VETAGRO SUP
CAMPUS VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année 2013 - Thèse n°

LE SUICIDE DANS LA PROFESSION VETERINAIRE
ETUDE, GESTION ET PREVENTION

THÈSE

Présentée à l'UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON I
(Médecine - Pharmacie)
et soutenue publiquement le 20 décembre 2013
pour obtenir le grade de Docteur Vétérinaire

par

Virginie MALVASO
Née le 04/12/1988
à *Amnéville* (57)

VetAgro Sup

UNIVERSITÉ DE LYON

LISTE DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT

Civilité	Nom	Prénom	Unité pédagogique	Grade
M.	ALOGNINOUWA	Théodore	Pathologie du bétail	Professeur
M.	ALVÈS DE OLIVEIRA	Laurent	Gestion des élevages	Maître de conférences
Mme	ARCANGIOLI	Marie-Anne	Pathologie du bétail	Maître de conférences
M.	ARTOIS	Marc	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
M.	BARTHÉLÉMY	Anthony	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences Contractuel
Mme	BECKER	Claire	Pathologie du bétail	Maître de conférences
M.	BELLI	Patrick	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Maître de conférences Contractuel
Mme	BELLUCO	Sara	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Maître de conférences
Mme	BENAMOU-SMITH	Agnès	Équine	Maître de conférences
M.	BENOIT	Etienne	Biologie fonctionnelle	Professeur
M.	BERNY	Philippe	Biologie fonctionnelle	Professeur
Mme	BONNET-GARIN	Jeanne-Marie	Biologie fonctionnelle	Professeur
Mme	BOULOCHER	Caroline	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences
M.	BOURDOISEAU	Gilles	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
M.	BOURGOIN	Gilles	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
M.	BRUYÈRE	Pierre	Biotechnologies et pathologie de la reproduction	Maître de conférences Contractuel
M.	BUFF	Samuel	Biotechnologies et pathologie de la reproduction	Maître de conférences
M.	BURONFOSSE	Thierry	Biologie fonctionnelle	Maître de conférences
M.	CACHON	Thibaut	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences Contractuel
M.	CADORÉ	Jean-Luc	Pathologie médicale des animaux de compagnie	Professeur
Mme	CALLAIT-CARDINAL	Marie-Pierre	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
M.	CAROZZO	Claude	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences
M.	CHABANNE	Luc	Pathologie médicale des animaux de compagnie	Professeur
Mme	CHALVET-MONFRAY	Karine	Biologie fonctionnelle	Maître de conférences
M.	COMMUN	Loïc	Gestion des élevages	Maître de conférences
Mme	DE BOYER DES ROCHES	Alice	Gestion des élevages	Maître de conférences Stagiaire
Mme	DELIGNETTE-MULLER	Marie-Laure	Biologie fonctionnelle	Professeur
M.	DEMONT	Pierre	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
Mme	DESJARDINS-PESSON	Isabelle	Équine	Maître de conférences Contractuel
Mme	DJELOUADJI	Zorée	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
Mme	ESCRIOU	Catherine	Pathologie médicale des animaux de compagnie	Maître de conférences
M.	FAU	Didier	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Professeur
Mme	FOURNEL	Corinne	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Professeur
M.	FRANCK	Michel	Gestion des élevages	Professeur
M.	FREYBURGER	Ludovic	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
M.	FRIKHA	Ridha	Pathologie du bétail	Maître de conférences
M.	GENEVOIS	Jean-Pierre	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Professeur
Mme	GILOT-FROMONT	Emmanuelle	Biologie fonctionnelle	Professeur
M.	GONTHIER	Alain	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
Mme	GRAIN	Françoise	Gestion des élevages	Professeur
M.	GRANCHER	Denis	Gestion des élevages	Maître de conférences
Mme	GRÉZEL	Delphine	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
M.	GUÉRIN	Pierre	Biotechnologies et pathologie de la reproduction	Professeur
Mme	GUÉRIN -FAUBLÉE	Véronique	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
Mme	HUGONNARD	Marine	Pathologie médicale des animaux de compagnie	Maître de conférences
M.	JUNOT	Stéphane	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences
M.	KECK	Gérard	Biologie fonctionnelle	Professeur
M.	KODJO	Angeli	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
Mme	LAABERKI	Maria-Halima	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences Stagiaire
M.	LACHERETZ	Antoine	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
Mme	LAMBERT	Véronique	Gestion des élevages	Maître de conférences
Mme	LE GRAND	Dominique	Pathologie du bétail	Maître de conférences

Mme	LEBLOND	Agnès	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
Mme	LEFRANC-POHL	Anne-Cécile	Équine	Maître de conférences
M.	LEPAGE	Olivier	Équine	Professeur
Mme	LOUZIER	Vanessa	Biologie fonctionnelle	Maître de conférences
M.	MARCHAL	Thierry	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Professeur
Mme	MIALET	Sylvie	Santé Publique et Vétérinaire	Inspecteur en santé publique vétér
Mme	MICHAUD	Audrey	Gestion des élevages	Maître de conférences Stagiaire
M.	MOUNIER	Luc	Gestion des élevages	Maître de conférences
M.	PÉPIN	Michel	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur
M.	PIN	Didier	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Maître de conférences
Mme	PONCE	Frédérique	Pathologie médicale des animaux de compagnie	Maître de conférences
Mme	PORTIER	Karine	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences
Mme	POUZOT-NEVORET	Céline	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences Stagiaire
Mme	PROUILLAC	Caroline	Biologie fonctionnelle	Maître de conférences
Mme	RÉMY	Denise	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Professeur
M.	ROGER	Thierry	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Professeur
M.	SABATIER	Philippe	Biologie fonctionnelle	Professeur
M.	SAWAYA	Serge	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences
Mme	SÉGARD	Émilie	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences Contractuel
Mme	SERGENTET	Delphine	Santé Publique et Vétérinaire	Maître de conférences
Mme	SONET	Juliette	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Maître de conférences Contractuel
M.	THIÉBAULT	Jean-Jacques	Biologie fonctionnelle	Maître de conférences
M.	VIGUIER	Éric	Anatomie Chirurgie (ACSAI)	Professeur
Mme	VIRIEUX-WATRELOT	Dorothée	Pathologie morphologique animaux de compagnie	Maître de conférences Contractuel
M.	ZENNER	Lionel	Santé Publique et Vétérinaire	Professeur

Remerciements

À Monsieur le Professeur Guy ANNAT,
De la faculté de médecine de Lyon,
Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Pour sa réponse sincère et bienveillante à mon appel désespéré,
Qu'il reçoive ici l'expression de ma reconnaissance ainsi que mes hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Denis GRANCHER,
Maitre de conférences au campus vétérinaire de Vetagro-Sup,
Qui nous a fait l'honneur d'accepter notre sujet et d'encadrer notre travail. Pour son soutien sans faille mais aussi pour son authentique humanité qui fait écho à notre sujet,
Qu'il reçoive ici l'assurance de ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe BERNY,
Du campus vétérinaire de Vetagro-Sup,
Qui nous a fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre jury de thèse,
Pour avoir accepté de juger notre travail,
Qu'il trouve ici l'assurance de mes très sincères remerciements.

A mon frère, mon alter ego,
Parce que Virginie aime Dodo comme Cynoque aime Choco.

A mes parents,

A mes grands parents,

A mes amis,

« Et puis comment je ferais sans toi moi ?
Et puis comment l'univers ferait sans toi ?
Ca ne pourra jamais fonctionner. C'est impossible
Alors faut pas pleurer. Faut pas pleurer. Parce que ça va aller, je te le promets, ça va aller.
(…)
Mais un jour tout ça on n'y pensera même plus
On aura tout oublié, comme si ça n'avait pas existé
(…)
Tu nous entends l'Univers ? Tu nous entends ?
Si tu nous entends, attends-nous ! On arrive
On voudrait : tout comprendre, tout savoir, tout voir, tout vivre
Tu nous entends toi qui attends ? Tu nous entends ?
Si tu nous entends souviens-toi que tu n'es pas tout seul. Jamais.
On est tellement nombreux à être un peu bancals, un peu bizarres
(…)
Il faut qu'on sonne l'alarme, qu'on se retrouve, qu'on se rejoigne
Qu'on s'embrasse, qu'on soit des milliards de mains sur des milliards d'épaules
Qu'on se répète encore une fois que l'ennui est un crime
Que la vie est un casse du siècle

NSM le Blizzard. »

(Fauve, *2013, Blizzard)*

Sommaire

TABLE DES FIGURES **15**
TABLE DES TABLEAUX **15**
TABLE DES ABREVIATIONS **16**
INTRODUCTION **17**

PARTIE I : QU'EST CE QUE LE SUICIDE ? **18**
I. Le suicide **18**
II. Le suicidé, le suicidant, le suicidaire **19**

PARTIE II : QUELLE EST LA PREVALENCE DU SUICIDE ? ***DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE SUICIDE AU SEIN DE LA POPULATION GENERALE ET CHEZ LES VETERINAIRES*** **20**

I. Epidémiologie du suicide au sein de la population générale **20**

A. Dans le monde **20**
1. Données épidémiologiques du suicide dans le monde **20**
1.1. Données relatives aux méthodes de suicide **20**
B. En France 21
1. Recueil des données en France **21**
1.1. Méthode générale d'enregistrement **21**
1.2. Défauts du système de recueil des données de mortalité (en particulier de mortalité par suicide) **22**
1.2.1 Biais portant sur la cause de décès **22**
1.2.2 Biais portant sur la catégorie socioprofessionnelle **22**
1.3. Méthode recommandée de recueil des données pour l'étude de la population vétérinaire **23**
2. Données épidémiologiques du suicide en France **23**

II. Epidémiologie du suicide au sein de la profession vétérinaire **24**

A. En France **24**
1. Suicide et activité professionnelle en France **24**
1.1. Le secteur de la santé, particulièrement touché par le suicide **24**
1.2. Estimation subjective de la mortalité par suicide au sein de la profession vétérinaire en France **27**
B. A l'étranger **27**
1. Concernant le taux de suicide et le RR **28**
2. Concernant le PM et le PMR **28**
3. Concernant le SMR **28**
4. Discussion autour de ces études **36**
4.1. Biais liés à la méthode d'enregistrement des causes de décès **36**
4.2. Biais liés au manque de données sur la population de comparaison **36**
4.3. Biais liés aux méthodes statistiques **36**
5. Bilan des résultats épidémiologiques **36**
C. Conclusion sur l'épidémiologie du suicide dans la profession vétérinaire **37**

PARTIE III : ETIOLOGIE DU SUICIDE **39**

I. Etiologie générale du suicide **39**

A. Le modèle des facteurs de risque : facteurs de risque liés au suicide **39**

1. Facteurs de risque primaires **40**

1.1. La maladie psychiatrique (les troubles de l'humeur, la toxicomanie, la schizophrénie) **40**

1.2. La tentative de suicide antérieure et / ou la vulnérabilité au suicide signalée par des antécédents familiaux de suicide **41**

1.3. La communication d'intention de suicide **41**

1.4. L'activité sérotoninergique centrale faible **41**

2. Facteurs de risque secondaires **42**

2.1. La perte parentale précoce **42**

2.2. L'isolement social (séparation, veuvage, divorce) **42**

2.3. Le chômage ou de graves problèmes financiers **42**

2.4. Les évènements de vie « négatifs » sévères **43**

3. Facteurs de risque tertiaires **43**

3.1. L'appartenance au sexe masculin **43**

3.2. L'adolescence ou l'âge avancé **43**

3.3. Certaines périodes de vulnérabilité (période estivale, phase prémenstruelle…) **44**

4. Modèles d'interactions entre les facteurs de risque suicidaire **44**

5. Bilan du modèle des facteurs de risque du suicide dans le cadre de notre étude sur les vétérinaires **45**

B. Intérêts et limites des deux courants explicatifs du suicide **46**

1. Intérêts et limites du modèle des facteurs de risque **46**

2. Intérêts et limites du modèle sociologique **46**

C. Le modèle sociologique **47**

1. Les causes extra sociales **47**

2. Causes sociales **48**

2.1. Le suicide altruiste **48**

2.2. Le suicide égoïste **48**

2.3. Le suicide anomique **49**

2.4. Le suicide fataliste **49**

3. Bilan du modèle sociologique **49**

D. Conclusion partielle sur l'étiologie du suicide **50**

II. Pourquoi les vétérinaires se suicident-ils particulièrement ? Vétérinaire : profession à risque ? **51**

A. Pensées suicidaires, communications d'intention de suicide et TS **52**

B. Les troubles mentaux chez les vétérinaires **53**

1. Stress, troubles anxieux et burn out **55**

1.1. Le travail est connu pour engendrer du stress, voire des troubles anxieux qui peuvent conduire au suicide **55**

1.2. La profession vétérinaire est source de stress et de troubles anxieux pour beaucoup de praticiens.....56
1.2.1 La prévalence du stress et des troubles anxieux chez les vétérinaires 56
1.2.2 Les facteurs de stress 58
i. Une surcharge de travail et des horaires pénibles qui rendent la conjugaison vie privée/vie professionnelle difficile 60
ii. La relation avec le client 65
iii. Les relations professionnelles 67
iv. Autres facteurs de stress.....68
1.2.3 Cas particulier du burn out.....70
1.2.4 Facteurs protecteurs du stress au sein de la profession vétérinaire..72
2. Dépression et troubles affectifs 73
2.1. Prévalence du mal être et de la dépression chez les vétérinaires 73
2.2. Troubles affectifs et dépression induits par la pratique vétérinaire...74
2.3. Passage de la vie étudiante à la pratique vétérinaire, source de stress, d'angoisse et choc affectif pour les jeunes praticiens.....75
3. Cas particulier de la toxicomanie.....76
3.1. L'alcool 76
3.1.1 L'alcoolisme 77
i. La consommation d'alcool chez les vétérinaires.....77
ii. Les femmes vétérinaires, plus grandes consommatrices d'alcool.....78
3.1.2 Cas particulier du Bindge drinking 78
3.2. Les drogues 78
3.2.1 Données sur la consommation de drogue des vétérinaires 78
3.2.2 Types de drogues consommées 79
3.2.3 La moitié des molécules consommées le sont sans prescription médicale 79
3.2.4 Une consommation de drogues induite par la pratique 80
4. Sous estimation des troubles psychologiques des vétérinaires 80
4.1. Réticence des praticiens à admettre leurs troubles par peur de la stigmatisation 80
4.2. Un suivi médical quasi inexistant.....81
5. Des troubles préexistants à la pratique.....82
5.1. Personnalité des vétérinaires : prédisposition aux troubles mentaux.82
5.2. Des pathologies déjà identifiées chez les étudiants 84
6. Les femmes et les jeunes diplômés, des populations plus à risque de troubles metaux au sein de la profession.....85
6.1. Les femmes vétérinaires, plus touchées par les troubles mentaux ?...85
6.2. Les jeunes diplômés, plus sensibles aux troubles mentaux ? 86
7. Troubles mentaux en fonction du type de pratique et du statut 87
7.1. L'influence du type de pratique 87
7.2. L'influence du statut : libéral ou salarié.....88

C. L'isolement social 88
1. L'isolement des travailleurs du fait des horaires de travail.....88
2. La vie sociale est un moyen de gestion du stress.....89

3. Un isolement d'autant plus traumatisant qu'il est brutal 89
4. Les problèmes relationnels au travail 89

D. Les problèmes financiers 91
1. Les réticences voire refus de paiement de la part de certains clients ne sont pas exceptionnels 91
2. Des revenus insuffisants 91
3. Les hommes sont plus concernés par la question pécuniaire 91
4. Conclusion concernant les problèmes financiers et le suicide des vétérinaires……..…91

E. L'accès et la maitrise des agents médicamenteux.....92
1. Données sur les méthodes de suicide au sein de la profession vétérinaire ……92
2. Lien entre l'accès aux agents médicamenteux et les TS 97
2.1. Il existe une réelle corrélation entre l'accès aux moyens létaux et le risque suicidaire……97
2.2. Comment expliquer ce lien entre accès et geste suicidaire.....98
2.3. L'accès aux moyens létaux n'est cependant pas le seul facteur opérant dans le phénomène suicidaire 98
3. Gravité des TS 98

F. Impact de l'euthanasie 99
1. Un fort impact émotionnel à l'origine de troubles psychiatriques.....100
1.1. Un impact émotionnel établi 100
1.2. L'euthanasie, une procédure stressante.....102
1.2.1 Le déroulement de l'euthanasie 102
i. La technique 102
ii. Les personnes présentes au cours de la procédure.....103
1.2.2 La part de responsabilité dans la décision de l'euthanasie 103
i. L'euthanasie pour raisons financières 103
ii. La demande de conseil de la part du client indécis 104
1.2.3 Des pressions diverses s'exercent sur le vétérinaire au moment de la prise de décision 104
1.3. L'euthanasie, une procédure à l'origine de troubles de l'humeur....105
1.3.1 Animal anthropomorphisé : gestion de sa propre empathie mais également de la détresse du propriétaire 105
1.3.2 Le cas du bétail et de l'abattage à grande échelle.....106
1.4. Le paradoxe soignant/ « tueur ».....106
2. Une « habituation » à la mort consécutive à l'expérience de l'euthanasie des animaux…….….107
2.1. La désensibilisation du praticien à la mort.....107
2.2. Désensibilisation à l'euthanasie humaine ou au suicide 108
2.2.1 La position des vétérinaires quant au SMA et sa corrélation à la pratique de l'euthanasie des animaux.....108
2.2.2 Mesure de la corrélation entre la tolérance du suicide et celle de l'euthanasie des animaux.....109

2.2.3 Mécanismes en jeu dans le processus de désensibilisation : la théorie de la dissonance 110
2.3. Bilan sur la désensibilisation liée à l'euthanasie 111
G. Modèle théorique d'interactions entre les différents facteurs de risque du suicide dans la profession vétérinaire 111
1. Modèle proposé par Bartram et Baldwin 111
2. Modèle construit à partir de notre étude 111

PARTIE IV : PRISE EN CHARGE DU VETERINAIRE MALADE 114

I. Repérer la crise suicidaire 114

II. Gérer la crise suicidaire 114
A. Les différents stades de la crise suicidaire 115
B. Les lignes d'écoute et de soutien 116
C. Des ateliers de sensibilisation au suicide 117
D. La médicalisation, un outil efficace à ne pas négliger 118

PARTIE V : PREVENTION DU SUICIDE CHEZ LES VETERINAIRES 119

I. Gestion des facteurs de risque 119

A. Les troubles psychologiques 119
1. Evaluer ses troubles 119
2. Réduire les causes à l'origine des troubles 119
2.1. Développer ses compétences pour être mieux armés contre les troubles psychologiques 119
2.2. Diminuer l'impact de la surcharge de travail en améliorant son organisation mais également en se résignant à en faire moins 120
2.2.1 Une meilleure organisation du travail 120
2.2.2 Réduire sa charge de travail 120
3. Gérer ses émotions 121

B. Lutter contre l'isolement via la confraternité 122

C. Gérer les clients mais surtout mieux les renseigner 123

D. Gérer la pratique de l'euthanasie 123
1. Un acte nécessaire 123
2. Plusieurs stratégies 124
2.1. Le déplacement 124
2.2. La compartimentation 124
2.2.1 La rationalisation 124
2.2.2 L'intellectualisation 124
2.3. Accepter ses sentiments 125
2.4. Limiter le poids de la responsabilité 125
2.5. Conclusion sur les stratégies de gestion de l'euthanasie 125
3. Etre mieux préparé 126

II. Prévenir les troubles dès le début de la formation vétérinaire 126

A. La sensibilisation dès l'intégration au cursus 126

B. Des formations à la gestion du stress et au travail d'équipe 126
C. Eviter la désillusion en préparant l'étudiant à la vie active 127

