

INTRODUCTION

Le monde du travail peut affecter la santé des travailleurs. En effet, détresse psychologique, épuisement professionnel, harcèlement psychologique, dépression semblent être en croissance rapide et coûte cher aux entreprises et aux individus qui la composent (OMS, 2006; Woo et Postolache, 2008). Les problèmes de santé mentale peuvent occasionner des bouleversements majeurs (Kinder et Cooper, 2009) et les suicides en milieu de travail en sont les exemples les plus dramatiques (OMS, 2006). Malheureusement, ils se produisent et la potentielle responsabilité de l'organisation du travail dans ces actes de désespoir reste à être investiguée davantage.

Certaines professions semblent être plus à risque de suicide que d'autres. Entre autres, les professionnels de la santé enregistrent des taux de suicides spécialement élevés (Castro, 2004; Dusmesnil, Serre, Rég *et al*, 2009). C'est pourquoi cette recherche porte sur les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, secteur, qui, depuis le projet de fusion des établissements publics en CSSS, a vécu des changements majeurs non sans impact sur les travailleurs. Les idéations suicidaires étant toujours présentes avant une tentative de suicide ou un suicide accompli (Castro, 2004), les possibles antécédents organisationnels des idéations suicidaires des travailleurs font l'objet de ce mémoire. L'objectif sous-jacent à cette recherche est de vérifier s'il existe des variables de l'organisation du travail qui pourraient prédire les idéations suicidaires des travailleurs de la santé de la région de Montréal.

Dans un premier temps, la problématique de recherche permet une mise en contexte et une meilleure compréhension de l'utilité pratique et scientifique de cette étude. Elle précise son objectif et présente les cinq hypothèses faisant l'objet de cette recherche. Deuxièmement, une revue de littérature abordant les travaux sur le suicide et ses liens avec le travail est présentée. Les professions à risque de suicide et d'idéations suicidaires, les études empiriques sur les travailleurs de la santé ainsi que la prévention existante et les pratiques d'intervention reconnues lorsque des suicides surviennent sur les lieux de travail y sont explicitées. Ensuite, la méthodologie employée comprenant l'acheminement de questionnaires, l'échantillonnage et les divers instruments de mesure et indicateurs est détaillée. La section suivante a pour objet la présentation et la description des résultats obtenus. Finalement, une discussion sur les résultats permet d'établir une continuité entre la littérature scientifique actuelle sur le sujet et les apports de la présente étude. Nous terminons par une conclusion qui cerne les limites et apports de ce mémoire.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce chapitre est divisé en cinq sections permettant de comprendre l'utilité de cette recherche et de mieux comprendre les objectifs qu'elle poursuit.

La première section développe la pertinence du thème du suicide au travail. La deuxième section présente la lacune dans les connaissances que tentera de combler ce mémoire. La troisième section définit clairement l'objectif de recherche poursuivi. La quatrième section présente les cadres conceptuels choisis : celui par rapport au suicide et celui par rapport aux dimensions organisationnelles. La cinquième section explique la pertinence pratique et théorique de ce mémoire.

1.1 Pertinence du thème

Le phénomène du suicide, au Québec, est considérable puisque l'Institut national de santé publique du Québec a recensé, en 2012, 1 102 victimes de suicide ce qui représente 13,3 décès par 100 000 personnes et environ 3 suicides par jour, en moyenne (Légaré, Gagné et Perron 2015). Il se classe, de cette façon, parmi les trois provinces canadiennes ayant le plus haut taux de suicide et au 9^e rang mondial parmi les États membres de l'OCDE (Légaré, Gagné et Perron, 2015). Selon l'Enquête sociale et de santé (1998), les dernières études rapportaient que 222 000 individus québécois âgés de 15 ans et plus avait songé sérieusement au suicide au cours de la

dernière année, ce qui correspond à 3,9 %² de la population. (Boyer, Préville, Légaré et al, 1998). Toutefois, notons que le suicide représente la deuxième cause de décès chez les jeunes canadiens de 15 à 34 ans (Navaneelan, 2012).

Au Québec, les suicides sont plus fréquents chez les hommes avec un taux 3,5 fois plus élevé que chez les femmes (Légaré, Gagné et Perron, 2015). Les hommes âgés de 35-49 ans sont les plus à risque et les femmes de 50-64 ans affichent les taux les plus élevés de suicides (Légaré et al, 2015). La probabilité de se suicider, au cours d'une vie, pour un homme québécois est de 2 % et, pour une femme québécoise, elle est de 0,5 % (Légaré et al, 2015).

Concernant les moyens utilisés pour mettre fin à ses jours, pour les deux sexes, ce sont la pendaison, la strangulation et la suffocation qui ont été le plus fréquemment utilisées (Légaré et al, 2015). Les régions du Québec affichant les taux de suicides les plus élevés sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie, le Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches (Légaré et al, 2015). Les taux les plus bas, quant à eux, se trouvaient à Montréal et en Montérégie (Légaré et al, 2015). « En 2012, le Québec enregistrerait deux fois et demi (2,6) plus de suicides que de décès liés aux accidents de véhicules à moteur sur les routes montrant ainsi que les efforts de prévention doivent être maintenus voire accentués. » (Légaré et al, 2015).

Notons également, qu'au Canada, les suicides complétés « ne rendent compte que d'un faible pourcentage des tentatives de suicides » puisque, pour chacun des suicides engendrant un décès, il existe jusqu'à vingt tentatives de suicide (Navaneelan, 2012). Toujours, au Canada, chez les deux sexes, les personnes mariées étaient les moins susceptibles de mettre fin à leurs jours contrairement à la forte prévalence chez les

² Nous savons que cette donnée date de presque vingt ans, mais il s'agit de la donnée concernant les idéations suicidaires la plus récente jusqu'à ce jour.

célibataires, les personnes veuves et celles divorcées (Navaneelan, 2012). Comme pour le Québec, le taux de suicide est plus important chez les hommes canadiens que chez les femmes canadiennes avec une proportion de 3 hommes pour une femme (Navaneelan, 2012).

De ce fait, la société québécoise étant affectée par le phénomène du suicide, des recherches sur le thème devraient être bénéfiques à la compréhension du suicide et à la prévention adéquate pour y faire face en tant que société.

D'un point de vue scientifique, la contribution à la littérature scientifique abordant le thème du suicide et des idéations suicidaires en lien avec le travail permettra de comprendre les suicides en lien avec le monde du travail et de proposer des pistes éventuelles pour le prévenir surtout dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec, cette étude s'inscrivant dans ce contexte bien spécifique. Nous verrons dans le chapitre suivant que les professions reliées au secteur de la santé et des services sociaux sont à risque élevé d'idéations suicidaires et de suicides. Notons que dans l'étude de Soares (2014) le groupe occupationnel des travailleurs et travailleuses de la santé arrivait en quatrième rang des professions avec le plus haut taux d'idéations suicidaires ce qui en fait un groupe à risque. D'autant plus qu'il existe peu d'études québécoise (Soares, 2002, 2014), jusqu'à maintenant, qui se sont prononcées sur les facteurs organisationnels associés aux idéations suicidaires des travailleurs au Québec. Nous en feront état dans le deuxième chapitre concernant la revue de littérature.

1.2 Lacune dans les connaissances

Les déterminants des idéations suicidaires sont multiples. Il est possible de les classer en trois grandes catégories : les déterminants individuels, sociaux et organisationnels. Les facteurs individuels peuvent être d'ordre psychologique, psychodynamique, biologique ou purement démographique (Lester, 1994). De plus, la dépression a été identifiée comme maladie mentale étant associée le plus fréquemment avec les idéations suicidaires et le suicide (Navaneelan, 2012). Les déterminants sociaux, quant à eux sont l'isolement, un pauvre soutien social, les risques dus au chômage, à la stigmatisation sociale (Lester, 1994) et le niveau d'intégration et de régulation sociale (Durkheim, 1897).

Suites aux facteurs de risques, relatifs au travail, identifiés en introduction de ce chapitre, il convient de dire que la majorité des études empiriques sur la question du suicide et des idéations suicidaires en emploi portent sur le taux de suicide par profession plutôt que sur les facteurs organisationnels potentiellement impliqués dans les idéations suicidaires ou dans le suicide. Notons que des professions avec des risques plus élevés d'idéations suicidaires et de suicides ont été identifiées dans la revue de littérature de Castro (2004). Cette dernière identifiait des taux plus élevés dans le secteur de la santé et des services sociaux. La question est maintenant de savoir pourquoi.

1.3 Objectifs de recherche

La lacune que tente de combler ce mémoire repose sur le fait qu'aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur la situation des professionnels de la santé et des services sociaux, de la région de Montréal, surtout depuis le projet de fusion enclenché par la loi 83. C'est pourquoi, le sujet de ce présent mémoire vise à comprendre s'il existe des variables organisationnelles pouvant expliquer les idéations suicidaires des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal plus spécifiquement.

Cette étude vise aussi à encourager la prévention à la source (prévention primaire) des idéations suicidaires des travailleurs de la santé. En dressant un portrait susceptible d'être représentatif du bassin de travailleurs de la santé de la région de Montréal, nous espérons pouvoir cibler les facteurs de l'organisation du travail qui détiennent des effets délétères sur les individus qui y travaillent. Une fois ces variables repérées, il serait alors plus aisé d'agir efficacement pour prévenir la dégradation de la santé mentale des travailleurs et les risques de suicide.

1.4 Cadre conceptuel

1.4.1 Modèle théorique de Shneidman

Shneidman est considéré comme le père de la suicidologie moderne (Dionne et Labelle, 2005). Son modèle explicatif du suicide est fortement utilisé pour comprendre le suicide sous un angle psychologique. Pour Shneidman, le suicide est

causé par un seul facteur : une souffrance psychologique insupportable (Dionne et Labelle, 2005). L'unique issue répondant à cette souffrance devient alors la mort.

Le modèle comprend quatre composantes, qui selon leur degré d'intensité, chez le sujet, pousseront l'individu à commettre un suicide ou une tentative de suicide. La première composante nommée le « psymal » représente la souffrance psychologique ressentie par l'individu. Les auteurs la qualifient de pierre angulaire de la théorie. Shneidman (1991, cité par Dionne et Labelle, 2005) la décrivait comme une douleur métapsychologique consistant en « une expérience introspective d'affects déplaisants ». Ce n'est pas la souffrance elle-même qui pousse l'individu à commettre l'irréparable, mais plutôt la perception qu'il a de cette souffrance. L'individu en fait une évaluation et se questionne sur sa capacité à l'endurer et à l'accepter (Dionne et Labelle, 2005). La perception de l'individu est primordiale dans le sens qu'il peut percevoir sa propre souffrance comme unique et plus importante que celle des autres et alors la qualifier « d'insoutenable, d'intolérable et d'inacceptable » (Dionne et Labelle, 2005).

La deuxième composante fait référence à une pression négative provenant de l'environnement externe de l'individu. C'est donc l'impact d'un élément provoquant de la détresse sur l'individu et sa façon de ressentir et de gérer cette détresse (Dionne et Labelle, 2005). Cette pression négative affecte la capacité de l'individu à répondre à ses besoins psychologiques et physiques ce qui nourrit une frustration, une contrariété chez ce dernier (Dionne et Labelle, 2005). De plus, les événements passés et présents interfèrent dans la santé psychique de l'individu et détiennent une influence sur celle-ci surtout si le passé et le présent de l'individu sont empreints de difficultés relationnelles liées à des troubles de l'attachement (Dionne et Labelle, 2005).

La troisième composante se rapporte au niveau de perturbation psychologique que ressent le sujet. Le modèle de Shneidman divise cet état en deux sous-composantes : la constriction perceptuelle et le penchant pour l'action précipitée (Dionne et Labelle, 2005). La première affecte les capacités cognitives et affectives de l'individu en altérant sa perception. Dionne et Labelle parlent d'une intoxication par les émotions qui modifie le jugement et qui dichotomise la réalité en centrant tout sur la souffrance. La deuxième, elle, fait référence à l'impulsivité. Elle est caractérisée par un faible seuil de tolérance à la souffrance et à l'ambiguïté qui pousse l'individu à agir contre lui-même (Dionne et Labelle, 2005).

Finalement, la dernière composante du modèle est celle de percevoir le suicide comme une solution, c'est-à-dire que l'individu possède comme option de comportement celle du suicide. Ainsi, le suicide doit être un acte existant dans la société (Dionne et Labelle, 2005). Notons que Shneidman (1985, 1999, cité par Dionne et Labelle, 2005) souligne un fait important : l'individu n'est pas certain de vouloir s'enlever la vie, et ce, jusqu'à la toute fin.

Le modèle à quatre composantes de Shneidman est considéré comme un modèle cubique puisqu'il fait intervenir les trois premières composantes selon différents degrés : psymal, pression de l'environnement et perturbation psychologique. Si ces trois composantes sont fortes, chez l'individu (on parle d'un pointage de 1 à 5 pour chacune d'elle) et, qu'en plus, l'idée du suicide est présente, l'individu est à haut risque de passer à l'acte tel que l'illustre le schéma de la page suivante (Dionne et Labelle, 2005).

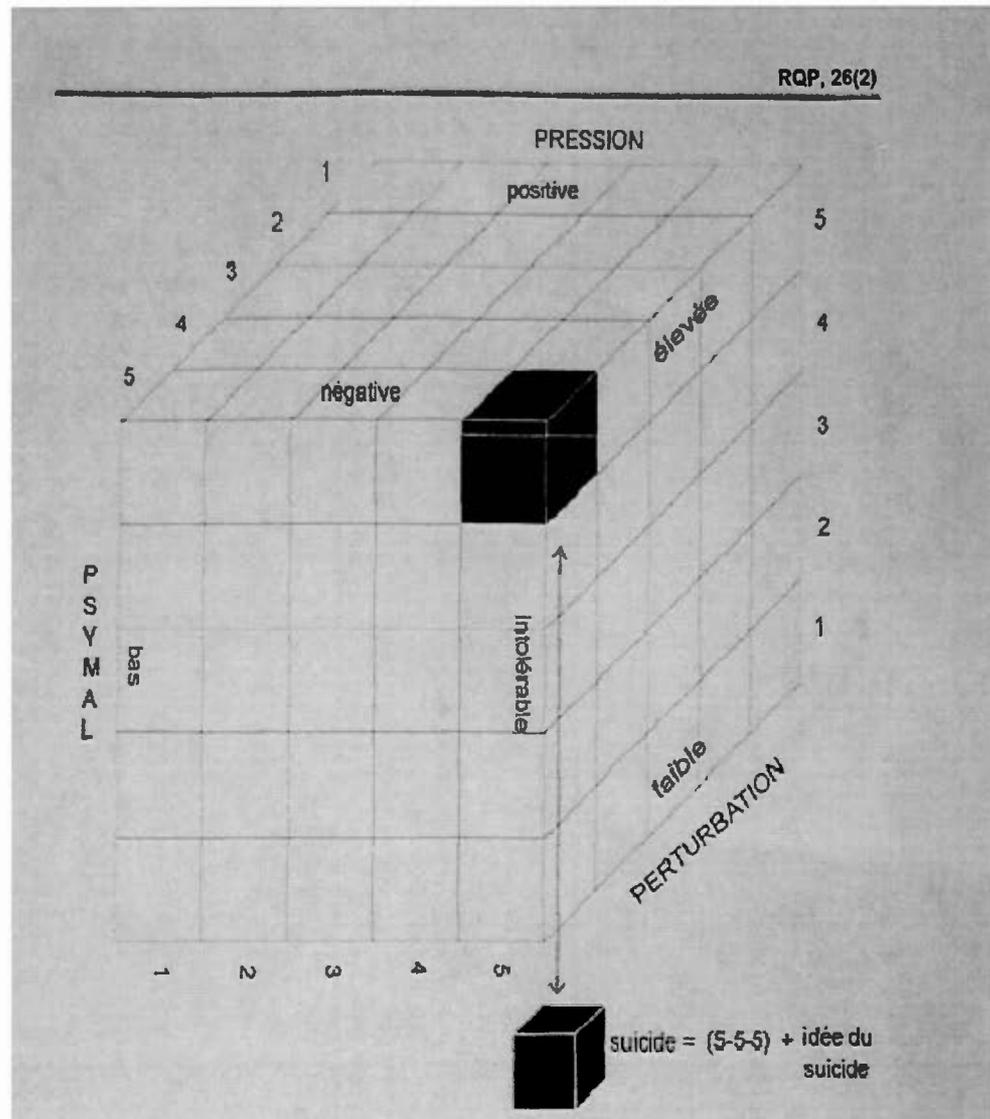


Figure 1: Le modèle à quatre composantes de Shneidman

1.4.2 Modèle de Maslach et Leiter (AWL)

Pour réaliser notre objectif de recherche, nous avons choisi d'examiner plus spécifiquement six variables organisationnelles reconnues pour leur influence sur la

relation psychologique que les individus entretiennent avec leur travail (Maslach et Leiter, 2006). Ces variables indépendantes sont fournies par « The Areas of Worklife Survey Manual » (AWSM). Elles comprennent 1- la charge de travail, 2- le contrôle sur le travail, 3- la reconnaissance, 4- la coopération, 5- la justice au travail et 6- la cohérence des valeurs au travail (Maslach et Leiter, 2006). Les agencements possibles, avec l'individu, de ces composantes de l'organisation du travail affecteraient soit positivement ou négativement la perception que celui-ci détient de son travail ainsi que les comportements qu'il choisira d'adopter (Leiter et Maslach, 2004). Bien que ce modèle soit utilisé pour mesurer les facteurs prédictifs de l'épuisement professionnel, nous l'avons choisi puisque, tout comme pour l'épuisement professionnel, nous croyons que les variables qui le composent peuvent être pertinentes à mesurer en regard de leur impact sur les idéations suicidaires des travailleurs (Maslach, Shaufeli et Leiter, 2001).

1.5 Pertinence de la recherche

1.5.1 Pertinence pratique

Étant donné que des variables organisationnelles sont susceptibles d'être des déterminants des idéations suicidaires, notre étude permettra de mieux comprendre les facteurs prédictifs liés au travail qui peuvent mener à une détérioration de la santé mentale des individus. À des fins pratiques, l'étude de l'impact de ces variables organisationnelles sur les idéations suicidaires des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal permettra de proposer des pistes d'amélioration et de prévention primaire du suicide dans ce secteur précis.

1.5.2 Pertinence théorique

Le lien entre moyen pour se suicider présents sur les lieux de travail et suicide n'est pas facile à faire. Dans une étude empirique portant sur l'accès aux moyens pour se suicider présent dans certaines professions et son impact sur le taux de suicide, le lien entre moyens pour se suicider et taux de suicide n'était pas significatif bien que l'accès semblait influencer le choix des techniques pour se suicider dans les professions respectives (Skegg, Firth, Gray *et al*, 2010). Cependant, notons que pour les professions ayant été identifiées avec de plus hauts risques, des facteurs autres qu'organisationnels ont pu être négligés, comme ceux individuels notamment, puisque ces variables n'ont pas toujours été contrôlées pour en cerner les effets respectifs (Boxer, Burnett et Swanson, 1995). Nous croyons donc qu'il faille aller au-delà de l'accès aux moyens existant dans les professions médicales pour expliquer les taux élevés de suicide et d'idéations suicidaires dans ces professions et vérifier si l'organisation du travail pourrait être un facteur qui contribue aux idéations suicidaires.

Toutefois, les quelques recherches empiriques portant spécifiquement sur le lien existant entre les facteurs organisationnels et les idéations suicidaires, dans certaines professions, ont permis de déceler des pistes quant à l'impact néfaste sur la santé que peuvent avoir certains éléments de l'organisation du travail. Ces études ont toutes utilisé soit le cadre théorique de la détresse psychologique, de la dépression ou du désespoir et, dans certains cas, de l'épuisement professionnel pour expliquer les liens entre les variables organisationnelles et les idéations suicidaires.

Finalement, une étude québécoise portant sur six groupes occupationnels (1- ingénieurs 2- cols bleus 3- Travailleurs et travailleuses en éducation 4- Professionnels et professionnels en éducation 5- Travailleurs et travailleuses de bureau 6-

Travailleurs et travailleuses en santé) a soulevé que la charge de travail, la coopération, la justice organisationnelle, la cohérence des valeurs et la reconnaissance détenaient tous un impact sur la prévalence des idéations suicidaires selon les professions (Soares, 2014). Cette étude utilise les variables découlant du « Areas of work life » de Maslach et Leiter (1994) pour mesurer les effets organisationnels sur les idéations suicidaires. De plus, elle a identifié, en ordre décroissant, les cols bleus, les travailleur-se-s de bureau et les travailleur-se-s en éducation comme étant les professions avec le plus haut taux d'idéations suicidaires. Dans les six groupes occupationnels, la charge de travail et la coopération ont été repérées comme les variables les plus influentes sur les idéations suicidaires. Pour compléter ces résultats, nous avons voulu nous attarder plus spécifiquement aux travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal afin de cerner quelles sont les variables prédictives des idéations suicidaires de ces travailleurs à l'heure actuelle.

Ce mémoire vise donc à pouvoir documenter les idéations suicidaires dans un milieu québécois ayant peu fait l'étude de recherches antérieures. Ce travail pourra alors compléter et enrichir les préceptes déjà analysés dans d'autres milieux de travail quant aux antécédents des idéations suicidaires pouvant être en lien avec le travail.

Ce chapitre nous a mis en contexte par rapport au suicide au Québec et les études ayant fait ressortir son lien potentiel avec le travail. L'objectif de cette recherche est spécifique au secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal et tente de combler une lacune dans les connaissances actuelles concernant les idéations suicidaires et leur possible lien avec des composantes de l'organisation du travail. Les visées de cette étude sont l'avancement des connaissances concernant ces liens et l'amélioration de la prévention concernant la santé mentale en milieu de travail.

CHAPITRE 2

REVUE DE LITTÉRATURE

Ce chapitre est divisé en six sections qui permettent d’approfondir le phénomène du suicide et son lien avec le travail.

La première partie regroupe des définitions des concepts clés pour comprendre le suicide. La deuxième section décrit le modèle de Shneidman permettant d’expliquer le suicide. En troisième section, nous vous présenterons des statistiques sur les différences de genre quant aux suicides et aux idéations suicidaires. La quatrième partie comprend la question du suicide en lien avec le travail en abordant la détresse psychologique au travail, les facteurs organisationnels en cause, le harcèlement psychologique, les professions à risque et la situation plus spécifique des travailleurs de la santé. La cinquième partie comprend un volet sur la prévention du suicide et sur l’intervention en entreprise si des suicides surviennent. Finalement, la sixième section décrit plus précisément la vision actuelle de la CSST en matière de santé mentale au travail et de prévention.

2.1 Définitions : Suicide et concepts reliés

Afin de bien comprendre le phénomène du suicide, voici quelques concepts-clés qui y sont reliés.

2.1.1 Suicide

Durkheim (1897), a été parmi les pionniers à construire une classification sociologique du suicide. Les influences sociales et sociétales du suicide ont alors été soulevées. Le suicide a été défini par Baechler (1975) comme « tout comportement qui cherche et trouve la solution à un problème existentiel en faisant une tentative sur la vie du sujet » (Traduction libre, Baechler, 1975).³⁴ Une autre définition décrit le concept du suicide sobrement, mais clairement : « mort intentionnelle causée par soi-même » (Mishara et Tousignant, 2004).

Il se retrouve parmi les causes de décès les plus fréquentes, et ce, partout dans le monde (Kuo, Liao, Lin *et al*, 2012). Certains facteurs démographiques ont été cités dans la littérature comme influençant positivement les risques de commettre l'acte suicidaire : être divorcé, séparé ou célibataire, l'âge (spécifiquement les aînés et les adolescents), être un homme (bien que les femmes fassent davantage de tentatives de suicide), être au chômage ou sans emploi, avoir des proches s'étant enlevés la vie ou ayant des comportements suicidaires et avoir vécu des événements traumatisants (Kuo *et al*, 2012). Rajoutons à cette liste l'abus de substances, les troubles de santé mentale préexistants, un faible niveau d'éducation et un statut d'emploi peu élevé (Kuo *et al*, 2012). Cependant, bien que certains de ces facteurs soient reliés à la vie personnelle de l'individu, le suicide reste un phénomène complexe où plusieurs sphères de la vie de l'individu interfèrent (OMS, 2006) d'où l'intérêt pour la typologie de Durkheim.

³ Dans ce mémoire, pour toutes les citations dont l'original est dans une langue autre que le Français, la traduction sera libre de l'auteur.

⁴ Traduction libre: "any behavior that seeks and finds the solution to an existential problem by making an attempt on the life of the subject" (Baechler, 1975).

2.1.2 Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide sont des « actes intentionnels faits par une personne dans le but de s'enlever la vie et qui n'aboutissent pas à la mort » (Mishara et Tousignant, 2004). Elles peuvent occasionner des blessures mineures ou majeures, mais leur degré d'intensité ne peut être un prédicteur valable pour évaluer l'intention de l'individu de s'enlever la vie (Mishara et Tousignant, 2004). Ce n'est pas parce que les blessures sont négligeables que l'individu n'a pas la réelle intention de porter atteinte à sa vie.

2.1.3 Idéations suicidaires

Les idéations suicidaires sont considérées comme un indicateur de premier plan dans les tentatives de suicides tout comme dans les suicides complétés (Kuo *et al*, 2012) puisqu'elles sont toujours présentes avant une tentative de suicide ou un suicide complété (Mishara et Tousignant, 2004). Pour mieux comprendre le phénomène du suicide, il convient donc de se pencher particulièrement sur ce concept et ses facteurs prédictifs.

« Une personne est considérée avoir des idéations suicidaires quand elle pense à se tuer » (Mishara et Tousignant, 2004). L'idéation suicidaire correspond à une pensée de s'enlever la vie. Elle comporte différents degrés de sévérité (Mishara et Tousignant, 2004). Compte tenu que les idéations suicidaires sont considérées comme des indicateurs extrêmes de la détresse psychologique (Moreau et Mageau, 2012) et que la détresse psychologique représente un indicateur de la santé mentale (Perrault, 1989), nous devons donc nous attarder à des concepts-clé en santé mentale. Notons

que « moins la santé mentale est perçue comme bonne et plus la proportion de gens rapportant des idées suicidaires est élevée » (Boyer, St-Laurent, Prévile *et al*, 1998).

2.1.4 Santé mentale

Dans son rapport pour la santé dans le monde, la santé mentale est définie par l’OMS (2001) comme « un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut composer avec les tensions normales de la vie, peut travailler de façon productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté » (p.5).

2.1.5 Détresse psychologique

Dans ce mémoire, nous nous attarderons aussi spécifiquement à la notion de détresse psychologique parce qu’elle est étroitement liée à la santé mentale. Nous développerons cette partie de façon plus approfondie puisqu’elle est fondamentale pour la compréhension de son lien avec le travail.

La détresse est une réaction aux contraintes de l’environnement qui engendre une sollicitation biologique et psychologique (Zawieja et Guarnieri, 2014). Il se définit comme un état psychologique qui découle des multiples interactions que l’individu entretient avec son environnement (Cox, Griffiths et Rial-Gonzales, 2006)⁵. Cet état psychologique détient des influences sur les fonctions cognitives et émotionnelles de

⁵ Cette seule source a été principalement utilisée puisqu’il s’agit d’un ouvrage de référence très complet concernant la détresse.

ce dernier qui affectent, par le fait même, sa santé mentale (Cox *et al*, 2006). Cette approche dite « psychologique » de la détresse est la plus contemporaine et semble pallier aux lacunes des approches précédentes soient « l'approche technique » et « l'approche physiologique » (Cox *et al*, 2006). L'approche psychologique s'intéresse, d'une part, aux interactions de l'individu avec son environnement, et, d'autre part, aux mécanismes psychologiques qui sous-tendent ces interactions (Cox *et al*, 2006).

Malgré ces différentes approches, les études sur la détresse s'entendent pour associer la détresse à des problèmes de santé tels que « l'hypertension, l'humeur dépressive, la consommation excessive d'alcool, l'irritabilité et les douleurs de poitrine » selon le modèle de la dynamique de la détresse au travail de Cooper (Cox *et al*, 2006).

Toujours selon ce modèle, plusieurs facteurs professionnels peuvent expliquer les manifestations du stress : « les caractéristiques intrinsèques du travail, les rôles de l'individu, les relations au travail, l'évolution de la carrière, la structure et l'atmosphère de l'organisation et les symptômes organisationnels » (Cox *et al*, 2006). Il y aurait « deux voies de transmission des facteurs de risques-dommages » au travail (Cox *et al*, 2006). La première serait l'environnement physique du travail, et, la deuxième, l'environnement psychosocial du travail (Cox *et al*, 2006).

