

FICHE 6

Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier

Jacques Pisarik (DREES)

La question du suicide du personnel du secteur hospitalier a suscité un intérêt accru au cours des dernières années, à la suite de la médiatisation de plusieurs suicides intervenus au sein du personnel soignant, médical ou administratif.

Ce secteur représente autour de 5 % de la population active en emploi. Ainsi, les enquêtes sur la santé mentale en population générale, au demeurant rares, ne peuvent que difficilement rendre compte du risque suicidaire du personnel hospitalier, et des différents facteurs pouvant intervenir.

En suréchantillonnant la fonction publique hospitalière et les hôpitaux privés, l'enquête Conditions de travail–Risques psychosociaux (CT-RPS) de 2016, pilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) [voir fiche 5, encadré 1] permet de détailler la fréquence des pensées suicidaires parmi les actifs occupés travaillant dans les hôpitaux. Le statut de l'établissement (public ou privé, à but lucratif ou non) est pris en compte, ainsi que les familles professionnelles, au nombre de sept : agents d'entretien¹, aides-soignants, infirmiers ou sages-femmes², médecins et assimilés³, professions paramédicales⁴, professions administratives⁵, autres professions⁶.

1. Agents d'entretien des locaux, agents de service hospitalier, ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets.

2. Les sages-femmes sont regroupées avec les infirmiers dans la classification des familles professionnelles (FAP) de la Dares. Bien qu'il s'agisse d'une profession médicale, contrairement aux infirmiers, avec des compétences particulières (suivi de grossesse, accouchements), leur effectif trop faible dans l'échantillon ne permet pas de les étudier à part. Nous avons donc choisi, comme dans des travaux menés précédemment, de les maintenir avec les infirmiers dans cette classe, dont elles ne représentent qu'une très faible part (4 %).

3. Médecins et pharmaciens salariés.

4. Techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

5. Agents et cadres administratifs.

6. Principalement des conducteurs ambulanciers, des agents de sécurité, des cuisiniers et des travailleuses familiales.

La fréquence des pensées suicidaires pour les personnels hospitaliers est étudiée au regard de leurs expositions à des risques psychosociaux. Ces expositions leur sont en effet en partie spécifiques, comme l'ont montré des travaux précédents à partir, notamment, de l'enquête Conditions de travail 2013 (soit la vague précédente d'interrogations du panel de CT-RPS 2016). Contraintes de rythme de travail, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit font ainsi partie des spécificités des conditions de travail à l'hôpital (Barlet et Marbot, 2016 ; Loquet et Ricroch, 2014).

La fréquence des pensées suicidaires du personnel hospitalier est proche de celle de l'ensemble des actifs occupés

À l'hôpital, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 4,5 % des actifs occupés⁷ ont rapporté des pensées suicidaires (**graphique 1**). Pour l'ensemble des actifs occupés, ce taux est de 5,3 % (voir fiche 5). La différence entre actifs occupés à l'hôpital et ensemble des actifs occupés n'est pas significative, dans les données mobilisées.

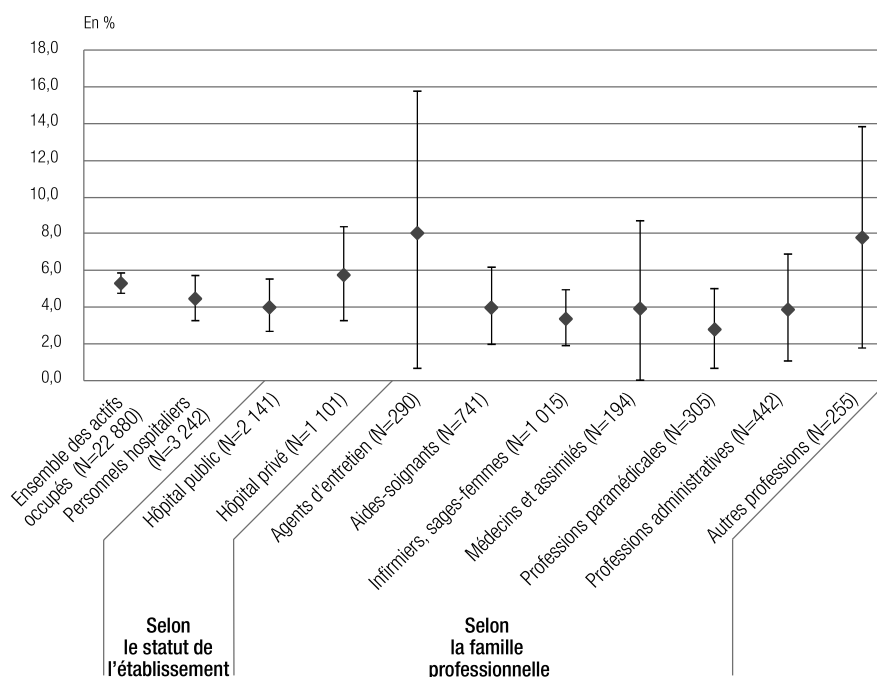
Il n'existe pas non plus de différence significative s'agissant des tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, puisque 0,5 % des actifs occupés à l'hôpital en font état, ce qui correspond au taux observé pour l'ensemble des actifs occupés.