III. Faut-il parler du suicide ? 127
IV. Conclusion sur la prévention du suicide chez les vétérinaires 128

CONCLUSION 130
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 132

Table des figures

Figure 1 - Modèle diathèse-stress du suicide (exemple de modèle associant différents facteurs de risque du suicide) (Hawton & Heeringen, 2009) ……....44

Figure 2 - Evaluation par des vétérinaires de la contribution de certains facteurs au risque suicidaire dans la profession vétérinaire d'après (Kinsella, 2006)……...51

Figure 3 - Niveau de stress mesuré chez les vétérinaires à l'étranger……. 56

Figure 4 - Contribution de différents facteurs au stress des vétérinaires. D'après (Fairnie, 2005) (Tupin, 2005) ...……..……... 61

Figure 5 - Contribution de différents facteurs au stress des vétérinaires. D'après (Meehan & Bradley, 2007) (Kinsella, 2006)……..……. 62

Figure 6 - Contribution de la surcharge de travail/horaires pénibles/altération de la vie privée au stress chez les vétérinaires ……...……... 63

Figure 7 - Contribution de la relation client/les créances des clients/ les attentes des clients au stress chez les vétérinaires ……..……... .67

Figure 8 – Résumé de la revue bibliographique des méthodes de suicide employées chez les vétérinaires.....……..…..……96

Figure 9 - Modèle théorique d'interactions entres les différents facteurs de risque du suicide proposé par Bartram et Baldwin (Bartram & Baldwin, 2008) ……...……112

Figure 10 - Interactions entre les différents facteurs de risque du suicide au sein de la profession vétérinaire ……113

Figure 11 - Echelle d'urgence à l'intervention chez un patient suicidaire. D'après (Terra & Walter, 2003)……116

Table des tableaux

Tableau I - Mortalité par suicide observée au sein des actifs français du secteur de la santé entre 1968 et 1999 (Geoffroy-Perez, et al., 2006)……...26

Tableau II - Mortalité par suicide observée au sein de la population française entre 1968 et 1999 en fonction de la CSP (Geoffroy-Perez, et al., 2006)……..26

Tableau III - Etudes observationnelles de la prévalence du suicide au sein de la profession vétérinaire…….31

Tableau IV - Données sur les méthodes de suicide employées chez les suicidés vétérinaires……93

Table des abréviations

AMM : Aide Médicale à la Mort

ASV : Assistante vétérinaire

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CMI : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

DP : détresse psychologique

EDP : Echantillon Démographique Permanent

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PM : « Proportional Mortality », peut être traduit en français par « Mortalité Proportionnelle »

PMR : « Proportional Mortality Ratio » peut être traduit en français par « Rapport de Mortalité Proportionnelle »

RR : Risque Relatif

SEPS : Syndrome d'épuisement professionnel du soignant

SMA : Suicide médicalement assisté

SMR : « Standardized Mortality Ratio », peut être traduit en français par « Indice Comparatif de Mortalité »

TS : Tentative de suicide

INTRODUCTION

Le suicide n'est pas un mal isolé, singulier, ou cantonné aux individus « de nature dépressive ». Chaque année, dans le monde, on estime que ce sont près d'un million de personnes qui mettent fin à leurs jours, soit l'équivalent d'un suicide toutes les 40 secondes (OMS, 2012).

La France est l'un des pays les plus touchés par ce phénomène : le suicide constitue la **première cause de décès chez les 30-39 ans** (1 décès sur 5) et la seconde chez les 15-44 ans (15 % des décès) (Jougla, et al., 2003). En outre, ces chiffres ne tiennent pas compte des tentatives de suicide qui sont près de 20 fois plus fréquentes que le suicide abouti (OMS, 2012). Ainsi, en France, 7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Or, le suicide est classé au sein de la mortalité évitable. Mais si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a pourtant longtemps été un sujet tabou, ignoré et confiné à la sphère privée (Terra & Walter, 2003).

Nombreux sont les vétérinaires qui affirment connaitre au moins un confrère ayant mis fin à ses jours. Le suicide dans la profession, même s'il n'est pas chiffré en France, semble loin d'être exceptionnel. Les liens entre les contraintes de travail et la santé ont été établis ces deux dernières décennies par les scientifiques. Mais un métier tel que le nôtre, dont l'exercice suscite autant l'envie qu'il exige d'efforts jusqu'à l'obtention du diplôme, ne devrait pas, a priori, conduire ses professionnels à vouloir cesser de vivre.

A l'international, cela fait de nombreuses années que la question du suicide chez les vétérinaires préoccupe les spécialistes de la mort volontaire. De nombreuses études ont été conduites sur le sujet, révélant des taux de suicide parfois considérablement plus élevés que ceux de la population générale (par exemple, le taux de suicide des vétérinaires du Royaume-Uni est au moins 3 fois plus élevé que celui de la population générale britannique). Ces enquêtes se sont également appliquées à comprendre l'origine de cette forte prévalence et la littérature foisonne d'hypothèses sur le sujet.

L'objet de cette étude et de fournir une revue de l'épidémiologie du suicide chez les vétérinaires du monde entier, mais également de répertorier et évaluer toutes les causes proposées dans la littérature. Cette étude nous permettra de construire un modèle théorique d'interactions entre les différents facteurs de risque conduisant au suicide chez le vétérinaire. A l'issu de ce travail, des informations sur la gestion du professionnel en crise mais également sur les moyens de prévention possibles seront proposées.

Partie I : Qu'est ce que le suicide ?

I. Le suicide

« Suicide » est un terme qui pourrait sembler trivial. Cependant, il est important de préciser l'emploi que nous en ferons ici puisqu'il peut, en réalité, recouvrir plusieurs significations.

Etymologiquement, le terme suicide vient du latin *suicidium,* contraction des mots *sui* (« soi ») et *caedere* (« tuer »). Ce terme est assez récent puisque son utilisation ne remonterait qu'à 1737, utilisation faite par l'abbé Desfontaines dans ses *Observations sur les écrits modernes* (Desfontaines, 1737). Auparavant, on parlait d'« homicide de soi-même » ou de « mort volontaire ». Ce n'est qu'en 1762 que l'Académie Française reconnut le terme. Elle n'en donna la définition actuelle qu'en 1798 (Maurice, 1954). Le dictionnaire de l'Académie Française définit ainsi le suicide comme suit : « action de celui qui se tue lui-même » (Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935). Même si cette définition, conforme au sens commun que l'on entend, semble explicite, il lui manque un élément important : l'intentionnalité de l'agent.

On peut être l'auteur de sa propre mort sans l'avoir pour autant envisagée (exemple d'un accidenté de la route responsable de la perte de contrôle de son véhicule par erreur humaine). Celui-ci se sera tué, donc pourra correspondre à la définition de l'Académie. Pour autant, s'il est l'instigateur de sa propre mort, l'opinion commune n'emploiera pas le terme de suicide.

En cela, le dictionnaire Larousse donne une définition plus fine en faisant apparaître dans sa définition du mot « suicide » l'intentionnalité du sujet dans son geste. Le suicide y est ainsi défini par : « acte de se donner volontairement la mort ». Le mot « volontairement » permet de donner à la définition ses deux composantes importantes :

1) Le sujet est l'auteur de sa propre mort.
2) Cette mort est volontaire, donnée sciemment.

De même, le sociologue Emile Durkheim donne une définition plus précise tirée de son ouvrage de référence *Le suicide* :

> « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. » (Durkheim, 1976, p. 5).

Depuis 1988, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est « un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés ».

Mais là encore, si cette mort est donnée en toute connaissance de cause, cela ne signifie pas pour autant que la motivation du geste était précisément ce décès. Les suicides qui vont intéresser notre travail seront ceux pour lesquels la mort est voulue pour elle-même, et non pour quelque autre fin. Il est cependant très peu probable que les suicides effectifs au sein de la profession vétérinaire soient du fait de sacrifices au profit d'une cause ou d'un principe, aucune revendication de telle sorte n'étant rapportée.

Ajoutons toutefois qu'on ne peut que présumer, à l'aide des différents éléments des enquêtes autour de ces suicides, de l'intention réelle du sujet qui commet cet acte. Les raisons qui impliquent ce geste sont tellement diverses qu'elles échappent souvent même à son auteur.

> « L'intention est chose trop intime pour pouvoir être atteinte du dehors autrement que par de grossières approximations. Elle se dérobe même à l'observation intérieure. Que de fois nous nous méprenons sur les raisons véritables qui nous font agir. » (Durkheim, 1976, p. 4)

II. Le suicidé, le suicidant, le suicidaire

Il convient de définir à présent tous les termes dérivés du précédent que nous emploierons dans cette étude.

Le suicidé est un sujet dont le geste a débouché sur son décès. On parlera alors de suicide abouti.

Le suicidant est un sujet qui a survécu à sa tentative.

Le suicidaire est un sujet qui présente un risque de passage à l'acte. Le suicidaire peut exprimer des idées suicidaires voire présenter des conduites suicidaires ou des conduites à risque selon l'intensité de l'exposition au risque.

En 1996, l'OMS décrit la tentative de suicide comme « un acte à l'issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues ».

Nous distinguerons les pensées suicidaires de la notion plus large d'idéation suicidaire. Dans notre étude, nous entendrons par « idéation suicidaire » : le fait d'avoir des pensées suicidaires et/ou le sentiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et/ou le désir d'être mort.

Partie II : Quelle est la prévalence du suicide ?

Données épidémiologiques sur le suicide au sein de la population générale et chez les vétérinaires

I. Epidémiologie du suicide au sein de la population générale

A. Dans le monde

1. Données épidémiologiques du suicide dans le monde

En 2008, le nombre de suicides dans le monde s'élevait à 782 000 soit un taux de suicide de 11,6 pour 100 000 habitants (Värnik, 2012). Mais ces chiffres seraient considérablement sous-estimés (suicides masqués par des accidents, défaut d'enregistrement des causes de décès…). Ainsi, chaque année, dans le monde, on estime que ce sont près d'un million de personnes qui mettent fin à leurs jours, soit l'équivalent d'un décès toutes les 40 secondes (OMS, 2012).

Cela représente 1,4 % de la mortalité totale et 15 % de la mortalité liée aux traumatismes. Le taux de suicide le plus élevé, pour les deux sexes confondus, se situe en Europe (Värnik, 2012).

Le suicide figure parmi les trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays, et correspond à la deuxième cause de décès dans le groupe d'âge des 10-24 ans. Ces chiffres ne tiennent pas compte des tentatives de suicide qui sont près de 20 fois plus fréquentes que les suicides aboutis (OMS, 2012).

1.1. Données relatives aux méthodes de suicide

Si l'étude statistique des méthodes de suicide employées au sein de la population générale peut sembler ici superflue, elle trouve son intérêt dans sa mise en perspective des moyens usités par les suicidés vétérinaires. Nous verrons en effet que l'accès aux anesthésiques et aux produits euthanasiants tient un rôle majeur dans le suicide des vétérinaires, qui se reflète dans leurs statistiques de méthodes de suicide.

Concernant la population générale, les méthodes varient grandement en fonction des pays. Les données que nous exposerons sur les méthodes de suicide des vétérinaires proviennent des pays nordiques, du Royaume-Uni, d'Océanie, des Etats-Unis et de l'Europe de l'Ouest. L'empoisonnement médicamenteux est fréquent dans les pays nordiques et au Royaume-Uni. La méthode de suicide privilégiée est la pendaison en Europe de l'Est et le recours à une arme à feu aux États-Unis (Ajdacic-Gross, et al., 2008).

Pour illustrer ce qu'il en est dans les pays de l'ouest de l'Europe, voici les résultats concernant la population française. Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Cependant, les modes de suicide varient selon le sexe.

- Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et les armes à feu (25 %).

- Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %) et saut d'un lieu élevé (10 %) (Jougla, et al., 2003).

Il apparait donc que, si l'empoisonnement par pesticides se développe dans de nombreux pays, il semble une méthode importante au Royaume Uni et dans les pays nordiques mais demeure surpassé par la pendaison et l'usage des armes à feu en Europe et aux Etats Unis. Nous verrons que les moyens de suicide chez les vétérinaires se démarquent de ces statistiques.

B. En France

1. Recueil des données en France

1.1. Méthode générale d'enregistrement

La France, contrairement à de nombreux autres pays européens, n'a jamais possédé d'observatoire du suicide. Attendue depuis plusieurs années par les spécialistes et professionnels de la santé, la création d'un observatoire national du suicide n'a été annoncée que le mardi 10 septembre 2013 par la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Une naissance symbolique à l'occasion de la journée internationale de la prévention du suicide.

Rattaché au ministère de la Santé, l'observatoire a pour mission de mieux coordonner les différentes données existantes sur le suicide et d'évaluer les politiques publiques dans ce domaine. Il doit réunir deux fois par an les représentants des sept ministères concernés, des acteurs institutionnels (opérateurs de l'Etat et caisses d'assurance maladie), des professionnels de la santé, des sociologues et des représentants des associations de prévention et de proches des malades (Livolsi, 2013).

Pour le moment, les seuls organismes qui étudient ces statistiques sont l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), auteur de quelques rapports. Le CépiDc est un des nombreux laboratoires de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Ses missions essentielles sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes de décès.

Les chiffres du suicide proviennent ainsi directement de cet organisme. Le recueil des données passe par un cheminement complexe des certificats de décès, assurant l'anonymat des personnes décédées.

Après transit via de nombreux intermédiaires (médecin, mairie, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)…) les informations transmises au CépiDc sont les suivantes :

- Commune de décès
- Date du décès
- Sexe
- Date et lieu de naissance
- CSP (catégorie socioprofessionnelle)
- Nationalité
- Domicile (pas d'adresse exacte, uniquement la commune)
- Lieu de décès (hôpital, domicile…)

- Etat matrimonial au moment du décès
- Diagnostic de la cause de décès établi par le médecin légiste

Le CépiDc code ensuite les diagnostics de décès selon les règles de la Classification Internationale des Maladies (CMI). Les codes correspondant au suicide et aux tentatives de suicide vont de *X60* à *X84*. Ainsi, la codification permet une assez bonne précision des méthodes employées (CépiDc, 2013). Cependant, la CSP est simplifiée de façon à ne conserver que les grandes catégories. Les vétérinaires sont donc englobés dans la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » qui se trouve regrouper de nombreux actifs d'activités très différentes. Le CépiDc ne possédant pas les informations relatives au métier exact du défunt, il est impossible d'utiliser ces chiffres pour chiffrer la mortalité de la profession.

1.2. Défauts du système de recueil des données de mortalité (en particulier de mortalité par suicide)

Les données de mortalité par suicide sont théoriquement exhaustives. Cependant, plusieurs biais demeurent.

1.2.1 Biais portant sur la cause de décès

Une autre cause de décès présente sur le certificat masque parfois un suicide. Il peut s'agir de morts violentes dont on n'a pu déterminer l'intention ou encore d'une méconnaissance de la cause du décès. Les résultats d'une enquête réalisée en 2003 sur un échantillon de cas auprès des médecins certificateurs indiquaient que l'on pouvait estimer à 35 % la part des causes indéterminées étant en fait des suicides (Chappert, et al., 2003). L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, s'explique souvent par une absence de retour d'informations suite à une enquête médico-légale, ce qui est en particulier le cas pour Paris. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux de Paris et de Lyon ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides (Tilhet-Coartet, et al., 2000; Jougla, et al., 2002). Ces études ont conclu que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sous-évalués d'environ 20 %. Une enquête réalisée plus récemment par le CépiDc a cependant réévalué cette sous-estimation à 10 % (Rey, 2011).

1.2.2 Biais portant sur la catégorie socioprofessionnelle

Ces biais nous concernent particulièrement puisque notre travail porte sur une seule catégorie socioprofessionnelle, et même un seul métier : celui de vétérinaire.

- ✓ La catégorie sociale déclarée par le sujet de son vivant à l'état civil peut être différente de celle rapportée au moment de son décès puisqu'elle est rapportée par des proches et non plus par le défunt (on parle de biais « numérateur/dénominateur »).
- ✓ Certaines causes de décès présentent une connotation sociale (en particulier le suicide) qui peut influer sur la présence de proches au moment du décès, ou leur déclaration à l'état civil.
- ✓ La dernière profession occupée avant le décès peut être influencée par le processus morbide ayant entraîné la mort : suite à la dépression ou d'autres facteurs, le sujet a

pu changer de métier voire cesser son activité professionnelle peu avant sa disparition.

- ✓ Les retraités et chômeurs étant relevés sans précision de leur précédent emploi, ils vont manquer statistiquement aux différentes catégories sociales auxquelles ils devraient être affectés[1].

Ces biais rendent donc très complexe l'estimation juste de l'impact du suicide, et ce, quelle que soit la profession.

1.3. Méthode recommandée de recueil des données pour l'étude de la population vétérinaire

Pour estimer de façon juste la prévalence du suicide dans une profession définie d'effectif faible (telle que la profession vétérinaire), il conviendrait de recueillir la liste de tous les vétérinaires décédés depuis une date choisie (10 ans, 20 ans ou plus…) puis de relever la cause de décès de chacun d'eux auprès des états civils correspondants, tout cela avec l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ce travail fastidieux n'a pas pu être effectué dans le cadre de cette thèse pour une question de temps et de logistique.

Cependant, nous verrons, dans la partie relative à l'épidémiologie du suicide chez les vétérinaires, que certaines méthodes de recueil de données alternatives existent pour estimer une mortalité spécifique par CSP plus fine. Bien que peu précises pour évaluer la mortalité spécifique de populations faibles comme la population vétérinaire, elles permettent une estimation fruste de l'impact du suicide dans la profession.

2. Données épidémiologiques du suicide en France

La France occupe la 20ème place dans le classement des pays du monde sur l'échelle des taux de mortalité par suicide, avec 16,1 suicides pour 100 000 habitants en 2012 (Värnik, 2012). Le suicide constitue en France la **première cause de décès chez les 30-39 ans** (1 décès sur 5) et la seconde chez les 15-44 ans (15 % des décès) après les accidents de la circulation (Jougla, et al., 2003). Les résultats du *Baromètre santé* de 2010 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sur plus de 27 000 personnes (Terra, 2011) révèlent également que :

- 3,9 % de la population a eu des pensées suicidaires les 12 mois précédant l'enquête.
- 7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Les données sociodémographiques relatives à l'épidémiologie du suicide seront précisées dans la partie suivante puisqu'ils constituent des facteurs de risque du suicide.

[1] Par ailleurs, depuis 1999, la réforme de la statistique d'état civil par l'Insee a modifié les règles de recueil et de codage de la CSP. La CSP n'est plus renseignée pour les sujets retraités dans les données d'état civil, et seules les données des classes d'âge actives, de 25 à 55 ans, sont potentiellement exploitables. La définition de la catégorie des inactifs a pu évoluer suite à ce changement, alors même que cette catégorie participe fortement aux inégalités de mortalité (Rey et al., 2013).

II. Epidémiologie du suicide au sein de la profession vétérinaire

A. En France

1. Suicide et activité professionnelle en France

La conduite suicidaire est un processus multifactoriel dans lequel l'activité professionnelle pourrait jouer un rôle. Si le fait d'avoir un emploi est reconnu comme un facteur protecteur vis-à-vis du suicide (Hawton & Heeringen, 2009), certaines situations professionnelles caractérisées par une exposition à des contraintes psychosociales (généralement désignées sous le terme de « stress ») sont reconnues comme délétères pour la santé psychique et pourraient constituer un élément déclencheur dans la survenue de syndromes dépressifs et/ou des conduites suicidaires.