Notons que l'état de détresse psychologique fait face à des différences individuelles marquées qui sont importantes à considérer (Cox *et al*, 2006). « La capacité de l'individu à s'adapter aux contraintes de son travail, la manière dont il réagit à ces contraintes et les aspects de contrôle et de soutien qui l'accompagnent » sont trois variables à considérer dans la réponse de détresse (Cox *et al*, 2006). Lorsque l'individu perçoit qu'il ne peut pas répondre aux contraintes et demandes de son environnement par manque de ressources, il vit une situation de détresse (Cox *et al*,

2006). De ce principe découle également la notion de « stress-coping » qui fait référence à l'identification de l'état de détresse chez l'individu et des stratégies qu'il met en place pour y faire face (Cox *et al*, 2006). La perception et l'évaluation de l'individu de sa capacité à pouvoir remédier à la détresse influenceront les dommages éventuels de la détresse sur sa santé (Cox *et al*, 2006).

La détresse psychologique occasionne des problèmes de santé psychologique et sociale, des problèmes de santé physiologique et physique et une détérioration de l'activité immunitaire (Cox *et al*, 2006). Les troubles psychologiques reliés à la détresse englobent des « changements de la fonction cognitivo-perceptive, de l'émotion et du comportement » (Cox *et al*, 2006). Effectivement, sous l'effet de la détresse les comportements d'hygiène de vie peuvent se dégrader, il en est de même des « comportements sociaux et des relations interpersonnelles » sous-jacentes à d'autres manifestations de la détresse comme « l'irritabilité, les troubles de la concentration et de la mémoire » (Cox *et al*, 2006). Les liens entre la détresse et les troubles de santé se justifient par la capacité de la détresse à influencer la « pathogénie » puisqu'il exerce une influence notable sur la qualité de vie et sur le bien-être de l'individu (Cox *et al*, 2006).

La détresse psychologique est, pour Perrault (1989), un indicateur d'une mauvaise santé mentale comme la fièvre l'est pour la santé physique. Pour Marchand et collègues (2005) elle ne peut être attribuée à une pathologie ou à un diagnostic particulier, mais elle indique un déséquilibre psychique qui, non-traité, peut engendrer de graves problèmes comme la dépression et le suicide notamment.

2.1.6 Dépression

Outre la détresse psychologique, la dépression est un autre concept important à maîtriser lorsque l'on parle de suicide. La dépression est « une condition psychologique épisodique qualifiée par un état de tristesse ou une perte de plaisir dans les activités quotidiennes » (Judd, Akiskal, Maser *et al*, 1998). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 1993) la décrit de façon semblable : « perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines ». De plus, le sujet doit éprouver quatre symptômes parmi les suivants : changement dans l'appétit, dans le sommeil, dans l'activité psychomotrice, réduction de l'énergie, dévalorisation, culpabilité, difficulté à penser et à se concentrer, idées de morts récurrentes, idéations suicidaires et plans ou tentatives de suicide (DSM-IV, 1993). La dépression et l'état de détresse psychologique qui en découle affectent toutes les sphères de la vie de l'individu (Zawieja et Guarnieri, 2014). Notons que la dépression est associée fréquemment avec les idéations suicidaires et le suicide. En effet, 60 % des personnes décédées par suicide du Canada auraient souffert de dépression au moment de mettre fin à leur vie, ce qui fait de la dépression le facteur le plus prédictif des idéations suicidaires et du suicide (Navaneelan, 2012). Beck (1967) définit la dépression par ses symptômes : une modification spécifique de l'humeur, un concept de soi négatif entaché de reproches et de culpabilités, des souhaits d'autodestruction pour fuir une situation, des changements physiques et physiologiques évidents (insomnie, hypersomnie, changements dans l'appétit) et une altération du niveau d'activité soit par hyperactivité, inaction ou retrait de l'individu.

2.1.7 Désespoir

Autre point très important, Beck et Steer (1988) ont démontré qu'un état dépressif combiné à un sentiment de désespoir accru prédit les idéations suicidaires et le suicide accompli. Le désespoir, quant à lui, est une des facettes critiques de la dépression qui se définit comme tel : un sentiment que la vie ne puisse devenir meilleure dans le futur (Lester, 1994). Le désespoir se manifeste par des pensées négatives et un pessimisme par rapport au futur sur le court-terme ou le long terme (Beck et Steer, 1988). Une étude longitudinale sur dix ans de Beck, Steer, Kovacs et Garrison (1985) concernait des patients hospitalisés pour cause d'idéations suicidaires. Les niveaux de désespoir élevés ont prédit les suicides accomplis de ces patients dans 91 % des cas.

2.2 Suicide et travail

On pourrait aborder la question du suicide et du travail sur différents angles. Une possibilité serait d'aborder cette section en utilisant une approche classique en séparant les études selon différents niveaux se rapportant aux causes des suicides et idéations suicidaires, soient le niveau individuel, organisationnel et sociétal. L'objectif de notre recherche étant de vérifier s'il existe des liens entre idéations suicidaires et dimensions organisationnelles, nous avons choisi de présenter cette section en congruence avec d'autres revues de littérature qui traitent du même sujet dont celle de Castro (2004). Nous en profitons pour souligner que cette revue de littérature a été faite en partie en s'appuyant sur Castro (2004) et ses sources ce qui explique une plus grande présence de certains auteurs dans celle-ci. De plus, nous avons essayé de faire une fusion des études sur les idéations suicidaires et le suicide

du suicide, ne se rapprochaient pas assez de notre angle qui concerne les dimensions organisationnelles.

Récemment, des suicides ayant eu lieu sur les lieux du travail ont poussé les chercheurs à se pencher sur l'impact du travail sur la santé psychologique des travailleurs (François, Garre, Guiho-Bailly *et al*, 2011). En effet, bien que plusieurs déterminants soient à l'origine des idéations suicidaires et du suicide, le phénomène récemment médiatisé du suicide au travail, depuis le début des années 90, a poussé les chercheurs à s'interroger sur les facteurs de risques liés à l'organisation du travail.

Dejours et Bègue (2009), en France, ont voulu en savoir plus sur le phénomène, et, force est d'admettre que, les facteurs liés au travail, en cause dans leur ouvrage font référence à l'entreprise moderne et à ses failles : « un état de dégradation très avancé du tissu humain et social du travail », « la déqualification du travail », « l'effondrement de la reconnaissance sociale », « la rupture du contrat moral », « l'évaluation individualisée des performances », « le silence des autres face au harcèlement des collègues » et « l'absence de coopération ». Ces constatations furent observées après maintes discussions en groupe et entretiens individuels échangés entre les auteurs et les travailleurs de l'organisation à l'étude ayant vécu des cas de suicides en entreprise. Le but était ici d'arriver à une « action rationnelle » afin de « guérir » l'organisation du travail (Dejours et Bègue, 2009). Les auteurs s'y sont pris par l'incitation à la parole (débriefings) afin que les travailleurs se réapproprient le sens de leur travail et puissent mieux faire face aux événements survenus.

Castro (2004) mentionne la symbolique sans équivoque du geste de commettre un suicide surtout lorsqu'il se produit sur le lieu même du travail. Aux États-Unis, une étude de l'OMS a permis de mesurer que 1% à 3% des suicides avaient lieu au travail même de la victime (OMS, 2006). Les données provenant du Bureau des Statistiques

du Travail des États-Unis observent les taux de suicide les plus élevés sur les lieux même du travail chez les professions de gestionnaires et chez les professionnels spécialistes (Woo et Postolache, 2008). Ces suicides sont donc plutôt une minorité, mais le lieu du suicide ne dispense toutefois pas l'environnement de travail de toute responsabilité. La personne qui s'enlève la vie s'adresse aux survivants pour dénoncer quelque chose, pour transmettre un message aux autres quant à leur part de responsabilité dans l'acte que la personne a commis. Il s'agit d'une sorte d'appel au secours, de dénonciation. Dans certains cas, le travail aurait peut-être alors transgressé les autres sphères de la vie de la personne en souffrance et serait devenu pathogène pour l'individu (Castro, 2004).

La revue de littérature de Castro (2004) souligne que les suicides en lien avec le travail sont difficiles à recenser pour plusieurs raisons. Les certificats de décès lors d'un suicide renferment la profession du sujet sans indiquer, par contre, si celui-ci pratiquait toujours son métier au moment de sa mort. L'ancienneté est également rarement une donnée que l'on peut obtenir. Il devient donc difficile d'analyser les circonstances professionnelles concrètes de la personne décédée : « usure professionnelle », « peur de quitter l'emploi », « départ à la retraite », « difficulté d'adaptation à la nouveauté » pour une réaffectation par exemple (Castro, 2004). En outre, aucune distinction ne peut être effectuée entre ceux qui étaient traités pour troubles psychologiques ou pour autres problèmes de santé et ceux qui ne l'étaient pas. Il devient donc difficile d'extraire les variables individuelles de celles reliées uniquement au travail bien que celles-ci ne soient pas sans interrelations. Il est alors possible de penser que le nombre de suicides en lien avec le travail est souvent sous-estimé.

2.2.1 Détresse psychologique et travail

Selon le rapport de l’OMS (2006), la détresse psychologique au travail engendre des conséquences sur la santé des travailleurs tels que des troubles musculo-squelettiques, des épuisements professionnels, des cas de dépression, des blessures, de la violence au travail et même des suicides.

L’étude sur le suicide en lien avec le travail de Woo et Postolache (2008) relève la détresse psychologique au travail, les caractéristiques individuelles et le faible soutien social comme les trois facteurs d’influence principaux de l’augmentation des risques de suicide chez une personne. Dans une étude japonaise sur des travailleurs de sexe masculin seulement, le faible soutien social, la forte demande psychologique, le peu de contrôle sur le travail ainsi que de longues heures de travail avaient fait souffrir la plupart des personnes décédées par suicide avant de s’enlever la vie (Woo et Postolache, 2008). Ces résultats ont été récoltés par autopsie psychologique⁶ auprès des proches des victimes (Woo et Postolache, 2008).

Dans la moitié des cas de suicides complétés de cette étude, les victimes avaient tous consulté des généralistes par rapport à des ennuis de santé, mais aucun n’était traité pour des troubles de l’humeur (Woo et Postolache, 2008). Cette somatisation de l’humeur dépressive est effectivement très fréquente chez les personnes en détresse. Ils ne se sentent pas bien, ont des troubles de l’appétit, de la concentration et du

⁶ Notons que l’autopsie psychologique est une méthode d’investigation des suicides acceptée depuis les années 60 qui consiste à reconstituer « les styles de vie, les comportements et les événements vécus par les individus » s’étant enlevé la vie peu avant leur mort (Batt, Bellivier, Delatte et Spreux-Varoquaux et al., 2005). Elle focalise sur les aspects psychologiques de la personne décédée par suicide en recueillant, à l’aide de l’entourage du défunt, des informations sur son état psychologique en utilisant plusieurs échelles pour pallier « la subjectivité des témoignages ». Elle a pour but de circonscrire les circonstances du décès à la lumière des informations recueillies et de suggérer certaines causes du suicide permettant d’identifier les facteurs de risque de l’acte suicidaire (Batt, Bellivier et Delatte, 2005).

sommeil et vont consulter pour des troubles physiques d'abord. (Woo et Postolache, 2008).

L'étude de Woo et Postolache (2008) considère, elle aussi, que la détresse est responsable de nombreux troubles de santé mentale. Les troubles de l'humeur, plus spécifiquement, affecteraient plus de 5% des travailleurs. De plus, certains troubles peuvent être plus spécifiques à l'individu et affectent ainsi leur prédisposition à réagir à la détresse en milieu de travail. Notamment, 1,1% des travailleurs auraient un diagnostic de trouble bipolaire, 4,6% des travailleurs auraient également déjà vécu un épisode dépressif majeur et 6,4% des travailleurs rencontreraient les critères d'un trouble dépressif majeur (Woo et Postolache, 2008).

Spencer-Thomas (2011) aborde le cas de son frère maniaco-dépressif s'étant enlevé la vie. Elle dénonce les nombreux préjugés et mythes à l'égard des personnes « vulnérables » en entreprise. Des travailleurs acharnés, débordants d'énergie, d'entregent et de charisme peuvent se retrouver à souffrir de troubles psychologiques en lien avec le travail (Spencer-Thomas, 2011). Souvent même, les individus, pris avec une prédisposition quelconque, sont de véritables bourreaux de travail hyper efficaces que l'on sélectionne pour accomplir les tâches les plus ardues puisqu'ils aiment et arrivent à atteindre des standards très élevés que les autres ont peine à soutenir (Spencer-Thomas, 2011). Le multitâches peut devenir leur pire ennemi. S'ils arrivent à soutenir le rythme, tout va bien, sinon, c'est la dégringolade. Spencer rappelle que ces « héros » du travail, ne se permettent pas de montrer leur faiblesse ou leur surcharge. Les stéréotypes continuent de propager que les problèmes de santé mentale sont synonymes de violence ou d'incompétence au travail et les victimes souffrent en silence par honte d'être considérées comme « instables », « malades » ou « paresseux » (Spencer-Thomas, 2011).

De plus, si l'individu occupe un poste important en entreprise, son image publique risque d'être affectée, car il devrait dévoiler à tous sa vulnérabilité. C'est à ce moment critique, dans la peur et la désillusion, que les pensées suicidaires peuvent poindre (Spencer-Thomas, 2011). Spencer-Thomas (2011) a fondé un programme de prévention du suicide en entreprise qui se nomme « The WorkingMindsToolkit » et qui aide les employeurs à détecter les individus en détresse avant qu'il ne soit trop tard afin de les diriger vers les ressources nécessaires. Il se retrouve maintenant dans le registre des meilleures pratiques en matière de prévention du suicide et a été implanté dans plusieurs organisations aux États-Unis (Spencer-Thomas, 2011).

L'augmentation des dépressions et des suicides dans la société en générale serait également liée à l'augmentation de la détresse en milieu de travail (Woo et Postolache, 2008). Dans la plupart des études empiriques sur le sujet, (Steven, 2001; Tennant, 2001; Wang et Patten, 2001) les symptômes de la détresse, qu'elle englobe des troubles comme le burnout, la dysphorie ou la dépression, variaient selon les différents niveaux de détresse sévissant dans les professions (Woo et Postolache, 2008). En d'autres mots, si une profession est considérée comme très stressante, les cas de burnout, dysphorie et dépression seront plus élevés.

Ils mentionnent également l'effet « réciproque » de la détresse psychologique dû à l'environnement de travail et aux troubles de l'humeur, comme s'il s'agissait d'une espèce de cercle vicieux (Woo et Postolache, 2008). À titre d'exemple, un milieu stressant qui crée chez le travailleur un état dépressif peut donner lieu à des comportements contreproductifs en entreprise comme le présentéisme ou l'absentéisme. À leur tour, ces comportements négatifs engendrent souvent de mauvaises évaluations de la part des superviseurs, ce qui fait décroître l'estime de la personne affectée et peut accentuer encore plus son niveau de détresse puisque sa sécurité d'emploi peut s'en trouver menacée (Woo et Postolache, 2008). Si ces

situations persistent ou s'aggravent, le suicide peut devenir une option pour la personne en détresse surtout si celle-ci finit par perdre son emploi (Woo et Postolache, 2008).

Notons qu'un individu qui perd son emploi voit son estime de lui-même menacée ce qui peut causer un sentiment de désespoir chez celui-ci (Woo et Postolache, 2008). De plus, la perte d'un emploi engendre souvent des inquiétudes financières et de la détresse psychologique qui peuvent mener à la dépression et au suicide (Woo et Postolache, 2008). Ce risque est accru chez les jeunes travailleurs (Woo et Postolache, 2008). D'ailleurs la prévention quant à la détresse en entreprise ne doit pas négliger les plus jeunes qui ont tendance à tuer à la tâche plus rapidement afin de faire leurs preuves envers la compagnie (Woo et Postolache, 2008). Des cas de dépression sont observés de plus en plus, chez les travailleurs plus jeunes selon Woo et Postolache (2008).

Dans la revue de littérature de D. Castro (2004), la détresse psychologique est aussi identifiée comme un facteur principal pouvant influencer les suicides en lien avec le travail. La détresse psychologique au travail serait de plus en plus fréquent puisque l'industrie des services est devenue, au fil des années, une industrie en tête de file d'un point de vue économique appuyée par l'avènement des nouvelles technologies qui bien, que permettant plus de productivité, nécessitent une formation continue et occasionne de la détresse chez les travailleurs (Woo et Postolache, 2008). De plus, l'étude de Woo et Postolache (2008) cible l'insécurité d'emploi, la charge de travail et l'apprentissage continu comme sources de détresse engendrée par la modernité.

Cependant, les sources de détresse psychologique semblent différer quelque peu d'une région du monde à l'autre selon l'OMS (2006). Le peu de reconnaissance au travail et la charge de travail des cadres, à Taïwan, sont des plus préoccupantes. Alors

qu'au Royaume-Uni, ce sont les relations au travail, le climat organisationnel et les responsabilités personnelles qui pèsent le plus dans la balance des stressseurs (OMS, 2006). Le Japon et la Corée ont des taux de suicide spécifiquement élevés (Targum et Kitanaka, 2012). L'augmentation du suicide, en Corée, s'est produite avec l'augmentation du produit intérieur brut et l'industrialisation du pays. Elle figure maintenant en tête de liste des pays avec les plus hauts taux de suicides (Targum et Kitanaka, 2012).

Au Japon, selon Targum et Kitanaka (2012), il y aurait entre trois et cinq fois plus de victimes de suicide que de morts par accidents de voiture. La récession économique ainsi que la mentalité japonaise très traditionnaliste semblent nuire à cette situation. Le peuple japonais n'assumait pas le lien existant entre la dépression et le suicide. Cependant, des partenariats avec les psychiatres et le gouvernement ont permis de transformer les mentalités et de parler de plus en plus de suicide par « surtravail », car, au Japon, 39% des suicides sont commis par des travailleurs actifs (Nakao, Nishikitani, Shima et al, 2007). Le suicide est devenu graduellement, aux yeux des japonais, un problème de santé mentale et non un choix faisant référence à la liberté individuelle de mettre fin à ses jours (Targum et Kitanaka, 2012). En effet, les mentalités évoluent et le suicide et sa portée sociale semble plus évidente. Précédemment, les japonais y associaient une dimension romantique, maintenant la dépression et la pression sociale sont pointées du doigt (Targum et Kitanaka, 2012).

La mort subite par surtravail, ou Karoshi, au Japon, est considérée comme étant directement lié à la détresse au travail et aux heures de travail interminables que subissent les travailleurs d'entreprise. Plusieurs compagnies japonaises ont dû dédommager les familles en deuil pour leur part de responsabilité concernant le décès des victimes (Targum et Kitanaka, 2012). Le gouvernement japonais s'est vu forcé d'adopter une loi sur la prévention du suicide, en 2006, qui dédommage également les

travailleurs au pris avec des problèmes de santé mentale reliés au travail (Targum et Kitanaka, 2012).

Cependant, au Japon, un autre problème provient de l'environnement culturel de travail. Targum et Kitanaka (2012) aborde la notion d'employé « modèle » qui devient vulnérable à la dépression. En effet, le comportement idéal à adopter, au travail, peut mener à une morbidité en les poussant à se définir constamment avec leur succès au travail. Ils adoptent alors des responsabilités multiples, ils deviennent ultra perfectionnistes et sont soumis à beaucoup de pression sociale (Targum et Kitanaka, 2012). Si, par malheur, ces employés « modèles » ne réussissent pas à maintenir leurs standards de performance, la dépression devient souvent inévitable (Targum et Kitanaka, 2012).

Cet article permet également de comprendre quelques-unes des différences entre les travailleurs américains et ceux japonais. La priorité du contrôle de soi des japonais ferait en sorte qu'ils ne demanderaient pas d'aide et réagiraient souvent tardivement face aux situations de détresse psychologique. De plus, la dimension très prisée de l'emploi à vie, à laquelle font face les japonais, les empêcheraient de changer d'emploi lorsque les conditions de travail deviennent trop précaires, ce à quoi les américains éprouvent rarement de la difficulté (Targum et Kitanaka, 2012). Par contre, les auteurs présentent également des similarités entre les deux cultures puisque le monde du travail se ressemble de plus en plus. Mondialisation, pression temporelle et incertitude semblent pousser les travailleurs à être très performants quitte à ce que certains se droguent pour arriver à garder leur emploi et surpasser leurs limites (Targum et Kitanaka, 2012).

L'individu qui est placé dans un environnement de travail malsain et en temps de changements sociaux se retrouve plus à risque de problèmes de santé mentale

(Targum et Kitanaka, 2012). Heureusement, la société japonaise valorise maintenant d'avantage la portée psychologique et affective du travail. Par exemple, elle tend maintenant à reconnaître le travail émotionnel qui découle de devoir garder toujours le sourire pour satisfaire des clients, parfois, difficiles et ceux qui s'avèrent violents. Ce comportement typique de l'employé « modèle » japonais peut s'avérer exigeant psychologiquement (Targum et Kitanaka, 2012). De plus, les liens occurrents entre le suicide et la détresse psychologique au travail sont concluants dans certaines situations comme dans les sanctions disciplinaires sévères, les renvois, les transitions majeures en entreprise (retraites, licenciements, démissions) et dans les situations dommageables telles que le harcèlement moral ou l'implication dans un acte illégal et la honte qui en suit, et ce, peu importe le pays (OMS, 2006).

2.2.2 Harcèlement psychologique

Un facteur autre que la détresse psychologique pouvant influencer une personne dans son choix de se suicider ou non est souligné dans l'ouvrage de Castro (2004). Il s'agit du harcèlement psychologique au travail. Le harcèlement psychologique est défini comme suit dans la Loi sur les normes du travail (LNT) :

Le harcèlement psychologique au travail est une conduite vexatoire qui se manifeste par des comportements, des paroles ou des gestes répétés : qui sont hostiles ou non désirés, qui portent atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui rendent le milieu de travail néfaste. Une seule conduite grave peut constituer du harcèlement psychologique si elle a les mêmes conséquences et si elle produit un effet nocif continu sur le salarié. (Art. 81.18)

Une forte corrélation existe entre le harcèlement psychologique et la dégradation de la santé mentale. En effet, les conséquences de la violence psychologique sur la santé

sont multiples : « anxiété, dépression, symptômes psychosomatiques, agressivité, craintes et méfiance, effets cognitifs (incapacité de se concentrer ou de penser clairement et capacité de résolution de problèmes réduite), isolement, détérioration des relations et stress post-traumatique » (Martino, Hoel et Cooper, 2003). « La violence psychologique est souvent le fait d'actes répétés, importuns, non réciproques et imposés, pouvant avoir un effet dévastateur chez la victime » (Martino, Hoel et Cooper, 2003). Ces comportements « répétés, relativement mineurs lorsqu'ils sont pris isolément, mais dont le cumul peut entraîner une forme très grave de violence » constituent en soit le harcèlement psychologique (Martino, Hoel et Cooper, 2003). Multiples actions et comportements destructeurs répétés peuvent être observés dans les milieux de travail.

Le harcèlement psychologique est une source de détresse élevée pour les victimes, mais aussi pour les témoins (Soares, 2002). Dans une étude québécoise, des symptômes dépressifs et des symptômes de stress post-traumatique ont été identifiés comme étant des conséquences du harcèlement psychologique chez ceux qui le subissaient (Soares, 2002).

Le non-respect du contrat de travail relié à des cas de harcèlement psychologique est une situation fréquente en cause des litiges rapportés devant les tribunaux (Castro, 2004). Il en est de même des propos violents d'un superviseur à l'égard d'un employé et des cas de tentatives de suicide et de suicide pouvant être en lien avec le travail (Castro, 2004). Certains suicides en lien avec le travail et liés à des situations de harcèlement psychologiques ont été considérés par la loi comme des accidents de travail et l'obligation de dédommager les proches devient alors incontournable (Castro, 2004).

Le Québec a été la première nation d'Amérique du Nord à s'être prémunie d'une définition du harcèlement psychologique et de recours de protection pour le salarié. Le 1er juin 2004, une modification de la LNT a créé un « droit pour tout salarié de vivre dans un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique » dans l'article 81,19(1) (Lippel, 2005). Au sens de la LNT, l'employeur détient une obligation de moyen : « L'employeur doit prendre les moyens raisonnables pour prévenir le harcèlement psychologique et, lorsqu'une telle conduite est portée à sa connaissance, pour la faire cesser ». De plus, une obligation de prévention subsiste même en l'absence de harcèlement psychologique dans l'organisation.

2.2.3 Facteurs organisationnels

Suite à ces observations, l'environnement social au travail devient de plus en plus la source de problèmes de santé mentale (Woo et Postolache, 2008). Les conflits interpersonnels, la violence, les menaces et toute forme de harcèlement sont considérés comme les vecteurs de détresse psychologique les plus sévères pour un individu (Woo et Postolache, 2008). De plus, le concept de justice au travail, et ainsi, de la perception du salarié du caractère juste ou injuste de la façon dont il est traité au travail augmente les risques de problèmes de santé mentale (Woo et Postolache, 2008).

Les facteurs de détresse font donc l'unanimité quant aux effets néfastes qu'il comporte sur le plan de la santé mentale. L'OMS (2006) dépeint, de façon concrète, plusieurs facteurs de détresse présents au travail. Le manque de temps, les horaires atypiques sur lesquels le travailleur a peu de contrôle, les distractions qui affectent la concentration, les conflits interpersonnels, le manque d'espace, le climat d'incertitude

relatif à son maintien en emploi et la pression à produire plus avec moins (OMS, 2006). Rajoutons à cette liste, les restructurations d'entreprise donnant suite à une rationalisation des effectifs, l'ambiguïté et les conflits de rôle, les difficultés communicationnelles avec les collègues ou/et le supérieur, les demandes de travail extrêmes quant aux responsabilités en jeu, aux longues heures, au manque d'autonomie, à l'engagement envers l'entreprise, les conditions de travail difficiles et les stressseurs physiques inhérentes à la profession (OMS, 2006). Même les tâches répétitives, monotones et routinières et la sous- utilisation des compétences peuvent être néfastes pour le travailleur (OMS, 2006). De plus, le recours aux heures supplémentaires pour pallier au maigre salaire s'ajoute aux contraintes relatives au travail (OMS, 2006).

Une étude française a interrogé, par questionnaire, 87 personnes ayant fait une tentative de suicide et étant hospitalisés. Leurs conditions de travail, au moment de leur tentative, ont été investiguées afin de pouvoir cerner les potentielles causes de leur acte. La détresse vécue a été mesurée ainsi que le soutien social, de surcroît, qui tend à avoir une influence majeure sur le risque de troubles dépressifs (François *et al*, 2011). Les résultats permettent de conclure à une détresse psychologique accrue provenant des « exigences du public », des « postures contraignantes », du « port de charges » et d'expositions aux poussières et aux fumées » (François *et al*, 2011). L'organisation du travail des personnes en détresse se décrivaient, pour plusieurs, à des rotations d'horaire, de la « surcharge de travail », des « délais à respecter », des « dérangements fréquents » et des « injonctions contradictoires » (François *et al*, 2011). De plus, 35% des répondants relataient des rapports tendus avec la hiérarchie et des tensions avec les collègues, dans 23% des cas, étaient mentionnées (François *et al*, 2011). Fait important, le tiers de l'échantillon se considérait comme « menacés ou humiliés » au travail. Pour le même pourcentage, une infraction à l'éthique

professionnelle dans l'accomplissement du travail était soulevée (François *et al*, 2011).

De plus, les rétributions semblaient souvent inadéquates ; les salaires étaient perçus comme insuffisants dans la moitié des cas. Pour plus du quart de l'échantillon, le poste ne mettait pas à profit les qualifications de l'employé et, dans un tiers des cas, la possibilité d'un cheminement de carrière était faible (François *et al*, 2011). Les résultats estiment aussi que les situations tendues au travail (faible autonomie, grande demande psychologique) se trouvaient souvent chez les « artisans, commerçants, chefs d'entreprises, les ouvriers et les employés ». Cependant, l'étude comporte la faiblesse d'une possible circularité des données du fait que les patients déprimés puissent percevoir leurs conditions de travail comme plus négatives qu'elles ne le sont en réalité compte tenu de leur état de santé (François *et al*, 2011). Cette dernière notion peut se rapporter au principe de « psymal » vu dans le modèle à quatre composantes de Shneidmann (1993-1999) puisque ce qui est important est la perception qu'a l'individu de son mal-être.