Cependant, parmi les actifs occupés ayant rapporté des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, la part de ceux ayant été jusqu'à envisager le mode opératoire est plus importante à l'hôpital que pour l'ensemble des actifs occupés : 70,2 % du personnel hospitalier ayant eu des pensées suicidaires (soit 3,2 % de l'ensemble du personnel hospitalier) ont été jusqu'à l'imaginer, contre 53,6 % de l'ensemble des actifs occupés ayant eu des pensées suicidaires (soit 2,9 % de l'ensemble des actifs occupés).

Comme observé pour l'ensemble des actifs occupés, les pensées suicidaires sont souvent un phénomène multifactoriel, et, pour le personnel du secteur hospitalier, les raisons professionnelles sont avancées, éventuellement aux côtés d'autres, dans 39 % des cas. C'est le cas pour 33 % de l'ensemble des actifs occupés ayant des pensées suicidaires, ce qui ne constitue pas une différence significative.

7. Les actifs occupés sont définis par les personnes qui occupent un emploi.

GRAPHIQUE 1 • Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois



N : effectif.

Lecture • 4,5 % des personnels hospitaliers rapportent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'intervalle de confiance, représenté par les traits noirs, est compris entre 3,2 % et 5,8 %.

Champ • Actifs occupés, dont personnels du secteur hospitalier (hôpitaux publics, cliniques privées).

Source • Dares, DGAFP, DREES, Insee, enquête CT-RPS 2016.

Une fréquence des symptômes dépressifs et d'anxiété également comparable

5,8 % du personnel hospitalier rapportent les symptômes d'un épisode dépressif majeur, et 6,0 % ceux d'un trouble anxieux généralisé⁸, contre respectivement 6,2 % et 6,6 % de l'ensemble des actifs occupés. La différence entre la fréquence pour le personnel hospitalier et celle observée pour l'ensemble des actifs occupés n'est ainsi pas statistiquement significative.

Comme pour l'ensemble des actifs occupés, il existe une forte association entre ces troubles et la déclaration de pensées suicidaires pour le personnel hospitalier. La part du personnel hospitalier déclarant des pensées suicidaires parmi ceux

8. Ces troubles sont mesurés par le module MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

présentant les symptômes d'un épisode dépressif majeur est de 23 %, et de 24 % chez ceux présentant les symptômes d'un trouble anxieux généralisé.

Le statut de l'établissement ou la famille professionnelle sont sans incidence sur la part des déclarations de pensées suicidaires

Les taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête du personnel des hôpitaux publics (4,1 %) et des hôpitaux privés (5,8 %) ne sont pas significativement différents. Il en va de même des taux déclinés par famille professionnelle qui sont compris entre 3 % et 8 % (graphique 1).

Comme pour l'ensemble de la population, des liens entre pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux

La proximité des taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête entre le secteur hospitalier et le reste des secteurs d'activité peut néanmoins être testée à l'aune de différentes variables. Celles-ci permettent d'estimer l'incidence du travail à l'hôpital sur le risque suicidaire, après contrôle des caractéristiques des emplois, du profil des travailleurs ou de l'exposition à des risques psychosociaux.

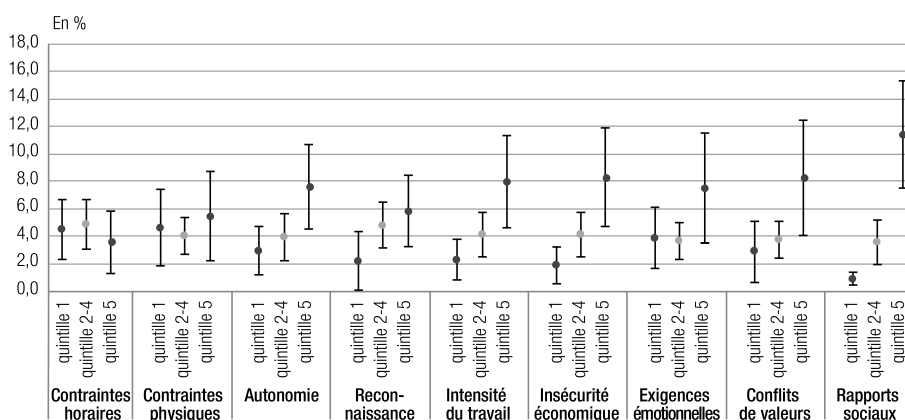
Il n'est ainsi pas observé d'effet spécifique du travail à l'hôpital après contrôle des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge), du type d'emploi, de la catégorie socioprofessionnelle et de la fonction exercée. En revanche, à niveau comparable d'exposition à des risques psychosociaux, le fait de travailler à l'hôpital est associé à un moindre risque de pensées suicidaires. La spécificité des niveaux d'exposition à des risques psychosociaux à l'hôpital est susceptible d'expliquer cet effet : davantage exposés aux exigences émotionnelles que l'ensemble des actifs occupés par exemple, les actifs occupés à l'hôpital verraient ce sur-risque compensé par d'autres facteurs spécifiques à l'hôpital, dont l'effet est protecteur, pour retrouver en moyenne un niveau de déclaration de pensées suicidaires proche de celui du reste des secteurs d'activité. Cet effet du travail à l'hôpital n'apparaît en revanche plus après contrôle conjoint des expositions à des RPS et des variables caractérisant l'emploi (type de contrat, fonction, catégorie socioprofessionnelle). Cela peut indiquer que l'effet du travail à l'hôpital n'est pas univoque, mais qu'il dépend des emplois et des expositions aux risques psychosociaux spécifiques à l'hôpital.