Ainsi, parmi les facteurs de risque de suicide, la souffrance au travail semble représenter une part non négligeable (François, et al., 2011). Les situations de stress au travail peuvent aboutir à des décompensations psycho-pathologiques importantes, pouvant se traduire à l'extrême par une tentative de suicide (TS). Lorsque le travailleur a épuisé ses ressources et qu'il ne peut palier à cet épuisement par un soutien extérieur, l'issue fatale peut apparaitre comme l'ultime solution face à ses difficultés (François, et al., 2011).

Le suicide attribué au travail ou commis sur le lieu de travail est un phénomène émergent mais encore tabou. Aucun chiffre n'est disponible à ce jour et des études spécifiques de ce phénomène seraient nécessaires.

Dans le cadre de l'évaluation de l'impact du travail sur la santé, l'InVS met en place, depuis plusieurs années, des systèmes de surveillance épidémiologique. L'un d'eux, baptisé « Cosmop », consiste à décrire de façon systématique depuis 1968 les causes de décès selon l'activité professionnelle. L'objectif de ce programme est d'identifier d'éventuelles surmortalités dans certains secteurs ou catégories socioprofessionnelles afin d'orienter les actions de prévention.

1.1. Le secteur de la santé, particulièrement touché par le suicide

Dans le cadre du programme Cosmop, une étude publiée en 2010 (Cohidon, et al., 2010b) porte plus particulièrement sur la mortalité liée au suicide et tente de décrire le risque suicidaire selon l'emploi (défini par une catégorie socioprofessionnelle et un secteur d'activité).

L'échantillon étudié correspond au panel DADS (Déclaration annuelle des données sociales) constitué par l'Insee à partir des déclarations annuelles des données sociales faites par les employeurs. Du fait de son origine, la population étudiée est exclusivement constituée de salariés. Les agriculteurs exploitants et les professions indépendantes étant exclus, il n'existe aucune donnée sur les vétérinaires dans cette publication.

On retiendra toutefois de cette étude un élément :

Sur l'ensemble de la période, les taux de mortalité diffèrent sensiblement selon les secteurs d'activité. Cela va dans le sens d'une corrélation entre l'activité professionnelle et le

suicide. En particulier, **le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé** (34,3/100 000). Or, bien que la profession vétérinaire soit officiellement assimilée au secteur du service, son travail au quotidien s'approche davantage de celui de la santé. On peut alors se risquer à imaginer une possible recrudescence des suicides au sein de la profession en lien avec son caractère médical. Une augmentation du risque de mortalité par suicide parmi les professions médicales est d'ailleurs classiquement décrite dans la littérature étrangère (Hawton & Heeringen, 2009; Meltzer, et al., 2008). La principale raison évoquée est la connaissance des moyens d'autolyse et leur facilité d'accès, (Stack, 2001; Cohidon, et al., 2010a; Andersen, et al., 2010; Agerbo, et al., 2007) mais nous verrons que d'autres facteurs sont impliqués dans ce phénomène dans la suite de notre étude.

> « Le suicide du soignant constitue un cas de figure des plus difficiles à aborder : on y voit à l'œuvre les défenses les plus tenaces – absence de chiffres tenant de la réticence, voire du refoulement – qui rendent à peu près impossible toute recherche, voire même toute élaboration. Un véritable black-out s'impose dans les services concernés, où l'oubli forcé peut aller jusqu'à nier que ces soignants suicidés aient existé» (Crolot, 2003).

On a toutefois pu déterminer que les médecins étaient particulièrement touchés en France grâce à l'initiative du Conseil de l'Ordre des Médecins du Vaucluse, qui a mené une enquête épidémiologique révélant une incidence de 14 % chez les praticiens, soit très au-delà des 5,6 % de la population générale la même année (1999) (Lamarche, 2009). De plus, nous verrons qu'à l'étranger cette vulnérabilité vis-à-vis du suicide des soignants est également bien établie pour les vétérinaires. Les niveaux de tension et de responsabilité élevés, le stress, le peu d'espace et de temps, le cadre trop rigide hospitalier ou trop « laxiste » en libéral associé à l'isolement, seraient des facteurs de risque spécifiques majeurs (Crolot, 2003).

Toujours dans le cadre du projet Cosmop, une étude a auparavant intégré les vétérinaires dans son échantillon exploré. Ainsi, en parallèle des statistiques fournies par le CépiDc, une étude de l'InVS, publiée en 2006 (Geoffroy-Perez, 2006), réalise une évaluation de la mortalité par grandes causes en fonction de différentes variables sociodémographiques et professionnelles. Cette étude a été réalisée à partir des données de l'Échantillon Démographique Permanent (EDP) de l'Insee couplées aux causes médicales de décès (CépiDc-Inserm). L'EDP est un échantillon au 1/100e représentatif de la population française, constitué à partir du recensement de l'année 1968 et enrichi en 1975, 1982 et 1990. La recherche de la cause médicale du décès auprès du CépiDc a permis de retrouver 97 % des causes des décès recensées.

Pour chaque sexe, la mortalité globale et par grandes causes a été comparée à celle de la population française par le calcul de ratios standardisés de mortalité (SMR[2]), avec standardisation sur l'âge et sur l'année d'observation.

Pour chacune des causes étudiées, la mortalité dans chaque secteur a été comparée à celle des autres secteurs d'activité. Des risques relatifs (RR[2]) de décès ont été calculés par une modélisation de Poisson avec ajustement sur l'âge et la période d'étude, et stratification sur le sexe.

Dans cette étude, les vétérinaires ont été classés dans le groupe des métiers du secteur de la santé. Les résultats obtenus ont été rapportés dans le tableau ci-après (tab I). **On peut**

[2] Les outils statistiques utilisés (SMR et RR) sont expliqués plus en détail dans la partie suivante.

noter dans ce secteur une surmortalité par suicide (parmi d'autres causes de surmortalité relevées) **chez les hommes. En revanche, chez les femmes du secteur de la santé, il n'a pas été mis en évidence de surmortalité par suicide.**

Tableau I : Mortalité par suicide observée au sein des actifs français du secteur de la santé entre 1968 et 1999 (Geoffroy-Perez, et al., 2006) [1]*pour 100 000, standardisé sur la population européenne ;* **RR : risque relatif de décès ajusté sur l'âge et la période d'observation ; *** IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

	Nombre de cas observés	Taux de mortalité [1]	RR **	IC 95%	RR_aj**	IC 95%
Hommes	28	29	**1,00**	0,68 - 1.45	**1,49**	1,02 - 2,19
Femmes	27	11	**1,01**	0,68 - 1,50	**1,15**	0,76 - 1,74

Les comparaisons faites par catégories socioprofessionnelles témoignent quant à elles d'un **fort risque de suicide chez les chefs d'entreprises** (cf. tab II). La majorité des vétérinaires inscrits à l'ordre exerçant en tant que praticiens libéraux, cette catégorie socioprofessionnelle est celle représentant le plus nos actifs (les salariés non-vétérinaires regroupent 75 à 80 % des effectifs (OMPL, 2010)).

Tableau II : Mortalité par suicide observée au sein de la population française entre 1968 et 1999 en fonction de la CSP (Geoffroy-Perez, et al., 2006) **RR : risque relatif de décès ajusté sur l'âge et la période d'observation ; *** IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

	Hommes			Femmes		
	Nombre de cas observés	**RR****	IC 95%***	Nombre de cas observés	**RR****	IC 95%***
Exploitants agricoles	204	**3,97**	2,72 - 5,80	62	**2,22**	1,01 – 4,88
Artisans, chefs d'entreprise	107	**3,25**	2,18 – 4,86	21	**1,22**	0,51 – 2,89
Cadres	31	**1**		7	**1**	
Professions intermédiaires	101	**1,75**	1,17 – 2,61	36	**1,20**	0,53 – 2,69
Employés	123	**2,64**	1,78 – 3,91	106	**1,14**	0,53 – 2,45
Ouvriers	539	**3,15**	2,19 – 4,53	54	**1,43**	0,65 – 3,15

Les hypothèses avancées pour expliquer le lien entre le suicide et l'emploi portent sur 3 hypothèses principales : la charge de travail, le harcèlement et l'insécurité de l'emploi. Mais l'isolement social associé à certaines catégories professionnelles et les facilités d'accès aux moyens létaux sont également évoqués (Cohidon, et al., 2010b). Nous verrons que le vétérinaire est exposé à 3 facteurs sur les 5 proposés, à savoir : la surcharge de travail, l'isolement social propre au statut de libéral et l'accès facilité aux moyens de suicide. A ces derniers s'ajoutent encore d'autres agents propres à notre profession que nous étudierons

également. Cette surexposition aux facteurs de risque du suicide lié à l'emploi accroit les suspicions de forte prévalence du suicide chez les vétérinaires.

1.2. Estimation subjective de la mortalité par suicide au sein de la profession vétérinaire en France

Cette partie ne s'appuie sur aucune publication puisque celles-ci sont introuvables. La part des vétérinaires suicidés en France est inconnue à ce jour pour des raisons de logistique exposées plus haut.

Toutefois, c'est à la suite d'un sentiment général de mal être et une impression de recrudescence des suicides au sein de la profession qu'en 2003 s'est créée, à l'initiative de trois vétérinaires, l'association VETO-ENTRAIDE. A l'époque, en France, 54 cas de suicides de vétérinaires avaient été clairement établis en moins de 10 ans (soit une moyenne supérieure à 5 suicides par an). Jean Claude Gansel, l'un des fondateurs, déclarait alors que les chiffres étaient sans doute sous estimés (Crolot, 2003). Cette assertion trouve écho dans les études portant sur l'évaluation des taux de suicide en France, qui, rappelons-le, seraient sous-évalués d'environ 10 à 20 % (Jougla, et al., 2002).

Si aucun chiffre n'est disponible en France concernant la mortalité par suicide des vétérinaires, ces différentes enquêtes permettent toutefois de mettre en évidence une surmortalité par suicide au sein des actifs du secteur de la santé mais également chez les chefs d'entreprise. La majorité des praticiens vétérinaires appartenant à ces deux catégories, beaucoup d'éléments suggèrent une forte prévalence du suicide chez les vétérinaires français. Cette suspicion est corroborée par le sentiment général de la population vétérinaire.

B. A l'étranger

La plupart des différences relevées concernant les risques de suicide sont relatives aux inégalités de revenu et aux différences de situation professionnelle, le chômage et les faibles revenus étant favorisants (Rihmer, 1996). Toutefois, les **exceptions les plus remarquables relevées dans les études étrangères concernent les vétérinaires, les médecins, les infirmières et les pharmaciens, qui présentent respectivement les plus hauts taux de suicide**, même mesurés en prenant en compte les facteurs sociodémographiques (Charlton, 1995; Bartram & Baldwin, 2008; Agerbo, et al., 2007). Là encore, ces constatations renvoient à ce qui est observé en France, à savoir que les métiers de la santé font courir à leurs actifs un plus haut risque de suicide comparativement aux autres corps d'exercice. Cependant, à l'étranger, à cette liste s'ajoute donc la profession vétérinaire.

Aussi, à défaut de trouver des études sur le suicide au sein de la profession vétérinaire en France, la littérature internationale nous offre une certaine quantité d'enquêtes sur le sujet, menées sur les praticiens étrangers.

Le taux élevé de mortalité par suicide au sein de la profession vétérinaire, comparativement à celui de la population générale, préoccupe les sociologues du suicide dans de nombreux pays et ce depuis des dizaines d'années. De nombreuses enquêtes portant sur les

causes de mortalité chez les vétérinaires britanniques révélaient déjà il y a 20 ans une augmentation de la mortalité par suicide (Kinlen, 1983), une augmentation retrouvée dans la profession vétérinaire américaine (Blair & Hayes, 1980; Mellanby, 2005). Des études plus récentes menées dans plusieurs pays confirment ces observations : les vétérinaires d'Angleterre et du pays de Galles, des Etats Unis, de Belgique, de Norvège et d'Australie présentent un risque au moins trois fois plus élevé de mortalité par suicide par rapport à la population générale de chacun de ces pays (Platt, et al., 2012b; Hawton, 2011).

Ces études utilisent divers outils statistiques pour évaluer le risque de suicide chez les vétérinaires. Nous étudierons successivement les différents résultats proposés avant de discuter des biais et de la qualité qui varient grandement d'une étude à l'autre (Platt, et al., 2010). Un tableau récapitulatif de l'ensemble des données de la littérature est proposé à l'issue de cette partie.

1. Concernant le taux de suicide et le RR

Le taux de suicide pour 100 000 membres de la profession s'étend suivant les études de 4,2 (Skegg, et al., 2010) à 52,6 (Jones-Fairnie, et al., 2008), mais les valeurs avoisinent en général 40 à 50 pour 100 000 (5/6 des taux mesurés).

La méthode la plus fiable et précise pour réaliser des statistiques relatives consiste à comparer le taux de suicide dans la population de la profession ciblée au taux dans une population de référence appropriée (on obtient le risque relatif « RR ») (Platt, et al., 2010). Le calcul du risque relatif (RR) repose sur une modélisation de Poisson (King & Langche, 2002).

Ainsi, un risque relatif de décès égal à 0,77 signifie que le groupe étudié a un risque de décès inférieur de 23 % par rapport à la population de comparaison. Symétriquement, un RR de décès par suicide égal à 1,46 correspond à un risque de surmortalité par suicide de 46 % par rapport à la population de comparaison. Les risques relatifs ne sont « significatifs » que si leur intervalle de confiance exclut la valeur 1.

Quatre études ont examiné leurs données sous la forme d'un RR (Lange, 1992; Charlton, 1995; Hem, et al., 2005; Hawton, 2011). **Toutes quatre montrent un risque élevé de suicide comparé à la population générale allant d'une surmortalité de 4 à 662**%. Seule une étude propose une enquête vraiment significative (Charlton, 1995) : conduite en Angleterre et au pays de Galles, elle montre **un risque relatif de suicide chez les vétérinaires au moins 3 fois supérieur à celui de la population générale.**

2. Concernant le PM et le PMR

Le PM (Proportional Mortality) peut être traduit en français par « Mortalité Proportionnelle ». Il représente la proportion de décès résultant de suicides parmi tous les motifs de décès recensés.

$$PM = \frac{Total\ des\ décès\ liés\ au\ suicide\ \ dans\ la\ population\ étudiée}{Total\ des\ décès\ toutes\ causes\ confondues\ dans\ la\ population\ étudiée}$$

Les valeurs retrouvées dans la littérature nous indiquent qu'entre 0 (Agerbo, et al., 2007) et 43 % (Miller & Beaumont, 1995) de tous les décès enregistrés chez les vétérinaires sont des suicides. Les valeurs retrouvées avoisinent en général les 3 %.

Le PMR (Proportional Mortality Ratio) peut être traduit en français par « Rapport de Mortalité Proportionnelle ». Il correspond à la proportion de décès liés au suicide dans la population étudiée (PM population étudiée) divisé par la proportion de décès liés au suicide dans la population de comparaison (PM population de comparaison), exprimé en pourcentage. Il permet de comparer l'incidence du suicide dans une profession particulière à l'incidence au sein de la population générale, ou dans les autres catégories professionnelles.

$$PMR = \frac{Proportion\ de\ décés\ liés\ au\ suicide\ dans\ la\ population\ étudiée}{Proportion\ de\ décés\ liés\ au\ suicide\ dans\ la\ population\ de\ comparaison}$$

Par conséquent, un PMR de suicide de 100 signifie que la profession présente la même proportion de décès par suicide que la population de comparaison. Un PMR de 200 signifie que la profession étudiée présente une proportion de décès par suicide double par rapport à celle de la population de comparaison etc. (Mellanby, 2005).

Onze études calculent des PMR (cf. tab III). Toutes indiquent une proportion de décès par suicide élevée comparée à celle de la population générale. Sept de ces études rapportent une différence significative ($p<0,05$). **On a donc, au bilan, 7 études aux résultats significatifs qui indiquent que les vétérinaires décèdent davantage par suicide parmi toutes les causes de décès que le reste de la population.**

Le calcul du PMR est une méthode statistique alternative utilisée si les données dénominateur de la population ne sont pas disponibles. Le PMR est une mesure relativement brute de la prévalence du suicide, elle présume que le risque relatif d'autres causes de décès est la même dans les deux populations (Platt, et al., 2010). Or, étant donné que le statut socio-économique de la profession vétérinaire est susceptible d'être particulièrement élevé (et donc le risque de décès par certaines causes naturelles réduites) cette hypothèse est peu probable pour être valide. Toutefois, **on peut noter que lorsque les PMR des vétérinaires sont comparés à ceux d'autres professions de catégories socioprofessionnelles équivalentes ou supérieures (médecins, dentistes etc.), les PMR des vétérinaires sont toujours les plus élevés** (Mellanby, 2005)**.**

3. Concernant le SMR

Le SMR (Standardized Mortality Ratio) peut être traduit en français par « Indice Comparatif de Mortalité ». Il est obtenu en faisant, pour une sous-population, le rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès «attendus».

$$SMR = \frac{Total\ de\ décès\ liés\ au\ suicide\ observés\ dans\ la\ population\ étudiée}{Total\ de\ décès\ liés\ au\ suicide\ attendus\ dans\ cette\ population}$$

On obtient le nombre de décès «attendus» en appliquant à l'effectif de chaque classe d'âge de la sous-population les taux spécifiques de mortalité d'une population de référence (mortalité-type) (CépiDc, 2013; Kelly & Bunting, 1998).

$$SMR = \frac{n}{\sum_{i=1}^{k} N_i t_{iR}} * 10^2$$

n : effectif total de décès observés dans la population étudiée
N_i : effectif de la population moyenne étudiée pour la classe d'âge i
t_{iR} : taux de décès par suicide dans la population de référence pour la classe d'âge i

Quatre études ont déterminé des SMR. Une ne montre pas un risque de suicide significativement plus grand que celui de la population générale (Fasal, et al., 1966).

En revanche, une étude calcule un SMR très supérieur à 100 (431), mais uniquement chez les femmes de la profession (Meltzer, et al., 2008). Cette étude menée en Angleterre et au Pays de Galles en 2008, indique un risque quatre fois plus élevé de suicide chez les femmes vétérinaires par rapport à la population générale.

Les autres études montrent un SMR supérieur mais sans que les résultats ne soient significatifs statistiquement.