En bref, les conditions de travail problématiques mentionnées par les personnes ayant fait une tentative de suicide sont les suivantes : la surcharge de travail, le niveau de rentabilité à assurer dans des délais serrés, l'ambiguïté et les conflits de rôle, le « dérangement fréquent dans le travail », la conscience professionnelle heurtée, des menaces ou humiliations au travail, des conflits avec les collègues ou avec la hiérarchie, « les horaires atypiques » et des systèmes d'avancement de carrière considérés comme injustes puisqu'ils se basent uniquement sur l'évaluation individualisée des performances; méthode qui renvoie à beaucoup de subjectivité (François *et al*, 2011). Finalement, l'étude souligne l'importance de la reconnaissance au travail sur le processus identitaire de l'individu. Ce facteur n'est pas à négliger pour analyser la décompensation de l'individu qui se suicide (François *et al*, 2011).

Notamment, des recherches japonaises ont conclu que les horaires de travail irréguliers influençaient positivement le risque d'idéations suicidaires (Takusari, Suzuki, Nakamura *et al*, 2011) et le même effet a été remarqué pour l'exposition à une détresse psychologique élevée et un faible soutien social (Takada, Suzuki, Shima *et al*, 2009). Une étude portant sur les déterminants des idéations suicidaires chez les chirurgiens vétérinaires a soulevé que les longues heures de travail, la surcharge de travail, une faible conciliation travail-famille, des relations difficiles avec la clientèle et la pratique de l'euthanasie influençaient positivement la présence d'idéations suicidaires (Platt, Hawton, Simkin *et al*, 2012). Chez les médecins, une étude européenne a identifié que les expériences de travail dégradantes, les conflits de rôles, le pauvre soutien social et une faible autonomie influençaient positivement la présence d'idéations suicidaires (Fridner *et al*, 2011). De surcroît, en Norvège, une recherche empirique sur les ambulanciers a conclu que le harcèlement moral au travail, comme vu dans la section précédente, et l'épuisement professionnel influençaient positivement la présence d'idéations suicidaires (Sterud *et al*, 2008).

De plus, des facteurs physiques peuvent intervenir sur la santé mentale des travailleurs. En effet, étonnement, même les odeurs désagréables pourraient détenir un impact sur l'anxiété et la dépression des travailleurs qui y sont confrontés régulièrement (Woo et Postolache, 2008). Les différences de températures ou les températures extrêmes ainsi que l'exposition chronique au bruit pourraient avoir des effets sur les neurotransmetteurs en lien avec l'humeur également (Woo et Postolache, 2008). D'un point de vue biologique, l'exposition au « virus, aux polluants, allergènes et bactéries » sembleraient accentuer les symptômes dépressifs chez certains sujets (Woo et Postolache, 2008).

Aussi, les horaires atypiques, les horaires rotatifs, le travail occasionnel, à temps partiel et quotidien ainsi que les professions propices aux décalages horaires sont

considérés comme très néfastes pour la santé mentale en augmentant les symptômes de la dépression, des troubles bipolaires et en augmentant les risques de suicide chez les individus (Woo et Postolache, 2008). Ce portrait des professions à risque, de par les facteurs soit chimiques, biologiques ou physiques qu'elles comportent, font l'objet d'un consensus minimal chez les experts en matière de suicide au travail (Castro, 2004).

Finalement, des différences de genre ont été observées quant aux effets délétères de certaines caractéristiques de l'organisation du travail et aux comportements suicidaires des individus. Dans l'étude de Woo et Postolache (2008), une étude canadienne est citée comme ayant démontré que les hommes avec une charge de travail élevée et les femmes avec une faible autonomie étaient plus à même de développer une dépression. Par contre, pour les deux sexes, le manque de support social en était un facteur prédictif (Woo et Postolache, 2008). Malheureusement, les femmes restent, cependant, plus vulnérables que les hommes à la discrimination en emploi, aux salaires plus bas, à des difficultés de progression de carrière et au harcèlement en emploi (Woo et Postolache, 2008). Cependant, les hommes sont quatre fois plus à risque de se suicider que les femmes, peu importe l'âge, et la possibilité que leur première tentative soit fatale est plus élevée (Langlois et Morrison, 2002). Les hommes ont également recours à des méthodes plus violentes pour mettre fin à leurs jours comparativement aux femmes (Langlois et Morrison, 2002). Il est reconnu, par contre, que les femmes effectuent d'avantages de tentatives de suicide, et ce, peu importe le groupe d'âge (Langlois et Morrison, 2002).

2.2.4 Professions à risque

Notons que certaines professions, ont été considérées comme plus à risque d'influencer la conduite suicidaire (idéations, tentatives et suicides) des individus. La revue de littérature de Castro (2004) souligne plusieurs professions à risque, notamment les professions médicales (médecins et infirmières) ainsi que les assistants et travailleurs sociaux. Pour Woo et Postolache (2008), les groupes professionnels plus à risque sont les avocats, les dentistes, les artistes, les mécaniciens et les menuisiers. Les risques les plus bas de suicides séviraient dans les professions de secrétaires, de professeurs à l'école primaire et de cuisinier (Woo et Postolache, 2008). Cependant, il est important de nuancer ces propos puisque les causes de ces taux de suicide, plus élevés dans certaines professions précises, renvoient peut-être aussi à des facteurs démographiques qui n'ont pas toujours été contrôlés dans les études (Woo et Postolache, 2008). Tout de même, de pauvres conditions de travail et un niveau de détresse élevé seraient des facteurs communs aux professions mentionnées ci-haut considérées comme étant plus à risque de suicide (Woo et Postolache, 2008).

Au Canada, le rapport de l'OMS (2006) indique que les agriculteurs et les travailleurs peu-qualifiés qui effectuent du travail clérical seraient plus vulnérables à l'abus de drogues et d'alcool. Chez les travailleurs semi-professionnels, c'est la dépression qui devient le principal ennemi de la santé mentale en lien avec le travail (OMS, 2006). Les professions les plus touchées par la dépression sont les avocats, les professeurs, les vendeurs et les secrétaires (OMS, 2006). La dépression étant un facteur prédictif du suicide, nous pouvons considérer ces professions comme préoccupante.

Pour Woo et Postolache (2008), les professionnels en relation d'aide et dans le secteur des services comme les spécialistes de la santé, de l'éducation et du travail

social sont plus à risque de dépressions et de troubles de l'humeur. Il est important de souligner que la dépression se range comme troisième problème le plus important relié au travail et les études prévoient que, mondialement, d'ici 2020, elle deviendra le deuxième trouble le plus important (OMS, 2006).

Dans la revue de littérature de Castro (2004), on nous y indique que la détresse psychologique peut mener à l'épuisement professionnel et, ce dernier, peut conduire aussi au suicide. Les professions à risque suite au taux élevé d'épuisement professionnel sont les suivantes : « les professions médicales, les travailleurs sociaux, les policiers et les militaires ». Chez les médecins, plusieurs facteurs semblent en cause comme la pression émotionnelle, le manque de sommeil et le risque d'erreur médicale. Chez les infirmières, le manque de considération et de reconnaissance et l'ambiguïté de rôle à laquelle elles sont confrontées ont été soulevés comme des facteurs d'influence. L'OMS (2006) mentionne également que des taux très élevés d'anxiété (composante de la détresse psychologique) chez les médecins et les avocats ainsi que chez les cadres d'entreprise ont été observés spécifiquement au Canada. De plus, une forte prévalence de la dépression, au Canada, a été observée chez les gestionnaires et les travailleurs professionnels. Ces troubles de santé mentale pourraient conduire à un risque plus important de suicide dans ces professions (OMS, 2006).

Encore une fois, certaines professions ont été qualifiées comme d'« intrinsèquement stressantes » par l'OMS (2006). Les métiers exigeant un niveau élevé de relation interpersonnelle avec le public, les avocats étant confrontés à des cas violents et traumatisants, les ouvriers de chaînes de montage condamnés à un travail répétitif, les contrôleurs aériens et les travailleurs de la santé, encore une fois, sont mentionnés. Au Québec, en matière de suicide, notons l'étude de Mishara et Martin (2012). Dans les professions axées sur les services d'urgence, telle que la police, la mort d'un

collègue se range parmi les huit incidents critiques les plus importants auxquels sont confrontés les travailleurs (Mishara et Martin, 2012). Le suicide d'un collègue de travail engendre un deuil très lourd à porter au sein de toute une unité, deuil qui peut s'échelonner parfois sur plusieurs années (Mishara et Martin, 2012). Bien que les problèmes familiaux et l'abus d'alcool puissent être en cause dans un suicide, il n'en demeure pas moins que les sanctions disciplinaires et les syndromes post-traumatiques fréquents dans la profession peuvent augmenter jusqu'à dix fois les risques d'idéations suicidaires dans le corps policier (Mishara et Martin, 2012). Malheureusement, les policiers ne demandent que très rarement de l'aide psychologique bien que 80% des personnes décédées par suicide des forces de l'ordre américaine avaient mentionné leurs intentions suicidaires (Mishara et Martin, 2012).

Toujours dans la revue de littérature de Castro (2004), l'exposition aux variations de climat et de luminosité inhérente à certaines professions peut être en cause dans les suicides en lien avec le travail. Le taux de suicide les plus élevés en Finlande et au Japon se retrouvent dans les professions exposées à la lumière naturelle puisque les travailleurs deviendraient plus sensibles aux variations de luminosité survenant en cours d'année.

De plus, l'exposition aux champs magnétiques chez les électriciens pourrait être en cause dans certains suicides chez ces professionnels, bien que ces résultats soient contestés. Mentionnons également le cas des ouvriers étant en contact avec la viscosité qui seraient plus à risque parce que cet agent chimique entraînerait des troubles psychiatriques pouvant mener au suicide. Les travailleurs qui sont exposés au plomb ou au mercure pourraient aussi ressentir davantage d'anxiété et de dérèglements de l'humeur telle que la dépression puisque ces éléments chimiques sont soupçonnés d'avoir des effets neurotoxiques sur les gens avec lesquels ils sont en contact quotidiennement (Woo et Postolache, 2008). Des effets semblables ont été observés

chez les travailleurs agricoles en lien avec certains types de pesticides utilisés pour les cultures et les élevages (Woo et Postolache, 2008).

Maintenant, il reste à se positionner sur l'impact de l'accès aux moyens pour se suicider dans la profession et le vecteur d'influence qu'il exerce sur le risque de se suicider. Castro (2004) confirme le lien existant entre la connaissance et l'accès aux doses létales chez les professionnels du milieu médical et le risque accru de suicide réussi. En effet, les médecins, les pharmaciens et les chimistes ont été identifiés comme étant des professionnels à haut risque suicidaire par l'OMS (2006). Chez les policiers, les résultats sont moins clairs. La détresse psychologique et les variables individuelles semblent être plus influents que la possession d'une arme à feu bien qu'il s'agisse tout de même d'un risque et que les policiers décédés par suicide utilisent majoritairement ce moyen légal. Ce risque devient d'autant plus important lorsqu'il est combiné avec des troubles de santé mentale chez l'individu (OMS, 2006).

Castro (2004) relate également les professions artistiques comme ayant un fort taux de suicide parmi ses travailleurs. Les experts émettent des liens entre le fait que les personnes attirées par ce type de profession soient porteuses de troubles psychiatriques à la base et que l'art leur permette, par le fait même, d'agir comme catalyseur pour sublimer ces troubles. Notons aussi que cette revue mentionne la pression à produire que subissent souvent les artistes ainsi que la nécessité de devoir toujours plaire à leur public comme facteurs influençant le risque suicidaire.

Même si, par rapport à une personne en emploi, le chômeur aurait deux à trois fois plus de risque de s'enlever la vie (Castro, 2004), travailler ne semble pas écarter tous les risques puisque des personnes, même souvent hautement placées en entreprise, se sont enlevées la vie au travail. Même les plus performants au travail sont à risque.

L'étude finlandaise a ciblé les hautes responsabilités, le travail monotone, et la forte demande psychologique découlant des emplois en contact avec les clients comme des facteurs significatifs à considérer dans l'avènement des comportements suicidaires (Schneider et al, 2011).

Finalement, une étude québécoise portant sur six groupes occupationnels (1- ingénieurs 2- cols bleus 3- Travailleurs et travailleuses en éducation 4- Professionnels et professionnels en éducation 5- Travailleurs et travailleuses de bureau 6- Travailleurs et travailleuses en santé) soulève que la charge de travail, la coopération, la justice organisationnelle, la cohérence des valeurs et la reconnaissance influencent la prévalence des idéations suicidaires selon les professions (Soares, 2014). Cette étude a utilisé des variables découlant du « Areas of work life » de Maslach et Leiter (2006) pour mesurer les effets organisationnels sur les idéations suicidaires. De plus, elle a identifié, en ordre décroissant, les cols bleus, les travailleur-se-s de bureau et les travailleur-se-s en éducation comme étant les professions avec le plus haut taux d'idéations suicidaires. Dans les six groupes occupationnels, la charge de travail et la coopération ont été repérées comme les variables les plus influentes sur les idéations suicidaires.

Dans l'étude québécoise de Soares (2014), le groupe occupationnel des cols bleus arrivait au premier rang, celui des travailleurs de bureau au deuxième et les travailleurs et travailleuses de l'éducation arrivait en troisième rang des professions avec le plus haut taux d'idéations suicidaires.

2.2.5 Travailleurs de la santé

Des taux de suicides élevés ont été observés chez les médecins, surtout chez les femmes, et chez les infirmiers-ères. L'accès aux moyens pour mettre fin à ses jours que comportent ces professions a été une des premières hypothèses pour expliquer ces taux élevés (Hawton, Agerbo, Simkin *et al*, 2011).

D'autres causes possibles ont été soulevées dont les heures de travail excessivement longues, des expériences de harcèlement psychologique, un climat de compétition marqué, des conflits de rôles, une charge de travail importante et une faible latitude décisionnelle (Fridner, Belkié, Minucci *et al*, 2011). Dans l'étude de Fridner et collègues (2011), les expériences de harcèlement psychologique ont été fortement corrélées positivement avec la prévalence des idéations suicidaires chez des médecins suédois et italiens. On retrouve cette même association entre les conflits de rôles et les idéations suicidaires.

Les médecins seraient plus susceptibles de développer des pathologies en lien avec la détresse psychologique, de l'anxiété ou de la dépression (Dusmesnil, Serre, Régi *et al*, 2009). L'épuisement professionnel est fréquent dans la profession et engendre souvent d'autres problèmes de santé mentale ainsi qu'incite à la consommation accrue de psychotropes tout en occasionnant des troubles liés au sommeil (Dusmesnil *et al*, 2009). L'épuisement professionnel des médecins trouve ses sources dans plusieurs facteurs liés à l'organisation du travail tels que les longues heures de travail, la charge mentale de travail élevée, la responsabilité envers les patients et les exigences irréalistes des patients ou de leurs proches, des difficultés de conciliation travail-famille et la remise en cause de leurs compétences professionnelles souvent abordées par les patients ou leurs proches (Dusmesnil *et al*, 2009). Les résultats de l'étude de Dusmesnil et collègues (2009) relèvent également la charge de travail, la

latitude décisionnelle, la reconnaissance au travail, la communauté, le respect, les conflits de rôle et les valeurs comme des variables influençant la prévalence de l'épuisement professionnel. Un autre stresser relié à la profession est celui de devoir s'occuper de patients en fin de vie (Dusmesnil *et al*, 2009).

Dans l'étude québécoise de Soares (2014), les travailleurs du secteur de la santé se retrouvaient au 4^e rang des professions avec le plus haut taux d'idéations suicidaires avec 11,6 %. Ce qui représente presque quatre fois la prévalence du suicide dans la population québécoise globale qui est de 3,9 % (Boyer *et al*, 1998). Les variables organisationnelles les plus prédictives des idéations suicidaires étaient en ordre décroissant : la coopération, la charge de travail, le développement des compétences et la reconnaissance (Soares, 2014). Le désespoir et la détresse psychologique étaient également des indicateurs de santé mentale influençant considérablement la prévalence des idéations suicidaires dans les professions du secteur de la santé.

L'importance de cibler ces travailleurs prend tout son sens lorsqu'on se rappelle qu'au Québec, en 2003, la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) a instauré de profonds changements dans l'organisation du travail du réseau de la santé (Bourque, 2009). Le projet de loi 83 visait à « augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en les inscrivant dans des réseaux locaux » (Bourque, 2009). Cette nouvelle structure du réseau de la santé a alourdi les structures de gestion en regroupant, sur un territoire donné, les CLSC, les centres d'hébergement de soins généraux ou spécialisés et les hôpitaux (Bourque, 2003).

En plus, cette fusion a engendré une « hiérarchisation des services » selon Bourque (2003) et une « standardisation des pratiques, des stratégies et des processus ». Les nouvelles méthodes de gestion occasionnées par les CSSS a modifié les rapports entre

les professionnels et les usagers en transformant ces derniers en clients et la standardisation des actes et procédures a favorisé une approche de l'organisation du travail de type « lean » non sans impact sur la détresse psychologique au travail (Bourque, 2003).

Dorénavant, depuis l'instauration de la loi, les résultats quantitatifs fixés de façon centralisée par les ententes contractuelles et l'appareillage politique prennent pour modèle le secteur privé de la santé (Bourque, 2003). Le contrôle managérial est exercé afin de s'assurer de la satisfaction de la clientèle et de la productivité des travailleurs à court-terme afin d'obtenir les objectifs exigés (Bourque, 2003). La création des CSSS a engendré des effets sur les tâches en modifiant les responsabilités et en engendrant une surcharge quantitative de travail, sur les conflits de valeurs entre l'organisation et les travailleurs, sur la qualité du travail d'équipe, sur le soutien organisationnel perçu, sur l'ambiguïté de rôle et sur la reconnaissance de l'expertise de travail (Larivière, 2007, cité dans Bourque 2009). Nous croyons donc, que ces modifications substantielles de l'organisation du travail ont dû avoir des répercussions sur la santé mentale des travailleurs du secteur de la santé en agissant sur les variables organisationnelles suivantes : charge de travail, cohérence des valeurs, soutien social et reconnaissance.

En 2012, la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) qui est devenue, depuis 2016, la CNESST relatait que les professionnels infirmiers et le personnel spécialisé en soins infirmiers québécois formaient le 2^e groupe professionnel vivant le plus de lésions professionnelles attribuable au stress (CSST, 2014). Le personnel administratif, aussi présent dans le secteur de la santé, se retrouvait au 3^e rang du classement de la CSST. La détresse peut influencer la prévalence des idéations suicidaires (Castro, 2004), cette information fait des travailleurs de la santé un groupe occupationnel à considérer.

De plus, les professionnels de la santé se situait au 1^{er} rang des professions engendrant le plus de lésions attribuables à la violence en milieu de travail (CSST, 2009-2014). Le personnel administratif se trouvait au 3^e rang de ce même rapport quant aux lésions attribuables à la violence. Les professions confrontées à de la violence ont été identifiées comme plus à risque de suicide, donc d'idéations suicidaires par la revue de littérature sur le suicide de Castro (2004) et par Brunet et ses collègues (2004).

2.3 Prévention du suicide

Nous nous sommes attardés préalablement aux facteurs prédictifs des idéations suicidaires en lien avec le travail, maintenant, nous nous pencherons sur les moyens envisageables pour les prévenir. Nous nous attarderons à trois types reconnus de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Nous terminons, ensuite par les formes d'intervention à privilégier lorsque les entreprises doivent faire face à des cas de suicides au travail. Cette section est très étoffée parce que nous considérons que la prévention est très importante dans les phénomènes de suicides au travail et que plusieurs projets de prévention existant dans divers milieux méritent d'être soulignés.

2.3.1 Prévention primaire

Cette forme de prévention tente d'agir sur l'organisation du travail et les méthodes de gestion afin d'intervenir en amont du problème en s'attaquant aux risques présents dans le milieu de travail pour éviter les situations de détérioration de la santé mentale.

L'OMS (2006) suggère quelques pistes de solution pour diminuer les risques présents dans l'organisation du travail : diminuer l'ambiguïté de rôle en donnant l'information adéquate au travailleur, diminuer les conflits de rôle pour éviter l'inconfort chez ce dernier, diminuer la charge de travail s'il y a surcharge et amoindrir le travail monotone, répétitif qui tend à ne pas utiliser les habiletés des travailleurs à leur pleine capacité. De plus, les styles de leadership plus autoritaires sont à proscrire puisqu'ils briment les travailleurs de leur participation à l'environnement de l'entreprise et de leur sentiment d'autonomie (OMS, 2006). L'insécurité, qu'elle soit financière ou au niveau du maintien en emploi est un facteur fort déterminant dans la détresse psychologique et fortement déconseillé (OMS, 2006). Il n'est pas sans dire qu'une culture organisationnelle saine absente d'hostilité, de rumeurs, de favoritisme et de compétition est des plus souhaitable pour favoriser la santé mentale des employés (OMS, 2006). En outre, la santé physique et la sécurité au travail sont à maintenir et à favoriser en tout temps (OMS, 2006). La dernière recommandation est la tolérance zéro à l'égard de situations de harcèlement sexuel ou de nature émotionnelle et de discrimination en entreprise (OMS, 2006).

De plus, Woo et Postolache (2008) encourage fortement la réduction de l'accès aux moyens, voir son élimination complète si possible. Selon eux, les espaces très hauts sont à proscrire, les armes à feu à contrôler chez les policiers et les plafonniers doivent ne pas pouvoir supporter au-delà d'un certain poids afin d'éviter les pendaions (Woo et Postolache, 2008). Cependant, cette prévention semble ne pas viser les risques réels à la source des problèmes vécus par les employés. Elle s'attaque aux moyens, certes, pour en limiter les accès, mais néglige une prévention primaire qui tente d'agir sur l'organisation du travail et sur les modes de gestion pathogènes. Cette prévention ne cible donc pas les risques en jeu dans le milieu de travail qui seraient à la source des problèmes de santé mentale.

Par contre, les auteurs croient aussi, de surcroît, qu'il faille favoriser un flot d'information continue dans l'entreprise qui encourage les contacts humains afin d'être plus imperméable aux risques. Les événements stressants comme une embauche récente, une promotion, une rétrogradation, un transfert ou un licenciement doivent être surveillés de près. Offrir un service d'orientation professionnelle peut être conseillé dans certains cas et considéré comme un premier pas vers la prévention (Woo et Postolache, 2008).

Certes, il s'agit de l'approche la moins utilisée par les entreprises en termes de prévention, cependant, elle serait la plus profitable en termes de coûts-bénéfices sur le long-terme (Cox, Groffiths et Gonzales, 2006). Il convient donc pour les gestionnaires de reconsidérer leurs outils de prévention afin de valoriser la gestion des risques en amont.

Woo et Postolache (2008), mentionnent, tout de même, qu'un milieu de travail soucieux de la santé mentale de ses employés doit être privilégié. La manipulation des variables environnementales sur le plan individuel et organisationnel doit être envisagée. Du point de vu organisationnel, « des heures de travail écourtées, l'évaluation des risques et des variations de l'humeur chez les employés, la gestion du bruit, permettre de prendre de courtes siestes ou de courtes marches en cours de journée, l'accès aux fenêtres et à la lumière naturelle » sont tous des exemples de recommandations à adopter en entreprise pour améliorer la santé de ses employés (Woo et Postolache, 2008). Ils concluent en affirmant que les désordres psychologiques sont assurément très influencés par l'organisation du travail et les conditions de travail de la profession respective exercée par l'individu.

Les approches de prévention primaire que privilégient les experts européens concernent les interventions ergonomiques des postes de travail, la réduction du bruit,

« l'amélioration des relations humaines », « la redéfinition des rôles organisationnels », l'élaboration de politiques à l'égard de la violence physique et psychologique, « le rééquilibrage des charges physiques et mentales du travail », la conciliation travail-famille, et la formation des managers concernant le type de leadership à valoriser (Picard, 2006). L'auteur mentionne, toutefois, que la prévention primaire, en entreprise, reste rare, car les employeurs la considèrent comme « un procès abusif fait au management » (Picard, 2006). Des audits internes et externes peuvent être de bons dispositifs de départ afin d'identifier les risques et agir à la source (Picard, 2006).

2.3.2 Prévention secondaire

Cette prévention consiste à agir sur les risques lorsque ceux-ci n'ont pu être complètement contrôlés et qu'il existe certains problèmes de détresse psychologique en organisation. Elle tente « d'empêcher le développement de la maladie » (Picard, 2006). Il s'agit, donc, de mettre des ressources à la disposition des employés en détresse pour en minimiser les impacts. Elle se concentre sur l'individu afin de l'outiller pour faire face aux risques.

Les experts européens suggèrent de valoriser l'enseignement de méthodes de relaxation, « le biofeedback » qui aide les individus à contrôler les effets de la tension en repérant, à l'aide de détecteurs sur les régions du corps, les signaux physiques de l'anxiété, et les « techniques psychothérapeutiques cognitivo-comportementales » qui consistent en l'apprentissage de nouveaux comportements permettant de mieux gérer les situations stressantes (Picard, 2006).

L'ouvrage de Woo et Postolache (2008) mise sur les lignes téléphoniques confidentielles pour aider en cas de crises suicidaires. Si l'individu en détresse sait que ces numéros existent, il pourrait éventuellement les utiliser au besoin.

Les formations s'adressant aux employés pour les aider à gérer la détresse psychologique sont considérés comme des outils de prévention secondaire également. Woo et Postolache (2008) divisent la prévention en deux sous-catégories : l'approche individuelle et l'approche organisationnelle. La première fait référence à l'approche traditionnelle de la psychiatrie et de la psychologie qui mise sur les traitements pharmacologiques et sur les thérapies. De plus, les approches de « stratégies d'adaptation au stress » et les diverses techniques de relaxation sont également incluses dans cette forme de prévention (Woo et Postolache, 2008). L'approche individuelle s'inscrit donc dans un mode de prévention secondaire puisqu'elle agit, en deuxième lieu, lorsque l'individu à risque est déjà affecté par le problème.

Un autre outil de prévention secondaire fait référence aux programmes qui mettent sur pied un réseau de sentinelles formé de collègues ayant reçu la formation requise pour repérer les individus à risque de crise suicidaire. La formation et l'usage de ces sentinelles sont recommandés dans les milieux très stressants et à risque (OMS, 2006). Dans une étude canadienne récente sur la perception des employeurs de la santé mentale de leurs employés de Mercer Human Resource Consulting Group (2004), plusieurs signaux d'alarme ont été identifiés dans le monde du travail canadien : une augmentation majeure de la charge de travail, des changements dans les responsabilités reliées à la tâche, des absences en recrudescence, une « tension émotionnelle » en vogue entre collègues, une baisse de la productivité et des demandes pour ajuster les horaires de travail (OMS, 2006). D'où l'importance d'ériger des dispositifs et des outils organisationnels pour identifier les individus à risque de décompensation psychologique liée à l'organisation du travail. Ces sentinelles, qui connaissent le milieu et les individus en causes et qui sont formés

pour comprendre et repérer les signaux d'alarmes, sont plus susceptibles d'interagir adéquatement en cas de crise.

Aux États-Unis, dans les forces armées, une « stratégie de dépistage précoce des sujets à risque suicidaire » a été mise sur pied et a eu comme résultat une réduction considérable des suicides (Castro, 2004). Un réseau d'entraide a été constitué et le sentiment d'appartenance à l'armée a été renforcé. De plus, des formations sur l'adaptation à la détresse et de la recherche d'aide psychologique pour les employés ont permis de favoriser le bien être des membres de l'armée et de réduire ainsi la prévalence du suicide dans ce milieu professionnel (Castro, 2004).

2.3.2.1 Signaux précurseurs

À cet effet, dans cette section nous nous attarderons à quelques signaux précurseurs afin de cerner les individus à risque de décompensation.

L'OMS met l'accent sur le fait que les employeurs et gestionnaires doivent être formés adéquatement en matière de santé mentale au travail. Pour repérer les individus à risque suicidaire en entreprise, le rapport de 2006 mentionne quelques signes qui ne présagent rien de bon : un individu qui s'isole et n'interagit plus avec ses collègues ou qui manifeste un sentiment de solitude, un employé qui exprime un sentiment d'échec et/ou une baisse d'estime de soi, une augmentation de l'irritabilité, de l'impulsivité et des comportements agressifs chez celui-ci, l'expression d'un sentiment de perte de confiance dans le système ou dans l'entreprise, la rumination de problèmes qui lui semblent sans issues, la verbalisation de devoir préparer et ranger ses effets personnels pour planifier un départ (OMS, 2006). Le risque de suicide augmente également dans les situations où l'individu a perdu quelqu'un de proche, où

l'organisation vit des changements majeurs comme des licenciements ou des retraites progressives, dans les cas où l'individu est victime d'évènements embarrassants au travail qui compromettent sa réputation, lorsqu'un problème de santé survient, lorsque l'individu consomme des drogues ou lorsqu'il a lui-même un passé suicidaire ou qu'il en existe dans son entourage familial ou si celui-ci est en dépression (OMS, 2006). Tous ces signaux d'alarme doivent être repérés par les gestionnaires qui sont les plus proches des employés en souffrance. La formation devient, à cet effet, un outil de prédilection pour les gestionnaires qui tiennent un rôle clé dans la prévention primaire.