Dans quelle mesure, alors, les expositions à des RPS qui présentent des spécificités à l'hôpital, comme les niveaux supérieurs d'exposition à des exigences

émotionnelles, les contraintes horaires, les contraintes physiques et l'intensité du travail sont-elles associées à la fréquence de déclaration de pensées suicidaires ?

Pour le personnel hospitalier comme pour l'ensemble de la population, certaines dimensions des RPS sont associées à des écarts importants de déclaration de pensées suicidaires, selon l'intensité des expositions, mesurée en quintiles⁹ (graphique 2).

GRAPHIQUE 2 • Déclaration de pensées suicidaires selon le niveau d'exposition aux risques psychosociaux du personnel hospitalier



Lecture • 4,5 % des 20 % des personnels hospitaliers les moins exposés aux contraintes horaires (quintile 1) rapportent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'intervalle de confiance à 95 %, représenté par les traits noirs, est compris entre 2,3 % et 6,7 %.

Champ • Personnels du secteur hospitalier (hôpitaux publics, cliniques privées).

Source • Dares, DGAFP, DREES, Insee, enquête CT-RPS 2016.

Il existe ainsi un plus fort risque de pensées suicidaires associé à une exposition à des rapports sociaux dégradés (11,4 % pour le dernier quintile contre 3,6 % pour les trois quintiles intermédiaires), à des conflits de valeur marqués (8,2 % contre 3,8 %), à des exigences émotionnelles intenses (7,6 % contre 3,8 %), à une insécurité économique forte (8,3 % contre 4,1 %), à un travail particulièrement intense (8,0 % contre 4,1 %) et à un manque d'autonomie (7,6 % contre 3,9 %)¹⁰.

9. À l'inverse de la modélisation précédente qui compare le secteur hospitalier à l'ensemble de la population et utilise donc des quintiles d'exposition observés sur l'ensemble de la population, dans ce qui suit, à partir des indicateurs synthétiques calculés pour l'ensemble de la population (voir fiche 5, encadré 2), des quintiles d'exposition spécifiques au secteur hospitalier sont construits.

10. Les résultats ont été obtenus en retenant, pour chaque dimension des RPS considérée, les situations où apparaissent des écarts significatifs entre le 1^{er} et le dernier quintile d'exposition et les trois quintiles intermédiaires pris comme situation de référence, dans une régression logistique rapportant la déclaration de pensées suicidaires à l'exposition à la dimension des RPS considérée ainsi qu'aux caractéristiques socio-démographiques.

À l'inverse, une faible exposition à certains facteurs de risques psychosociaux semble être associée à une plus faible déclaration de pensées suicidaires. C'est le cas pour l'intensité du travail (2,2 % pour le quintile à l'exposition la plus favorable, contre 4,1 % pour les trois quintiles intermédiaires), la sécurité économique (1,9 % contre 4,1 %) et les rapports sociaux (0,9 % contre 3,6 %).

La part des déclarations de pensées suicidaires n'est pas significativement différente selon les niveaux d'exposition à des contraintes horaires ou physiques. Il en est de même s'agissant des niveaux de reconnaissance perçue.

Les dimensions qui ressortent ainsi de ces analyses pour le personnel du secteur hospitalier, à l'instar des rapports sociaux, des conflits de valeur, des exigences émotionnelles, de la sécurité économique, de l'autonomie et de l'intensité du travail, apparaissent également pour l'ensemble des actifs occupés (voir fiche 5).

Ainsi, l'exposition aux risques psychosociaux, notamment aux exigences émotionnelles, est plus élevée pour les personnels hospitaliers. Comme pour les autres salariés, cette exposition est liée à une augmentation des pensées suicidaires. Pourtant d'autres facteurs positifs cette fois, mais restant à identifier, viennent compenser ces expositions car il n'y a pas, globalement, de différence statistiquement significative entre les taux de déclaration de pensées suicidaires du personnel hospitalier et ceux des actifs occupés, dans les données de l'enquête CT-RPS 2016.

Références bibliographiques

- Barlet, M. et Marbot, C. (dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*. Paris, France : DREES, collection Panoramas de la DREES-santé, fiche 17.
- Loquet, J. et Ricroch, L. (2014). Les conditions de travail dans les établissements de santé, in *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.