Tableau III : Etudes observationnelles de la prévalence du suicide au sein de la profession vétérinaire

Etude et pays concerné(s) par la recherche	Période étudiée	Population vétérinaire étudiée			Population de comparaison	Statistiques comparatives
		Données sources	Description de la population	Prévalence du suicide		
(Botts, et al., 1966) (Etats Unis)	*1949-1964*	*Régionales ; suicides seuls*	*Vétérinaires hommes du Missouri*	***PM = 2/127*** *(2%)*	/	/
(Jeyaretnam, et al., 2000) (Australie)	*10 ans (période non précisée)*	*Régionales ; suicides seuls*	*Vétérinaires d'Australie occidentale*	***PM = 4/20*** *(20%)*	/	/
(Charlton, 1995) **(Angleterre et pays de Galles)**	*1990-1992*	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires hommes âgés de 16 à 44 ans*		*Hommes mariés de la population générale, âgés de 16 à 44 ans ; non inclus dans les 10 corps de métiers aux taux les plus élevés*	***RR = 4,61*** *(1,49-14,25), p<0,01*
			Vétérinaires hommes âgés de 45 à 64 ans		*Hommes mariés de la population générale, âgés de 45 à 64 ans ; non inclus dans les 10 corps de métiers aux taux les plus élevés*	***RR = 5,62*** *(1,6-19,74), p<0,01*
			Vétérinaires femmes âgées de 16 à 64 ans	***2 suicides pour 3 décès de causes naturelles***	*Femmes mariées de la population générale, âgées de 16 à 64 ans ; non inclus dans les 10 corps de métiers aux taux les plus élevés*	***RR = 7,62*** *(1,04-55,94), p<0,05*
(Lange, 1992)(Etats Unis)	*1965-1989*	*Nationales ; Verdicts de suicide seuls*	*Vétérinaires en activité enregistrés à l'Ordre*	***PM= 1/3***	*Population générale adaptée pour l'âge, la race et l'ethnicité (PM = 24/118, 20%)*	***RR = 4*** *(significatif)*
(Hem, et al., 2005) (Norvège)	*1960-2000*	*Nationales ; suicides*	*Vétérinaires hommes de plus de 20 ans*	*13 suicides,* ***43,7 pour 100 000 décès*** *(25,4-75,2)*	*Hommes de la population générale âgés de plus de 20 ans (15705 suicides)*	***RR = 1,87***
					Praticiens du milieu médical	***RR = 1,02***

(Hawton, 2011) (Danemark)	*1981-2006*	*Nationales ; suicides des personnes âgées de 18 à 67 ans*	*Vétérinaires de Danemark âgés de 18 à 67 ans*	***PM = 16/464*** *(3%)*	*Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge et le sexe)*	**RR = 1.04 (0.63–1.74)** (non significatif)
					Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge, le sexe, le revenu, le contact avec un service psychiatrique et le statut marital)	**RR= 1.29** (0.76–2.20) (non significatif)
			Vétérinaires femmes de Danemark âgés de 18 à 67 ans	***PM = 2/61*** *(3%)*	*Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge et le sexe)*	**RR =1.10** (0.27–4.55) (non significatif)
					Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge, le sexe, le revenu, le contact avec un service psychiatrique et le statut marital)	**RR= 1.24** (0.27–5.80) (non significatif)
			Vétérinaires hommes de Danemark âgés de 18 à 67 ans	***PM = 14/403*** *(3%)*	*Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge, le sexe)*	**RR (hommes)=1.04** (0.60–1.79) (non significatif)
					Enseignants d'école primaire (ajusté pour l'âge, le sexe, le revenu, le contact avec un service psychiatrique et le statut marital)	**RR (hommes) = 1.28** (0.72–2.26) (non significatif)

(Stark, 2006) (Ecosse)	*1981-1999*	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires hommes âgés de 16 à 45 ans*		*Hommes de la population générale*	***PMR = 293*** *(80-749), « non significatif »*
			Vétérinaires hommes âgés de 46 à 64 ans			***PMR = 301*** *(36-1088), « non significatifs »*
(Mellanby, 2005) (Angleterre et pays de Galle)	*1979-1990 (sauf 1981)*	*Nationales ; Verdicts de suicide seuls*	*Vétérinaires femmes âgées de 20 à 74 ans*	***PM = 7/30*** *(23%)*	*Population générale*	***PMR = 414****(166-853) (plus élevé que dans les professions de la santé) (X^2 = 8,3, P<0,0005)*
	1991-2000	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	Vétérinaires femmes âgées de 20 à 74 ans	***PM = 6/36*** *(17%)*	*Population générale*	***PMR = 1240*** *(446-2710) (plus élevé que dans les professions de la santé) (X^2 = 4,5, P<0,005)*
	1979-1990 (sauf 1981)	*Nationales ; Verdicts de suicide seuls*	*Vétérinaires hommes âgés de 20 à 74 ans*	***PM = 35/383*** *(9%)*	*Population générale*	***PMR = 361*** *(252-503) (plus élevé que dans les professions de la santé) (X^2 = 32.1, P<0,0001)*
(Kelly & Bunting, 1998) (Angleterre et pays de Galle)	*1982-1987*	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires hommes âgés de 20 à 64 ans*	***17 suicides***	*Population générale (ajustée pour l'âge et le sexe)*	***PMR = 349*** *(203-559) « significatif »*
	1991-1996		*Vétérinaires hommes âgés de 20 à 64 ans*	***9 suicides***	*Population générale (ajustée pour l'âge et le sexe)*	***PMR = 324*** *(148-615) « significatif »*
	1991-1996		*Vétérinaires femmes âgés de 20 à 59 ans*	***4 suicides***	*Population générale (ajustée pour l'âge et le sexe)*	***PMR = 500*** *(136-1279) « significatif »*
(Charlton, 1993) (Angleterre et Pays de Galles)	*1979-1990*	*Nationales ; suicides et verdicts ouverts*	*Vétérinaires hommes âgés de 16 à 64 ans*	***35 suicides***	*Hommes de la population générale âgés de 16 à 64 ans (15705 suicides)*	***PMR = 364*** *(plus élevé que les PMR de toutes les professions étudiées dont les médecins)*
(Kinlen, 1983) (Angleterre)	*1949-1975*	*Nationales ; Verdicts de suicide seuls*	*Vétérinaires hommes*	***PM = 27/699*** *(2%)*	*Hommes âgés de moins de 75 ans*	***PMR = 206***
(Meltzer, et al., 2008) (Angleterre et Pays de Galles)	*2001-2005*	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires femmes âgées de 20 à 64 ans*	***5 suicides***	*Population générale âgée de 20 à 64 ans*	**PMR = 609 (198–1422) SMR = 431 (140-1005)**

(Milham & Ossiander, 2001) (Etats Unis)	*1950-1999*	*Régionales ; suicides*	*Vétérinaires hommes de l'état de Washington âgés de plus de 19 ans*	***19 suicides***	*Hommes résidant à Washington âgés de plus de 20 ans (18736 suicides)*	***PMR = 197*** *(p=0.00156)*
	1974-1999		*Vétérinaires femmes de l'état de Washington âgées de plus de 19 ans*	***3 suicides***	*Femmes résidant à Washington âgés de plus de 20 ans (2128 suicides)*	***PMR = 180*** *(p=0.23326)*
(Blair & Hayes, 1980) (Etats Unis)	*1966-1977*	*Nationales ; suicides*	*Vétérinaires hommes de race blanche*	***PM = 65/1551*** *(4%)*	*Hommes de race blanche (ajusté pour l'âge et la période étudiée)*	***PMR = 216****, p<0,005*
(Blair & Hayes, 1982) (Etats Unis)	*1947-1977*	*Nationales ; suicides*	*Vétérinaires hommes de race blanche*	***PM = 137/5016*** *(3%)*	*Hommes de race blanche (ajusté pour l'âge et la période étudiée)*	***PMR = 170***
(Miller & Beaumont, 1995)(Etats Unis)	*1960-1992*	*Régionales; suicides seuls*	*Vétérinaires californiens*	***PM = 42/450*** *(9%)*	*Population générale*	***PMR= 263*** *(199-347), p<0,05*
			Vétérinaires californiens hommes	***PM = 36/436*** *(8%)*	*Hommes de la population générale*	***PMR = 248*** *(183-335), p<0,05*
			Vétérinaires californiens femmes	***PM = 6/14*** *(43%)*	*Femmes de la population générale*	***PMR = 589*** *(302-1148), p<0,05*
(Schnurrenberger, et al., 1977) (Etats Unis)	*1950-1973*	*Régionales; suicides seuls*	*Vétérinaires hommes de race blanche de l'état d'Illinois*	***PM = 13/481*** *(3%)*	*Hommes de race blanche de l'Illinois en 1950*	***PMR = 168,3*** *(72,0-394,4)*
					Hommes de race blanche de l'Illinois en 1960	***PMR = 193,0*** *(78,1-479,2)*
					Hommes de race blanche de l'Illinois en 1970	***PMR = 223,7*** *(86,4-581,5)*
(Mammerickx, 1985) (Belgique)	*Non renseigné*	*Non précisé ; suicides seuls*	*Vétérinaires de Belgique*	***PM = 13/367*** *(4%)*	*Non vétérinaires de la population générale (PM= 918/57 814, 2%)*	***PMR = 223*** *(130,6-377,2)*
			Vétérinaires de Belgique morts avant l'âge de 70 ans	***PM = 13/206*** *(6%)*	*Non vétérinaires de la population générale morts à moins de 70 ans (PM= 918/23567, 4%)*	***PMR = 162*** *(95,3-270,6)*

(Jones-Fairnie, et al., 2008)(Australie)	*1990-2002*	*Régionales; suicides et verdicts ouverts*	*Vétérinaires de Victoria*	***41,8 pour 100 000 décès*** *(19,9-87,7)*	*Adultes de Victoria (ajustés pour l'âge)*	***SMR = 380***
			Vétérinaires d'Australie occidentale	***52,6 pour 100 000 décès*** *(19,7-140,1)*	*Adultes d'Australie Occidentale (ajustés pour l'âge)*	***SMR = 400***
			Vétérinaires d'Australie occidentale et de Victoria	***PM = 11/89*** *(12%),* ***45,2 pour 100 00 décès*** *(25-81,6)*	/	/
(Skegg, et al., 2010) (Nouvelle Zélande)	*1973-2004 (sauf 1996 et 1997)*	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires hommes néozélandais âgés de 15 à 64 ans*	***PM = 1/796 (4,2 suicides pour 100 000 décès)***	*Hommes néozélandais âgés de 15 à 64 ans*	***SMR= 10*** *(0-80) p<0.05*
			Vétérinaires femmes néozélandaises âgées de 15 à 64 ans	***PM = 2/233 (28,6 suicides pour 100 000 décès)***	*Femmes néozélandaises âgées de 15 à 64 ans*	***SMR = 320*** *(40-1114) p= 0,09*
	1998-2004	*Nationales ; Verdicts de suicide et verdicts ouverts*	*Vétérinaires âgés de 15 à 65 ans*	/	*Néozélandais âgés de 15 à 64 ans*	***SMR = 162*** *; p= 0,33*
(Fasal, et al. 1966) (Etats Unis)	*1950-1962*	*Régionales; suicides seuls*	*Vétérinaires hommes de race blanche exerçant en Californie*	***PM = 4/148*** *(3%)*	*Hommes de la population générale de Californie en 1960 (ajusté en fonction de l'âge)*	***SMR = 79*** *« non significatif »*
(Agerbo, et al., 2007)(Danemark)	*1991-1997*	*Nationales ; Verdicts de suicide seuls*	*Vétérinaires âgés de 25 à 60 ans*	***0 suicide***	*Suicides enregistrés (N = 3195) dans la population générale (adaptés pour le sexe et l'année de naissance)*	[3]

[3] L'étude danoise identifie 3195 suicides sur 63900 contrôles. Alors que 49 vétérinaires sont contrôlés dans ce panel, aucun n'est décédé par suicide. Il est donc impossible de calculer un RR du suicide au sein de la profession vétérinaire.

4. Discussion autour de ces études

4.1. Biais liés à la méthode d'enregistrement des causes de décès

Un problème évoqué quant à la validité des études présentées est la base sur laquelle les cas de suicide sont identifiés. En Angleterre et au pays de Galles, un verdict de suicide exige des preuves solides d'intention de suicide. Si un coroner n'est pas convaincu qu'un acte a été auto-infligé et réalisé dans le but de causer la mort, il peut effectuer une déclaration dite « ouverte » (Platt, et al., 2010). Par conséquent, les chercheurs sont souvent amenés à comptabiliser ce type de verdicts lors de l'identification des cas de suicide et les études qui comptabilisent exclusivement les verdicts de suicide sont susceptibles de sous-estimer la prévalence du suicide. En effet, il existe des preuves indiquant que la majorité de ceux-ci correspondent effectivement à des suicides (Mellanby, 2005). Dans 10 des 17 études où les verdicts inclus sont précisés, les verdicts ouverts n'ont pas été considérés comme des suicides et, par conséquent, le niveau de suicide a été probablement sous-estimé.

Différents critères de suicide sont utilisés dans certains pays, ce qui fait qu'il est difficile de comparer directement entre elles les études de prévalence du suicide.

4.2. Biais liés au manque de données sur la population de comparaison

Certaines études ont utilisé une tranche d'âge avec une limite inférieure de l'âge auquel les vétérinaires sont qualifiés. Cette restriction dans les groupes d'âge est la conséquence d'un manque de données sur la population générale (Platt, et al., 2010).

4.3. Biais liés aux méthodes statistiques

Une dernière limitation des études relevées sont les méthodes statistiques utilisées pour évaluer le risque de suicide. La méthode la plus fiable et précise de réaliser des statistiques relatives consiste à comparer le taux de suicide dans la population de la profession ciblée au taux dans une population de référence appropriée (risque relatif RR) (Platt, et al., 2010). Seulement quatre études ont examiné les données présentées par le calcul d'un RR (Lange, 1992; Charlton, 1995; Hem, et al., 2005; Hawton, 2011).

5. Bilan des résultats épidémiologiques

- On relève un **taux de suicide** allant de 41,8 à 52,6 pour 100 000 individus (rappelons que le taux mondial moyen est de 11,6).
- Les 4 études qui calculent les **RR** indiquent toutes que les vétérinaires se suicident plus que la population générale. Plus précisément, les deux études obtenant des résultats significatifs indiquent une mortalité par suicide au moins 4 fois plus élevée dans la population vétérinaire que dans la population générale.

- Les **SMR** indiquent des résultats variés, allant d'une mortalité par suicide inférieure à celle mesurée dans les populations de références à une mortalité 4 fois supérieure (pour des femmes vétérinaires).

- Enfin, les **PMR** mesurés montrent tous que le suicide est une cause de décès plus importante chez les vétérinaires qu'elle ne l'est dans la population générale, mais ils révèlent également que le suicide a un impact plus faible dans des professions qui pourtant ont des statuts socioprofessionnels équivalents, voire supérieurs (médecins et autres membres des professions de santé).

On trouve également, dans plusieurs des études rapportées, que **les femmes vétérinaires seraient plus à risque pour le suicide que leurs homologues masculins** (Charlton, 1995; Mellanby, 2005; Kelly & Bunting, 1998; Miller & Beaumont, 1995; Meltzer, et al., 2008). En particulier, cette différence est considérable pour l'enquête la plus récente (Meltzer, et al., 2008) qui révèle la profession vétérinaire comme la 3ème profession la plus à risque pour le suicide chez les femmes alors que, chez les hommes, elle n'appartient pas aux 10 métiers les plus concernés par le suicide. Comme nous le verrons plus loin, certaines études suggèrent que les jeunes femmes vétérinaires seraient plus à risque pour les troubles mentaux, l'anxiété et les tendances suicidaires (Mellanby, 2005; Bartram, et al., 2009; Ogden, et al., 2012). Toutefois, il faut préciser que les statistiques concernant la population féminine sont en général moins puissantes dans les études concernées du fait du faible effectif féminin chez les vétérinaires pendant les périodes explorées.

C. Conclusion sur l'épidémiologie du suicide dans la profession vétérinaire

Les études d'observation de cette revue montrent que **le risque de suicide dans la profession vétérinaire est généralement plus élevé que dans les populations de comparaison, et par au moins trois fois au Royaume-Uni. Les femmes vétérinaires semblent être plus affectées par ce phénomène que les hommes**. Ajoutons que, tandis que de nombreuses études ont montré un risque de suicide élevé dans la profession vétérinaire, les études portant sur les vétérinaires danois n'ont constaté aucun cas de suicide ou très peu. On peut ainsi supposer que le suicide n'est pas une fatalité dans la profession vétérinaire mais que des stratégies efficaces de prévention du suicide peuvent et doivent être développées. Ces stratégies possibles seront développées plus tard dans notre étude.

Nous avons vu qu'aucun chiffre sur la prévalence du suicide chez les vétérinaires français n'a pu être obtenu, pour des raisons relatives au système d'enregistrement des causes de décès en France. Cependant, le métier de vétérinaire faisant parti de ces professions qui présentent une certaine uniformité dans leur pratique quel que soit le pays (industrialisé) concerné, on peut légitimement considérer que l'étude du suicide chez les praticiens étrangers peut refléter avec une certaine justesse l'impact du suicide dans notre profession (même si ce geste demeure toutefois un mal social, donc particulier à chaque société). Nous emmétrons la même conjecture en ce qui concerne les facteurs de risque, qui se révéleront d'ailleurs très similaires d'un pays à l'autre.

Précisons qu'il y a dans la bibliographie actuelle un défaut de données concernant l'âge des suicidés. De vraies études seraient nécessaires compte tenue de l'influence de l'âge dans le risque suicidaire mais également de l'influence de certains facteurs de risque qui diffèrent suivant l'âge des praticiens (exemple du burn out dont sont surtout victimes les jeunes diplômés).

Partie III : Etiologie du suicide

A présent que nous avons défini le suicide et exploré sa (forte) prévalence au sein de la profession vétérinaire, il est légitime de s'interroger sur les causes d'une telle recrudescence.

I. Etiologie générale du suicide

Le suicide est un phénomène complexe dont la source ne peut être appréhendée comme un agent précis à identifier. En effet, « le suicide n'est pas une folie distincte » (Durkheim, 1976, p. 26). Même si cela semble évident, il faut rappeler que le geste suicidaire est la résultante de certains troubles mais ne constitue en aucune façon une maladie psychiatrique propre.

L'étiologie du suicide a suscité et suscite encore de nombreuses études de tous types : médicales, sociologiques, anthropologiques… Dans cet océan de théories et de données statistiques, on retrouve deux grands courants d'étude du suicide : le modèle des facteurs de risque et le modèle sociologique.

A. Le modèle des facteurs de risque : facteurs de risque liés au suicide

Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme (OMS). Il n'est pas toujours aisé de distinguer facteur de risque et marqueur de risque. La majorité des études travaillant sur les facteurs de risque liés au suicide ne font pas cette distinction. Cette difficulté est inhérente à la complexité du phénomène suicidaire. Aussi, nous conserverons ce terme de « facteur » tout au long de notre étude dans un but de simplification de l'exposé.

Toutefois, même si l'étiologie du suicide demeure difficile à appréhender, la littérature scientifique portant sur ce sujet a présenté plusieurs facteurs (par exemple, maladie psychiatrique, sexe masculin, vieillesse, etc.) qui se sont révélés être en relation statistique avec ce phénomène (Rihmer, 1996).

Ces différents facteurs liés au phénomène suicidaire sont étroitement liés les uns aux autres. Les modèles proposés par les différents auteurs ne sont donc pas multiplicatifs (multiplication des différents facteurs entre eux afin d'obtenir un risque final pour l'individu ou le groupe d'individu) mais intégratifs multifactoriels : l'impact de chacun des facteurs dépend de la présence ou de l'absence des autres.

Les facteurs qui ont montré une corrélation statistique avec le suicide sont traditionnellement classés en risques à court terme versus risques à long terme, sociodémographiques versus clinico-biologiques et facteurs déclenchants versus facteurs prédisposants/précipitants. Il a cependant été constaté que les facteurs qui permettent de prédire un risque à long terme de suicide prédisent également un risque à court terme (Rihmer, 1996). D'autre part, les données clinico-biologiques et sociodémographiques ainsi que les facteurs de risque prédisposants et les facteurs déclenchants se chevauchent souvent et peuvent être liés les uns aux autres de plusieurs façons.

Nous retiendrons la classification du Prof. Zoltan Rihmer, psychiatre et neurologue spécialiste du suicide, qui hiérarchise les facteurs de risque selon 3 catégories (Rihmer, 1996) : facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires, que nous allons étudier successivement. Cette classification est intéressante par son caractère pragmatique et préventif : elle fournit une échelle permettant de mesurer le risque de suicide d'un individu en fonction des facteurs présentés.

Nous étayerons ce classement d'autres études corroborant la corrélation statistique de ces facteurs avec le risque suicidaire.

1. Facteurs de risque primaires

Ils constituent les facteurs les plus importants. Ces facteurs sont inconstants dans le temps. Ils présentent un caractère alarmant pour la communauté et peuvent (et doivent) être influencés par des traitements. Il s'agit de :

1.1. La maladie psychiatrique (les troubles de l'humeur, la toxicomanie, la schizophrénie)

La méthode d'investigation classique des caractéristiques individuelles des suicidés est l'autopsie psychiatrique. Elle passe par des entretiens avec les proches et la consultation des données officielles de la victime. Cette approche a montré que les désordres psychiatriques étaient présents chez environ 90 % des suicidants et contribuaient pour 47 à 74 % au risque suicidaire au sein de la population (Hawton & Heeringen, 2009).