« The American Association of Suicidology » a aussi établi une liste de signaux à capter lorsqu'un individu est suicidaire (Spencer-Thomas, 2011). Dans la majorité des cas, les personnes en détresse tentent de communiquer leur malaise profond à l'entourage, car l'individu est rarement dans un choix complètement affirmé de se suicider. Effectivement, l'individu, est la plupart du temps hésitant quant à son désir de mourir ou de continuer c'est pourquoi, souvent, il communique, implicitement ou explicitement, son envie (OMS, 2006). Les idées de suicide peuvent être communiquées aux collègues de travail, les individus peuvent abuser de drogues et plus spécifiquement d'alcool, ce qui peut être visible sur les lieux de travail (Spencer-Thomas, 2011). L'individu peut aussi manifester une perte de sens ou se sentir comme un fardeau. Les situations de harcèlement, de licenciement ou d'humiliation peuvent accentuer ce sentiment. Si l'individu manifeste de l'anxiété ou une forme d'agitation même physique, il peut y avoir lieu de s'inquiéter.

De plus, s'il se sent pris au piège financièrement ou publiquement, il peut y avoir déclencheur de crise suicidaire (Spencer-Thomas, 2011). Le désespoir qui entraîne un sentiment de retrait des activités sociales et/ou des interactions et d'avantage d'absentéismes peut être inquiétant surtout si ces habitudes ne sont pas communes

chez l'individu et qu'un changement de comportement est observé chez celui-ci (Spencer-thomas, 2011). La colère fait partie de la manifestation des symptômes de plusieurs types dépressions surtout chez celles qui peuvent entraîner le suicide. Ainsi, des réactions disproportionnées, des perceptions constantes d'injustice et même un besoin de vengeance peuvent être des signes précurseurs d'intentions suicidaires (Spencer-Thomas, 2011).

Malheureusement, certaines entreprises réagissent en forçant la personne à démissionner, dans de pareils cas, plutôt que de miser sur une approche d'intervention (Spencer-Thomas, 2011). Des comportements d'insouciance et d'imprudence au travail peuvent être préoccupants également tout comme des changements brusques d'humeur. Si les employeurs et les collègues sont formés pour reconnaître ces signaux, des traitements appropriés peuvent être entrepris avant qu'il ne soit trop tard (Spencer-Thomas, 2011).

Finalement, notons que plusieurs chercheurs doutent que cette prévention mettant l'accent sur l'individu uniquement soit efficace sur le long-terme (Woo et Postolache, 2008). Les causes ou sources premières de la souffrance de l'individu ne semblent pas y être questionnées (Woo et Postolache, 2008). En ce sens, la prévention primaire serait toujours à privilégier en premier lieu (Woo et Postolache, 2008). Il reste cependant que les mesures les plus fréquemment employés par les entreprises relèvent, dans la plupart des cas, de la prévention secondaire (Picard, 2006).

2.3.3 Prévention tertiaire

Le troisième type d'intervention devient utile une fois que l'individu est malade. Il survient lorsque les préventions primaire et secondaire n'ont pas su éliminer et traiter tous les risques et lorsque le traitement devient inévitable. L'individu est déjà malade et il faut donc limiter les dégâts. Elle est aussi appelée postvention. Plusieurs programmes sont mis sur pied, en entreprise, pour pallier aux effets néfastes engendrés par les échecs d'une prévention primaire et les lacunes d'une prévention secondaire. Ils peuvent contenir des soins psychiatriques, des programmes de retour au travail, du counseling, pour en nommer quelques-uns (Picard, 2006).

En Europe, la prévention tertiaire vise « essentiellement » à traiter les effets du stress post-traumatique suite à des agressions et à des événements violents incluant le suicide (Picard, 2006). La majorité des mesures tertiaires prises par les employeurs relèvent d'arrangements d'accommodement pour la victime tels que des congés avec soldes, des indemnités et des retours progressifs au travail (Picard, 2006). Des suivis psychiatriques et des débriefings collectifs et individuels sont envisagés dans quelques cas et excluent souvent les réflexions sur le contexte organisationnel pouvant être en cause (Picard, 2006).

Une étude japonaise a mesuré l'impact d'un Programme d'Aide pour Employés (PAE) sur les symptômes dépressifs et suicidaires des employés d'une compagnie dans le domaine des technologies de l'information (Nakao, Suzuki, Shima *et al*, 2007). L'étude a été réalisée sur 409 hommes, âgés entre 22 et 38 ans, qui ont été soutenus par un PAE et les résultats ont été comparés, après deux ans, avec un groupe de références de 22 hommes qui n'ont pas bénéficié de ce programme. Face aux circonstances de travail et aux nombreuses restructurations d'entreprises japonaises, le gouvernement japonais a dû initier un « guide de promotion de la santé mentale

pour les employés » (Nakao *et al*, 2007). Des lignes téléphoniques de soins de santé, du personnel médical spécialiste et des ressources externes ont été forcées d'être adoptées dans certains milieux (Nakao *et al*, 2007). Les PAE ont donc été privilégiés puisqu'ils permettent d'établir tout un système de prévention convenant à une entreprise : « identification, évaluation, références médicales, service-conseil et activités de suivi émotionnel, financier, légal, familial et d'abus de substances » chez les employés qui en éprouvent le besoin (Nakao *et al*, 2007). Ces programmes devraient, en principe, prévenir la dépression et les comportements suicidaires chez les employés japonais.

Les résultats de l'étude ont été collectés à la fin des deux ans qui ont suivi l'implantation du PAE dans la compagnie. Le PAE en service dans l'entreprise, à ce moment, comprenait : des séances gratuites et anonymes avec un psychologue via e-mail ou téléphone, des références à une clinique psychiatrique affiliée avec l'assurance santé du pays et des séminaires sur la santé mentale au travail à la fréquence de cinq mois par année. Ces cinq formations (considérées comme de la prévention secondaire) couvraient les sujets suivants : la détresse psychologique au travail et les stratégies d'adaptation à la détresse, les effets de la détresse sur la santé, la détection préventive des collègues en détresse, l'évaluation et la gestion du fossé séparant les caractéristiques des travailleurs et l'environnement de travail, et finalement, les habiletés de communication à développer (Nakao *et al*, 2007). Les données recueillies dénombrent 94 employés ayant communiqué avec un psychologue via e-mails, 16 l'avaient fait par téléphone et 20 avaient visité la clinique psychiatrique (Nakao *et al*, 2007). Les raisons ayant poussé les gens à consulter étaient, en ordre décroissant d'importance, les conflits interpersonnels au travail, les inquiétudes de santé, la qualité du travail, les problèmes familiaux et la charge de travail (Nakao *et al*, 2007).

Les résultats indiquent que le niveau de dépression a considérablement diminué pour ceux qui étaient munis d'un programme PAE. Pour l'échantillon total incluant le groupe de référence sans PAE et le groupe avec PAE, les symptômes dépressifs avaient diminués chez 149 personnes (53%), étaient restés inchangés pour 10% et avaient augmenté pour 38% (Nakao *et al*, 2007). Dans le groupe avec les PAE, les niveaux « de pensées suicidaires, d'agitation, de ralentissement psychomoteur, de culpabilité et d'humeur dépressive » étaient significativement plus faibles (Nakao *et al*, 2007). 22 hommes, faisant partie du groupe avec PAE, ayant déjà des pensées suicidaires au début de la période de deux ans, en avait eu moins à la fin de l'étude et 19 de ces 22 n'en avaient plus du tout (Nakao *et al*, 2007). Dans les deux groupes, les symptômes dépressifs moindres et les niveaux élevés de demande-contrôle-support au travail avait une influence positive sur l'amélioration de la dépression (Nakao *et al*, 2007). Ces résultats mettent également l'accent sur l'importance du soutien social, spécifiquement au début de l'implantation du programme d'aide, pour guider les employés en détresse psychologique. Les résultats des employés dépourvus du programme ne démontraient pas de changements significatifs dans les états dépressifs des employés, ce qui démontre qu'il pourrait s'agir d'un outil valable en matière de prévention tertiaire en santé mentale sur les lieux de travail (Nakao *et al*, 2007).

Les auteurs expliquent les résultats marginaux des quelques employés du groupe à l'étude qui ont vu leurs symptômes inchangés ou même empirer par les différences individuelles à l'aide de quelques hypothèses (Nakao *et al*, 2007). Le degré de réceptivité positive ou négative de l'individu face au programme semblerait influencer les résultats et d'autres études citées dans l'article vont dans le même sens (Nakao *et al*, 2007). De plus, il semblerait que, pour les individus expérimentant un fort niveau de détresse psychologique, les résultats seraient plus concluants que pour les autres (Nakao *et al*, 2007).

À la connaissance des auteurs, au moins 17 employés ayant consulté la clinique psychiatrique l'ont fait à la suite d'une suggestion de la part des psychologues engagés par la compagnie pour le PAE (Nakao *et al*, 2007). Ces références ont été fortement utiles dans le cas d'un homme en particulier. Celui-ci avait de fortes pensées suicidaires dont il avait fait part au personnel spécialiste qui lui a automatiquement conseillé de visiter la clinique la journée même de sa confession (Nakao *et al*, 2007). Une dépression majeure lui a été diagnostiquée et un traitement approprié lui a permis de figurer parmi les 18 hommes qui ont terminé l'étude sans pensées suicidaires (Nakao *et al*, 2007).

Pour ces chercheurs, le modèle de prévention en trois phases reste le plus efficace. Premièrement, la prévention à la source permet d'évaluer les facteurs de risque, deuxièmement, l'intervention permet d'identifier les personnes à risque et, troisièmement, la post-intervention permet de mobiliser le soutien social pour contrer la dépression (Nakao *et al*, 2007). Comme de fait, les Programmes d'Aide aux Employés semblent être prometteurs en ce qui a trait aux trois types de prévention. Cependant, les auteurs sont conscients de la faiblesse du groupe de référence avec lequel ont été comparées les données étant donné son échantillon limité. Il n'en reste pas moins que le groupe à l'étude semble avoir bénéficié du PAE en matière de santé mentale au travail.

Le Service de Police de la ville de Montréal (SPVM), quant à elle, a mis sur pied un programme de prévention du suicide sur le long terme : « Ensemble pour la vie ». Sur le court-terme, le programme visait à « développer les habiletés des officiers pour composer avec le suicide, à développer un support mutuel et un sentiment de solidarité parmi les membres, à fournir de l'aide psychologique et à développer les compétences pour utiliser les ressources existantes en matière de santé mentale » (Mishara et Martin, 2012). Concrètement, le programme comprend quatre

volets complémentaires: 1) une formation pour toutes les unités sur la nature du suicide, l'identification des risques et l'aide d'un collègue en difficulté 2) des ressources confidentielles comme une ligne téléphonique pour aider les travailleurs au pris dans diverses situations difficiles : événements stressants de la vie, homosexualité, dépendances, problèmes interpersonnels, événements stressants au travail 3) une formation spécifique pour les délégués syndicaux et les superviseurs afin de les aider à identifier les individus à risque et à leur venir en aide 4) la campagne publicitaire du programme afin de maximiser le flux d'information et de le diriger vers tous les membres de la police montréalaise (Mishara et Martin, 2012). Notons que ce type de programme combine prévention secondaire par le volet de formation et prévention tertiaire par les ressources mis à la disposition des employés.

Le programme a été mis sur pied en 1996 et a été évalué en 2000-2001, renouvelé en 2006 et réévalué en 2010. Dans le cadre de l'étude longitudinale de Mishara et Martin (2012), des données ont été recueillies sur les années précédant l'implantation du programme (1986 à 1996) et une comparaison a été effectuée avec les années survenues après cette implantation (1997 à 2008). Les résultats démontrent une baisse de 79% des suicides dans la police de Montréal alors qu'aucune baisse significative n'a été identifiée dans les autres milieux policiers de la province.

Concernant la formation générale de tous les policiers montréalais, 96.1% ont trouvé la formation utile, 96.6% ont trouvé son format adéquat et 99,2% la recommanderait à un collègue (Mishara et Martin, 2012). Du côté de l'évaluation des ressources mises à la disposition par le programme, tous les membres trouvent important de savoir que le service téléphonique existe et qu'il est facilement accessible en cas de besoin. Toutefois, l'utilisation de la ligne a été plutôt faible (Mishara et Martin, 2012).

Ensuite, pour ce qui est de la formation des délégués syndicaux et des superviseurs, elle a permis d'augmenter de 19% les questions directes sur les intentions suicidaires, de 6% les confiscations de revolver et de 8% le sentiment de pouvoir référer la personne en besoin aux bonnes ressources (Mishara et Martin, 2012). La perception des apprentissages acquis a permis à 67% d'entre eux de mieux identifier les intentions suicidaires, à 58% de comprendre l'importance de l'écoute et du support social, à 40% de mieux cerner les difficultés, à 25% de demander directement des questions sur les intentions de suicide et 91% des superviseurs et délégués ont trouvé la formation fournie utile à leur travail (Mishara et Martin, 2012).

Concrètement, 43% des superviseurs sont intervenus auprès d'un policier en crise et 51% de ceux-ci disent être intervenus à plusieurs occasions (Mishara et Martin, 2012). 69% ont fait des ajustements dans le travail de la personne en difficulté pour l'accommoder, 82% ont référé un individu aux services de conseil, 33% disent qu'ils ont pu aider l'individu en lui construisant un réseau social en impliquant d'autres travailleurs. Les effets de ces interventions ont été évalués positivement dans 96% des cas et 92% des individus concernés ont suivi les conseils du superviseur (Mishara et Martin, 2012). De plus, 13% des superviseurs ont dû retirer l'arme de l'individu dans un but préventif d'urgence (Mishara et Martin, 2012).

Le succès du programme « Ensemble pour la vie » repose sur la portée du soutien et de la formation entreprise. En effet, les mesures préventives s'adressaient à tous les policiers sans exceptions peu importe le niveau hiérarchique. Elles touchaient le milieu policier montréalais dans son ensemble afin « d'influencer les mentalités et la culture du milieu en en entier » à l'égard de la santé mentale des troupes (Mishara et Martin, 2012). Dans le passé, les comportements suicidaires étaient banalisés parmi les forces policières (Mishara et Martin, 2012). L'humour noir à ce sujet circulait même (Mishara et Martin, 2012). Le programme a changé les mentalités en

sensibilisant les policiers aux impacts dramatiques pour la santé des actes suicidaires (Mishara et Martin, 2012). Les changements ont eu lieu dans toute la communauté policière montréalaise. Les auteurs terminent en soulignant que la principale difficulté de ce type de programme est de faire durer son efficacité sur le long-terme en faisant adhérer toutes les nouvelles recrues de la police à cette même culture de la prévention et de « maintenir le momentum » (Mishara et Martin, 2012).

Selon l'OMS (2006), le comportement à adopter, en tant que gestionnaire, face à un individu que l'on soupçonne d'être en crise suicidaire débute par l'expression d'une ouverture d'esprit et d'un souci de l'état de la personne. Ce dernier doit encourager la personne à parler, et lui demander si elle a quelqu'un à qui se confier ou qu'elle désirerait appeler. Il devient également un devoir d'expliquer à l'individu que la confidentialité peut devoir être brisée si sa vie est potentiellement en danger. Le gestionnaire doit aussi référer rapidement l'employé à un spécialiste en santé mentale tout en s'assurant que ses collègues ne le laissent seul trop longtemps, et, qu'au moins, certains de ses proches lui assurent un soutien. La documentation adéquate doit être rédigée selon les politiques existantes dans le milieu de travail. De plus, la flexibilité quant au travail se traduisant par l'accommodement temporaire de l'individu est essentielle. S'il existe un médecin du travail, il faut l'informer de la situation et s'assurer que l'individu soit suivi régulièrement. Éduquer les employés à la vigilance à adopter en matière de troubles de santé mentale afin de les sensibiliser devient une action à privilégier dans de pareils cas. Finalement, la réduction maximale du niveau de détresse psychologique au travail, et ce, rapidement, afin d'améliorer la situation est indispensable pour aider l'individu en souffrance.

Maintenant, concernant les rôles des collègues de l'individu suicidaire, l'OMS (2006) prévient de ce qu'il ne faut pas faire : rejeter la personne, changer de sujet lorsque l'individu se livre, le sermonner, le discriminer, l'ostraciser ou l'analyser, et même,

adopter un discours qui lui montre le bon côté des choses en enjolivant la réalité n'est pas conseillé.

Notons, que la prévention tertiaire comporte des limites et qu'elle n'est pas toujours bien utilisée. Souvent, si l'individu semble temporairement en crise, le médecin lui recommandera un arrêt de travail afin qu'il reprenne ses esprits et puisse revenir au travail (Woo et Postolache, 2008).

Bien que la prévention soit un prérequis pour diminuer les suicides en lien avec le travail, notons qu'elle n'est pas bien perçue dans tous les milieux. Mentionnons, à titre d'exemple, la culture médicale qui a la réputation d'être intolérante face à la détérioration de la santé mentale de ses médecins. De la discrimination négative a été observée chez les professionnels du domaine de la santé qui veulent demander de l'aide. Leur avancement de carrière et même l'obtention de leur diplôme se sont vus, dans certains cas, brimés pour cause de troubles psychiques (Castro, 2004).

L'OMS (2006) préconise une prévention efficace en trois étapes. Premièrement, les gestionnaires doivent considérer la santé mentale de leurs employés comme importante. Deuxièmement, les gestionnaires doivent être prêts à accommoder les employés ayant, en l'occurrence, des problèmes de santé mentale (prévention tertiaire). Troisièmement, des programmes, des politiques et des plans d'intervention appropriés doivent être érigés (prévention secondaire). De plus, la réduction des éléments stressants au travail doit être entamée de bonne foi afin d'en réduire les conséquences négatives sur l'organisation et sur ses membres (prévention primaire).

L'OMS (2006) conclut, quant à elle, de la nécessité que les milieux de travail considèrent l'importance de la prévention et de la réduction des facteurs de détresse psychologique au travail. Les entreprises se doivent de faire tomber les tabous sur la santé mentale tout en faisant augmenter la vigilance et la prudence quant à celle-ci

pour faciliter la détection des personnes à risque et l'acceptation des composantes émotionnelles du travail. Ces principes semblent à la base d'une prévention primaire efficace.

2.3.4 Intervention

Malheureusement, si la prévention du suicide sur les lieux de travail a échoué, des actions doivent être entreprises pour se sortir le mieux possible de la crise. C'est en quoi consiste l'intervention psychologique.

Après un suicide en entreprise, l'OMS (2006) conseille de ne rien toucher de la scène et d'attendre que le coroner et la police arrive. Il faut rencontrer les employés en leur expliquant la situation sans donner trop de détails, procurer de l'information sur le suicide aux travailleurs, organiser une cérémonie pour la personne décédée, s'assurer que les employés vivent leur deuil, identifier les personnes plus vulnérables et à hauts risques de traverser une période difficile et les diriger vers les services requis afin d'éviter le phénomène de contagion, évaluer les conditions de travail pouvant être en cause afin d'entamer des améliorations et consolider les programmes de prévention en matière de santé mentale au travail.

Castro (2004) suggère que l'intervention de psychologues et psychiatres, pouvant porter secours aux victimes d'événements traumatisants tels que le suicide, soit effectuée « immédiatement, dans l'heure qui suit l'événement, soit en période post-immédiate, dans les jours qui succèdent ». Elle doit entamer des interventions individuelles et de groupes (Castro, 2004). L'entreprise doit aller chercher du soutien auprès des organismes publics et privés qui sont spécialisés dans ce type d'intervention (Castro, 2004).

L'intervention psychologique immédiate, sur le terrain, sert à s'assurer que les chocs n'évoluent vers des « névroses traumatiques » (Castro, 2004). Cette intervention doit être envisagée même si elle n'est pas demandée par les victimes, elle doit être centrée sur l'empathie et envisager un certain triage des individus pour identifier les plus à risque d'aggravation de leurs symptômes (Castro, 2004).

Cette intervention se justifie du fait que « tout sujet exposé inopinément à une agression réagit par la réponse biophysique de détresse ou « réaction immédiate d'alarme, de mobilisation et de défense de l'organisme face à une agression ou une menace » » (Castro, 2004). De plus, chaque individu manifestera des symptômes singuliers face au trauma et ses symptômes peuvent se manifester à différents moments, d'où l'importance du triage des cas (Castro, 2004). L'intervention immédiate doit donc se concentrer sur l'élaboration d'un diagnostic pour chaque individu et cibler les besoins psychologiques, cognitifs et affectifs particuliers pour ceux-ci (Castro, 2004). Elle sert, en outre, à « soulager les souffrances et réduire les symptômes » et à « restaurer l'état psychique du sujet » (Castro, 2004). C'est ce qu'on appelle le « déhocage » ou « désamorçage » (Castro, 2004). L'individu doit aussi pouvoir trouver un sens à l'événement qui s'est produit pour assurer sa résilience (Castro, 2004).

L'intervention post-immédiate, quant à elle, débute au deuxième jour de la survenue de l'événement et peut s'étendre sur deux mois (Castro, 2004). Elle est utile dans les cas où les survivants et témoins du suicide n'ont pas pu réagir immédiatement puisqu'ils devaient continuer à être productifs au travail et que les symptômes apparaissent après-coup (Castro, 2004). La plupart des névroses traumatiques apparaissent de quelques jours à quelques semaines après l'événement, d'où l'importance de l'intervention post-immédiate (Castro, 2004). Cette intervention utilise surtout le débriefing (bilan psychologique selon ses dimensions cognitives, émotionnelles et affectives), les consultations psychiatriques et psychologiques et les

groupes de paroles afin de diminuer les symptômes et fournir un soutien social aux victimes (Castro, 2004). Elle permet également d'exercer un suivi pour éviter que les cas ne s'aggravent (Castro, 2004).

Dejours et Bègue (2009) ont soulevé bien des questions suite à une intervention-terrain dans une entreprise française. En effet, suite au suicide d'employés sur les lieux de travail, les auteurs ont choisi d'élaborer une stratégie d'intervention basée sur les paroles en se fondant sur les collectifs de travail pour que les « survivants » puissent s'exprimer aux sujets des événements traumatiques survenus dans l'organisation.

Concernant le deuil à faire en cas de mort par suicide, l'étude de Lynn (2008) auprès de survivants de suicide de collègues de travail, dans le secteur de la santé, permet de mieux comprendre les actions à entreprendre auprès des endeuillés pour restreindre les dommages collatéraux. La stigmatisation du suicide et les divergences de mentalité à cet égard font du deuil, suite au suicide, un cas bien particulier qui se distingue d'un deuil conventionnel (Lynn, 2008). En effet, le syndrome du survivant après un suicide engendre toute une palette émotionnelle qui, si elle n'est pas bien gérée et prise en charge, peut entraîner une décompensation chez l'individu et multiplier l'effet de contagion (Lynn, 2008). L'auteur illustre bien les conséquences du suicide par la métaphore d'une cicatrice à moitié guérie qui risque de se rouvrir à n'importe quel moment (Lynn, 2008). Le sentiment de confusion propre à tout type de deuil est d'autant plus fort suite à une mort par suicide selon elle.

Le syndrome du survivant fait référence au sentiment de culpabilité que peuvent ressentir les survivants d'un suicide. Il est d'autant plus fort chez les collègues de travail du fait qu'ils se sentent aussi coupable de vivre difficilement un deuil alors qu'ils reconnaissent que la famille doit vivre bien pire (Lynn, 2008). De plus, les

collègues de travail sont des individus avec qui nous passons beaucoup de temps de nos vies comme nous les côtoyons, pour la plupart, quotidiennement, et nous entretenons aussi des relations teintées émotionnellement avec ces individus (Lynn, 2008). Les employés peuvent donc être fortement affectés par la mort par suicide d'un collègue. Le rôle du gestionnaire devient alors capital pour « reconnaître leur deuil, maintenir leur santé et guider les employés à travers le processus de deuil pour éviter les perturbations dans le département »⁷ (Lynn, 2008). Les employés peuvent vivre des deuils tardifs ou réprimer leur deuil complètement puisqu'ils ne s'accordent pas le droit de le vivre et qu'ils ne peuvent pas vraiment bénéficier d'une période de repos comme pour la mort d'un proche (Lynn, 2008). Ces réactions peuvent occasionner de l'anxiété et des troubles de l'humeur qui peuvent trouver secours dans le soutien social, les groupes de discussion, les rituels de deuils et d'hommage au défunt puisque les employés, entre eux, vivent la même situation et peuvent se comprendre et s'apporter du réconfort (Lynn, 2008).

De plus, il devient important, suite au suicide d'un employé, d'analyser le moyen léthal utilisé et de vérifier son lien avec la profession afin de mettre à jour les politiques d'utilisation des outils ou produits dangereux au sein de l'entreprise et de maximiser la vigilance à cet égard (Lynn, 2008). Cette mesure devient d'autant plus importante étant donné les risques de contagion qui suivent un acte de suicide (Lynn, 2008). Le sentiment de stigmatisation accompagnant souvent les réactions face au suicide peut être ressenti par les survivants du milieu de travail proche de la victime, ce qui tend à augmenter l'isolement et à réduire le soutien social auxquels les endeuillés ont droit (Lynn, 2008). À cet effet, un PAE peut aussi devenir un outil efficace de soutien pour les employés en souffrance et s'il n'existe pas préalablement, suite au suicide, il faut penser à le mettre sur pied et à sensibiliser et éduquer gestionnaires et employés à la santé mentale au travail et au suicide (Lynn, 2008).

⁷ Traduction libre

L'intervention devant survenir après un suicide en entreprise consiste en la nécessité pour les gestionnaires de tenter de revenir à l'équilibre fragile qui existait avant le suicide et qui a été anéanti (Lynn, 2008). Le milieu de travail peut faire face à des périodes de baisse de productivité et de désorganisation temporaire auquel il faut remédier. Le retour à l'homéostasie n'est pas chose facile suite à un suicide (Lynn, 2008). Les ressources spécialisées adéquates doivent être à la disposition de tous pour pouvoir exprimer des sentiments propres au deuil tels que la colère, la confusion, la culpabilité et la honte (Lynn, 2008). Les gestionnaires doivent se faire visibles régulièrement auprès des employés pour afficher leur disponibilité et leur soutien, la nouvelle de la mort doit être effectuée rapidement et l'accès aux ressources d'aide de même (Lynn, 2008). Ils devraient également être formés par des professionnels pour pouvoir identifier les deuils problématiques qui risquent de dégénérer en troubles de santé psychiques plus graves (Lynn, 2008). Un PAE doit être à la portée des employés dans les plus brefs délais et la reconnaissance du deuil par les gestionnaires est primordiale pour que tous les dispositifs atteignent le summum de leur efficacité (Lynn, 2008).

De plus, elle conseille que les entreprises relient leur programme de prévention à des organismes externes spécialisés en santé mentale afin de favoriser l'accès aux ressources pour les personnes dans le besoin. Même les petites entreprises avec moins de moyens devraient adopter cette approche, selon l'OMS, afin de solidifier leur réseau et d'éviter des drames humains. Les adultes passent plus du tiers de leurs heures actives au travail, l'investissement dans les programmes de prévention sont donc une priorité (OMS, 2006). D'autant plus, qu'au Canada, les incapacités professionnelles pour cause de troubles mentaux grugent, à elles-seules 12% des salaires (OMS, 2006). Des problèmes de performance en découlent, la productivité en est affectée, l'absentéisme, le taux de roulement et la satisfaction au travail se dégradent avec l'augmentation des facteurs de détresse psychologique. Ni

l'entreprise, ni ses employés ne gagnent donc, sur le long-terme, à endurer des niveaux de détresse intolérables, seuils de tolérance qui, rappelons-le, diffèrent d'un individu à l'autre (OMS, 2006).

2.5 L'enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)

L'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) de 2011 est un rapport créé par l'Institut national de Santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) qui dresse un portrait de la santé mentale des travailleurs québécois et suggère des pistes d'améliorations en matière de prévention (Vézina, Cloutier, Stock *et al*, 2011). Malgré le fait que cette section présente des résultats dont nous avons déjà traités précédemment, nous avons préféré en faire une section distincte compte tenu qu'une telle enquête est rare et que c'est la première fois qu'elle est administrée pour le Québec.