Les désordres affectifs (appelés également « troubles de l'humeur », en particulier la dépression) ainsi que les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus communs, suivis par la toxicomanie (alcoolisme en particulier) et la schizophrénie (Hawton & Heeringen, 2009).

- De nombreuses études montrent que les troubles dépressifs et les troubles anxieux favorisent le risque suicidaire (Sareen, et al., 2005). Selon la MHF (Mental Health Foundation), 70% des suicides enregistrés concerneraient des personnes dépressives (Kinsella, 2006).

  Le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) indique ainsi que, dans le cas de troubles de l'humeur, « les idées de mort, l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide sont fréquentes » (American Psychiatric Association, 2000, p. 434).

  L'anxiété généralisée se manifeste par des symptômes divers (troubles de la concentration, irritabilité, tension musculaire ou troubles du sommeil) et surtout s'accompagne extrêmement souvent de troubles de l'humeur (American Psychiatric Association, 2000, p. 493).

- La relation entre l'abus d'alcool et le comportement suicidaire est bien établie et l'alcoolisme a longtemps était reconnu comme un facteur favorisant majeur du suicide (Mellanby, et al., 2009). Des études ont prouvé en effet que l'alcoolisme augmente le risque de suicide (Ciompi & Eisert, 1969). Ainsi, environ 18 % des alcooliques seraient condamnés à mourir par suicide (Maris, 2002). Pour autant, l'alcool ingéré plus ou moins occasionnellement, sans véritable toxicomanie, joue un rôle important

chez de nombreux suicidants. Ainsi, Dahlgren a révélé que 46 % des suicidants se trouvaient en état d'ivresse au moment du tentamen. De même, dans une étude portant sur 138 admissions pour tentative de suicide ont été trouvés 11 buveurs hommes et femmes, mais pas d'alcoolique chronique (Dahlgren, 1945). A noter que les femmes alcooliques chroniques se suicident presque deux fois plus que les hommes alcooliques chroniques (Schneider, et al., 1965). L'ivresse avec des amis, et plus généralement l'ivresse festive, ne sont pas associées au risque suicidaire. En revanche l'ivresse solitaire y est très fortement liée, ainsi que l'ivresse « pour oublier ses problèmes » (Favre, et al., 1997).

Aussi, le syndrome de l'alcoolisme n'est pas homogène et recouvre d'autres diagnostics psychiatriques. Il semble ainsi être le plus souvent secondaire à des troubles psychologiques divers (Schneider, et al., 1965). Outre l'ancienneté et la sévérité de l'alcoolisme, les principaux facteurs de risque de crise suicidaire chez ces patients sont la dépression associée, le chômage, les séparations, les maladies somatiques et l'association à un trouble de la personnalité (Maris, 2002). Bien que le rôle de l'alcool dans la tentative de suicide demeure indéniable, il peut être utilisé à des fins très divergentes : il est parfois recherché pour calmer l'anxiété et l'agressivité qui peuvent conduire au passage à l'acte. Au contraire, il est parfois consommé pour faciliter le passage à l'acte en libérant l'impulsivité du sujet (Schneider, et al., 1965). **L'alcoolisme est donc déterminant dans le suicide, à la fois en tant que facteur potentiellement favorisant du passage à l'acte mais aussi et surtout en tant qu'indice de troubles psychologiques,** qu'ils soient légers ou sévères. D'autres toxiques addictifs peuvent exercer la même influence mais nous ne les traiterons pas ici.

1.2. La tentative de suicide antérieure et / ou la vulnérabilité au suicide signalée par des antécédents familiaux de suicide

1.3. La communication d'intention de suicide

1.4. L'activité sérotoninergique centrale faible

Des études suggèrent (sur la base de prélèvements in vivo ou post mortem sur les sujets suicidants ou suicidés) l'implication de dysfonctionnements neurobiologiques dans les tentatives de suicide et les suicides aboutis (Asberg, et al., 1976; Stanley & Mann, 1983). Des systèmes biologiques pourraient être impliqués dans le comportement suicidaire : des troubles du système sérotoninergique sont associés à des caractéristiques corrélées au comportement suicidaire incluant l'agressivité, l'impulsivité, des attitudes anormales concernant l'avenir et le désespoir. Des dysfonctionnements de l'axe hypothalamo-hypophysaire pourraient permettre de prédire la tentative de suicide chez des patients atteints de dépression (Asberg, et al., 1976). D'autres marqueurs biologiques montrent une corrélation statistique avec les TS, tels que le taux de cholestérol, dont la diminution est associée à un risque accru de tentative de suicide (Hawton & Heeringen, 2009).

Ces quatre facteurs sont étroitement liés les uns aux autres : dans la majorité des cas, une précédente TS, la communication du désir de mourir, et l'activité sérotoninergique centrale basse sont concomitants (Rihmer, 1996).

Parmi ces facteurs de risque, **ceux que nous pourront étudier et rechercher dans le cadre de notre étude au sein de la profession vétérinaire sont les troubles psychiatriques, les TS antérieures et la communication d'intention de suicide.** Les antécédents familiaux ayant peu de chance d'être un élément participant à l'augmentation globale du taux de suicide dans la profession vétérinaire, nous n'investiguerons pas davantage sa prévalence.

2. Facteurs de risque secondaires

Ils sont observables dans la population générale. Même si on ne les retrouve pas dans une situation idéale, ils possèdent une valeur prédictive faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne peuvent être influencés individuellement par la thérapeutique. Il s'agit de :

2.1. La perte parentale précoce

Il s'agit essentiellement de la perte précoce de l'un des deux parents par séparation, divorce ou décès (Cross, 1986).

2.2. L'isolement social (séparation, veuvage, divorce)

On retrouve à la fois chez les suicidants mais aussi chez les suicidaires une absence de soutien par le réseau social (Hurteau & Bergeron, 1991). A l'inverse, le support social (proximité d'amis ou de proches, ne pas vivre seul) peut jouer le rôle d'un facteur de protection (Heikkinen, et al., 1993). Ainsi, les études statistiques font penser que le statut marital conditionnerait les tendances suicidaires : les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et enfin seulement les personnes mariées (16,8) (Jougla, et al., 2003).

2.3. Le chômage ou de graves problèmes financiers

Des études transversales mettent en évidence une prévalence significativement supérieure du chômage chez les suicidants par rapport à la population générale (Rihmer, 1996). Les différences entre régions, entre hommes et femmes et entre actifs et inactifs sont à rapprocher de l'hypothèse de Cohn (Walter, 2001), à savoir que l'impact du chômage sur la santé des personnes dépendrait de deux paramètres : l'effet de rôle et l'effet d'environnement. L'effet de rôle mesure l'importance que les personnes accordent à leur travail selon leur statut social : plus ce dernier est centré sur le travail, plus le chômage a des effets négatifs. Cet effet de rôle peut être mesuré en comparant hommes et femmes, puisque le " poids " du travail est moins important pour les femmes en raison de la possibilité de statuts alternatifs (mère de famille, femme au foyer,...). Ainsi, le risque relatif de TS est seulement multiplié par 2 à 3 chez les femmes au chômage, alors qu'il est multiplié par 6 ou 7 chez les hommes dans la même situation (Walter, 2001).

2.4. Les évènements de vie « négatifs » sévères

De nombreuses études ont démontré des liens entre des événements et certains types de maladies psychiatriques (dépression, schizophrénie…) ou des comportements suicidaires (Paykel, 1975). Cependant, le lien qui unit le comportement suicidaire à l'évènement de vie n'est jamais défini comme un élément de causalité directe : ce n'est pas la nature propre de l'événement qui va être déclencheur ou favorisant de la crise suicidaire, mais plutôt la façon dont ce dernier est vécu par le sujet. L'étude de Paykel compare trois groupes (suicidants, déprimés et population générale) et s'intéresse aux différents types d'évènements de vie : désirés (mariage, promotion, ...)/ non désirés (décès, séparations, maladies,...), domaine (travail, santé, argent, rapports sociaux…) etc. Les suicidants présentent quatre fois plus d'évènements de vie dans les six derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés. Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste. Parmi les variétés impliquées, ce sont surtout les événements indépendants de la volonté du sujet qui distinguent suicidants et déprimés de la population générale.

Notons également que la maltraitance lors de l'enfance augmente le risque suicidaire à l'âge adulte (Thakkar, 2000). En particulier, c'est l'association entre abus sexuels et suicidalité qui est le mieux documenté. L'impact des abus physiques est moins bien établi, mais la majorité des études concluent à un lien avec les comportements suicidaires.

Certains de ces facteurs sont aussi liés les uns aux autres, dans la mesure où ils sont souvent le reflet ou le résultat d'une maladie psychiatrique (en particulier la dépression). Leur pouvoir prédictif est assez élevé si les facteurs de risque primaires sont présents.

Parmi ces facteurs, ceux qui vont être l'objet d'une investigation chez les vétérinaires via notre étude sont **les problèmes financiers et l'isolement social, dont la présence peut être corrélée à l'exercice professionnel en général**.

3. Facteurs de risque tertiaires

3.1. L'appartenance au sexe masculin

Le taux de décès par suicide est multiplié par trois chez les hommes par rapport aux femmes (Jougla, et al., 2003). Mais 65 % des TS hospitalisées concernent des femmes.

3.2. L'adolescence ou l'âge avancé

Toutefois, en France comme dans le monde, les statistiques récentes montrent que si les taux de décès progressent fortement avec l'âge, cette augmentation n'est pas régulière (Värnik, 2012). En France, les taux de décès doublent après 25 ans, restent relativement stables jusqu'à 64 ans, puis progressent à nouveau après 85 ans (en particulier chez les hommes). Les taux de décès sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans (Jougla, et al., 2003).

3.3. Certaines périodes de vulnérabilité (période estivale, phase prémenstruelle…)

Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

Seuls les facteurs démographiques de type sex-ratio et moyennes d'âge seront intéressants à étudier dans le cadre de la recherche des origines du suicide chez les vétérinaires.

4. Modèles d'interactions entre les facteurs de risque suicidaire

A partir de ces facteurs, de très nombreux modèles d'interactions entre ces derniers ont été proposés. Le but n'est pas ici d'en faire la liste exhaustive. Pour exemple, nous présenterons sommairement celui proposé par Hawton en 2009. Ce dernier distingue la diathèse[4] des facteurs proximaux. La relation entre ces différents facteurs de risque est décrite dans le modèle stress-diathèse (fig. 1) (Hawton & Heeringen, 2009).

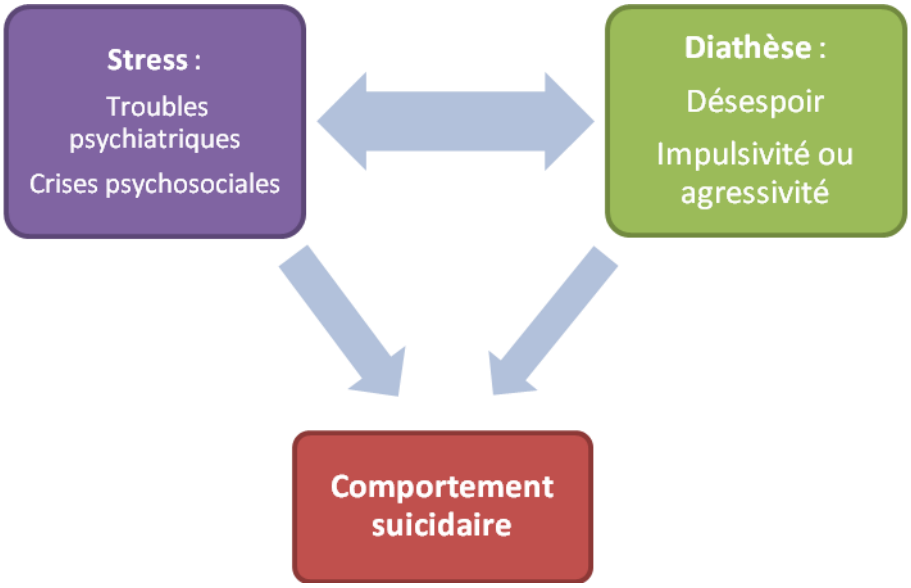


Figure 1 : Modèle diathèse-stress du suicide (exemple de modèle associant différents facteurs de risque du suicide) (Hawton & Heeringen, 2009)

[4] La diathèse est la prédisposition d'une personne à une affection déterminée, ici au suicide (Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935).

Dans ce modèle :

- Les facteurs proximaux correspondent aux crises psychosociales aiguës et aux désordres psychiatriques.
  - N.B : Les crises psychosociales sont des réactions émotionnelles et comportementales survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements ou de conflits. Elles se manifestent par: des TS, des menaces suicidaires, des crises clastiques, des conduites d'alcoolisations aiguës … Elles sont à distinguer de l'affection psychiatrique aiguë ou chronique. Le tableau clinique de cette affection est instable. Cette pathologie est souvent associée à un contexte de vie particulier : rupture affective, conflits relationnels…. (Ariagno, 2013).
- Le pessimisme ou le désespoir et l'impulsivité ou l'agressivité sont des composantes de la diathèse du comportement suicidaire. Les facteurs génétiques, les expériences de l'enfance et d'autres facteurs influencent la diathèse (Hawton & Heeringen, 2009).

5. Bilan du modèle des facteurs de risque du suicide dans le cadre de notre étude sur les vétérinaires

Nous ne retiendrons que certains facteurs de risque à explorer dans le cadre de notre étude.

- Il s'agit, pour les risques primaires, des **troubles psychologiques**. Parmi eux, on s'intéressera surtout aux troubles dépressifs et à l'anxiété généralisée, que l'on peut associer au stress.
- Concernant les risques secondaires il s'agit de **l'isolement social** et des **problèmes financiers** (rappelons que, concernant les revenus moyens, les vétérinaires possèdent la rentabilité la plus faible des professions libérales à bénéfice équivalent mais aussi à recettes équivalentes et le revenu le plus faible des professions libérales à recettes équivalentes et investissements comparables) (Lebaut, 2012).
- Les risques tertiaires ne seront pas davantage évoqués puisqu'il s'agit de **données** purement **démographiques** (âge/sexe…). Or, le sexe masculin est censé présenter une plus grande prévalence de suicide alors que la profession compte à peine plus d'hommes que de femmes et que le sex ratio équilibré devrait être atteint en 2015 (Lebaut, 2012). De plus, la période sensible (adolescence ou âge très avancé) correspond à des individus n'entrant plus dans la catégorie de vétérinaire puisque que ceux-ci sont soit encore enfant ou jeune étudiant, soit en retraite.

Notre étude ne tient donc pas compte du chômage (la profession compte peu d'inactifs : le taux de chômage au sein de la profession vétérinaire était de 11,4 % en 2010 (OMPL, 2013), des hypothèses biologiques et des événements de vie négatifs ainsi que des pertes parentales précoces qui n'ont pas de raison d'apparaitre davantage chez les vétérinaires que dans d'autres professions.

B. Intérêts et limites des deux courants explicatifs du suicide

1. Intérêts et limites du modèle des facteurs de risque

Le modèle des facteurs de risque, s'il permet de cibler la population à surveiller, ne permet pas encore de prouver beaucoup des théories sur les causes du suicide.

En effet, comme souligné plus avant, **les facteurs de risque évoqués sont en fait des marqueurs**. Aucun lien de causalité n'a réellement pu être établi via ces études. Ainsi, si nous prenons l'exemple du chômage comme facteur de risque primaire du suicide, les statistiques ne nous permettent pas d'affirmer que c'est bien la situation de chômage qui a poussé, ou du moins contribué, aux tentatives de suicide des intéressés. La relation inverse de cause à effet ne peut être exclue : la tendance aux comportements suicidaires pourrait également être à l'origine de l'arrêt de l'exercice professionnel. De même le rapport causal entre les deux éléments pourrait tout aussi bien être fait par l'intermédiaire d'un troisième élément responsable du chômage comme de la tentative. Soit d'autres variables interviennent, dans un sens ou dans l'autre, dans le rapport de cause à effet des deux situations ou bien seul le hasard réunit ces deux faits statistiquement au sein de la population étudiée. Voilà la raison pour la quelle nous avions évoqué plus haut le fait que ces facteurs sont plutôt des marqueurs de risque suicidaire et doivent ainsi être utilisés avec précaution.

Certains facteurs ont cependant pu être établis comme de vrais facteurs de risque dans la mesure où les stratégies de gestion de ces facteurs ont entrainé une baisse conséquente des taux de suicide après leur disparition. **C'est le cas par exemple de l'accès aux moyens létaux, facteur de risque établi du suicide** : la détoxification du gaz de ville en Grande-Bretagne a en effet conduit à une réduction très importante des décès, de même que les mesures portant sur les pots catalytiques des véhicules qui ont eu aussi un effet sensible sur le nombre de suicides (Terra & Walter, 2003).

On voit donc bien que **seul un traitement des facteurs de risque peut permettre de prouver qu'ils sont réellement facteurs ou non**. Or (c'est là que le bât blesse), la prévention du suicide est, selon les pays, de mineure à inexistante. Et les raisons qui font que ces facteurs ne sont pas prouvés sont les mêmes qui font que ce phénomène perdure depuis des décennies. D'où l'objet de notre étude.

2. Intérêts et limites du modèle sociologique

Le modèle sociologique est intéressant dans la mesure où il est **explicatif.** Ce modèle, s'il évoque les causes, **ne nous apporte pas en revanche davantage d'outils pour évaluer le risque suicidaire chez les vétérinaires**. Seulement, il est important de l'évoquer car il faut donner une dimension sociale à ce phénomène. En effet, on pourrait penser que le suicide ne s'étudie pas à l'échelle de la société et qu'il n'est que le produit de problèmes personnels et individuels des suicidés. Ce serait là commettre une grossière erreur.

> « Les changements qui ont lieu d'une année à l'autre et qui sont dus à l'action de causes passagères et accidentelles se neutralisent mutuellement quand on prend pour base de calcul une unité de temps plus étendue […] Chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires. Cette

prédisposition peut donc être l'objet d'une étude spéciale et qui ressortit à la sociologie. » (Durkheim, 1976, p. 12)

Cet extrait de l'étude sociologique d'Emile Durkheim sur le suicide exprime une réalité affectant de très nombreuses statistiques humaines en sociologie : de nombreux faits sociaux semblent relever de choix individuels (nombre d'enfant, mariage, orientation sexuelle…). Cependant, si on mesure le taux de chacun des choix possibles au sein de la population sur un laps de temps assez long, il s'avère que ces taux apparaissent constants : **les individus, même libres de leurs actions, tendent toujours à offrir les mêmes traits sociologiques (en proportion) à l'échelle de la population.**

C. Le modèle sociologique

Le modèle sociologique proposé par Emile Durkheim dans son ouvrage de référence *Le suicide*, même s'il est imparfait, a le mérite d'exprimer clairement les liens de causalité entre les faits observés et les tentatives de suicide. Il montre à travers de multiples statistiques que la grande majorité des suicides possède une origine sociale.

Il différencie ainsi :

- les causes extra-sociales, qu'il considère comme négligeables
- les causes sociales, qui constituent selon ses travaux les causes majeures des suicides

La sociologie nous permet aussi de préciser un élément important relatif au geste suicidaire. Le suicide (tel que nous l'étudions ici c'est-à-dire qui n'a d'autre but que le décès en lui-même) a toujours un sens, aussi obscur puisse-t-il paraître pour l'entourage voire même pour le sujet lui-même. On ne se suicide pas pour rien. Le suicide constitue pour le sujet suicidaire une « réponse », une « solution » à un problème. Ce problème peut être une souffrance morale ou physique, un épuisement, une colère, une rage inextinguible etc. Même si le suicide demeure un acte impulsif, cela n'empêche pas qu'au moment de l'acte, il constitue la seule issue possible aux yeux du suicidaire.