Les résultats de l'enquête démontrent qu'un travailleur québécois sur cinq souffre d'un niveau élevé de détresse psychologique, et ce, en proportion plus grande chez les femmes (Vézina *et al*, 2011). L'insécurité d'emploi, la demande psychologique élevée et la précarité des contrats de travail sont associées à la détresse psychologique majoritairement chez les femmes (Vézina *et al*, 2011). L'enquête révèle aussi que 7 % des travailleurs présenteraient des symptômes dépressifs reliés à leur emploi et que les femmes en sont plus affectées encore une fois (Vézina *et al*, 2011).

De plus, si le travailleur ne bénéficie pas de latitude décisionnelle, de soutien social, de moyens pour effectuer un travail de qualité ou s'il est victime de harcèlement psychologique, les taux de détresse psychologique et de symptômes dépressifs sont sujets à aggravation (Vézina *et al*, 2011). L'effet contraire est observé si les travailleurs exposés « à des situations de tension avec le public ou à un travail émotionnellement exigeant » bénéficient d'un haut niveau de latitude décisionnelle, de soutien social ou de reconnaissance au travail (Vézina *et al*, 2011).

L'enquête repère aussi certaines professions plus à risque de détresse psychologique telles que les professionnels du secteur de l'enseignement, de la santé, les travailleurs des industries manufacturières et les travailleurs des services de réparation et d'entretien (Vézina *et al*, 2011).

Notons que le présentéisme est associé au niveau de détresse psychologique et de symptômes dépressifs puisque les travailleurs, même malades, se rendent au travail pour éviter la stigmatisation par rapport à leur condition (Vézina *et al*, 2011). Parmi les individus présentant des symptômes dépressifs, 40 % se seraient absents du travail ce qui porte à croire que 60 % se seraient présentés quand même au travail et que le présentéisme a pu être démontré par des pertes de concentrations fréquentes, des oublis, erreurs et répétitions dont ces personnes ont fait preuve (Vézina *et al*, 2011).

Parmi les travailleurs qui s'absentent pour des troubles dépressifs, 50 % le font pendant 11 jours ouvrables ou plus, allant jusqu'à deux semaines et 25 % peuvent s'absenter pendant plus de trois mois (Vézina *et al*, 2011). Notons, qu'un quart de ces travailleurs n'ont reçu aucun revenu pendant ces absences prolongées (Vézina *et al*, 2011).

L'enquête démontre que 400 000 travailleurs québécois ont eu recours à des médicaments psychotropes dans le mois qui a précédé l'étude (Vézina *et al*, 2011). Tout comme pour les symptômes dépressifs et la détresse psychologique, la consommation de psychotropes diminue lorsque les travailleurs exposés « à des situations de tension avec le public ou à un travail émotionnellement exigeant » bénéficient d'un haut niveau de latitude décisionnelle, de soutien social ou de reconnaissance au travail (Vézina *et al*, 2011).

Cette enquête propose également quelques pistes d'actions préventives à envisager pour améliorer la santé mentale des travailleurs québécois. Elle valorise les mécanismes préventifs contenus dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et suggère que les outils de prévention prévus pour les professions à risque telles que celles du secteur de la « santé et de l'assistance sociale, de l'enseignement, de la réparation et de l'entretien, de l'hébergement et de la restauration » soient mieux encadrés et contrôlés (Vézina *et al*, 2011).

Elle propose que les comités de santé et de sécurité au travail des entreprises soient en charge d'identifier les risques psychosociaux à la base de la prévention primaire (Vézina *et al*, 2011). À cet égard, les préventionnistes des entreprises et les inspecteurs de la CSST devraient accorder de l'importance aux mesures visant la hausse de la latitude décisionnelle, du soutien social et de la reconnaissance au travail (Vézina *et al*, 2011). Les entreprises devraient agir sur toutes contraintes organisationnelles afin de favoriser le bien-être des travailleurs, ce qui fait, encore une fois, référence à la prévention primaire (Vézina *et al*, 2011).

L'enquête, en faisant le lien entre le présentéisme et les problèmes de santé mentale, encourage les « programmes de soutien au retour au travail » incluant des mesures

organisationnelles pour les personnes affectées. Cette dernière mesure vise d'avantage la prévention tertiaire.

Elle termine en soulignant que l'apport financier considérable des individus qui s'absentent du travail pour des troubles mentaux et l'importance de l'élaboration de mesures de prévention à la source justifient tous deux que la CSST prenne d'avantage en charge l'élaboration des risques psychosociaux en entreprise et en face un inventaire reconnu (Vézina *et al*, 2011). De cette façon, les inspecteurs de la CSST et les préventionnistes en milieux de travail bénéficieraient d'un plus grand pouvoir vis-à-vis de l'organisation du travail (Vézina *et al*, 2011).

Il est intéressant de souligner que ce rapport sur la santé mentale formulé par la CSST ne fait état d'aucunes données sur le suicide et les idéations suicidaires en lien avec le travail. Il n'aborde pas la question, ne souligne pas l'éventualité des suicides en lien avec le travail. La prévention à cet égard semble donc négligée.

2.6 Hypothèses de recherche

Suite à cette revue de littérature, nous avons voulu poser cinq hypothèses que nous vérifierons dans ce mémoire.

Hypothèse 1 : Il y aura un lien positif entre la détresse psychologique et les idéations suicidaires des travailleurs.

Hypothèse 2⁸ : Il y aura un lien positif entre le désespoir et les idéations suicidaires des travailleurs.

Hypothèse 3 : Les hommes auront significativement plus d'idéations suicidaires que les femmes.

Hypothèse 4 : Il y aura un lien positif entre le harcèlement psychologique et les idéations suicidaires des travailleurs.

Hypothèse 5 : Il y aura des liens entre les variables organisationnelles et les idéations suicidaires des travailleurs.

Ces variables organisationnelles, sous la forme des six sous-hypothèses suivantes, ont été choisies grâce au modèle de Maslach et Leiter (2006) mentionné dans le premier chapitre. Chacune de ces variables a été soulevée dans la revue de littérature précédente comme potentiellement en lien avec les idéations suicidaires et les suicides. Le choix de celles-ci est donc très pertinent. Les liens que nous prédisons sont les suivants :

5a- La charge de travail aura un lien positif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5b- Le contrôle aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5c- La reconnaissance aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5d- La coopération aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5e- La justice aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

⁸ Nous n'avons pu vérifier le lien positif entre la dépression et les idéations suicidaires pour des raisons méthodologiques que nous expliquerons dans le prochain chapitre.

5f- La cohérence des valeurs aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

Cette revue de littérature sur le suicide, les idéations suicidaires et son lien avec le travail et les dimensions organisationnelles soulève des interrogations sur la situation dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec puisqu'il s'agit d'un domaine ayant vécu plusieurs bouleversements au cours des dernières années et qu'il a été maintes fois cité comme à risque d'observer des taux de suicide plus élevés. La détresse psychologique, le désespoir et les idéations suicidaires des travailleurs de ce secteur méritent d'être investigués davantage. Les situations de harcèlement psychologiques qui ont presque inévitablement des impacts sur la santé mentale des individus qui les subissent doivent être examinées avec attention pour éviter l'avènement des dérapages que ces situations peuvent engendrer. Les injustices organisationnelles, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance, le manque d'autonomie et de coopération peuvent être aussi des déclencheurs de détresse et rendre ainsi les individus qui y font face plus vulnérables. De nombreuses stratégies de prévention face au suicide en lien avec le travail ont été développées, mais la prévention à la source du problème reste celle qui donnerait le plus de résultats bénéfiques sur le long terme. Plusieurs acteurs doivent s'y impliquer pour que le processus de prévention fonctionne soient : les travailleurs eux-mêmes, les superviseurs, les haut-dirigeants, les organismes de prévention, les syndicats, les organismes gouvernementaux, etc. Pour dresser un portrait des travailleurs de cette étude nous avons dressé cinq hypothèses que nous vérifierons à l'aide de la méthodologie présentée au chapitre suivant et ainsi pouvoir apporter quelques éclaircissements quant au vécu et aux perceptions de ces travailleurs de la région de Montréal.

CHAPITRE 3

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Nous avons divisé ce chapitre en cinq sections expliquant la démarche méthodologique utilisée dans le cadre de ce mémoire.

La première section présente le devis de recherche choisi et explique sa pertinence. La deuxième section explique le moyen choisi pour effectuer la collecte de données. La troisième section présente la population à l'étude et son échantillonnage. La quatrième section décrit les instruments de mesures utilisés pour les variables organisationnelles et pour les variables dépendantes. La cinquième section dresse un plan d'analyse pour le chapitre subséquent.

3.1 Devis de recherche

Notons que la présente étude s'inscrit dans une démarche hypothético déductive. Cette démarche permet de vérifier des hypothèses qui tentent d'expliquer les variations d'une variable dépendante par l'impact de variables indépendantes (Sekaran, 2003). Le devis de recherche qui a été privilégié est adapté à cette démarche. Un devis de recherche se définit comme tel : « Une série de choix rationnels de décision [...] concernant le but de l'étude » (Sekaran, 2003). Ces décisions rationnelles portent sur le type de recherche, le degré d'interférence du chercheur, le lieu d'étude, l'horizon temporel et l'unité d'analyse (Sekaran, 2003).

Suite à l'analyse de l'objectif premier de la recherche qui est de vérifier si des dimensions organisationnelles peuvent expliquer les idéations suicidaires des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, le devis choisi est celui de l'étude corrélacionnelle à coupe transversale. On la définit comme suit :

Collecte de données sur plus d'un cas (généralement beaucoup plus d'un) et à un seul point dans le temps afin de recueillir un ensemble de données quantitatives ou quantifiables à propos de deux ou plusieurs variables (généralement beaucoup plus que deux), lesquelles sont ensuite examinées pour détecter des modèles d'association. (Bryman et Bell, 2007, p.).

Ce devis de recherche a été choisi puisqu'il permet de tester les hypothèses émises au chapitre 2 et d'observer les relations existantes entre les variables organisationnelles et les idéations suicidaires afin de les valider ou de les rejeter. Les variables à analyser sont nombreuses et quantifiables, mais toutefois, difficilement manipulables en laboratoire, pour fin éthique notamment puisqu'il est question de santé mentale. Le niveau d'analyse se restreint donc à l'individu et la collecte des données s'effectue à un certain moment dans le temps, c'est-à-dire en 2015-2016, pour dresser un portrait de la situation des professionnels du secteur de la santé de la région de Montréal.

Cependant, la validité interne de ce devis reste faible puisque la direction des liens ainsi que la causalité restent difficilement mesurables avec la coupe transversale. Dans le cadre de notre étude, l'argumentaire appuyant les cinq hypothèses repose sur une conceptualisation théorique pertinente et se base sur des résultats d'études empiriques antérieures revues par les pairs et sur les divers travaux dominants traitant du suicide et de la santé mentale au travail. Nous comptons sur cet élément pour

réduire les limites du devis utilisé. La méthode de collecte de données ainsi que les instruments de mesure et leurs précautions relatives seront présentées tout de suite.

3.2 Population étudiée

Comme nous l'avons préalablement dit, la population ciblée par l'étude est celle des travailleurs de la santé de la région de Montréal. Le nombre total de travailleurs ayant reçu le questionnaire (n= 8 547 questionnaires) correspond au nombre de travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Le seul critère d'inclusion était celui-ci : être au travail au moment de la recherche. De ce fait, les employés en congé de maladie n'ont pas pu participer à l'étude.

La technique utilisée est issue d'un recensement. Elle consiste donc à envoyer le questionnaire à toute la population concernée sans effectuer de tri afin que la totalité de la population puisse participer à l'étude. Au total, 8 547 questionnaires ont été envoyés aux membres des syndicats sélectionnés. Le taux de réponse a été de 19,6% (n = 1678).

3.3 Collecte de données

Concernant la collecte de données, nous avons opté pour l'envoi de questionnaires à tous les membres des syndicats affiliés au secteur de la santé de la région de Montréal. Le questionnaire est un « outil de collecte de données primaires bien adapté aux recherches quantitatives » (Baumard, Donada, Ibert *et al*, 2003). Il s'agit d'un regroupement d'instruments de mesure standardisés et suivant un ordre précis

qui, par des questions dites fermées ou ouvertes, permet d'interroger les individus sur le sujet choisi (Baumard *et al*, 2003). Il garantit l'anonymat et la confidentialité, ce qui est primordial étant donné le sujet délicat de l'étude. De plus, il permet de rejoindre un plus grand nombre de participant.e.s et d'obtenir des résultats quantifiables propices au test d'hypothèses. Toutes ces raisons expliquent donc le choix du questionnaire comme technique de collecte de données.

Dans la présente étude, la présentation du questionnaire est simple et contient 24 pages. Le questionnaire renferme 58 questions fermées composées des différents instruments de mesure pour les indicateurs de santé mentale et pour les variables organisationnelles et deux questions ouvertes portant sur les caractéristiques de l'emploi ainsi que quelques caractéristiques individuelles.

Les questionnaires ont été envoyés par la poste directement aux travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Afin de sensibiliser les répondants à l'importance de sa contribution à la recherche, une lettre d'introduction a été annexée pour expliquer les buts de la recherche, la confidentialité et l'anonymat des réponses. Une enveloppe de retour adressée et affranchie était annexée au questionnaire et à la lettre de présentation. Le fait que le questionnaire soit réacheminé directement, par la poste, à l'université, au nom d'Angelo Soares, réduit les biais possibles quant à la désirabilité sociale en rendant l'interférence du chercheur minimale. De plus, la technique de collecte de données qu'est le questionnaire bénéficie d'une « standardisation et d'une comparabilité de la mesure » qui renforce la validité interne et externe de la recherche (Baumard *et al*, 2003).

Cependant, cette méthode renferme des inconvénients puisqu'elle n'est pas flexible et engendre le « biais du déclaratif » puisque comme les réponses sont imposées, il y a risque que la personne ne réponde pas totalement ce qu'il pense ou que ses réponses

ne puissent pas traduire les nuances et la complexité de la situation (Baumard *et al*, 2003). Pour contrôler ce désavantage, notons que le questionnaire utilise des instruments de mesures réputés pour leur fiabilité et leur validité. Un autre désavantage est que cette méthode de collecte de données réduit le contrôle du chercheur sur le taux de réponse (Baumard *et al*, 2003). Un plan de relance a toutefois été établi afin de maximiser le taux de réponse. Trois semaines après l'envoi, une lettre de rappel a été envoyée.

3.4 Instruments de mesure

L'opérationnalisation des variables est le processus par lequel on divise et traduit les concepts en mesures dans le cadre d'une recherche quantitative (Bryman et Bell, 2007). Les instruments de mesures représentent le résultat de ce processus.

3.4.1 Variables sociodémographiques

Nous avons colligé les renseignements à propos du sexe et de la catégorie d'emploi des répondants (1-Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires, 2-Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers, 3-Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration et 4-Personnel techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux). De plus, trois questions portent sur l'ancienneté du répondant. La première concerne le temps en poste, la deuxième, le temps à travailler pour le même employeur et la troisième, le temps dans le métier. Les trois questions demandent au répondant de donner sa réponse en nombre d'années et de mois.

3.4.2. Variables organisationnelles

3.4.2.1 Areas of Worklife Scale

Premièrement, pour les variables indépendantes organisationnelles, c'est l'échelle AWLS (Areas of Worklife Scale) de Maslach et Leiter (2006) qui a été utilisé. Ce modèle comprend les six sphères de l'organisation du travail correspondant aux six variables indépendantes choisies pour l'étude : 1) la charge de travail, 2) le contrôle sur le travail, 3) la reconnaissance au travail, 4) la coopération, 5) la justice organisationnelle, 6) la cohérence des valeurs.

La charge de travail est la quantité de travail à faire pour une période donnée. On peut aussi l'appeler demande psychologique en ce sens qu'elle peut être une charge quantitative, mais aussi qualitative (Maslach et Leiter, 2006). Un travail difficile exigeant une forte concentration peut être considéré comme une grosse charge de travail même s'il n'est pas élevé en termes de quantité à produire (Maslach et Leiter, 2006). Autre fait important, un travail accompagné de délais serrés rajoute encore d'avantage à l'ampleur de la charge (Maslach et Leiter, 2006).

Le contrôle sur le travail comprend les « opportunités de faire des choix et de prendre des décisions, pour régler des problèmes et contribuer à l'accomplissement de responsabilités »⁹ (Leiter et Maslach, 2006). Il représente les ressources que l'on possède pour accomplir le travail et l'autonomie que l'on détient dans son exercice.

⁹ Traduction libre : "the opportunity to make choices and decisions, to solve problems, and to contribute to the fulfillment of responsibilities" (Leiter et Maslach, 2006).

La reconnaissance au travail représente la valorisation soit financière ou sociale à l'égard du travail accompli. Elle peut se mesurer en termes d'utilité du travail et en termes de « beauté » ou de qualité du travail (Dejours, 2009). Un travail est reconnu en regard de ce que les autres en pensent et en disent. Il peut également être reconnu symboliquement par le rang hiérarchique, le statut social et le salaire notamment.

La coopération entre collègues, elle, mesure la qualité de l'environnement social du travail qui transparaît dans le soutien, le respect, la confiance, la collaboration et les sentiments positifs entre les individus qui travaillent ensemble (Leiter et Maslach, 2006).

La justice organisationnelle fait référence au degré de consistance de règles équitables pour les individus dans l'organisation. Elle est garante du respect entre les individus. Elle se manifeste par l'ouverture et la transparence des méthodes de gestion et favorise la perception des employés que l'organisation considère, à leur juste valeur, les individus qui la composent (Leiter et Maslach, 2006).

La cohérence des valeurs mesure la congruence entre les valeurs personnelles du travailleur et les valeurs que l'organisation met de l'avant dans l'exercice de ses activités et qui se manifestent dans la nature de ses interactions avec ses parties prenantes (Leiter et Maslach, 2006). L'incohérence entre ces valeurs est source de tension chez l'individu.

L'instrument de mesure AWLS est composé d'un total de 28 questions portant sur ces six variables avec échelles ordinales codées de 1 à 5 (allant de totalement en désaccord (1) à totalement d'accord pour (5)). La charge de travail comprend six questions, le contrôle sur le travail, trois, la reconnaissance au travail, quatre, la coopération entre collègues, cinq, la justice organisationnelle, cinq et la cohérence

des valeurs, cinq également. Les alphas de Cronbach pour les six variables se situent entre 0,67 et 0,80 (Leiter et Maslach, 2006). Le niveau de signification de cet instrument correspond à $p < 0.01$ (Leiter et Maslack, 2006). Il s'agit d'un outil standardisé pour réaliser des recherches sur un grand échantillon ce qui est donc approprié dans notre cas (Leiter et Maslach, 2006).

3.4.2.2 Harcèlement psychologique

La variable du harcèlement psychologique en entreprise est mesurée à l'aide du LIPT – Leymann Inventory of Psychological Terror qui est constitué de sept questions avec échelles nominales. Selon le test, pour que le répondant soit inventorié comme étant victime de harcèlement psychologique, il doit avoir vécu au moins un geste de harcèlement psychologique, dans les six derniers mois à une fréquence d'au moins une fois par semaine. La variable harcèlement psychologique a donc été dichotomisée de cette façon.

3.4.3 Variables dépendantes

3.4.3.1 Dépression

Deuxièmement, l'instrument de mesure utilisé pour la dépression, et les idéations suicidaires est le BDI-II (Beck Depression Inventory, 2e édition, 1996). Il est composé de 21 items permettant de déceler la sévérité de la dépression chez les adultes. Cependant, il ne sert pas à déceler une maladie mentale spécifique, il ne se concentre que sur la mesure de l'intensité des symptômes dépressifs (Beck, Steer et Brown, 1996). Les 21 items doivent être répondus en faisant référence à un horizon

temporel d'une semaine à prendre en compte à compter de la journée de réponse au test. Chaque question est mesurée selon un score maximal de 4 (0 à 3 points). Le score maximal du test est donc de 63 points. Si l'on obtient un score entre 0 et 13, la dépression est dite minimale, entre 14 et 19, légère, entre 20 et 28, modérée et de 29 à 63 elle est classée comme sévère.

3.4.3.2 Idéations suicidaires

Une question, dans le BDI, porte sur les idées de suicide. Celle-ci est composée d'une échelle nominale permettant de détecter le degré de sévérité des idéations suicidaires. Elle s'énonce comme suit : je ne pense pas du tout à me suicider ; il arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas ; j'aimerais me suicider ; et je me suiciderais si l'occasion se présentait. Cette variable a ensuite été dichotomisée en donnant la valeur 0 = je ne pense pas du tout à me suicider et 1 pour les trois autres réponses possibles. De cette façon, les régressions logistiques pourront nous permettre d'identifier les variables prédictives des idéations suicidaires.

Il s'agit de l'un des instruments de mesure standardisés le plus réputé pour évaluer et détecter la dépression dans la population normale (Beck, Steer et Brown, 1996). Sa validité de contenu est basée sur le DSM-IV. Cet instrument cumule 35 années d'expérience clinique et de données psychométriques qui ont permis de raffiner le contenu du test et le rendre plus actuel (Beck et al, 1996). Il utilise une échelle nominale pour les 21 items. L'alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,92, ce qui révèle une forte validité.

Dans ce mémoire, nous n'avons pas approfondi l'analyse des idéations suicidaires en lien avec les niveaux de symptômes dépressifs puisque la question traitant des

idéations suicidaires est incluse dans le BDI. Compte tenu de cette problématique et que la redondance des données risquaient de biaiser les résultats, nous avons préféré ne pas analyser la dépression et son lien avec les idéations suicidaires dans cette étude.

3.4.3.3 Désespoir

Troisièmement, l'inventaire d'autoévaluation du désespoir de Beck-BHS a été utilisé pour mesurer le niveau de pessimisme de l'individu quant à l'avenir et ainsi d'aider à prédire son niveau de potentialité suicidaire. Il s'agit d'un instrument composé de vingt items avec des échelles nominales codées (1-vrai, 2-faux) qui évalue les potentialités suicidaires de l'individu en mesurant sa vision pessimiste de l'avenir. Cet outil est fortement validé pour les populations francophones. L'alpha de Cronbach est de 0,93 et le seuil de signification est égal à $p < 0.01$ (Beck, Weissman, Lester et al, 1974)

3.4.3.4 Détresse psychologique

L'échelle de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14) créé à partir du « Psychiatric symptoms Index-PSI » d'Ilfeld (1976) mesure l'intensité des symptômes associés à la détresse psychologique afin de mesurer l'état de la santé mentale des individus. Elle comprend quatre facteurs : l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les troubles cognitifs. Il est composé de 14 items avec échelle ordinale présentant les options suivantes : (1-jamais, 2-de temps en temps, 3-assez souvent, 4-très souvent.

L'alpha de Cronbach est de 0,89 pour le coefficient de consistance interne (Préville, Boyer, Potvin et al, 1992).

3.4.4 Plan d'analyse

Pour chacune des cinq hypothèses, nous avons adopté le même schéma d'analyse. Tout d'abord, des tableaux de fréquences sont présentés, nous procédons ensuite à une analyse de corrélations, pour vérifier si ces liens sont significatifs nous avons recours à des analyses de variances ANOVA et nous terminons avec des régressions logistiques dans les cas où l'analyse est possible pour vérifier la valeur prédictive des variables. La manipulation des données a été effectuée grâce au logiciel SPSS Statistiques version 24. De plus pour chacune des hypothèses, nous avons souhaité, pour des fins complémentaires, vérifier les liens avec le désespoir également comme il s'agit d'une variable reconnue pour son effet prédictif sur le suicide et les idéations suicidaires (Beck, Steer, Kovacs et al, 1985 ; Beck et Steer, 1988). Les résultats sur cette variable pourront permettre d'enrichir la discussion qui sera présenté en chapitre 5.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre est divisé en cinq sections qui servent à tester les hypothèses émises au chapitre 2.

Les données sociodémographiques des répondants sont présentées en premier lieu. En deuxième lieu, les données sur la détresse psychologique comprenant tableau de fréquence, corrélations et ANOVA sont décrites. En troisième lieu, les données sur le désespoir avec les mêmes tableaux sont présentées. Cette section aborde aussi le sexe des répondants, les variables organisationnelles et le harcèlement psychologique en lien avec le désespoir. Des régressions logistiques y sont présentées pour les variables organisationnelles. En quatrième lieu, les données sur les idéations suicidaires en lien avec le sexe, les variables organisationnelles et le harcèlement psychologique sont présentées à l'aide de tableaux de fréquence, de corrélations, d'ANOVA et de régressions logistiques. Nous terminerons par la vérification des hypothèses émises préalablement.

4.1. Profil sociodémographique

Certaines données sociodémographiques, sur les répondants, ont été recueillies afin de présenter leur profil. En voici les détails.

4.1.1 Sexe

Le Tableau 1 nous présente la population de notre étude en fonction du sexe des répondants.

Tableau 1
Sexe des répondants

Sexe	N ¹⁰	%
Homme	353	21,7
Femme	1270	78,3
<i>Total</i>	1623	100,0

Dans la population à l'étude, 21,7% sont des hommes et 78,3% sont des femmes. Il s'agit donc d'un groupe majoritairement féminin ce qui reflète bien la population qui travaille dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

4.1.2 Ancienneté

Les répondants exercent leur profession en moyenne depuis 16 ans et demi, ils travaillent à leur poste actuel depuis 8,3 ans et ont une ancienneté de 13,17 ans auprès du même employeur.

¹⁰ Les échantillons N de répondants varient d'une analyse à l'autre puisque le taux de réponses variait en fonction des questions et les réponses se devaient d'être complètes pour être considérées lors de la compilation des résultats des questionnaires.

4.1.3 Catégories d'emploi

Le Tableau 2 présente la population de notre étude pour les quatre catégories d'emploi.

Tableau 2
Catégories d'emploi des répondants

Catégories d'emploi	N	%
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	214	13,8
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers	580	37,5
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	255	16,5
4. Personnel techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	498	32,2
<i>Total</i>	1547	100,0

4.2 Détresse psychologique

L'indice d'Ilfeld varie entre 0 et 100. La moyenne générale chez les répondants est de $M=24,6$ et l'écart-type $ET = 18,9$. En termes de quintiles, le quatrième et le cinquième quintile représentent le pourcentage de répondants ayant un niveau de stress élevé. Dans notre étude, 38,5 % des répondants ont un niveau de stress élevé tel que présenté dans le Tableau 3.

Tableau 3
Détresse des répondants

Détresse	N	%
Premier quintile	325	20,9
Deuxième quintile	333	21,4
Troisième quintile	297	19,1
Quatrième quintile	274	17,6
Cinquième quintile	325	20,9
<i>Total</i>	1554	100,0

4.2.1 Détresse psychologique et les idéations suicidaires

Le Tableau 4 présente les résultats selon le degré de détresse psychologique élevée et la présence ou l'absence d'idéations suicidaires mesuré avec le BDI. La mesure de l'intensité des idéations suicidaires n'est pas considérée dans cette recherche. La variable a été dichotomisée : avec idéations suicidaire ou sans idéations suicidaires.

Tableau 4
Détresse et idéations suicidaires

Détresse	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non élevée	912	59	35	2	947	61
Élevée	438	29	149	10	587	39
<i>Total</i>	1350	88	184	12	1534	100

Dans le Tableau 4 nous voyons que du 12 % des répondants ayant des idéations suicidaires, 10 % vivent une détresse élevée contre 2 % qui n'en vivent pas.

Nous avons voulu savoir si ces résultats pour la détresse psychologique pouvaient faire l'objet d'une corrélation avec les idéations suicidaires. Le tableau suivant affiche les résultats de cette corrélation.

Tableau 5
Corrélation détresse et idéations suicidaires

Variabes	1	2
Détresse	1	0,39**
Idéations suicidaires	0,39**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Le Tableau 5 affiche une corrélation modérée et statistiquement significative (0,39). En d'autres mots, plus il y a de détresse psychologique plus les idéations suicidaires sont présentes.

Hypothèse 1 : Rappelons que la première hypothèse était qu'il y aurait un lien positif entre détresse psychologique et idéations suicidaires. L'hypothèse 1 est donc vérifiée puisque le Tableau 5 affiche une corrélation modérée de 0,39 entre la détresse psychologique et les idéations suicidaires.

Toutefois, afin de préciser cette corrélation, nous dressons ci-dessous le Tableau 6 pour vérifier s'il existe une différence significative entre les répondants qui vivent une détresse élevée et ceux qui n'en vivent pas toujours en relation avec les idéations suicidaires.

Tableau 6
ANOVA détresse et idéations suicidaires

	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		F (1,1533)	P
	M	ET	M	ET		
Détresse	21,7	16,9	45,0	21,0	288,7	0,000

Dans le Tableau 6, nous voyons qu'il existe une différence statistiquement significative entre ceux qui vivent une détresse peu élevée et ceux qui vivent une détresse élevée en ce qui a trait des idéations suicidaires. Les moyennes et écarts-types diffèrent : Sans idéations suicidaires (M = 21,7 ET = 16,9) et avec idéations

suicidaires ($M = 45$ ET = 21). Nous avons donc $F(288,7)$, Ddl (1533) et $P(0,000)$ pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Ces résultats montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre les niveaux de détresse et la présence d'idéations suicidaires. Le groupe de répondants rapportant un degré de détresse plus élevé révèle plus d'idéations suicidaires que le groupe rapportant des degrés moindres de détresse.

4.3 Désespoir

Dans notre revue de littérature, nous avons mis en évidence les liens opérant entre désespoir et idéations suicidaires. Selon l'inventaire de désespoir de Beck, le désespoir est un bon indicateur des risques d'idéations suicidaires lorsque le résultat est de 9 et plus.

Les résultats des niveaux de désespoir dans notre étude sont présentés au Tableau 7.

Tableau 7
Désespoir

Gravité du désespoir	N	%
Minimal	745	50,6
Léger	462	31,4
Modéré	173	11,8
Sévère	91	6,2
<i>Total</i>	1471	100,0

Les niveaux de désespoir modérés et sévères ont été identifiés lorsque le répondant a obtenu 9 et plus à l'échelle de désespoir de Beck. Dans le cas suivant, nous obtenons donc que 18% des répondants présentent un risque suicidaire.

Afin d'analyser davantage les degrés de désespoir et l'apparition d'idéations suicidaires nous avons fait le Tableau 8.

Tableau 8
Désespoir et idéations suicidaires

Désespoir	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Minimal et léger	1125	77	71	5	1196	82
Sévère à modéré	161	11	100	7	261	18
<i>Total</i>	1286	88	171	12	1457	100

Le Tableau 8 nous montre que des 12 % de répondants présentant des idéations suicidaires, 5 % ont un niveau de désespoir faible contre 7 % qui ont un niveau élevé.

Suite à ces résultats, nous avons voulu savoir s'il existait une corrélation significative entre le désespoir et les idéations suicidaires.

Tableau 9
Corrélation désespoir et idéations suicidaires

Variables	1	2
Désespoir sévère ou modérée	1	0,44**
Idéations suicidaires	0,44**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Nous observons donc une corrélation positive modérée, mais significative (0,44). Ainsi, plus l'individu éprouve du désespoir selon l'échelle de Beck, plus les idéations suicidaires seront présentes.

Hypothèse 2 : Rappelons que la deuxième hypothèse était qu'il y aurait un lien positif entre désespoir et idéations suicidaires. L'hypothèse 2 est donc vérifiée puisque le Tableau 9 affiche une corrélation modérée de 0,44 entre le désespoir et les idéations suicidaires.

Cependant, pour préciser cette corrélation et mesurer s'il existe une différence statistiquement significative entre les niveaux de désespoir et la présence d'idéations suicidaires, nous devons faire une ANOVA que nous vous présentons au point suivant.

Tableau 10
ANOVA désespoir et idéations suicidaires

	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		F (1,1456)	P
	M	ET	M	ET		
Désespoir	4,3	3,8	10,5	5,6	362,2	0,000

Dans le Tableau 10, nous voyons qu'il existe une différence statistiquement significative entre les répondant qui vivent un niveau de désespoir minimal à léger et ceux qui vivent un niveau de désespoir modéré à sévère en ce qui a trait des idéations suicidaires. Les moyennes et écarts-types diffèrent : Sans idéations suicidaires (M=4,3 ET=3,8) et avec idéations suicidaires (M = 10,5 ET = 5,6). Nous avons donc F (362,2), Ddl (1456) et P (0,000) pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Ces résultats montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre les niveaux de désespoir et la présence d'idéations suicidaires. Le groupe de répondants les plus désespérés ont davantage d'idéations suicidaires que le groupe de répondants moins désespérés.

4.3.1 Variable du sexe

Dans notre revue de littérature, le sexe du répondant a été cité, maintes fois, comme une variable révélatrice des risques suicidaires. En effet, les hommes ont, dans toutes les études sur le sujet, été identifiés comme plus à risque de commettre un suicide comparativement aux femmes. Comme le désespoir est une variable prédictive des

idéations suicidaires, nous avons voulu mesurer son lien avec le sexe du répondant également.

Nous présentons le Tableau 11 qui illustre les liens entre le sexe du répondant et les niveaux de désespoir.

Tableau 11
Sexe et désespoir

Sexe	Désespoir asymptotique et léger		Désespoir moyen à sévère		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homme	241	17	77	5	318	22
Femme	945	65	182	13	1127	78
<i>Total</i>	1186	82	259	18	1445	100

Dans le tableau, les hommes avec désespoir à risque de suicide représentent 5% du groupe total de participant.e.s. En comparaison, les femmes avec un niveau de désespoir à risque de suicide représentent 13% du groupe total. Il semble, donc, que les femmes soient plus nombreuses à être désespérées comparativement aux hommes. Comme notre étude est composée majoritairement de femmes, nous devons, cependant, pousser notre analyse plus loin en procédant à une ANOVA et un test Scheffé pour vérifier si les femmes sont réellement majoritaires quant aux niveaux de désespoir.

Le tableau suivant nous permet de visualiser qu'il existe une corrélation très faible, mais statistiquement significative entre sexe et désespoir.

Tableau 12
Corrélation sexe et désespoir

Variabes	1	2
Désespoir sévère ou modérée	1	-0,09**
Sexe	-0,09**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Suite à la corrélation obtenue au point précédent, nous avons dressé une ANOVA afin de préciser s'il existe une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes pour les niveaux de désespoir.

Tableau 13
ANOVA sexe et désespoir

	Hommes		Femme		F (1,1444)	P
	M	ET	M	ET		
Désespoir moyen à sévère	5,7	5,6	4,8	4,2	11,2	0,001

Dans le Tableau 13, nous voyons qu'il existe une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes en ce qui a trait du désespoir. Les moyennes et écarts-types diffèrent : Hommes ($M = 5,7$ ET = 5,6) et Femmes ($M = 4,8$ ET = 4,2). Nous avons donc $F(11,2)$, Ddl (1444) et $P(0,001)$ pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Ces résultats montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe et les niveaux de désespoir. Les hommes ressentent davantage de désespoir que les femmes.

4.3.2 Variables organisationnelles

Dans notre revue de littérature, les six variables organisationnelles étudiées du Areas of Worklife Survey (Maslach et Leiter, 2006) présentaient des liens potentiels avec des idéations suicidaires en lien avec le travail. Nous avons voulu savoir s'il en était de même avec le désespoir. Dans cette section, nous nous intéresserons, donc, aux relations existantes entre celles-ci et le désespoir.

Le Tableau 14 présente les résultats des corrélations pour les six variables organisationnelles et les niveaux de désespoir.

Tableau 14
Corrélations entre les 6 variables organisationnelles AWL et le désespoir

Variables organisationnelles	M	ET	1	2	3	4	5	6	7
1. Désespoir	4,98	4,50	1						
2. Charge de travail	2,88	0,94	0,30**	1					
3. Contrôle	3,32	0,89	-0,30**	-0,48**	1				
4. Reconnaissance	3,34	1,01	-0,33**	-0,43**	0,54**	1			
5. Coopération	3,34	0,88	-0,32**	-0,35**	0,45**	0,55**	1		
6. Justice	2,74	0,75	-0,32**	-0,44**	0,53**	0,54**	0,51**	1	
7. Valeurs	3,09	0,80	-0,30**	-0,37**	0,49**	0,49**	0,47**	0,56**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Le Tableau 14 affiche les corrélations entre le désespoir et les variables organisationnelles AWL. Toutes les corrélations sont statistiquement significatives et elles sont modérées. Elles sont toutes négatives sauf pour la charge de travail (0,30) puisque plus la charge de travail est élevée plus le désespoir semblent s'accroître. Pour toutes les autres variables de l'organisation du travail, plus elles augmentent, moins les répondants semblent ressentir du désespoir.

Nous avons, ensuite, procédé à une régression logistique pour comprendre quelles variables ont un impact pour prédire le désespoir dans le groupe étudié.

Le Tableau 15 présente le sommaire de l'analyse de régression logistique pour la prédiction du désespoir pour les variables organisationnelles AWL.

Tableau 15
Régressions logistiques AWL et désespoir

Variabes	B	SE	OR	95%CI	Wald Statistiques	P
Charge de travail	0,36	0,09	1,44	[1,19 – 1,74]	14,88	0,000
Reconnaissance	-0,35	0,09	0,70	[0,58 – 0,84]	13,96	0,000
Coopération	-0,28	0,10	0,75	[0,61 – 0,92]	7,63	0,006
Valeurs	-0,33	0,11	0,71	[0,56 – 0,89]	8,44	0,004

Ce tableau illustre les résultats des régressions logistiques du désespoir en fonction des variables organisationnelles étudiées. Le modèle pour le désespoir s'ajuste bien

aux données (Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow = 11,47 ; $p = 0,17$) et il classe correctement 82,5 % des répondants.

Les résultats montrent que la charge de travail, la reconnaissance, la cohésion et la cohérence des valeurs sont les variables prédictives de la présence de désespoir chez les répondants.

En effet, il existe une relation positive (0,36) entre la charge de travail et le désespoir. On peut donc comprendre que lorsque la charge de travail augmente, le désespoir augmente. La magnitude de la variation (1,44) montre que lorsqu'on augmente d'un point, sur l'échelle, la charge de travail, la probabilité d'avoir du désespoir augmente de 44%.

Pour la reconnaissance, la relation est négative (-0,35) entre le désespoir et celle-ci. En d'autres termes, si l'on augmente la reconnaissance, la présence de désespoir diminue. La magnitude de la variation (0,70) démontre que si l'on augmente d'un point la reconnaissance, la probabilité de ressentir du désespoir diminue de 30%.

Le même effet est observé pour la coopération (-0,28), c'est-à-dire que, plus la coopération entre les membres du personnel est positive et forte, moins le désespoir augmente. En ce qui concerne la magnitude de la variation (0,75), lorsqu'on augmente d'un point la coopération, la probabilité d'avoir du désespoir diminue de 25%.

Finalement, la relation est aussi négative entre la cohérence des valeurs (-0,33) et le désespoir. Donc, plus la cohérence entre les valeurs de l'organisation et celle du répondant est forte, moins le sujet risque de ressentir du désespoir. La magnitude de

la variation (0,71) démontre que si l'on accroît d'un point la cohérence des valeurs, la probabilité d'avoir du désespoir diminue de 29%.

Les variables du contrôle sur le travail et de la justice organisationnelle ne sont pas ressorties comme variables prédictives de la présence de désespoir chez les répondants.

4.3.3 Harcèlement psychologique

Le harcèlement psychologique a été cité, à de nombreuses reprises, dans notre revue de littérature comme une variable pouvant mener au suicide. Nous allons, dans cette section, pousser cette réflexion au désespoir pour mesurer les liens entre celui-ci et le harcèlement psychologique.

La section suivante évalue les résultats obtenus par rapport au harcèlement psychologique calculés avec le Leymann Inventory of Psychological Terror-LIPT en lien avec le désespoir chez les répondants.

Le Tableau 16 nous présente les répondants ayant vécu du harcèlement psychologique au sens du LIPT de Leymann (1996).

Tableau 16
Harcèlement psychologique global

Harcèlement psychologique	N	%
Ne vivant pas de harcèlement	1500	90,9
Vivant du harcèlement	150	9,1
<i>Total</i>	1650	100,0

Le Tableau 16 montre que 9,1% des répondants étaient victimes de harcèlement psychologique au moment de la recherche.

Le Tableau 17 illustre le nombre de répondants vivant du harcèlement psychologique et ceux présentant des niveaux de désespoir modéré à sévère.

Tableau 17
Harcèlement psychologique et désespoir

Harcèlement psychologique	Désespoir asymptotique et léger		Désespoir moyen à sévère		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ne vivant pas de harcèlement	1140	77	192	13	1332	90
Vivant du harcèlement	67	5	72	5	139	10
<i>Total</i>	1207	82	264	18	1471	100

Le Tableau 17 illustre que des 18 % des répondants vivant un niveau moyen à sévère de désespoir, 13% ne vivent pas de harcèlement contre 5% qui en vivent.

Nous avons voulu savoir s'il y avait un lien traçable entre le désespoir et le harcèlement psychologique. Le Tableau 18 affiche les corrélations entre le harcèlement psychologique et le désespoir.

Tableau 18
Corrélation harcèlement psychologique et désespoir

Variables	1	2
Vivant du harcèlement psychologique	1	0,29**
Désespoir	0,29**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Nous avons, ici, une corrélation faible, mais à la limite du modéré(0,29), qui est statistiquement significative, entre le désespoir et le harcèlement psychologique. En d'autres mots, plus l'individu subit du harcèlement au travail, plus les idéations suicidaires sont présentes. Suite à la corrélation obtenue au point précédent, nous avons dressé une ANOVA afin de préciser s'il existe une différence statistiquement significative entre ceux qui ont vécu du harcèlement et ceux qui n'en ont pas vécu pour les niveaux de désespoir.

Tableau 19
ANOVA harcèlement psychologique et désespoir

	N'ayant pas vécu de harcèlement		Ayant vécu du harcèlement		F (1,1456)	P
	M	ET	M	ET		
Désespoir moyen à sévère	4,6	4,1	9,1	5,9	139,486	0,000

Dans le Tableau 19, nous voyons qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe ayant vécu du harcèlement et celui n'en ayant pas vécu en ce qui a trait du désespoir. Les moyennes et écarts-types diffèrent : ceux qui n'ont pas vécu de harcèlement (M = 4,6 ET = 4,1) et ceux qui ont vécu du harcèlement (M = 9,1 ET = 5,9). Nous avons donc F (139,486), Ddl (1470) et P (0,000) pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Ces résultats montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe de répondants ayant vécu du harcèlement et ceux qui n'en ont pas vécu. Le groupe de répondant ayant vécu du harcèlement ressent davantage de désespoir que celui n'en ayant pas vécu.

4.4 Idéations suicidaires

Les idéations suicidaires est la variable dépendante au cœur de ce mémoire. Nous arrivons maintenant à la section qui analysera les variables organisationnelles et leur impact sur les idéations suicidaires. Rappelons, que celles-ci sont toujours présentes avant une tentative de suicide (Mishara et Tousignant, 2004).

Pour mesurer cette variable, un item du Beck Depression Inventory-BDI a été utilisé. Les résultats des idéations suicidaires dans notre étude sont présentés au Tableau 20.

Tableau 20
Idéations suicidaires

Idéations suicidaires	N	%
Sans idéations suicidaires	1434	88,4
Avec idéations suicidaires	189	11,6
<i>Total</i>	1623	100,0

Le répondant a été identifié comme ayant des idéations suicidaires lorsqu'il avait répondu à l'item du BDI l'une des trois options suivantes : il arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas; j'aimerais me suicider; je me suiciderais si l'occasion se présentait. Dans notre étude, 11,6% des répondants ont des idéations suicidaires. Ce chiffre est nettement supérieur aux idéations suicidaires de la population québécoise qui est de 3,9 % (Boyer *et al*, 1998).

4.4.1 Variable du sexe

Dans notre revue de littérature, le sexe du répondant a été cité, maintes fois, comme une variable révélatrice des risques suicidaires. En effet, les hommes ont, dans toutes

les études sur le sujet, été identifiés comme plus à risque de commettre un suicide comparativement aux femmes.

Nous vous présentons le Tableau 21 qui illustre le sexe du répondant en relation avec les idéations suicidaires.

Tableau 21
Sexe et idéations suicidaires

Sexe	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homme	268	17	77	5	345	22
Femme	1141	71	110	7	1251	78
<i>Total</i>	1409	88	187	12	1596	100

Dans le Tableau 21, les hommes présentant des idéations suicidaires représentent 5% du groupe total étudié. En comparaison, les femmes présentant des idéations suicidaires représentent 7 % du groupe total étudié. Il semble, donc, que les femmes soient plus nombreuses à manifester des idéations suicidaires comparativement aux hommes. Comme notre groupe est majoritairement féminin, nous devons, cependant, pousser la réflexion plus loin en procédant à une analyse corrélacionnelle, à une ANOVA pour vérifier si les femmes sont réellement majoritaires quant aux niveaux d'idéations suicidaires alarmants.

Le Tableau 22 nous permet de visualiser s'il existe une corrélation statistiquement significative entre sexe et les idéations suicidaires.

Tableau 22
Corrélation sexe et idéations suicidaires

Variables	1	2
Idéations suicidaires	1	-0,17**
Sexe	-0,17**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

On observe dans ce tableau qu'il existe une faible corrélation statistiquement significative (-0,17) entre le sexe du répondant et les idéations suicidaires. Nous allons essayer de préciser ce lien en utilisant une analyse de la variance ANOVA pour voir s'il existe une différence entre les deux groupes, soit homme et femme quant aux idéations suicidaires.

Tableau 23
ANOVA sexe et idéations suicidaires

	Hommes		Femme		F (1,1595)	P
	M	ET	M	ET		
Idéations suicidaires	0,22	0,42	0,09	0,28	49,2	0,000

Selon le Tableau 23 de l'ANOVA pour les idéations suicidaires, il existe effectivement une différence significative entre les hommes et les femmes dans le groupe étudié en ce qui a trait des idéations suicidaires. Les hommes ($M = 0,22$ $ET=0,42$) pensent davantage à se suicider que les femmes ($M = 0,09$ $ET (0,28)$). Nous avons donc $F (49,24)$, $Ddl (1595)$ et $P (0,00)$ pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Nous pouvons maintenant dire qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe et la présence d'idéations suicidaires et que les hommes pensent plus au suicide que les femmes.

Hypothèse 3 : Rappelons que la troisième hypothèse avançait que les répondants de sexe masculin auraient plus d'idéations suicidaires que les répondants de sexe féminin. L'hypothèse 3 a donc été vérifiée aussi, car les hommes ont plus d'idéations suicidaires que les femmes. En effet, le Tableau 22 montre qu'il y a une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes quant au nombre d'idéations suicidaires et que ce sont les hommes qui en ont le plus.

4.4.2 Variables organisationnelles

Dans notre revue de littérature, les six variables organisationnelles étudiées du Areas of Worklife Survey (Maslach et Leiter, 2006) présentaient des liens potentiels avec les idéations suicidaires reliées au travail. Dans cette section, nous nous intéresserons, donc, aux relations existantes entre celles-ci et les idéations suicidaires.

Le Tableau 24 présente les corrélations existantes entre les six variables organisationnelles et les idéations suicidaires.

Tableau 24
Corrélation entre les 6 variables organisationnelles AWL et les idéations suicidaires

Variables organisationnelles	M	ET	1	2	3	4	5	6	7
1. Idéations suicidaires	0,11	0,23	1						
2. Charge de travail	2,88	0,94	0,15**	1					
3. Contrôle	3,32	0,89	-0,15**	-0,48**	1				
4. Reconnaissance	3,34	1,01	-0,19**	-0,43**	0,54**	1			
5. Coopération	3,34	0,88	-0,18**	-0,35**	0,45**	0,55**	1		
6. Justice	2,74	0,75	-0,16**	-0,44**	0,53**	0,54**	0,51**	1	
7. Valeurs	3,09	0,80	-0,14**	-0,37**	0,49**	0,49**	0,47**	0,56**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

Selon les analyses du Tableau 24, toutes les corrélations sont statistiquement significatives et elles sont faibles. Elles sont toutes négatives sauf pour la charge de travail (0,30) puisque plus la charge de travail est élevée plus les idéations suicidaires semblent s'accroître. Pour toutes les autres variables de l'organisation du travail, plus elles augmentent, moins les répondants semblent avoir des idéations suicidaires.

Hypothèse 5 : La cinquième hypothèse prédisait qu'il y aurait des liens entre les variables organisationnelles et les idéations suicidaires des répondants. Ces liens seraient les suivants :

5a- La charge de travail aura un lien positif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5b- Le contrôle aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5c- La reconnaissance aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5d- La coopération aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5e- La justice aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

5f- La cohérence des valeurs aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs.

Hypothèse 5a- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de 0,15 entre la charge de travail et les idéations suicidaires.

Hypothèse 5b- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de -0,15 entre le contrôle et les idéations suicidaires.

Hypothèse 5c- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de -0,19 entre la reconnaissance et les idéations suicidaires.

Hypothèse 5d- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de -0,18 entre la coopération et les idéations suicidaires.

Hypothèse 5e- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de -0,16 entre la justice et les idéations suicidaires.

Hypothèse 5f- Cette hypothèse est vérifiée. La corrélation affichée sur le Tableau 24 est de -0,14 entre la cohérence des valeurs et les idéations suicidaire.

Cependant, il convient de pousser plus loin l'analyse grâce à une régression logistique pour vérifier lesquelles de ces variables prédisent les idéations suicidaires dans cette étude.

Le tableau suivant présente le sommaire de l'analyse de régression logistique pour la prédiction des idéations suicidaires pour les variables organisationnelles AWL.

Tableau 25
Régressions logistiques AWL et idéations suicidaires

Variabiles	B	SE	OR	95%CI	Wald Statistique	P
Charge de travail	0,34	0,10	1,40	[1,14 – 1,72]	10,42	0,001
Reconnaissance	-0,28	0,10	0,75	[0,61 – 0,92]	7,58	0,006
Coopération	-0,36	0,11	0,69	[0,55 – 0,86]	10,45	0,001

Le tableau illustre les résultats des équations logistiques des idéations suicidaires en fonction des variables organisationnelles. Le modèle pour les idéations suicidaires

s'ajuste bien aux données (Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow = 4,69 ; $p=0,78$) et il classe correctement 88% des répondants.

Les résultats montrent que la charge de travail, la reconnaissance et la coopération sont les variables prédictives des idéations suicidaires chez les répondants.

En effet, il existe une relation positive (0,34) entre la charge de travail et les idéations suicidaires. On peut donc comprendre que lorsque la charge de travail augmente, les idéations suicidaires augmentent. La magnitude de la variation (1,40) démontre que lorsqu'on augmente d'un point la charge de travail, la probabilité d'avoir des idéations suicidaires augmente de 40% ce qui est considérable.

Pour la reconnaissance, la relation est négative (-0,28) entre les idéations suicidaires et celle-ci. En d'autres termes, si l'on augmente la reconnaissance, la présence d'idéations suicidaires diminue. La magnitude de la variation (0,75) démontre que si l'on augmente d'un point la reconnaissance, la probabilité d'avoir des idéations suicidaires diminue de 25%.

Finalement, le même effet est observé pour la coopération (-0,36), c'est-à-dire que, plus la coopération entre les membres du personnel est positive et forte, moins les idéations suicidaires risquent d'être présentes. En ce qui concerne la magnitude de la variation (0,69), lorsqu'on augmente d'un point la coopération, la probabilité d'avoir des idéations suicidaires diminue de 31%.

Les variables du contrôle sur le travail, de la cohérence des valeurs et de la justice organisationnelle n'ont pas été identifiées comme variables prédictives des idéations suicidaires.

4.4.3 Harcèlement psychologique

Le harcèlement psychologique a été cité, à de nombreuses reprises, dans notre revue de littérature comme une variable pouvant mener au suicide. Nous allons, dans cette section, pousser cette réflexion aux idéations suicidaires pour mesurer les liens éventuels entre celles-ci et le harcèlement.

La section suivante évalue les résultats obtenus par rapport au harcèlement psychologique calculés avec le Leymann Inventory of Psychological Terror-LIPT en lien avec les idéations suicidaires chez les répondants. Encore une fois, selon le test, pour que le répondant soit inventorié comme étant victime de harcèlement psychologique, il doit avoir vécu au moins un geste de harcèlement psychologique, dans les six derniers mois à une fréquence d'au moins une fois par semaine.

Pour avoir les résultats de fréquences des répondants ayant vécu du harcèlement psychologique au sens du LIPT de Leymann dans le groupe étudié, veuillez-vous référer au Tableau 16 de la section désespoir.

Le Tableau 26 illustre le nombre de répondants vivant du harcèlement psychologique et ceux présentant des idéations suicidaires.

Tableau 26
Harcèlement psychologique et idéations suicidaires

Harcèlement psychologique	Sans idéations suicidaires		Avec idéations suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sans harcèlement	1337	77,9	137	7,8	1474	85,7
Vivant du harcèlement	97	10,4	52	3,9	149	14,3
<i>Total</i>	1434	88,3	189	11,7	1623	100,0

Le Tableau 26 montre que des 11,7 % de répondants ayant des idéations suicidaires, près de 4% des répondants vivent du harcèlement psychologique contre près de 8% qui n'en vivent pas.

Le tableau indique aussi que 78 % des répondants n'ont pas d'idéations suicidaires et ne se sentent pas harcelés tandis que 10 % se sentent harcelés, mais n'ont pas d'idéations suicidaires.

Suite aux résultats présentés au Tableau 26, nous avons voulu vérifier s'il existait une corrélation entre harcèlement psychologique et idéations suicidaires. Le tableau 27 affiche les corrélations trouvées entre le harcèlement psychologique est les idéations suicidaires.

Tableau 27
Corrélation harcèlement psychologique et idéations suicidaires

Variabes	1	2
1. Idéations suicidaires	1	0,19**
2. Harcèlement psychologique	0,19**	1

** La corrélation est significative $p < 0,01$ au niveau bilatéral

La corrélation affichée dans ce tableau est statistiquement significative mais faible. Le harcèlement psychologique affiche une corrélation positive avec les idéations suicidaires (0,19). Ainsi, plus il y a de harcèlement psychologique, plus il y a d'idéations suicidaires.

Hypothèse 4 : L'hypothèse 4 prédisait un lien positif entre le harcèlement psychologique et les idéations suicidaires. L'hypothèse 4 a donc été vérifiée également puisque le Tableau 27 affiche une corrélation de 0,19 entre harcèlement et idéations suicidaires.

Suite à la corrélation obtenue au point précédent, nous avons dressé une ANOVA afin de préciser s'il existe une différence statistiquement significative entre ceux qui ont vécu du harcèlement et ceux qui n'en ont pas vécu pour la présence d'idéations suicidaires.

Tableau 28
ANOVA harcèlement psychologique et idéations suicidaires

	N'ayant pas vécu de harcèlement		Ayant vécu du harcèlement		F (1,1456)	P
	M	ET	M	ET		
Idéations suicidaires	0,09	0,29	0,35	0,48	90,952	0,000

Dans le Tableau 28, nous voyons qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe ayant vécu du harcèlement et celui n'en ayant pas vécu en ce qui a trait des idéations suicidaires. Les moyennes et écarts-types diffèrent : ceux qui n'ont pas vécu de harcèlement ($M = 0,09$ $ET = 0,29$) et ceux qui ont vécu du harcèlement ($M = 0,35$ $ET = 0,48$). Nous avons donc $F(90,952)$, $Ddl(1622)$ et $P(0,000)$ pour un seuil de signification de $p < 0,01$. Ces résultats montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe de répondants ayant vécu du harcèlement et ceux qui n'en ont pas vécu. Le groupe de répondants ayant vécu du harcèlement présentent davantage d'idéations suicidaires que celui n'en ayant pas vécu.

4.5 Sommaire de la vérification des hypothèses

Suite aux résultats présentés dans ce chapitre, nous pouvons confirmer ou infirmer les hypothèses énoncées.

Hypothèse 1 : Rappelons que la première hypothèse était qu'il y aurait un lien positif entre détresse psychologique et idéations suicidaires. Cette hypothèse est vérifiée.

Hypothèse 2 : Rappelons que la deuxième hypothèse était qu'il y aurait un lien positif entre désespoir et idéations suicidaires. Cette hypothèse est vérifiée.

Hypothèse 3 : Rappelons que la troisième hypothèse avançait que les répondants de sexe masculin auraient plus d'idéations suicidaires que les répondants de sexe féminin. Cette hypothèse est vérifiée.

Hypothèse 4 : L'hypothèse 4 prédisait un lien positif entre le harcèlement psychologique et les idéations suicidaires. Cette hypothèse est vérifiée.

Hypothèse 5 : La cinquième hypothèse prédisait qu'il y aurait des liens entre les variables organisationnelles et les idéations suicidaires des répondants. Ces liens seraient les suivants :

5a- La charge de travail aura un lien positif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

5b- Le contrôle aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

5c- La reconnaissance aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

5d- La coopération aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

5e- La justice aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

5f- La cohérence des valeurs aura un lien négatif avec les idéations suicidaires des travailleurs. Cette hypothèse est vérifiée.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Suite au chapitre précédent présentant les résultats de ce mémoire, nous procéderons maintenant à l'explication et à l'analyse plus détaillées de ces résultats tout en gardant en tête les études antérieures présentées dans la revue de littérature. Ainsi, nous pourrons établir les liens avec ce qui a été découvert précédemment et les résultats maintenant obtenus. Quelles sont les différences et les similitudes par rapport aux travaux dominants précédents ? Comment les expliquer ?