1. Les causes extra sociales

Nous n'évoquerons donc pas les causes extra sociales (il s'agit surtout de la part supposée héréditaire (discutée de nos jours) et des causes psychopathiques). Précisons que les facteurs psychopathologiques évoqués dans les causes extra-sociales ne correspondent pas aux contributeurs psychologiques aux idées suicidaires évoqués lors de l'étude des facteurs de risque, que sont la dépression, le mal être, les addictions… Il évoque dans cette partie les troubles psychologiques qui peuvent être complètement responsables de la TS, c'est à dire des troubles psychiatriques sévères qui, même en l'absence de facteurs de risque prédisposants ou précipitants, conduisent le sujet à atteindre à sa propre vie (hallucinations etc.). De même, la cause héréditaire est très discutée aujourd'hui et on attribue plutôt le risque accru de suicide chez des enfants de suicidaires par l'influence du suicide de leurs parents en tant qu'événements de vie négatifs, par un processus d' « imitation » ou du fait de l'impact psychologique, qu'à une composante génétique. L'exposition précoce et prolongée aux idées de suicide ou aux comportements suicidaires d'un des parents, ou la survenue du décès par suicide constitue un facteur de risque de passage à l'acte à l'adolescence et à l'âge adulte

(Walter, 2001). Nous avons déjà évoqué plus haut les hypothèses de prédispositions clinico-biologiques au suicide. Jusqu'à présent, aucune hérédité suicidaire n'a été mise en évidence scientifiquement. De plus, les sociologues rejoignent les statistiques en arguant que le suicide n'est possible que si la constitution de l'individu s'y prête mais qu'elle ne l'implique pas nécessairement (Durkheim, 1976, p. 81).

Nous nous pencherons donc davantage sur les causes sociales, bien que succinctement.

2. Causes sociales

2.1. Le suicide altruiste

Il nait d'une « trop forte » intégration de l'individu au sein de la société : ce dernier s'efface au profit du groupe au point de ne plus accorder de valeur à sa propre existence comparativement à celle du groupe. Il est particulièrement développé dans les sociétés où l'intégration est très puissante. Ce type de société se retrouve dans des communautés très solidaires voire sectaires. Durkheim illustre ce type par les suicides des militaires (des retraités de l'armée qui, séparés du groupe, ne voient plus l'intérêt de la vie). On peut évoquer de nos jours les suicides des personnes âgées au Japon (société communautaire) qui, lorsqu'ils ne sont plus en mesure de rendre service à leur communauté, ressentent le besoin de disparaitre. Ce suicide ne sera pas développé plus avant car le corps vétérinaire ne constitue pas une telle communauté au point d'en effacer l'individu.

2.2. Le suicide égoïste

A l'inverse, c'est ici une individualisation poussée à l'extrême qui conduit au suicide. Le sujet « désocialisé » se retrouve comme « étranger » à la société qui l'entoure. La société dans lequel l'individu est censé évoluer est trop déstructurée pour que le sujet y trouve une place, l'envie d'en être un acteur. La conscience se replie sur elle-même et se donne pour principale tâche de s'observer et de s'analyser. Or, « ce n'est pas en ne regardant que soi qu'on peut trouver les raisons de s'attacher à autre chose que soi » (Durkheim, 1976, p. 314). Le sujet est condamné à se focaliser sur son néant propre qui le vide de toute motivation. En principe, toutes les formations communautaires (religion, famille…) protègent de ce type de suicide. Ce suicide est d'autant plus présent de nos jours que le caractère individualiste de notre société est en exergue. De plus, les religions ont beaucoup moins d'influence qu'auparavant de même que la famille, qui n'offre plus un refuge aussi stable et solidaire. Dans ce cadre, nous verrons en quoi le milieu du travail assume souvent cette fonction de « corporation » et comment la confraternité vétérinaire pourrait mieux assumer ce rôle :

> « En dehors de la société confessionnelle, familiale, politique il en est une autre (…) celle que forment, par leur association, tous les travailleurs du même ordre, tous les coopérateurs de la même fonction, c'est (…) la corporation. (…). Elle est composée d'individus qui se livrent aux mêmes travaux et dont les intérêts sont solidaires ou même confondus, il n'est pas de terrain plus propice à la formation d'idées et de sentiments sociaux (…). La corporation a donc tout ce qu'il faut pour encadrer l'individu, le tirer de son isolement » (Durkheim, 1976, p. 435)

On peut associer ce type de suicide au facteur de risque « isolement social ». Cet isolement peut favoriser le développement de troubles (ou en être le produit) tels que la dépression ou la toxicomanie (alcoolisme qui renforce l'isolement etc.).

2.3. Le suicide anomique

Le mot «anomie » vient du grec ἀνομία / Anomía et signifie « absence de règle, violation de la règle » (Narongdaj, 2011). Le suicide anomique vient d'une insatisfaction constante de l'individu dans sa course au bonheur, souvent assimilé à la prospérité économique depuis l'industrialisation. Le rendement n'est plus un moyen mais une fin et la jouissance de la vie est sans cesse reportée en vue d'une amélioration constante du quotidien.

> « On a soif de nouvelles choses, de jouissances ignorées (…) mais qui perdent toute leur saveur dès qu'elles sont connues. Dès lors que le moindre revers survienne et l'on est sans force pour le supporter. Toute cette fièvre tombe et on s'aperçoit combien toutes ces sensations nouvelles (…) n'ont pas réussi à constituer un solide capital de bonheur. (...) La fatigue, du reste, suffit à elle seule pour produire le désenchantement car il est difficile de ne pas se sentir, à la longue, l'inutilité d'une poursuite sans terme » (Durkheim, 1976, p. 285)

Il est démontré que le suicide croît de façon proportionnelle aux dérèglements d'ordre social et d'ordre économique: qu'il s'agisse de crises boursières ou d'embellie économique, le taux de suicide augmente car l'individu perd ses repères et ses régulateurs (Narongdaj, 2011).

2.4. Le suicide fataliste

Le suicide fataliste correspond à l'excès de limitation des attentes, qu'elles soient extérieures ou intérieures au sujet. En effet, il peut s'agir de nouvelles bornes imposées par l'extérieur (l'emprisonnement par exemple) mais également d'une limite imposée par le sujet lui-même (une image négative de soi qui l'amène à penser qu'il ne peut plus rien attendre de la vie). Là, des problèmes financiers dont on ne voit pas l'issue peuvent être corrélés à ce sentiment, tout comme la dépression qui implique une dévalorisation sévère de l'estime personnelle du sujet.

3. Bilan du modèle sociologique

S'il existe une cause sociale prédominante pour chaque suicide, elles peuvent coexister. De même, les facteurs de risque évoqués tout à l'heure peuvent être associés à ces causes, en tant que favorisants, prédisposants ou concomitants de ces dernières.

Nous ne reviendrons pas sur le modèle sociologique puisque l'étude des facteurs de risque que nous avons choisis d'explorer chez les vétérinaires nous permettra, d'une certaine manière, d'appréhender ces causes sociales en ce que le suicide égoïste est fortement lié à l'isolement social et aux troubles psychologiques, le suicide fataliste à la dépression et aux problèmes financiers et le suicide anomique aux troubles psychologiques.

D. Conclusion partielle sur l'étiologie du suicide

Même si nous avons conclu que les facteurs de risque du suicide ne peuvent représenter des causes directes de suicide et donc permettre une gestion de l'étiologie complète du geste suicidaire, il n'en demeure pas moins qu'ils constituent des outils pratiques à ne pas négliger dans la gestion et la compréhension de ce phénomène inquiétant. La préexistence de facteurs de risque suicidaires concomitants chez un individu permet (voire, devrait motiver) une gestion sinon un contrôle préventif des tendances suicidaires possibles du sujet. Cette gestion peut passer par la limitation de ces facteurs, comme on le verra en dernière partie de l'étude.

Comme nous l'avons déjà évoqué, nos études se concentreront donc sur

1. Les idées suicidaires et les tentatives de suicide antérieures
2. Les troubles psychiatriques (et, en particulier, la dépression, les troubles anxieux liés au stress et les addictions)
3. L'isolement social
4. Les problèmes financiers

Dans un deuxième temps, nous évoquerons les facteurs de risque spécifiques à la profession vétérinaire ou au corps médical, identifiés dans la littérature comme étant :

5. L'accès et la maitrise des agents médicamenteux potentiellement mortels, souvent usités dans les tentatives de suicide des praticiens vétérinaires
6. L'impact de l'euthanasie

II. Pourquoi les vétérinaires se suicident-ils particulièrement ? Vétérinaire : profession à risque ?

Nous avons évoqué précédemment les facteurs généraux liés au suicide. Cependant, le taux élevé de suicide au sein de la profession a conduit à rechercher des facteurs de suicide plus spécifiques aux praticiens vétérinaires.

Une étude empirique s'est intéressée aux facteurs de risque directs du suicide chez les vétérinaires. Cette étude, portant sur 14 vétérinaires en Nouvelle Zélande (Kinsella, 2006), a demandé aux vétérinaires répondants d'attribuer aux différents facteurs proposés un score sur 5, évaluant la contribution supposée de ces facteurs dans le taux de suicide élevé des vétérinaires.

Parmi les facteurs proposés dans le questionnaire (manque de soutien, dépression, problèmes de santé, problèmes de couples, problèmes familiaux, problèmes juridiques, stress, problèmes financiers, disponibilité des moyens, décès des animaux, sentiment d'échec), ceux jugés comme les plus grands contributeurs au risque suicidaire se sont avérés être, dans l'ordre :

- Le stress (4,35)
- La dépression (4,21)
- Les problèmes de mariage et de couple (3,0)

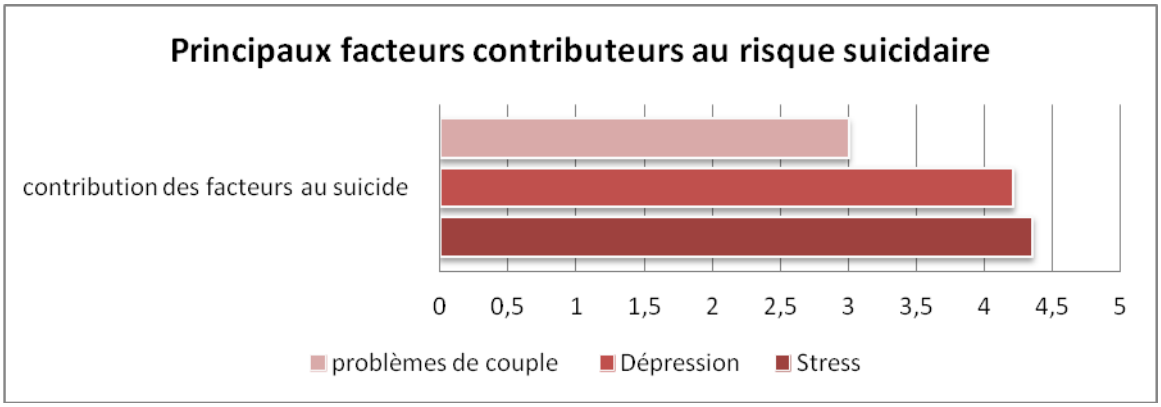


Figure 2 : Evaluation par des vétérinaires de la contribution de certains facteurs au risque suicidaire dans la profession vétérinaire (d'après Kinsella, 2006)

On peut noter l'**importance** des **facteurs psychologiques** et, notamment des **facteurs liés au travail, dans le risque suicidaire chez les vétérinaires**. En effet, nous verrons que l'importance des problèmes liés à la vie de couple reflète la difficulté qu'éprouvent les praticiens vétérinaires à conjuguer vie privée et vie professionnelle, du fait de leurs horaires difficiles et de leur surcharge de travail.

Ajoutons toutefois que cette étude base l'identification des facteurs de risque du suicide sur la simple évaluation de ceux-là par les praticiens interrogés. Or, comme nous l'avons évoqué plus avant, il est très difficile d'identifier les causes qui ont poussé un individu au suicide et il arrive souvent que même l'intéressé ne soit pas en mesure d'en déterminer la vraie nature. Nous préciserons donc, que, si ces résultats sont intéressants et donnent un

aperçu des causes probables de suicide chez les praticiens, ils ne constituent pas pour autant une évaluation objective des origines de ce phénomène dans la profession, tel que nous entreprendrons de la réaliser dans la partie qui suit.

Aussi, il existe beaucoup de spéculations quant à la nature exacte de ces agents en cause. Le stress au travail, la stigmatisation des troubles de santé mentale au sein de la profession vétérinaire à l'origine d'une réticence des vétérinaires qui envisagent le suicide à demander de l'aide médicale, l'isolement social et professionnel, la facilité d'accès à des médicaments mortels et l'impact de l'euthanasie ont régulièrement été impliqués dans la littérature comme facteurs conduisant à une augmentation de l'incidence du suicide au sein de la profession (Blair & Hayes, 1980; Jeyaretnam, et al., 2000; Halliwell & Hoskin, 2005; Mellanby, 2005; Bartram & Baldwin, 2008) (Mellanby, et al., 2009).

Nous étudierons donc ces facteurs spécifiques aux vétérinaires à la suite des facteurs généraux.

- Dans un premier temps, nous étudierons la communication d'intentions de suicide ainsi que les TS chez les vétérinaires via l'analyse d'enquêtes interrogeant les praticiens sur ces sujets.
- Dans un deuxième temps, nous aborderons les pathologies psychiatriques retrouvées chez les vétérinaires, qu'elles soient la conséquence directe de la pratique vétérinaire, ou en lien avec la sélection de ses actifs. Nous porterons une attention particulière aux troubles anxieux associés au stress, à la toxicomanie ainsi qu'aux troubles dépressifs.
- Dans un troisième temps, nous traiterons l'isolement des membres de la profession vétérinaire.
- Dans un quatrième temps, les problèmes financiers que peuvent rencontrer les patriciens seront envisagés afin de déterminer si leur existence pourrait être un facteur favorisant du suicide dans la profession.

Enfin, nous examinerons les facteurs spécifiques aux vétérinaires relevés dans la littérature, à savoir :

- La facilité d'accès aux médicaments mortels
- L'impact de l'euthanasie sur l'attitude du praticien face à la mort et les chocs affectifs consécutifs à ces mesures de fin de vie.

A. Pensées suicidaires, communications d'intention de suicide et TS

Plusieurs études ont étudié les idées suicidaires ou les tentatives de suicide chez les vétérinaires (Gardner & Hini, 2006; Connolly, 2004; Kinsella, 2006; Platt, et al., 2012b).

Une étude s'est intéressée à la prévalence des comportements suicidaires chez 849 vétérinaires néozélandais (Gardner & Hini, 2006). Deux pour cent des praticiens ont déclaré avoir tenté de se suicider et 16 % ont sérieusement envisagé de le faire (Platt, et al., 2012a). Notons que les femmes ont exprimé davantage de pensées suicidaires que les praticiens hommes (Gardner & Hini, 2006).

Dans une étude portant sur les vétérinaires australiens (Fairnie, 2005), des entretiens avec 45 praticiens révélaient que 27 % avaient déjà pensé au suicide au moins une fois. Deux sujets (0.5 %) affirmaient avoir déjà tenté de se suicider.

Dans une autre étude (Connolly, 2004), un questionnaire a été soumis à 94 praticiens, leur demandant d'identifier les facteurs qui les dissuadaient du suicide. Les facteurs les plus évoqués par les praticiens interrogés étaient leur conviction quant à la nécessité de survivre et de faire face aux pensées suicidaires, les responsabilités envers leur famille, et les préoccupations concernant les enfants. Un moindre nombre craignait la désapprobation sociale, les objections morales au suicide ou le suicide en lui-même (Connolly, 2004).

Une étude anglaise (Bartram, 2009) portant sur 1796 praticiens révèle une prévalence d'idéation suicidaire sur 12 mois (pensées suicidaires et/ou sentiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et/ou désir d'être mort) de 29,4 % au sein des praticiens interrogés. La prévalence des pensées suicidaires sur 12 mois (assimilée à une réponse positive à la question : « avez-vous pensé à mettre fin à vos jours, même si vous ne l'aviez pas réellement envisagé ») était, quant à elle, de 21,3 %, avec une prévalence significativement supérieure chez les praticiens des petits animaux de compagnie comparativement aux vétérinaires mixtes. La prévalence mesurée des pensées suicidaires chez les vétérinaires était 4 fois supérieure à celle mesurée dans la population générale.

Si on réalise le bilan de ces études,

- **0,5 à 2 % des praticiens vétérinaires ont reconnu avoir tenté de se suicider**
- **16 à 27 % ont déjà envisagé de mettre fin à leurs jours**
- **Environ 30 % ont déjà été traversés par des idées suicidaires.**

Une étude révèle une prévalence 4 fois plus élevée de pensées suicidaires chez les vétérinaires par rapport à la population générale.

Dans leur majorité, les vétérinaires semblent ne pas craindre le suicide et ne pas y voir de réelles objections morales.

B. Les troubles mentaux chez les vétérinaires

- **Définition**

On entendra par « troubles mentaux » (ou « psychologiques » ou « psychiatriques ») toutes les altérations de la santé mentale. La Constitution de l'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Cette définition implique que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux (OMS, 2010). Le bien-être, l'absence de stress, de souffrance psychique ou d'addiction, sont autant de facteurs indispensables à une bonne santé mentale.

- **Les troubles mentaux et le suicide chez les soignants**

Comme évoqué précédemment dans la partie « facteurs de risque », le suicide est fortement corrélé aux désordres psychiatriques. De ce fait, une explication du taux élevé de suicide au sein des professions médicales pourrait être un taux élevé de troubles mentaux dans ce groupe professionnel par rapport à la population d'autres groupes de métiers (Hawton, et al., 2011). De nombreuses études ont tenté d'identifier ces problèmes chez les soignants, dont les vétérinaires. Des désordres psychiatriques (en particulier la dépression) ont été rapportés dans 86 % des cas de suicides chez les médecins (Hawton, et al., 2004) et 75 % chez les infirmières (Hawton, et al., 2002), ce qui correspond à des taux plus élevés dans les professions médicales que dans la population générale (47 à 74 %) (Cavanagh, et al., 2003).
Cela laisse supposer que **les problèmes psychiatriques participent fortement au phénomène suicidaire des soignants**.

- **Troubles mentaux chez les vétérinaires**

Si de telles données ne sont pas disponibles concernant les vétérinaires, quelques études suggèrent que des troubles mentaux pourraient également être répandus chez les praticiens vétérinaires.

La santé mentale et physique des vétérinaires serait moins bonne par rapport à celle de la population générale selon une étude de 2005 (Kahn & Nutter, 2005).

Une étude australienne (Fairnie, 2005) a effectué la mesure de la détresse psychologique (DP) de près de 419 vétérinaires : une échelle standardisée de 10 niveaux a été utilisée (K10[5] : échelle de Kessler). Cette échelle est fondée sur 10 questions dont les réponses vont constituer un score. C'est la mesure de la DP par son degré d'intensité, sa permanence et sa durée qui est, ou non, révélatrice d'un trouble mental (Direction générale de la santé, 2009). Un score entrant dans la catégorie « très élevé » est indicateur de trouble mental sévère nécessitant une prise en charge médicale.
Soixante dix huit pour cent des interrogés ont obtenu un score bas à modéré et **22 % un score élevé à très élevé**. Chez les vétérinaires des deux sexes âgés de 25 à 44 ans, le **pourcentage d'individus à DP élevée était double par rapport aux valeurs de la population générale.**

Une étude anglo-saxonne de 2006 rapporte que **20 % des praticiens vétérinaires interrogés n'opteraient pas pour la pratique vétérinaire si c'était à refaire** et 27 % hésiteraient. Cet apparent désenchantement d'une proportion importante des vétérinaires concernant leur choix de carrière corrobore les résultats de l'étude précédente sur l'altération importante de leur santé mentale liée à la profession (Bartram & Baldwin, 2008).