Nous avons divisé ce chapitre en cinq sections. La première dresse un portrait de la santé mentale des répondants. La deuxième vise la compréhension de la variable du sexe en lien avec le désespoir et les idéations suicidaires. La troisième aborde la détresse psychologique et le désespoir en lien avec les idéations suicidaires. La quatrième vise à comprendre les six variables organisationnelles et leur lien avec le désespoir et les idéations suicidaires. La dernière concerne le harcèlement psychologique en lien avec le désespoir et les idéations suicidaires.

5.1 Santé mentale

Tout d'abord, notons que les indicateurs de santé mentale ont permis de révéler des taux élevés de détresse psychologique, de désespoir et d'idéations suicidaires parmi la population à l'étude.

Au premier rang, la détresse psychologique élevée ressentie par les répondants se retrouve à 38,5 %, suivie de désespoir élevé pour 18% et d'idéations suicidaires pour 11,6 % des répondants. Ces taux sont préoccupants. Même que pour les idéations suicidaires, le taux observé correspond à presque trois fois celui existant dans la population québécoise qui est de 3,9 % (Boyer *et al.* 1998). L'ensemble des indicateurs nous montrent une santé mentale fragilisée.

De plus, si nous observons le taux de désespoir de 18 % en rapport avec celui des idéations suicidaires de 11,6 % nous pouvons conclure que les répondants qui vivent du désespoir mais qui n'ont pas d'idéations suicidaires sont à risque quand même d'en développer, et ce, spécifiquement pour ceux qui ont des symptômes dépressifs sévères en plus. Beck et Steer (1988) ont effectivement mis l'accent sur le risque suicidaire accru pour les individus désespérés et dépressifs.

Ces résultats ne sont pas surprenants puisque, pour Woo et Postolache (2008), les professionnels de la santé sont plus à risque que les autres de souffrir de dépression et d'idéations suicidaires. L'OMS mentionne des taux d'anxiété élevés chez les médecins¹¹. Ces indicateurs n'étant pas sans interrelations les uns avec les autres, l'état de la santé mentale des répondants de cette étude est pour le moins préoccupante.

¹¹ Même si notre groupe de répondant ne comprend pas de médecins, il est intéressant d'étudier des catégories d'emplois souvent oubliées et négligées par les études qui traitent des travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux ce qui ne veut pas dire qu'ils ne souffrent pas des mêmes troubles que les professions très étudiées telles que les médecins par exemple.

5.2 Sexe du répondant

Les résultats du quatrième chapitre démontrent une propension plus accrue d'idéations suicidaires et de désespoir chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats viennent appuyer les statistiques mondiales, canadiennes et québécoises qui indiquent que les hommes sont plus à risque de suicide (Légaré, Gagné et Perron, 2015 ; Navaneelan, 2012). Même si ces statistiques concernent les suicides et non les idéations suicidaires, il est intéressant de voir que la tendance serait la même pour les idéations suicidaires.

La proportion d'hommes présentant des idéations suicidaires dans notre groupe est presque trois fois plus élevée que celle des femmes, résultats toutefois inférieurs à la proportion d'homme dans la population québécoise étant jusqu'à quatre fois plus à risque de se suicider que les femmes. De plus, Hawton et collègues (2011) recensaient des taux de suicides élevés chez les femmes médecins et infirmières. L'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail de 2011 révélait des taux de détresse reliés à l'emploi et des symptômes dépressifs reliés à l'emploi plus élevés chez les femmes que chez les hommes ; raison de plus pour considérer la situation féminine comme préoccupante au même titre que celle des hommes.

Toutefois, les taux de désespoir sont aussi plus élevés chez les hommes (24,2 %) que chez les femmes de notre étude (16,1 %). Étant donné que le désespoir est une facette critique des idéations suicidaires (Kovacs et Garrison, 1985), il n'est pas surprenant que les hommes prennent les devants encore une fois. Cependant, les femmes se sentent désespérées aussi et suivent les hommes de près dans notre population à l'étude. Les femmes seraient plus susceptibles de souffrir gravement de détresse psychologique au travail étant donné leurs responsabilités extra-professionnelles,

leurs salaires plus modiques et leur vulnérabilité face au harcèlement et à la discrimination en emploi (OMS, 2006). De plus, elles sont vulnérables à plusieurs autres égards que nous aborderons plus loin tels que la discrimination en emploi, les salaires plus bas, les difficultés de progression de carrière et le harcèlement psychologique, composantes qui peuvent contribuer à la dégradation de la santé mentale, nous le verrons plus loin (Woo et Postolache, 2008). Elles sont plus à risque de détresse psychologique au travail et d'autres manifestations de la détérioration de la santé mentale.

De plus, le lien entre désespoir et idéations suicidaires se faisait d'avantage sentir chez les hommes que chez les femmes. Les hommes seraient donc plus pris avec les symptômes du désespoir et ces symptômes, chez eux, peuvent être à la source d'idéations suicidaires plus fréquemment que chez les femmes. Lien que la littérature sur le sujet ne semble pas avoir tracé clairement. Chez les femmes, toutefois, le désespoir était également en lien avec les idéations suicidaires, mais à plus faible prévalence que chez les hommes.

À cet effet, la troisième hypothèse de ce mémoire est, somme toute, vérifiée puisque nos résultats démontrent que les hommes ont significativement plus d'idéations suicidaires que les femmes dans le groupe de travailleurs étudié.

5.3 Détresse, désespoir et idéations suicidaires

La première et la deuxième hypothèse voulant affirmer que la détresse psychologique et le désespoir présentent une relation positive avec les idéations suicidaires ont toutes deux été confirmées. En effet, les plus fortes corrélations avec les idéations

suicidaires étaient celles du désespoir et de la détresse psychologique. La détresse élevée est un indicateur de la mauvaise santé mentale des individus, pour Perrault (1989), un peu comme l'est la fièvre pour la santé physique. Un individu plus stressé est plus à risque d'idéations suicidaires parce que les stressés externes de l'environnement du travail exercent une pression négative sur lui selon le modèle de Shneidman (1993-1999 cité par Dionne et Labelle, 2005). La perception que ce dernier a de sa capacité à pouvoir gérer cette détresse dépendamment de ses ressources deviendra critique de sa décompensation ou non (Dionne et Labelle, 2005).

L'OMS (2006) met également les conditions de travail stressantes dans les facteurs interagissant avec les idéations suicidaires. De plus, toujours selon le modèle de Shneidman, une détresse élevée peut affecter la perception de l'individu en modifiant ses capacités cognitives et affectives. Son jugement devient alors altéré par ses émotions ce qui peut engendrer des conséquences néfastes (Dionne et Labelle, 2005). De surcroît, la détresse psychologique peut mener à la dépression qui, elle aussi, peut mener aux idéations suicidaires (Marchand *et al*, 2005; Cox, Griffiths et Gonzales, 2006). Ce lien manifeste entre détresse psychologique élevée et idéations suicidaires est donc en accord avec les travaux dominants antérieurs.

Le désespoir, lui, est un précurseur de premier plan dans l'apparition des idéations suicidaires surtout lorsqu'il est combiné avec des symptômes dépressifs (Beck et Steer, 1988). Il serait également un antécédent très fiable du suicide accompli (Beck et Steer, 1988). Dans ce mémoire, plusieurs résultats pour les idéations suicidaires ont été fortement similaires à ceux pour le sentiment de désespoir. En effet, les corrélations ont été significatives pour les variables organisationnelles, le sexe et le harcèlement psychologique avec le désespoir et les idéations suicidaires. De plus, pour les régressions logistiques, les mêmes variables organisationnelles ressortaient

pour les deux variables. Le lien imminent entre désespoir et idéations suicidaires a donc été prouvé à maintes reprises en plus de sa corrélation significative avec les idéations suicidaires.

5.4 Variables organisationnelles AWLS

La charge de travail, le contrôle, la reconnaissance, la coopération, la justice et la cohérence des valeurs ont toutes été retenues comme des variables corrélées significativement avec les idéations suicidaires et avec le désespoir.

La reconnaissance se trouvait en tête de liste dans cette recherche si l'on considère les corrélations obtenues. Elle était aussi l'une des variables les plus prédictives des idéations suicidaires et du désespoir selon les résultats des régressions logistiques. Une défaillance entre la reconnaissance reçue au travail en fonction des efforts consentis est donc néfaste pour l'individu. Selon Maslach et Leiter (1997), la reconnaissance extrinsèque et intrinsèque au travail est lacunaire dans le monde du travail actuel. En effet, le salaire, le prestige et la sécurité d'emploi sont rarement acquises dans le monde du travail actuellement (Maslach et Leiter, 1997). L'obsession des organisations pour la réduction des coûts dans toutes les composantes du travail seraient à l'origine de cette reconnaissance tant attendue, mais non reçue (Maslach et Leiter, 1997). Les opportunités de progression de carrière restent très limitées ; la productivité et l'efficacité étant les seules préoccupations des dirigeants (Maslach et Leiter, 1997). La sécurité d'emploi est souvent loin d'être assurée et les travailleurs vivent cette précarité comme une source de détresse psychologique (Maslach et Leiter, 1997).

La coopération se trouve au deuxième rang des corrélations en suggérant qu'une mauvaise coopération au travail pouvait affecter la santé mentale des travailleurs. Elle se retrouvait aussi, autant pour le désespoir que pour les idéations suicidaires, l'une des trois variables prédictives obtenues dans les régressions logistiques. Maslach et Leiter (1997) mettent de l'avant l'importance du soutien social et de liens sociaux de qualité pour contrer les effets délétères de la détresse psychologique au travail et de l'absence de contrôle sur le travail. De plus, la difficulté pour les travailleurs de construire un réseau social durable et continu étant donnée la mouvance des équipes de travail due aux restructurations est une autre cause de cette coopération difficile à préserver (Maslach et Leiter, 1997). Ce manque de coopération rend les travailleurs plus vulnérables à développer de mauvaises relations au travail ce qui s'avère être encore pire que l'absence de soutien social (Maslach et Leiter, 1997). De plus, la détérioration de la qualité du travail d'équipe, suite à la formation des CSSS, a été reconnue comme un effet délétère du changement de structure sur les employés (Larivière 2007).

Devant ces problèmes sociaux et ces conflits de travail, une autre variable devient importante : la justice au travail. Elle se retrouvait au troisième rang des corrélations obtenues. La confiance, l'ouverture et le respect sont à la base de la justice au travail (Maslach et Leiter, 1997). Le management sur le court-terme diminue la confiance et l'ouverture de l'organisation à l'égard de ces travailleurs et les travailleurs se méfient également de leur employeur compte-tenu du manque de transparence de la gouvernance (Maslach et Leiter, 1997). La reconnaissance et la sécurité d'emploi qu'ils ne reçoivent pas engendre cette méfiance (Maslach et Leiter, 1997). Le respect ne semble pas être acquis non plus puisque les manquements liés à l'éthique professionnelle en organisation n'est pas en accord avec l'équité (Maslach et Leiter, 1997). Si l'individu perçoit qu'il est traité injustement par rapport à ses collègues, les effets sur sa santé seront néfastes. Pourquoi l'individu ne peut-il pas obtenir les

mêmes privilèges que les autres à travail égal ? Ce questionnement peut devenir source de beaucoup d'insatisfaction et d'incompréhension.

Le respect est une composante d'un soutien social de qualité, s'il est absent dans les relations professionnelles, il devient plus dommageable pour l'individu que l'absence totale de soutien social (Zawieja et Guarnieri, 2014). D'autant plus que le respect peut provenir de superviseurs, de collègues et même de patients et de leur famille, dans le cas des travailleurs de la santé et des services sociaux. Une composante marquante du manque de respect est le harcèlement et nous verrons dans les pages suivantes son effet délétère sur les travailleurs qui en sont victimes. De plus, les conflits interpersonnels ont été identifiés comme facteur de détresse psychologique au travail par l'OMS (2006). Les professions médicales sont reconnues pour être empreintes de difficultés comme le manque de respect occasionné par les attentes irréalistes des patients et des proches de ceux-ci (Dusmesnil *et al*, 2009). Ces professions sont aussi victimes de lésions occasionnées par de la violence au travail (CSST, 2009-2014). Le manque de respect peut être une forme de violence et se manifester soit par de la violence verbale, physique ou psychologique. Le contexte particulier auquel font face les travailleurs de la santé et des services sociaux peut faire en sorte qu'ils soient plus vulnérables à la violence. La santé étant un enjeu délicat pour tout être humain, les clients ou patient peuvent devenir plus irritables, plus impatients et leurs proches aussi puisque plusieurs émotions viennent teinter leur réaction s'ils doivent faire face à des délais prolongés, par exemple, s'ils se confrontent à la bureaucratie ou si des situations d'incertitude quant aux soins donnés se manifestent.

Ensuite, les variables du contrôle sur le travail et la charge de travail suivaient à égalité dans les corrélations obtenues en suggérant que moins le contrôle sur le travail est grand et plus la charge de travail l'est, plus le travailleur vivra de désespoir et aura des idéations suicidaires. Cependant, les deux variables n'ont pas besoins d'être

réunies pour qu'il y ait des répercussions sur le plan de la santé mentale. Une charge de travail insurmontable, même avec un grand contrôle peut être nocive, tout comme un contrôle faible combiné à une faible charge de travail peut être néfaste aussi.

Concernant le contrôle sur le travail, le micromanagement occasionné par les restructurations, « downsizing » et fusions réduit le contrôle que les travailleurs peuvent avoir sur leur travail et limite leurs capacités décisionnelles (Maslach et Leiter, 1997). Si toutes les procédures sont standardisées et centralisées à un point tel que le travailleur ne peut plus cerner sa contribution à l'organisation ni prendre les décisions qui concernent son travail, un état de désespoir et une perte de confiance peut suivre (Maslach et Leiter, 1997).

La charge de travail est, quant à elle, une variable clé dans ce mémoire puisqu'elle occupait le premier rang dans les régressions logistiques sur le désespoir et sur les idéations suicidaires. La surcharge de travail en termes d'intensité, de délai temporel limité et de complexité est une conséquence de la réduction des coûts (Maslach et Leiter, 1997). Les travailleurs doivent être polyvalents et pratiquer le multitâches pour être productifs et rentables, ils doivent faire tout plus rapidement pour rencontrer les critères de la satisfaction client et celles des actionnaires aussi (Maslach et Leiter, 1997). Le secteur de la santé n'échappe pas à cette surcharge de travail et les travailleurs en subissent les conséquences (Bourque, 2009).

Finalement, la cohérence des valeurs suivait en démontrant que l'obligation d'agir selon des valeurs allant contre celles de l'individu pouvait renforcer son sentiment de culpabilité face aux principes de bases qui forgent son identité et affecter sa santé mentale également (Maslach et Leiter, 1997). Si l'individu chemine dans une culture d'entreprise fortement en opposition avec ses valeurs propres, l'équilibre peut être difficile à garder (Maslach et Leiter, 1997). De plus, les conflits de rôles deviennent

problématiques, car souvent on valorise le travail effectué rapidement, mais au détriment de la qualité, ce qui contrevient aux valeurs du travailleur qui désire offrir un travail de qualité avant tout (Maslach et Leiter, 1997). Dans le domaine de la santé et des services sociaux, cette satisfaction envers le client est prioritaire, mais comment faire avec toutes les exigences de productivité qui priment et cette réduction d'effectifs par-dessus-tout?

La perception de la qualité du travail fourni par ses collègues et celle que l'individu fournit personnellement est aussi en accord avec les suggestions de la littérature à cet égard. Le programme d'aide aux employés mis sur pied dans une entreprise japonaise attirait des employés en consultation psychologique, et pour 18% d'entre eux, la raison de la consultation concernait la qualité du travail (Nakao et al, 2007). La « déqualification du travail » a été ciblée comme un facteur de risque du suicide au travail par Dejours et Bègue (2009). La qualité du travail fait référence à l'évaluation d'un travail bien fait selon deux critères : l'utilité et l'esthétisme (Dejours et Bègues, 2009). Si les travailleurs, pour cause de rendement et de performance, ne peuvent plus effectuer un travail de qualité, en quoi leur travail pourrait-il être reconnu et récompensé à leurs propres yeux, selon leurs propres critères ? Le sentiment de fierté contribuant aux affects positifs ressentis par le travailleur lorsqu'il effectue un travail bien fait, sera alors profondément affecté. En d'autres mots, l'individu peut rencontrer les critères quantitatifs fixés par le système de santé, mais seulement au détriment des critères qualitatifs qui sont, toutefois, d'autant plus importants puisqu'ils constituent l'essence du travail en lui-même.

Suite à l'analyse de la régression logistique pour les idéations suicidaires, la charge de travail, la reconnaissance et la coopération ressortaient comme variables organisationnelles prédisant la majorité des cas d'idéations suicidaires parmi les répondants. La charge de travail est néfaste en termes de détresse et pourrait être anormalement élevée dans le secteur de la santé dû à la nouvelle structure mise en

place, à la nature même des professions qui le compose et à l'engorgement généralisé dans les différents établissements. Si de surcroît, la coopération est faible et de mauvaise qualité étant donné des situations de compétition en emploi dues à l'insécurité d'emploi et à l'obsession de la performance et que la reconnaissance au travail ne s'illustre pas à sa juste valeur pour les travailleurs, l'impact sur la santé mentale sera délétère.

Pour l'analyse de la régression logistique pour le désespoir, les variables d'influence étaient les mêmes en ajoutant, en plus, la cohérence des valeurs. L'individu se confrontant à des valeurs différentes des siennes et qui doit œuvrer obligatoirement en leur sens peut se sentir à court de moyens et culpabiliser en sentant qu'il doit trahir ses propres principes pour rencontrer les critères du milieu de travail. Il peut se sentir désespéré puisqu'il se retrouve, en quelque sorte, pris au piège pour pouvoir garder son emploi sans, toutefois, adhérer à la culture du milieu. La création des CSSS dans le secteur de la santé a occasionné des conflits de valeurs entre l'organisation et les travailleurs (Larivière 2007, cité dans Bourque, 2009), ce résultat n'est donc pas une surprise en soi.

Encore une fois, nous voyons que les liens existants entre désespoir et idéations suicidaires sont présents.

5.5 Harcèlement psychologique

La corrélation de 0,20 entre le harcèlement psychologique et les idéations suicidaires vient confirmer la quatrième hypothèse qui nous suggérait une relation positive existante entre les deux variables. Martino, Hoel et Cooper (2003) mettaient de l'avant les conséquences délétères du harcèlement sur les victimes de violence

psychologique telles que l'anxiété, la dépression, des symptômes de stress post-traumatique, de l'isolement, etc. Pour Woo et Postolache (2008), le harcèlement représente le facteur de détresse le plus sévère pour un individu. Le tiers d'un échantillon de personnes hospitalisées français ayant fait une tentative de suicide se jugeaient comme ayant été victime d'humiliation ou de menaces toutes deux étant des composantes du harcèlement (François et al, 2011).

Les professionnels de la santé se retrouvent au premier rang des professions à risque de lésions psychiques occasionnées par de la violence au travail telles que le harcèlement moral (CSST, 2009-2014). Sans oublier que les taux de détresse psychologique et de dépression risquent de s'aggraver si l'individu est victime de harcèlement psychologique (Vézina, Cloutier, Stock et al, 2011). Il n'est donc pas étonnant d'observer un lien positif entre les deux variables pour la population à l'étude. Les résultats de notre étude démontrent que la majorité des travailleurs ayant été victimes de harcèlement avait des idéations suicidaires et qu'une partie significative des individus ayant des idéations suicidaires avaient aussi été victimes de harcèlement psychologique.

Les liens opérants entre le harcèlement psychologique et les idéations suicidaires se tissent aisément lorsque l'on met en perspective les effets stressants des comportements et des gestes de harcèlement. Il existe en soi des variables qui peuvent effectuer un effet modérateur sur les conséquences psychiques néfastes telles que le soutien social et le soutien organisationnel, mais il reste que, dans la plupart des cas, l'individu a tendance à s'isoler et ne dispose pas toujours d'outils lui permettant de faire face à ces situations surtout si les dirigeants les tolèrent ou ne les reconnaissent pas comme tels à cause du déni dont ils peuvent faire preuve ou du caractère beaucoup trop subtils des gestes de persécution pour être reconnus d'emblée comme tels.

Parmi les gestes que les personnes avec idéations suicidaires et les victimes de harcèlement psychologique pourraient soulevés comme nocifs, nous retrouvons les fautes graves telles que les dégâts occasionnés au domicile, à la voiture ou au lieu de travail. Évidemment, de tels gestes sont propices à laisser des séquelles importantes de par leur gravité et leur caractère criminel. Les gestes s'apparentant à des inconduites sexuelles sont également très dangereux pour l'individu puisqu'ils atteignent la dignité et l'intégrité de celui-ci et suscite souvent des sentiments de honte.

Ensuite, la notion d'injustice dans la reconnaissance du travail, qui découle des gestes de harcèlement, démontre un caractère nocif prononcé. On parle ici de la critique constante du travail que l'on effectue ; ce qui touche l'estime de soi. Le fait que l'on juge le travail que l'on effectue de façon injuste et blessante est aussi en relation avec la reconnaissance dévaluée de la qualité de notre travail. La dévalorisation de ce que peut accomplir un individu est donc très néfaste pour la santé mentale surtout si elle est non justifiée. Le fait que des personnes nous empêchent de nous exprimer touche la variable du manque de respect et le sentiment d'injustice qui en découle. Les liens existants entre des relations empreintes de manque de respect et les idéations suicidaires pourraient en être la cause. Le fait que l'on crie après vous et vous injurie à haute voix manifeste ouvertement un comportement violent qui affecte la coopération.

Le soutien social semble être totalement toxique et déficient dans de pareils cas puisque le respect n'existe plus. Si ce geste est effectué par une seule personne, l'espoir d'avoir du soutien social est toujours possible, mais dans le cas où plusieurs personnes agissent comme harceleurs, est-ce que l'isolement serait d'autant plus grand?

La variable de la charge de travail s'illustre aussi par l'entremise du geste de se faire confier sans cesse de nouvelles tâches ce qui empêche l'individu d'avoir le sentiment de pouvoir utiliser ses ressources pour pallier aux contraintes de temps et occasionne donc beaucoup de détresse psychologique. Tous ces exemples de gestes de harcèlement nous aident à comprendre les liens opérants entre harcèlement psychologique et idéations suicidaires tout en les reliant aux variables organisationnelles aussi.

En effet, il est intéressant de mentionner ici que les variables organisationnelles affectées possiblement par ces gestes de harcèlement sont en partie les mêmes variables les plus influentes sur les idéations suicidaires recensées précédemment qui étaient : charge de travail, coopération et reconnaissance. Le lien avec ses variables organisationnelles et les idéations suicidaires est d'autant plus fort puisqu'il est revalidé dans les résultats obtenus pour le harcèlement psychologique.

CONCLUSION

Rappelons que la lacune que tentait de combler ce mémoire reposait sur le fait qu'aucune étude ne s'était penchée spécifiquement sur la santé mentale des professionnels de la santé, de la région de Montréal. En effet, aucune étude n'avait réussi à dresser un portrait représentatif de la prévalence des idéations suicidaires dans un secteur d'activité précis et dans une zone géographique fixe.

L'objectif de ce mémoire était donc d'identifier les déterminants organisationnels possibles des idéations suicidaires et des problèmes de santé mentale des travailleurs de la santé dans la région de Montréal s'il y en avait.

Les résultats que nous avons obtenus nous poussent à considérer, entre autres, l'impact sur les idéations suicidaires d'une charge de travail trop élevée, d'une mauvaise coopération, d'une faible reconnaissance au travail et de la présence de harcèlement psychologique. Ces composantes organisationnelles sont également sujettes à provoquer une détresse élevée et du désespoir chez les travailleurs affectés.

Rappelons que sur les cinq hypothèses formulées, dans ce mémoire, toutes ont été confirmées. Ainsi, les hypothèses 1 et 2 ont été vérifiées puisque les liens positifs entre la détresse psychologique, le désespoir et les idéations suicidaires sont évidents dans notre recherche. L'hypothèse 3, que les hommes sont plus nombreux que les femmes à éprouver des idéations suicidaires, a été vérifiée aussi. L'hypothèse 4 que le harcèlement psychologique vécu au travail soit corrélé positivement avec les idéations suicidaires a été vérifiée aussi. L'hypothèse 5 que des variables organisationnelles soient en lien avec les idéations suicidaires des travailleurs : la charge de travail en relation positive avec les

idéations suicidaires et les cinq autres variables, en relations négative, a été vérifiée aussi pour toutes les variables organisationnelles.

Les résultats de cette recherche permettent de faire progresser les connaissances scientifiques en ce sens qu'ils visent un secteur bien précis : le secteur de la santé. Mais, ils s'inscrivent aussi dans une portée encore plus précise du fait que les travailleurs sondés n'appartenaient qu'au bassin de travailleurs de la région de Montréal. Au lieu de s'intéresser au taux de suicides existant dans ces professions, ce mémoire a voulu analyser de façon plus détaillée un secteur pour en dresser un portrait plus exhaustif des vecteurs organisationnels pouvant influencer la santé mentale de ces travailleurs. Plus précisément, il visait les idéations suicidaires afin de voir si des facteurs organisationnels pouvaient en être la cause. Cette recherche vient aussi confirmer des avancées obtenues dans des travaux antérieurs propre à d'autres secteurs d'activité et dans les revues de littérature existantes pour démontrer qu'il existe des dénominateurs communs qui expliquent les idéations suicidaires des travailleurs dans plusieurs secteur d'activité. La charge de travail, la détresse psychologique, la reconnaissance, la coopération et le harcèlement psychologique en sont des exemples.

Par contre, d'autres variables peuvent aussi détenir une influence moins importante que dans d'autres études portant sur les travailleurs du secteur de la santé. En effet, le contrôle sur le travail, les conflits de valeurs et la justice ne se sont pas avérés être les variables prédictives des idéations suicidaires des travailleurs. L'importance marquée du manque de contrôle soulevée dans d'autres études sur le sujet n'a pas été confirmée dans ce mémoire puisque cette variable n'était pas parmi les plus prédictives des idéations suicidaires.

Notons que la variable individuelle du sexe du répondant a bien prouvé les tendances suicidaires plus prononcées chez la population masculine, bien que les femmes soient à

risque aussi. Il est aussi intéressant de mentionner que les hommes réussissent d'avantage que les femmes à se donner la mort bien que les femmes fassent d'avantage de tentatives de suicide que les hommes (Mishara et Tousignant, 2005). En ce sens, les femmes sont à surveiller de près également bien que les hommes aient révélés, dans ce mémoire, avoir plus d'idéations suicidaires que les femmes.

De plus, les liens opérant entre le désespoir et les idéations suicidaires se sont renforcés par des antécédents organisationnels, pour la plupart du temps, reconnus comme communs. Notons à cet égard les antécédents organisationnels suivants qui étaient en relation autant avec les idéations suicidaires qu'avec le désespoir : la charge de travail, la reconnaissance, la coopération et le harcèlement psychologique.

D'un point de vue pratique, ce mémoire vise à aider le secteur de la santé montréalais à améliorer son volet préventif en matière de santé mentale. Nous avons trouvé certains facteurs qui affectent la santé mentale de ces travailleurs et nous avons relevé l'existence de situations de harcèlement, de détresse, de désespoir et d'idéations suicidaires et nous suggérons que ces observations soient attribuables, en partie, à des facteurs autres qu'individuels. La responsabilité de l'institution et de ses gestionnaires, dans ce cas-ci, devient imputable. En ce sens, nous espérons que des plans de réduction à la source des risques psychosociaux pourront être mieux dressés afin que les travailleurs s'en portent mieux. De plus, des volets préventifs secondaires et tertiaires devraient être érigés avec réseaux de sentinelles, PAE, formations du personnel de tous les niveaux hiérarchiques. Nous espérons également, malheureusement, qu'un plan d'intervention soit sur pied pour gérer les pires situations.

De plus, la responsabilité des professionnels de gestion des ressources humaines se reflète dans les pratiques de gestion visant la reconnaissance, la justice dans toutes les sphères de l'organisation, des pratiques plus humaines visant la promotion et la

sensibilisation de la santé mentale au travail, des programmes de soutien et d'accommodement au personnel en souffrance, des horaires sains, le respect du temps de travail et des dîners, la conciliation travail-famille pour réduire la détresse psychologique et la surcharge de travail, une bonne répartition des rôles, des politiques et des procédures empathiques et légales lorsque des situations de violence se présentent, un soutien continu aux employés lors de changement organisationnels, etc. La liste est longue, mais non irréalisable. Il suffit que la santé mentale soit considérée comme une priorité importante par l'organisation.