[5] L'échelle K10 est fondée sur dix questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie épuisée sans véritable raison, nerveuse (si nerveuse que rien ne pouvait la calmer), désespérée, agitée (si agitée qu'elle ne pouvait pas rester immobile), triste ou déprimée (si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire), bonne à rien ou, finalement, avait l'impression que tout lui demandait un effort. Chacune de ces dix questions se voit accorder une cote de 1 (jamais) à 5 (tout le temps), le score final variant de 10 à 50 (Camirand & Nanhou, 2008). Plus le score est élevé, plus la détresse est prononcée. Le score est considéré élevé à partir de 22 et très élevé à partir de 30. Un score égal ou supérieur de 20 à 24 indique un trouble mental léger alors qu'un score supérieur à 30 indique un trouble mental sévère (Fairnie, 2005).

Il existe donc une vraie détresse psychologique ainsi que des troubles mentaux chez les vétérinaires.

Nous verrons que de nombreuses études attestent de ces troubles et tentent de les identifier. Nous aborderons ces pathologies psychiques en distinguant

- les troubles anxieux, associés au stress et au burn out
- les troubles de l'humeur : le mal-être et la dépression au sein de la profession.

1. Stress, troubles anxieux et burn out

1.1. Le travail est connu pour engendrer du stress, voire des troubles anxieux qui peuvent conduire au suicide

On entendra par « stress » ou « stress psychosocial » toute contrainte psychosociale inhérente à la gestion par l'individu de sa situation au travail, du point de vue relationnel ou organisationnel (Chouanière, 2006). Le stress est le produit d'un décalage entre les demandes et les pressions exercées sur une personne d'une part, et les connaissances et les capacités de cette personne d'autre part. Le stress survient non seulement dans des situations où les pressions professionnelles dépassent les capacités de l'employé, mais aussi lorsque les connaissances et capacités de celui-ci ne sont pas suffisamment utilisées et que cela lui pose un problème (Leka, et al., 2004).

Le stress au travail constitue un problème majeur dans la santé des travailleurs (Leka, et al., 2004). **Des études ont démontré une corrélation étroite entre le stress au travail et les taux de dépression et d'anxiété**. On a ainsi mis en évidence une association entre l'exercice dans un métier à forte demande d'investissement et l'apparition de syndromes dépressifs et anxieux chez des individus auparavant sains psychologiquement (Bartram & Baldwin, 2008). Selon certaines études, la **moitié des suicidants aurait ressenti un stress intense au travail** (François, et al., 2011).

Les sources de stress les plus fréquemment évoquées correspondent à la surcharge de travail, les objectifs inatteignables et les délais difficiles à respecter. La qualité du travail rendu peut souffrir de ces exigences de délais et d'objectifs, ce qui peut affecter la conscience professionnelle du travailleur. **Plus d'un quart des suicidants** interrogés dans une étude française **auraient vu leur conscience professionnelle heurtée** (François, et al., 2011), soit deux fois plus que les salariés de la population générale (Cohidon, et al., 2009): les travailleurs, souvent très investis mais contraints à réaliser un travail qu'ils n'estiment pas « bien fait », en subissent les conséquences psychologiques.

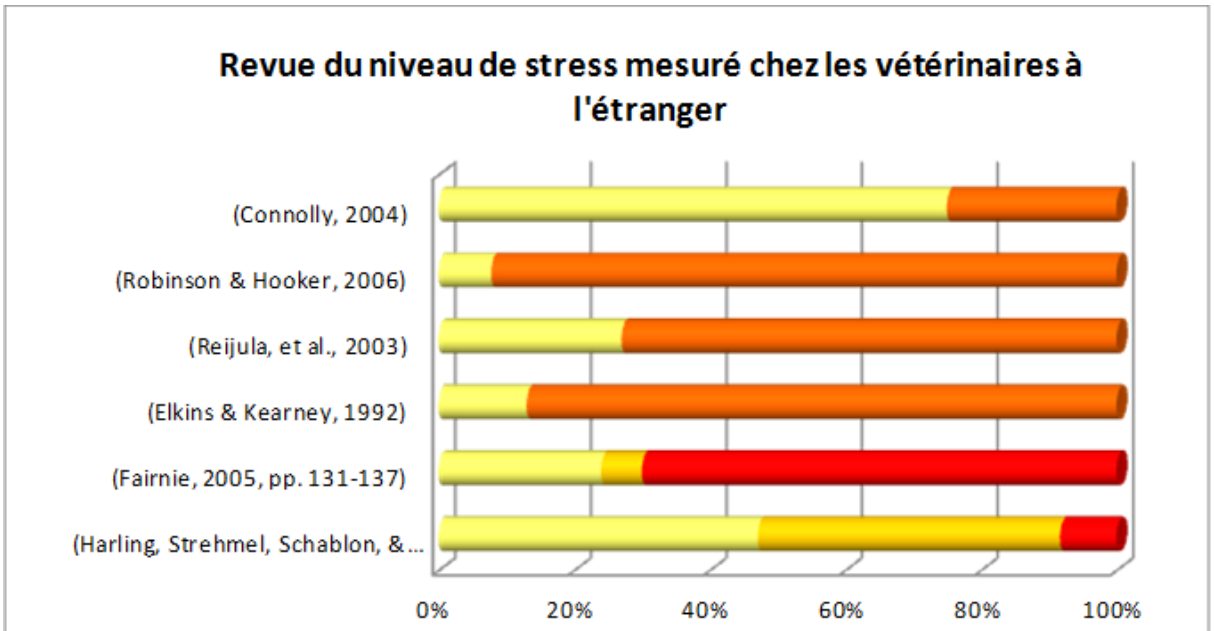
Tous ces troubles liés au travail sont deux fois plus représentés chez les suicidants interrogés que dans la population générale, ce qui traduit bien **la part importante du stress et de la surcharge au travail dans la genèse du comportement suicidaire** (François, et al., 2011).

Le stress et la surcharge de travail sont donc de grands contributeurs à la genèse du comportement suicidaire

1.2. La profession vétérinaire est source de stress et de troubles anxieux pour beaucoup de praticiens

1.2.1 La prévalence du stress et des troubles anxieux chez les vétérinaires

Des recherches préliminaires suggèrent que les vétérinaires pourraient être exposés à des hauts niveaux de stress au travail (Kahn & Nutter, 2005).
De nombreuses études ont cherché à mesurer le niveau de stress ressenti par les praticiens vétérinaires (Harling, et al., 2009; Fairnie, 2005; Elkins & Kearney, 1992; Reijula, et al., 2003; Robinson & Hooker, 2006; Bartram & Baldwin, 2008; Connolly, 2004). Le graphique suivant (fig. 3) propose un résumé des résultats obtenus.



	(Harling, Strehmel, Schablon, & Nienhaus, 2009)	(Fairnie, 2005, pp. 131-137)	(Elkins & Kearney, 1992)	(Reijula, et al., 2003)	(Robinson & Hooker, 2006)	(Connolly, 2004)
niveau de stress bas	47,10%	24%	13%	27%	7%	75%
niveau de stress intermédiaire	44,60%	6%				
niveau de stress élevé à très élevé	8,30%	70%				
niveau de stress non précisé : intermédiaire à très élevé			87%	73%	83%	25%

Figure 3 : Niveau de stress mesuré chez les vétérinaires à l'étranger

On observe des résultats variables, avec un niveau de stress intense à très intense qui concernerait 8 à 70 % des praticiens. Cependant, si on écarte les valeurs obtenues par les études de Conolly et de Harling (stress affectant 25 à 53 % des particiens), la prévalence du stress chez les vétérinaires est plutôt stable d'une étude à l'autre, allant de 73 à 87 % des vétérinaires interrogés.

La grande disparité de certains résultats (notamment ceux distinguant des « degrés » de stress ressenti) peut être facilement expliquée par la grande diversité des outils de mesures (questionnaires aux formulations et propositions variées, entretiens…) utilisés suivant les études. Les différents résultats pourraient également illustrer la capacité de certaines populations à mieux gérer leur stress ou les différentes stratégies de lutte contre l'épuisement professionnel mises en place dans les différents pays concernés.

Il apparait toutefois que, dans la majorité des pays, le stress touche une grande majorité des praticiens vétérinaires, et cela d'une façon modérée à très intense.

Précisons que **pour la plupart de vétérinaires interrogés, ce stress est directement lié à la pratique vétérinaire** (pour 80 % des praticiens, d'après Fairnie, 2005, pp. 131-317).

La profession est donc source de stress, mais, surtout, elle l'est en moyenne plus que les autres professions. Ainsi, une étude anglaise (Bartram, et al., 2009) révèle que les conditions psychosociales au travail chez les vétérinaires sont significativement moins favorables qu'au sein de la population générale. Le domaine qui a révélé la plus grande différence est celui de la « demande », signifiant que les vétérinaires étaient beaucoup plus stressés par les exigences de leurs clients que les actifs de la population générale.

Les vétérinaires subissent un stress significativement plus important dans leur exercice professionnel que celui ressenti en moyenne par la population générale.

Dans la même étude (Bartram, et al., 2009), une mesure des symptômes anxieux (via l'échelle HADS[6]) révèle un score moyen significativement plus élevé au sein de la population vétérinaire que dans la population générale. Ainsi, 26,3 % des interrogés ont obtenu un score indiquant un trouble anxieux clinique probable et 25,3 % ont obtenu un score indiquant un trouble anxieux possible.

Près de 50 % des praticiens vétérinaires britanniques souffriraient possiblement d'un trouble anxieux et un quart souffriraient d'un trouble anxieux avéré.

Une étude australienne invitant les praticiens à donner un score sur 5 de leur niveau de stress a cependant obtenu une moyenne de 2,8/5 correspondant à un stress modéré (Anonyme, 2002). Toutefois, ce résultat est discutable sur plusieurs points : d'une part, cette mesure était effectuée par les praticiens eux-mêmes et non au moyen d'une échelle reconnue comme

[6] L'échelle HADS pour «Hospital Anxiety and Depression Scale » est un outil cherchant à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité. Il s'agit d'un auto-questionnaire complété en fonction de son état dans la semaine écoulée. Il comprend 14 items répartis en 2 sous-échelles : 7 pour évaluer l'anxiété (HADS-A) et le même nombre pour évaluer la dépression (HADS-D) (Langevin, et al., 2011a).

l'échelle HADS. D'autre part, si la moyenne reste raisonnable (bien que déjà trop élevée), elle efface les extrêmes qui pourraient se dessiner dans l'échantillon. En effet, tous les individus ne sont pas égaux face aux « agressions » de leur environnement, comme évoqué dans le modèle diathèse-stress, et c'est surtout la réaction de la population la plus vulnérable qui nous intéresse ici, dont le risque suicidaire est plus élevé.

Ce stress étant mis en évidence, il s'agit de déterminer quels sont les facteurs contribuant à sa forte prévalence au sein de la profession.

1.2.2 Les facteurs de stress

De nombreuses études se sont intéressées à l'identification des sources de stress des vétérinaires. Certaines, au moyen d'entretiens, ont demandé directement aux praticiens de citer les facteurs qui pour eux contribuaient le plus à leur stress quotidien au travail. D'autres ont proposé des questionnaires demandant aux praticiens d'attribuer un score aux différents facteurs en fonction de leur contribution au stress du praticien. La liste de facteurs de stress proposée dans les questionnaires était soit issue de la littérature, soit construite à partir d'entretiens préalables.

i. Une surcharge de travail et des horaires pénibles qui rendent la conjugaison vie privée/vie professionnelle difficile

Les études effectuées corrèlent souvent le stress des vétérinaires à la gestion du travail et du temps de travail (Platt, et al., 2010). De plus, il est prouvé que la probabilité de stress psychosocial intense ainsi que la détresse psychologique augmentent avec le nombre d'heures effectuées par les vétérinaires interrogés (Harling, et al., 2009; Fairnie, 2005).

Le temps de travail très important qu'exige le métier est souvent cité dans les études menées. La surcharge de travail peut représenter une menace réelle pour la santé et la sécurité des travailleurs, d'autant plus dans un contexte de sentiment d'envahissement par son emploi de la sphère privée (Hansez, et al., 2008; Reijula, et al., 2003).

France : une seule étude française s'est intéressée aux facteurs de stress inhérents à la pratique vétérinaire (Tupin, 2005). Les résultats (fig. 4) indiquent que les vétérinaires français placent en tête de leur liste les horaires pénibles et la difficulté à conjuguer vie privée et vie professionnelle, les deux contraintes étant bien sûr liées.

Pour les vétérinaires français, les principales sources de stress inhérentes à la pratique vétérinaire correspondent au temps de travail important, aux horaires difficiles et à la difficulté de conjuguer son exercice à sa vie privée.

A l'étranger, les vétérinaires semblent également attribuer la grande part de leur stress à ces facteurs.

Belgique : une étude irlandaise portant sur les vétérinaires belges montre un résultat similaire (Hansez, et al., 2008). Les horaires difficiles, le travail important et la manque de temps à accorder à la sphère privée représentait le second facteur de stress majeur, cité par 30 % des vétérinaires (praticiens ruraux) interrogés (fig.6).

Royaume-Uni : une étude de grande ampleur (9671 participants) menée au Royaume-Uni (Robinson & Hooker, 2006), indique que parmi les 13 % de vétérinaires interrogés qui envisagent de changer de métier, plus de la moitié le feraient pour échapper au stress et aux horaires trop lourds tandis que 14 % le feraient pour préserver leur vie de famille. Une autre étude (Bartram, et al., 2009), corrobore ce résultat : Bartram révèle ainsi que près de 3/4 des vétérinaires britanniques pensent que le nombre d'heures travaillées contribue de façon importante à très importante à leur stress ressenti, ce qui place ce facteur en tête des 4 grands contributeurs identifiés dans cette étude.

Australie : dans une première étude australienne (Jeyaretnam, et al., 2000), on retrouve dans les agents de stress cités la surcharge de travail et les longues heures de travail, associées à des vacances trop rares (fig. 6). Ces facteurs constituent plus d'un tiers des causes évoquées par les praticiens vétérinaires interrogés dans l'étude. Une seconde étude (Fairnie, 2005, p. 201) obtient que 13 % des vétérinaires australiens attribuent une partie de leur stress à ces facteurs, ce qui place ces agents à la quatrième place des causes de stress évoquées (fig. 4). Toutefois, une troisième étude suggère que le facteur de stress majeur est le manque de temps associé aux horaires importants qu'impose la profession (Anonyme, 2002). D'autres sources de stress évoquées dans l'enquête étaient directement en relation avec ce facteur parmi lesquelles le manque de temps à consacrer à la famille, aux loisirs, ou les difficultés pour trouver un remplaçant en cas de maladie ou pour prendre des vacances. Une dernière étude (Meehan & Bradley, 2007) montre que les facteurs les plus corrélés[7] au stress du praticien sont la mauvaise adaptation des obligations professionnelles à la vie privée, le fait de finir tard le soir et tous les facteurs traduisant une surcharge de travail (nombres d'appels, de consultations, de chirurgies…) (fig. 5). L'excès de travail se dessine donc nettement comme le facteur majeur de stress dans cette dernière étude.

Irlande : les résultats sont quasi-identiques dans l'étude irlandaise (Connolly, 2004) où les longues heures de travail, la charge de travail importante et les problèmes de gestion du temps et de balance vie privée et vie professionnelle représentent quasiment la moitié des facteurs évoqués (fig. 6).

Finlande : il en est de même concernant les praticiens finlandais (Reijula, et al., 2003) pour lesquels la précipitation et la charge importante de travail constituent 1/3 des causes principales de leur stress (fig. 6).

En Nouvelle Zélande, le constat est le même : la surcharge de travail constitue 1/3 des causes de stress évoquées (Gardner & Hini, 2006) (fig. 6). Aussi, elle est même considérée comme le facteur le plus stressant par le score que les vétérinaires néozélandais lui ont attribué dans une étude de 2006 (Kinsella, 2006) (fig. 5). Sur une échelle de 1 à 5, les praticiens, amenés à noter le niveau de stress de chaque facteur, ont attribué les scores de 3,71 aux horaires mal adaptés à la vie sociale et 3,57 à la charge de travail importante.

[7] Les corrélations ont été obtenues en calculant le coefficient de corrélation de Pearson.

Allemagne : environ un quart des praticiens allemands souffrant du stress (Harling, et al., 2009) ont évoqué comme agent en cause la pression induite par le manque de temps associée à la charge de travail importante, les difficultés à équilibrer vie privée et vie professionnelle et le manque de temps libre.

Le constat est le même à l'étranger : les horaires pénibles associés à la charge de travail sont les causes majeures de stress chez les praticiens vétérinaires de nombreux pays.