Cette recherche a toutefois le désavantage de ne s'appliquer qu'à un seul secteur d'activité qui, d'autant plus, est restreint géographiquement. La validité externe est donc plus faible, nous ne pouvons pas généraliser au secteur de la santé et des services sociaux dans son entièreté. La situation des travailleurs de la santé Montréalais n'est peut-être pas la même que celle ailleurs au Québec. Notons, toutefois, que les changements de structure ont pu avoir des répercussions semblables peu importe la région. Il est, cependant, impossible d'affirmer, ici, détenir des résultats qui représentent bien la situation des travailleurs de la santé dans son ensemble. La population à l'étude peut avoir des caractéristiques bien particulières expliquant les résultats obtenus. Caractéristiques que nous n'avons pu et su identifier dans ce mémoire puisqu'il ne s'agissait pas d'une étude comparative.

On pourrait penser qu'une autre limite peut se trouver dans le fait que les gens ayant répondu au questionnaire, ont répondu parce qu'ils se sentaient concerné par le sujet soit à cause de situations vécus, d'expériences personnelles négatives, d'insatisfaction au travail ou autres problématiques. Dans ce cas échéant, la représentativité de la population et sa validité externe, encore une fois, s'en trouverait diminuer puisqu'une dimension purement subjective viendrait influencer le type de répondant et viendrait, par le fait même, donner une teinte plus sombre aux résultats. Il est, cependant, difficile d'éviter de telles erreurs étant donné le peu d'interférence du chercheur dans notre recherche et le

manque de contrôle sur le taux de réponse. Par contre, dans ce mémoire, seul les travailleurs au travail au moment de l'envoi des questionnaires ont pu répondre. Tous ceux en congé de maladie ou autres ne pouvaient y participer. Cela laisse donc croire que le portrait dressé est peut-être plus positif que celui que nous aurions obtenu si ces travailleurs avaient fait partie de l'échantillon.

Une autre faiblesse provient de la dimension d'inconfort que pouvaient ressentir les répondants de l'étude par rapport au sujet délicat qu'est la santé mentale et les idéations suicidaires. La dimension éthique ici vient s'insérer dans un contexte où nous demandons à certains répondants d'exposer leur vulnérabilité ce qui n'est pas chose facile. Certains participants qui se sentaient concernés ont peut-être omis de répondre à des questions qui faisaient résonner de mauvais souvenirs et à des émotions trop pénibles. Il se pourrait donc que nous n'ayons pas pu avoir accès à tous les résultats dont nous aurions pu bénéficier. Cet aspect a pu nuire à la recherche.

Une autre faiblesse de ce mémoire réside dans le fait que nous avons omis de mesurer les effets du « stress-coping ». En effet, la notion de « stress-coping » ou de « stratégies d'adaptation au stress » aurait dû être mesurée dans le mémoire pour pouvoir cerner si l'individu dispose des moyens nécessaires pour faire face à la détresse ou si sa capacité de résilience est trop faible pour encaisser la détresse occasionnée par le monde du travail. Cette capacité peut-elle contrer les idéations suicidaires, est-elle assez efficace pour surmonter toute forme de détresse psychologique ?

Ce mémoire a toutefois l'avantage de cibler de façon plus approfondie les difficultés des travailleurs dans un secteur d'activité, et ce, à Montréal.

Cependant, des entrevues semi-dirigées employées dans les recherches qualitatives pourraient être une intéressante avenue de complément pour comprendre de façon plus approfondies les situations difficiles vécues par les employés telles que les situations de

harcèlement, de manque de respect, de restructuration, de conflits interpersonnels et pour les inciter à formuler des suggestions d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Des recherches plus poussées sur les différentes formes de soutien social et son lien avec les troubles de santé mentale pourraient être une avenue prometteuse en matière de recherche ou de prévention à la source des idéations suicidaires en emploi. Le soutien social semble être important quant à l'apparition de désespoir et d'idéations suicidaires. Améliorer cette dimension de l'organisation du travail par des moyens concrets semble être à considérer.

De plus, la mesure des effets des conflits et ambiguïtés de rôles pourrait être intéressante aussi puisque plusieurs études mentionnaient cette variables comme potentiellement prédictive des idéations suicidaires au travail. Effectivement, la prise de décision en situation d'incertitude et de déficience informationnelle contribuerait peut-être à l'apparition d'idéations suicidaires. On peut penser que ces difficultés de rôles sont, pour tout le moins, très importantes en termes de conséquences possibles dans le secteur de la santé. Les répercussions peuvent être grandes si des tâches et des exigences rentrent en contradictions les unes avec les autres ; que faut-il privilégier, la santé d'un patient ou la rapidité d'exécution ? De plus, si je dois prendre des décisions rapidement, mais que je n'ai pas toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée, quels peuvent-être les impacts d'une mauvaise décision sur mon emploi ? Dans ce milieu, la détresse psychologique occasionnée par les rôles est d'autant plus important qu'il est capital pour le bon exercice de certaines professions. De plus, si nous ne disposons pas de toute l'information nécessaire, peut-être cela est-il en lien avec l'autonomie dont nous bénéficions dans l'exercice de nos tâches ce qui peut affecter aussi notre santé mentale. L'ambiguïté et les conflits de rôle a été relevé par l'OMS (2006) comme vecteurs de détresse psychologique au travail chez les professionnels de la santé spécifiquement, vecteurs qui peuvent influencer les taux de suicide dans ces professions (François et al, 2011; Castro, 2004; Dusmesnil *et al*, 2009). « La redéfinition des rôles organisationnels »

est d'ailleurs citée par Picard (2006) comme une approche de prévention primaire essentielle pour prévenir les risques psychosociaux au travail. L'exploration de cette variable pourrait, donc, être intéressante pour des travaux de recherche ultérieurs.

Le lien entre harcèlement psychologique et idéations suicidaires mériterait d'être approfondis. Par exemple, la durée et la fréquence du harcèlement auraient pu être mesurées en lien avec les idéations suicidaires. La durée et la fréquence du harcèlement lorsqu'elles sont importantes contribuent peut-être, toutes deux, à la décompensation de la victime puisque par leur nature répétitive et prolongée, même les gestes qui semblent anodins deviennent critiques pour la santé du travailleur. De plus, même le harcèlement qui se manifeste fréquemment, mais qui ne s'échelonne pas sur une longue période pourrait peut-être être dangereux puisqu'il peut laisser des séquelles permanentes jusqu'à des symptômes post-traumatiques. À cet effet, notons qu'aucun individu ne réagira au harcèlement d'une façon prédéterminée et n'oublions pas que d'autres facteurs rentrent en ligne de compte tels que la personnalité, le soutien social, les antécédents psychiatriques et même l'identité de l'harceleur. Cette dernière composante du harcèlement pourrait également révéler des résultats intéressants.

Le profil de l'harceleur se démarque de cette façon : le harceleur collègue, les harceleurs collègues, le harceleur supérieur hiérarchique, le harceleur patient et le harceleur proche du patient. On pourrait se demander si ce sont les individus avec qui l'on travaille qui détiennent le plus de pouvoir sur notre santé mentale ou ceux pour qui nous travaillons comme les patients et leurs proches dans le cas des travailleurs du secteur de la santé. Serait-il plus facile d'obtenir du soutien de la part de ses collègues ou de son supérieur si le harcèlement provient d'un patient ou de ses proches? La peur des représailles pesant sur son statut d'employé étant alors moins forte, le soutien social serait peut-être plus grand. Et qu'en est-il du rapport de force dû au pouvoir et au statut d'autorité de l'harceleur lui-même et les chances de soutien que la victime pourrait recevoir des collègues ou de l'organisation dépendamment de l'identité de l'harceleur? Le soutien de

la personne harcelée s'en trouverait-elle amoindri de par cette position de pouvoir justement que détiendrait un superviseur hiérarchique? Parmi les gens ayant subi du harcèlement de la part d'un supérieur hiérarchique, encore une fois, les idéations suicidaires seraient-elles plus fréquentes? Parmi ceux s'étant fait harcelés par plusieurs collègues plutôt qu'une seule, les idéations suicidaires seraient-elles plus présentes? Les chances de briser l'isolement qui découle du harcèlement psychologique avec l'aide des autres collègues seraient peut-être plus grandes que si c'est toute l'équipe qui vous harcèle. Vers qui pourriez-vous vous tourner dans de pareils cas ?

Nous pourrions aussi nous intéresser aux différences entre les catégories d'emploi présentes dans le milieu professionnel des travailleurs de la santé et des services sociaux et leur lien avec les idéations suicidaires. Le personnel infirmier, paratechnique, le personnel de services auxiliaires, le personnel de bureau, le personnel technicien et le personnel professionnel n'éprouvent peut-être pas tous les mêmes difficultés. La littérature a surtout ciblé le personnel infirmier, les médecins et les travailleurs sociaux comme catégories d'emploi à risque, pourquoi ?

Évidemment, même si la recherche a été effectuée dans un secteur spécifique, notons que certains risques psychosociaux se recourent d'un secteur occupationnel à un autre et d'une région géographique à une autre. De ce fait, les résultats de cette étude pourraient inspirer des projets de prévention à la source dans le secteur de la santé ailleurs que dans la région de Montréal et dans des secteurs susceptibles de présenter des risques similaires. Nous espérons que les organisations s'engageront dorénavant davantage à limiter les risques inhérents à la détérioration de la santé mentale des travailleurs ainsi que des idéations suicidaires et que les professionnels en ressources humaines veilleront à entamer une réforme des pratiques RH délétères si nécessaires. Les pratiques RH détiennent une influence directe sur les composantes de l'organisation du travail et ce pouvoir ne doit pas être négligé dans le volet préventionniste de la santé et sécurité au travail. Nous espérons donc que les résultats de ce mémoire pourront stimuler des actions

préventives de la part des acteurs du secteur de la santé afin de protéger les travailleurs en souffrance.

Rappelons que l'objectif de ce mémoire était comprendre s'il existe des variables organisationnelles pouvant expliquer les idéations suicidaires des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Nous pouvons maintenant affirmer que la surcharge de travail, le manque de coopération, le manque de reconnaissance et le harcèlement psychologique au travail peuvent expliquer les idéations suicidaires des travailleurs de la santé et des services sociaux de la région de Montréal.

ANNEXE A

CERTIFICATION ÉTHIQUE



Comité institutionnel d'éthique de la
recherche avec des êtres humains

No. 70499

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le projet de recherche suivant :

Responsable(s) du projet: Angelo Soares

Unité(s) : Département d'organisation et ressources humaines

Co-chercheur(s):

Titre du projet : «La qualité de vie au CSSS de la région de Montréal».

Stagiaire postdoctoral :

Étudiant(e) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (1999) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2010).

Le présent certificat est valide jusqu'au 19 décembre 2012.

Rapport du statut du projet (renouvellement du certificat ou fin de projet) attendu pour le : 19 novembre 2012

<http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-suivi-continu.htm>

Membres du Comité

Membres	Fonction/Discipline	Département ou organisme externe
Marc Bélanger	Ph.D. (sciences neurologiques)	Kinanthropologie
René Binette	Représentant du public	Écomusée du fier monde
Louise Cossette	Ph.D. (psychologie)	Psychologie
Andrée De Serres	Ph.D. (administration)	Stratégie, responsabilité sociale et environnementale
Christa Japel	Ph.D. (psychologie)	Éducation et pédagogie
Maria Nengeh Mensah	Ph.D. (Communications)	École de travail social
Christian Saint-Germain	Ph.D. (théologie)	Philosophie

Date de la réunion : 16 décembre 2011

Date d'émission initiale du certificat : 19 novembre 2011

Date(s) de renouvellement du certificat :

R-1 : R-2 : R-3 : R-4 : R-5 :

Remarque : Commandite de la PSCS-CSN, du SCFP-FTQ et du SQEES-FTQ.

Marc Bélanger, Ph.D., Président

ANNEXE B

ÉCHELLE DE DÉSESPOIR DE BECK

Lisez attentivement chaque énoncé. Si l'énoncé décrit votre attitude **au cours de la dernière semaine, aujourd'hui compris**, veuillez cocher la colonne du vrai. Si l'énoncé ne décrit pas votre attitude, veuillez cocher la colonne du faux. Veuillez-vous assurer d'avoir lu chaque énoncé attentivement

	Vrai	Faux
1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne peux rendre les choses meilleures pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mon avenir me semble sombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les choses ne sont pas comme je le veux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai foi en l'avenir		

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'avenir me semble vague et incertain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE C

ÉCHELLE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence au cours de la <u>DERNIÈRE SEMAINE</u> : (Lire chaque phrase et cocher la réponse qui décrit le mieux votre état)				
au cours de la <u>DERNIÈRE SEMAINE</u> :	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
a) Vous êtes-vous senti-e désespéré-e en pensant à l'avenir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous êtes-vous senti-e seul-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous eu des blancs de mémoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vous êtes-vous senti-e découragé-e ou avec les «bleus»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vous êtes-vous senti-e tendu-e ou sous pression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vous êtes-vous laissé-e emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Vous êtes-vous senti-e ennuyé-e ou peu intéressé-e par les choses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti-e sur le point de pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Vous êtes-vous senti-e agité-e ou nerveux-se intérieurement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Vous êtes-vous senti-e négatif-tive envers les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Vous êtes-vous senti-e facilement contrarié-e ou irrité-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Vous êtes-vous fâché-e pour des choses sans importance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE D

AREAS OF WORKING LIFE SCALE (AWLS)

En utilisant le tableau ci-dessous, veuillez indiquer à quel point vous êtes d'accord avec les énoncés suivants. S'il vous plaît, veuillez encrer le chiffre correspondant à votre réponse

1	2	3	4	5				
Totalement en désaccord	En désaccord	Difficile à dire	D'accord	Totalement d'accord				
a. Je n'ai pas le temps de faire le travail qui doit être fait.				1	2	3	4	5
b. Je travaille intensément pendant de longues périodes de temps.				1	2	3	4	5
c. Après le travail, j'arrive à la maison trop fatigué(e) pour faire les choses qui me plaisent.				1	2	3	4	5
d. J'ai tellement de travail à faire pour mon emploi que cela me détourne de mes intérêts personnels				1	2	3	4	5
e. J'ai suffisamment de temps pour faire ce qui est important pour mon travail.				1	2	3	4	5
f. À la fin de la journée, lorsque je rentre à la maison, je laisse mon travail derrière moi				1	2	3	4	5
g. Je contrôle la façon dont je fais mon travail.				1	2	3	4	5
h. Je peux influencer la direction afin d'obtenir les équipements et l'espace nécessaires à mon travail.				1	2	3	4	5
i. Je possède une autonomie/indépendance professionnelle dans mon travail.				1	2	3	4	5
j. Je reçois la reconnaissance des autres pour mon travail.				1	2	3	4	5
k. Mon travail est apprécié.				1	2	3	4	5
l. Habituellement, mes efforts passent inaperçus.				1	2	3	4	5

m. Je ne reçois aucune reconnaissance pour tout ce que je fais.	1	2	3	4	5
n. Les gens se font confiance entre eux pour ce qui est de remplir leur rôle.	1	2	3	4	5
o. Je fais partie d'un groupe de travail qui offre un grand soutien.	1	2	3	4	5
p. Les membres de mon groupe de travail coopèrent les uns avec les autres.	1	2	3	4	5
q. Les membres de mon groupe de travail communiquent ouvertement.	1	2	3	4	5
r. Je ne me sens pas proche de mes collègues.	1	2	3	4	5
s. Ici, les ressources sont réparties équitablement.	1	2	3	4	5
t. Les occasions de promotion se décident au seul mérite.	1	2	3	4	5
u. Il existe des procédures d'appel efficaces lorsque l'on conteste l'équité d'une décision.	1	2	3	4	5
v. La direction traite tous les employés de façon équitable.	1	2	3	4	5
x. C'est le favoritisme qui détermine la façon de prendre les décisions au travail.	1	2	3	4	5
y. Ce n'est pas ce que tu sais qui détermine une carrière ici, mais qui tu connais.	1	2	3	4	5

a. Les valeurs qui me sont chères sont sensiblement les mêmes que celles de l'organisation.	1	2	3	4	5
b. Les buts de l'organisation influencent mes activités quotidiennes au travail.	1	2	3	4	5
c. Mes objectifs personnels de carrière sont compatibles aux objectifs fixés par l'organisation.	1	2	3	4	5
d. L'organisation s'engage en ce qui a trait à la qualité.	1	2	3	4	5
e. Travailler ici m'oblige à compromettre mes valeurs.	1	2	3	4	5

ANNEXE E

BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

32. Pour les prochaines questions, lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis cochez le de l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) **au cours de la dernière semaine, aujourd'hui compris**. Veuillez-vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix et de ne choisir qu'un **seul énoncé** dans chaque groupe.

1. Tristesse

- Je ne me sens pas triste.
- Je me sens très souvent triste.
- Je suis tout le temps triste.
- Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme

- Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

- Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir

- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiments de culpabilité

- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- Je me sens coupable la plupart du temps.
- Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

- Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- Je sens que je pourrais être puni(e).
- Je m'attends à être puni(e).
- J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi-même

- Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- J'ai perdu confiance en moi.
- Je suis déçu(e) par moi-même.

Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi

Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude

Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.

Je me reproche tous mes défauts.

Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

Je ne pense pas du tout à me suicider.

Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.

J'aimerais me suicider

Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

Je ne pleure pas plus qu'avant.

Je pleure plus qu'avant.

Je pleure pour la moindre petite chose.

Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude

Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt

- Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- Je pense être quelqu'un de valable
- Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- Je me sens moins valable que les autres.
- Je sens que je ne vauds absolument rien.

15. Perte d'énergie

- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- J'ai moins d'énergie qu'avant.
- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose

J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Irritabilité

Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.

Je suis plus irritable que d'habitude.

Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.

Je suis constamment irritable.

17. Modifications dans les habitudes de sommeil

Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

Je dors un peu plus que d'habitude

Je dors un peu moins que d'habitude.

Je dors beaucoup plus que d'habitude.

Je dors beaucoup moins que d'habitude.

Je dors presque toute la journée.

Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

18. Modifications de l'appétit

Mon appétit n'a pas changé.

J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude

Je n'ai pas d'appétit du tout.

J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

BIBLIOGRAPHIE

- Baechler, J. (1975). *Les suicides*, Paris : Ed. Calmann-Lévy.
- Batt, A., Bellivier, F., Delatte, B., Spreux-Varoquaux, O., Cremniter, D., Dubreu, V., et al. (2005). Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. INSERM.
- Baumard, P., C. Donada, J. Ibert et J.-M. Xuereb. (2003). La collecte des données et la gestion de leurs sources. p. 228-233 dans R.-A. Thiétart (dir.). *Méthodes de recherche en management (3e édition)*. Paris : Dunod.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *University of Pennsylvania Press*. 1-14.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., et Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*. 42(6), 861.
- Beck, T.A., Steer, R., Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory, second edition Manual. 1-38.
- Beck, A. et Alford, B. (2009). Depression causes and treatment. Second edition. 432.
- Beck, A. T., et Steer, R. A. (1988). Manual for the Beck hopelessness scale. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Bouillon, J. L. (2009, May). Comprendre l'organisation par la communication... sans réduire l'organisation à la communication. Enjeux, perspectives et limites d'une théorisation communicationnelle de l'organisation. Actes du colloque "Nouvelles tendances en communication organisationnelle", 77e congrès de l'ACFAS, Université d'Ottawa.
- Bourgoin, N. (1999). Suicide et activité professionnelle. *Population* (édition française), 73-101.

- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales. The creation of CSSS and some of its effects on social work practice. *Revue Intervention*. 131.
- Boxer, P. A., Burnett, C., & Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4), 442-452.
- Boyer, R., St-Laurent, Préville, Légaré, Massé et Poulin., (1998), Enquête sociale et de santé 1998, Institut de la statistique du Québec, Chapitre 17, Collection la santé et le bien-être, 2e édition.
- Brunet, L., A Savoie, F Courcy (2004), Violence au travail. PUM.
- Bryman, A et Bell, E. (2007a). The nature of quantitative research. *Business research methods*, chapitre 6, 153-178.
- Bryman, A. et Bell. E. (2007b). Quantitative data analysis. *Business research methods* (2e édition). New York: Oxford University Press. 347-374.
- Castro, D. (2004). Les interventions psychologiques dans les organisations. Paris : Dunod, 141-173.
- Castro, D. (2004). Travail et suicide : un lien à multiples facettes. Dans E. Bouteyre, *Les interventions psychologiques dans les organisations*. (p. 123-139). Paris : Éditions Dunod.
- Cau-Bareille, D. (2014). Les difficultés des enseignants en fin de carrière : des révélateurs des formes de pénibilité du travail. *Management & Avenir*, (7), 149-170.
- Cox, T., Griffiths, Rial-González, A. (2006), Recherche sur le stress au travail, European Agency for Safety and Health at Work, *Office for Official Publications of the European Communities*, 167.
- CSST (2014). Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail 2009-2012. Québec.

- CSST (2014). Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail 2009-2012. Québec.
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. Comprendre-Agir. *Futur Antérieure*. DOC. PDF.
- Dejours, C. (2005). Nouvelle forme de servitude et suicide. *Travailler*. 1(13). 53-73.
- Dejours C. et Bègue, F. (2009). *Suicide et travail : que faire ?* Paris. PUF.
- Dejours, C. (2009) Contre l'isolement l'urgence du collectif. *Le Monde* (25).
- Dejours, C. et Abdoucheli, E. (1990). Le concept de la psychopathologie du travail, *Prévenir* (20). 127-151.
- Dionne, F., et Labelle, R. (2005). À propos de la souffrance et du suicide : La théorie d'Edwin S. Shneidman. *Revue québécoise de psychologie*. 26(2). 95-110.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide : une étude de sociologie*, Paris : Les Presses universitaires de France, 2e édition électronique, 1967. Collection : Bibliothèque de philosophie contemporaine.
- Dusmesnil, H., Serre, B. S., Régi, J. C., Leopold, Y., et Verger, P. (2009). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé publique*, 21(4), 355-364.
- François, S., Garre, J. B., Guiho-Bailly, M. P., François, A., Bertin, C., Bodin, J., et al. (2011). Etude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés. *Santé Publique*, 23(2), 101-112.
- Fridner, A., Belkić, K., Minucci, D., Pavan, L., Marini, M., Pingel, B., ... et Schenck-Gustafsson, K. (2011). Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy: the health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study. *Gender medicine*. 8(4). 269-279.

- Guérin, G., et Wils, T. (1992). La carrière, point de rencontre des besoins individuels et organisationnels.
- Hardy, Gillian E.; Woods, David; Wall, Toby D. (2003). The impact of psychological distress on absence from work. *Journal of Applied Psychology*. Vol 88(2). 306-314.
- Hawton, K., Agerbo, E., Simkin, S., Platt, B., et Mellanby, R. J. (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *Journal of affective disorders*. 134(1), 320-326.
- Hirigoyen, M-F. (1998). Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien. (Éditions La Découverte et Syros).
- Ilfeld, F. W. JR (1976). Characteristics of current social stressors. *Psychological Report* (39). 1231-1247.
- Judd, L., Akiskal H-S et Maser J-D (1998) Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(8):694-700. doi:10.1001/archpsyc.55.8.694.
- Kinder, A., et Cooper, C. L. (2009). The costs of suicide and suicide death within an organization. *Death studies*. 33(5). 411-419.
- Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American journal of Psychiatry*, 1(42), 559-563.
- Krejcie, R.V. et Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* (30), 607-610.
- Kuo, C. Y., Liao, S. C., Lin, K. H., Wu, C. L., Lee, M. B., Guo, N. W., et al. (2012). Predictors for suicidal ideation after occupational injury. *Psychiatry Research*, 198.430-435.
- Langlois, S., et Morrison, P. (2002). Suicides et tentatives de suicide. *Rapports sur la santé*. 13(2). 9-25.

- Larivière, C. (2007). Besoins exprimés et réponse institutionnelle. *La Revue Politiques sociales*, (1-2), 35-45.
- Lasalvia, A. et coll. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Management*. 195(6).
- Légaré, G., Gagné, M. et Perron P-A. (2015), La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2012-Mise à jour 2015, Institut national de Santé publique du Québec.
- Lester, D. (2004) *Thinking about suicide: perspectives on suicide*, New York : Nova Science Publishers, Inc.
- Lippel, K. (2005) Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 7-3.
- Loi sur les normes du travail (2002) L.R.Q., c. N-1.1, art. 81.18
- Lynn, C. W. (2008). When a coworker completes suicide. *AAOHN Journal*. 56(11). 459-467. quiz 468-469.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social science & medicine*, 61(1), 1-14.
- Martino, V., Hoel, H. et Cooper, C. (2003) Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Maslach, C. et coll. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. (52). 397-422.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause stress and what to do about it*. San Francisco : Jossey-Bass.

- Maslach, C. et Leiter, M. P., (2006) *The Areas of Worklife survey manual* (4th ed.). Centre for organizational research and development.
- Mercer Human Ressource Consulting Group (2004) Few Canadian employers addressing workplace mental health issues. <http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145>, consulté le 3 septembre 2016
- Mishara, B. L., et Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*. 33(3), 162-168.
- Mishara, B. L., & Tousignant M. (2004) *Comprendre le suicide*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Moreau, E., & Mageau, G. A. (2012). The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motivation and Emotion*, 36(3), 268-286.
- Nakao, M., Nishikitani, M., Shima, S., et Yano, E. (2007). A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 81(2). 151-157.
- Navaneelan, T. (2012). Coup d'œil sur la santé : Les taux de suicide : un aperçu. Statistique Canada.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève.
- OMS. (2006). *Preventing suicide: a resource at work*. Genève. Suisse.
- Perrault, C. (1989). L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois : cadre conceptuel et méthodologie. *Revue Santé Mentale au Québec*. 14(1), 132-143.

- Picard, D. (2006). Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail. *Management et Avenir*. (2). 199-217.
- Platt, B., Hawton, K., Simkin, S., & Mellanby, R. J. (2012). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 223-240.
- Préville, M., Boyer R., Potvin L et al. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Québec PQ : Rapport de recherche soumis à Santé Québec.
- Ramachandran, V.S. (1951-) Encyclopedia of human behaviour. *Academic Press*. (4). 347-351.
- Rhoades, L., et Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*. 87(4). 698.
- Rogelberg, S. (2007-). Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology. *SAGE Publications*. (1). 393-395.
- Royer, I. et Zarlowski P. (1999). Échantillon (S). Thietart R.-A. et coll. Méthodes de recherche en management. Dunod.
- 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.
- Sekaran, U. (2003). Research process: step 6: elements of research design. *Research Methods for business: A skill building approach* (4ième édition). John Wiley & Sons. 116-138.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*. 1(1). 27.

- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., et Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (5). 429-434.
- Soares, A. (2002). *Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail*. Université du Québec à Montréal.
- Soares, A. (2014), Le travail en de sombre temps. *Travailler*. 1(31). 31-44.
- Spencer-Thomas, S. (2011). High performers and suicide prevention in the workplace. *Psychiatric Annals*. 41(7). 343-344.
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., et Ekeberg, O. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Health*. 50(5). 406-414.
- Steven, S. (2001) Occupation and suicide. *Soc Sci Q*, 82(2). 384-396.
- Takada, M., Suzuki, A., Shima, S., Inoue, K., Kazukawa, S., & Hojoh, M. (2009). Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Industrial Health*, 47(6), 649-655.
- Takusari, E., Suzuki, M., Nakamura, H., & Otsuka, K. (2011). Mental health, suicidal ideation, and related factors among workers from medium-sized business establishments in northern Japan: Comparative study of sex differences. *Industrial Health*. 49(4). 452-463.
- Targum, S. D., et Kitanaka, J. (2012). Overwork suicide in Japan: a national crisis. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 9(2). 35-38.
- Tennant, C. (2001). Work related stress and depressive disorders. *Psychosom Journal*. 51(5). 697-704.
- Tremblay, M., Chênevert, D., Simard, G., Lapalme, M. È., et Doucet, O. (2005). Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel : le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion*, 30(2). 69-78.

- Vezina, M., St-Arnaud, L., Stock, S., Lippel, K., et Funes, A. (2011). Santé mentale. Dans M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, E. Fortin, A. Delisle, M. St-Vincent, A. Funes, P. Dugay, S. Vézina & P. Prud'homme (Eds.), *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. 591-645.
- Wang, J, Patten, SB. (2001). Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old, *Occup Health Psychol journal*. 6(4). 283-289.
- Woo, J. M., et Postolache, T. T. (2008). The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. *International Journal on Disability and Human Development*, 7(2). 185-200.
- Zawieja, Philippe et Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Editions du seuil.