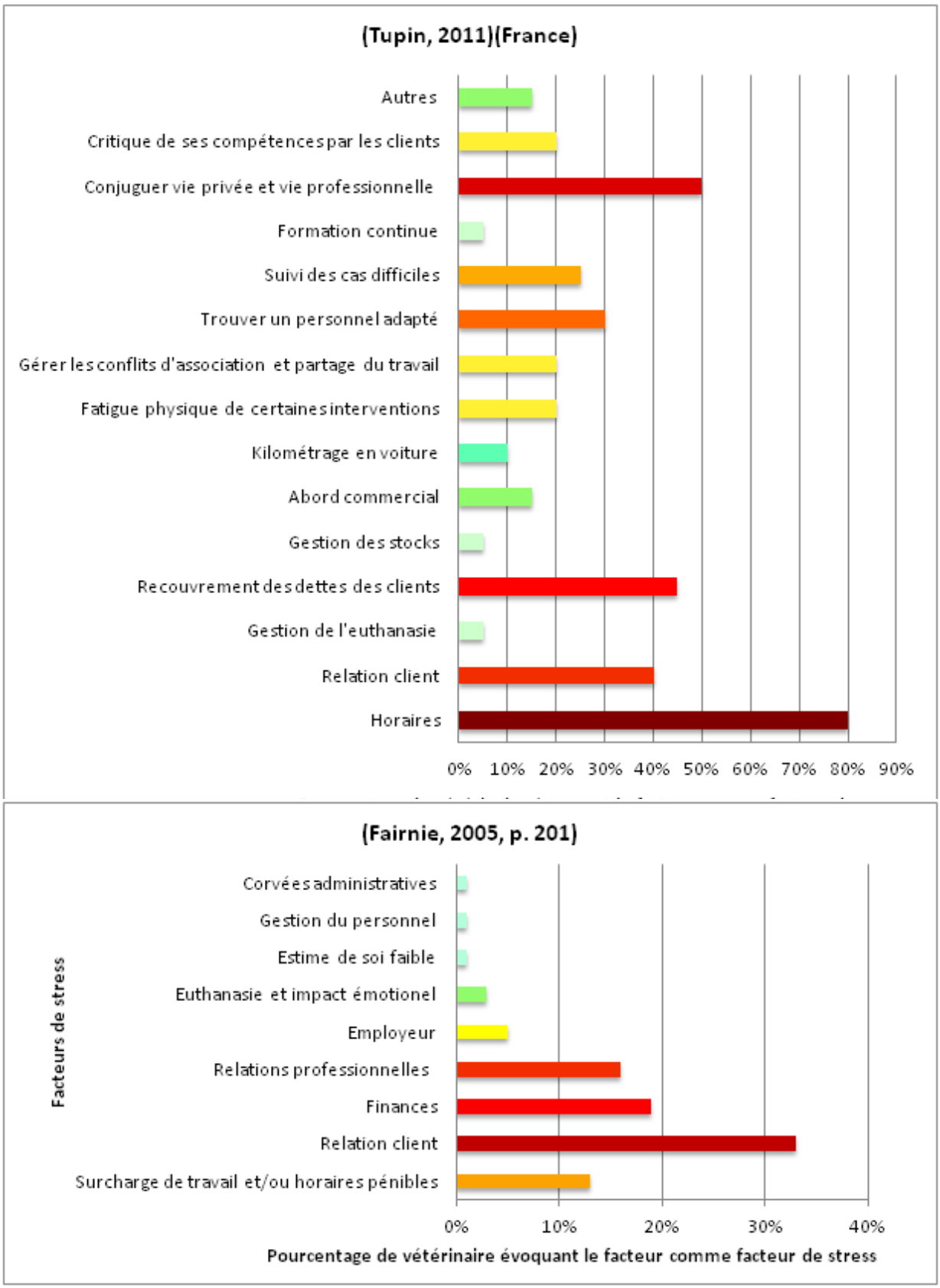
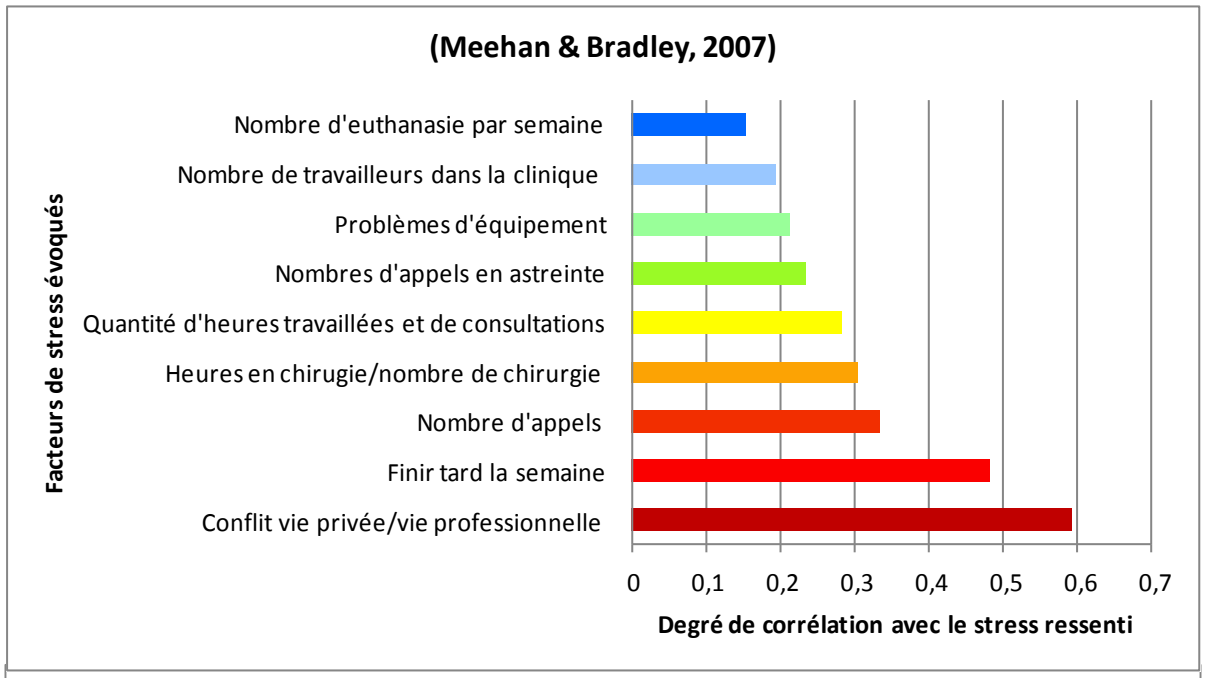


Figure 4 : Contribution de différents facteurs au stress des vétérinaires[8]. Données d'après (Tupin, 2005) (Fairnie, 2005)

[8] Précisons que l'étude française et l'étude australienne de Fairnie évaluent la contribution du facteur par le pourcentage de praticiens ayant cité ce dernier comme source de stress.



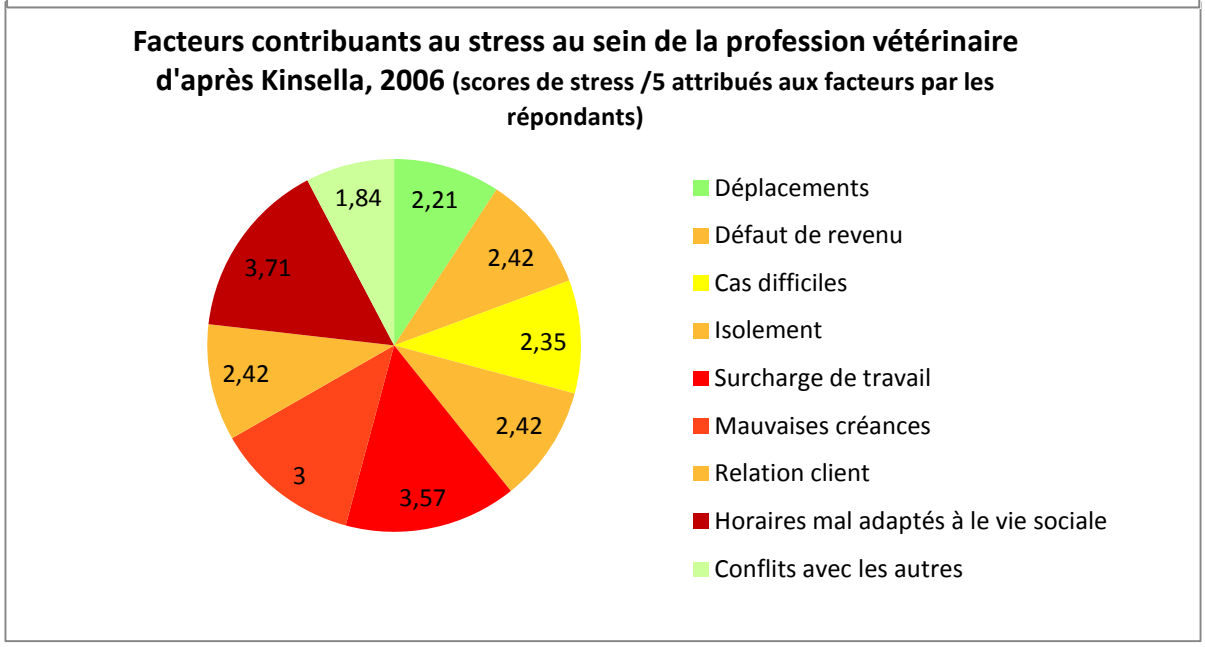


Figure 5 : Contribution de différents facteurs au stress des vétérinaires (suite) données d'après (Kinsella, 2006) (Meehan & Bradley, 2007)

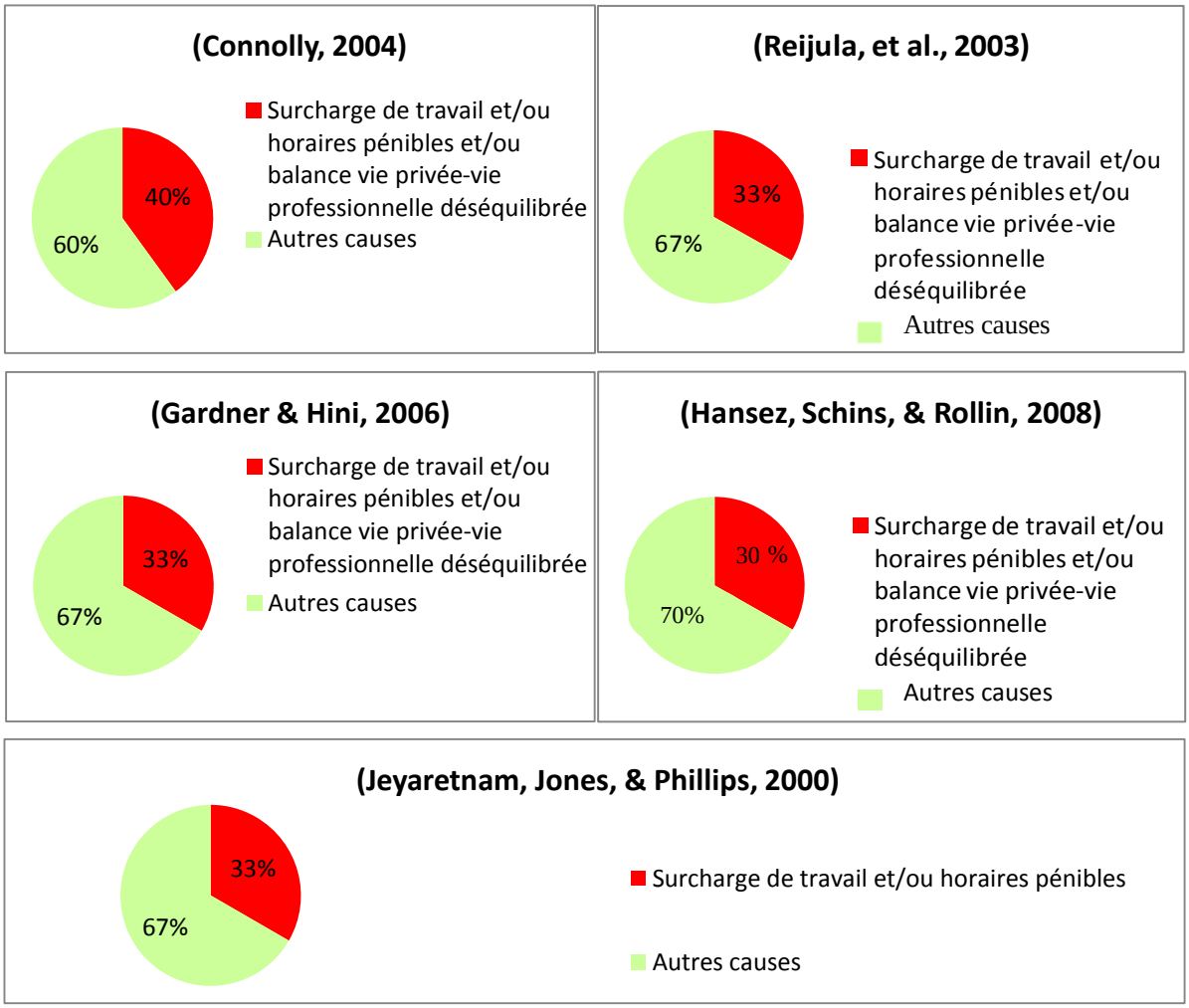


Figure 6 : Contribution de la surcharge de travail/horaires pénibles/altération de la vie privée au stress chez les vétérinaires[9]. D'après les données de (Gardner & Hini, 2006) (Hansez, et al., 2008) (Jeyaretnam, et al., 2000) (Connolly, 2004) (Reijula, et al., 2003)

- **La balance vie privée/vie sociale, principale victime de la surcharge de travail**

Les vétérinaires éprouvent de grandes difficultés à mener une vie sociale/familiale épanouie au regard de leurs horaires pénibles. La surcharge de travail évoquée par les praticiens doit son caractère stressant, et délétère pour la santé psychologique, en grande partie aux conséquences qu'elle engendre sur la vie privée de ces derniers.

Ainsi, en France, 67 % des vétérinaires interrogés estiment ne pas avoir le temps de profiter de leur famille (Tupin, 2005) (fig. 4). De même, l'étude sur les praticiens belges (Hansez, et al., 2008) montre une influence du travail sur la sphère privée beaucoup plus délétère dans la profession que dans les autres populations d'actifs. Toujours dans le même sens, par rapport à la population générale, un échantillon de vétérinaire anglais a montré des niveaux plus élevés d'interaction travail–vie privée négative (Bartram, et al., 2009). L'étude anglaise de Robinson (Robinson & Hooker, 2006) indique que plus de la moitié des praticiens vétérinaires du

[9] L'évaluation de la contribution du facteur dans ces études n'est estimée que par leur représentativité dans les facteurs cités.

Royaume-Uni pensent que la profession vétérinaire n'est pas un travail favorable à la vie familiale. Trente sept pourcent des vétérinaires interrogés dans cette étude suggèrent une amélioration de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour rendre l'exercice vétérinaire plus agréable.

- **Les contraintes administratives, source de travail et de stress supplémentaire**

En France comme dans beaucoup de pays étrangers, la plupart des vétérinaires gèrent eux-mêmes leur entreprise (chiffres SNVEL, 2011). Cela implique la gestion des stocks médicamenteux, la comptabilité, la gestion du personnel et bien sûr l'exercice vétérinaire au sens strict. Aussi les vétérinaires français évoquent-ils volontiers la lourdeur des tâches et des responsabilités qui leur incombent quant à la gestion d'une structure vétérinaire, d'autant qu'ils considèrent ne pas y être préparés au cours de leur formation, qu'il s'agisse de comptabilité, des finances ou des contraintes administratives (Tupin, 2005).

- **L'impact des gardes**

Les astreintes génèrent un sentiment de non liberté, en particulier chez les praticiens qui exercent sans collaborateur (Hansez, et al., 2008).

Ainsi, la même étude australienne qu'évoquée plus avant (Fairnie, 2005), révèle que, pour 40 % des vétérinaires interrogés, être de garde nuirait de façon importante à leur vie familiale.

Les permanences téléphoniques représentent un facteur de stress sur six évoqués au sein de l'étude américaine de Reijula (Reijula, et al., 2003) et d'autres études évoquent ce facteur comme source de stress secondaire (Gardner & Hini, 2006; Bartram & Baldwin, 2008). Vingt sept pourcent des vétérinaires interrogés dans l'étude britannique de grande ampleur citée plus avant (Robinson & Hooker, 2006) suggèrent de trouver des solutions pour alléger les gardes comme moyen pour rendre l'exercice vétérinaire plus agréable.

- **L'investissement au travail : source de stress mais aussi facteur protecteur des pathologies psychosociales liées au travail**

Cette surcharge de travail ainsi que les horaires pénibles sont étroitement liées à l'investissement du vétérinaire dans son exercice. Si le praticien sacrifie autant sa vie privée au profit de sa vie professionnelle, c'est qu'il est en général très investi dans cette dernière.

- ✓ <u>La plupart des vétérinaires étudiés montrent une implication importante dans leur l'emploi qui pourrait modérer le niveau de stress associé au travail</u> (Fairnie, 2005).

Les praticiens vétérinaires semblent apprécier et se sentir stimulés par leur métier même s'ils trouvent certaines conditions de travail difficiles à gérer (Hansez, et al., 2008). En France, 62 % des vétérinaires ayant répondu se sentent accomplis dans leur travail (Tupin, 2005) tandis qu'au Royaume-Uni (Robinson & Hooker, 2006) c'est 93 % des répondants qui ressentent leur métier comme agréable malgré les contraintes ressenties. Dans une étude irlandaise (Connolly, 2004), 87 % des vétérinaires trouvaient leur emploi satisfaisant, et cela malgré un fort taux de vétérinaires désirant une amélioration de leur situation au travail (80 %).

Or, de nombreuses études montrent que le niveau de stress est modéré par la possession d'une grande autorité et d'un haut niveau de satisfaction au travail (Jeyaretnam, et al., 2000; Meehan & Bradley, 2007). Cet investissement lié à la satisfaction dans son exercice pourrait donc jouer un rôle protecteur contre le stress psychosocial au travail.

- ✓ Toutefois, cet investissement est à double tranchant :

  - ❖ L'impact de ses résultats cliniques :

En France, 14 % des vétérinaires ressentent systématiquement la perte d'un patient comme un échec personnel (Tupin, 2005). Une étude néozélandaise (Gardner & Hini, 2006) montre que le niveau de stress est directement associé aux issues inattendues des traitements des patients. La même étude montre que le souci d'une bonne formation afin de maintenir son savoir faire et l'angoisse de l'erreur professionnelle sont également des agents importants de stress chez le vétérinaire. De même, parmi les facteurs personnels sur lesquels les praticiens ont été interrogés, le plus grand facteur de stress enregistré est la peur de ne pas être à la hauteur de ses propres exigences (Gardner & Hini, 2006). Tout cela traduit bien la préoccupation des praticiens quant à leurs résultats et le stress engendré par un tel investissement personnel.

  - ❖ Une trop faible reconnaissance :

Le manque de reconnaissance est évoqué par beaucoup de vétérinaires. Ce sentiment est étudié dans la partie « autres facteurs de stress », dans la mesure où il constitue un facteur de stress à part entière dans certaines enquêtes. Cette impression d'injustice est logiquement liée à l'investissement important du vétérinaire dans sa profession, qui, on l'a vu, éprouve le sentiment de consacrer la majeure partie de sa vie à son exercice. Cela explique en partie l'exacerbation de l'iniquité ressentie par les praticiens, bien que d'autres éléments soient cités dans les études comme sources de ressentiment, comme nous le verrons plus loin.

ii. La relation avec le client

Parmi les 3 facteurs de stress revenant souvent dans les différentes études, se trouve la relation parfois difficile avec le client (Platt, et al., 2010).

Même si, souvent, seul un petit pourcentage de clients se plaignent, ces conflits sont très mal vécus par les praticiens. Le nouveau praticien doit être hautement qualifié dans la communication afin de conserver des relations appropriées avec ses clients (Hansez, et al., 2008; Platt, et al., 2012a).

L'autre volet stressant de la relation client pour les vétérinaires correspond aux exigences importantes de ces derniers. Un quart des vétérinaires français interrogés estiment en effet que la plupart des clients attendent trop d'eux (Tupin, 2005). De même, cette exigence peut être elle-même à l'origine d'un nouveau facteur de stress, le risque de procédures judiciaires. Les praticiens français ont ainsi le sentiment que les clients deviennent de plus en plus procéduriers (Tupin, 2005).

En France, la perception des sommes dues par les clients et les relations avec la clientèle se placent respectivement à la 3ème et la 4ème place des facteurs évoqués par les

vétérinaires (fig. 4). Ces résultats rejoignent les commentaires rédigés par les praticiens (dans la même étude) évoquant une clientèle ressentie comme de plus en plus exigeante (Tupin, 2005). La même étude indique que la majorité (54 %) des vétérinaires français parvient toujours à conserver leur patience face à une clientèle difficile mais souligne que plus d'un tiers (39%) constatent une évolution négative (Tupin, 2005).

La relation avec le client et les difficultés associées occupent la 3ème place dans les facteurs de stress évoqués par les vétérinaires français.

A l'étranger, cette relation est également source de stress.

Belgique : on retrouve les facteurs « relation client », « recouvrement des dettes des clients » et « insatisfaction des clients » dans l'étude d'Hansez (Hansez, et al., 2008), ces facteurs représentant presqu'un tiers des causes évoquées (fig. 7). Il s'agit dans cette étude du facteur de stress majeur.

Australie : les clients décrits comme irrationnels ou furieux représentent 1/8ème des causes évoquées par les vétérinaires australiens de la première étude (Jeyaretnam, et al., 2000). L'agressivité de certains clients ainsi que l'exigence importante de la clientèle représente même le facteur de stress le plus évoqué dans l'étude australienne de Fairnie (Fairnie, 2005, p. 201) (fig. 4), avec évocation de cette cause par un tiers des praticiens. La troisième étude (Anonyme, 2002) révèle que les clients en colère ou émotionnellement instables (très affligés par la maladie ou la perte de leur animal), constituent une source majeure de stress. Les praticiens qualifient ce facteur comme modérément à extrêmement stressant. Les défauts de créance sont également évoqués mais constituent surtout une source de stress chronique. Dans la quatrième étude australienne, la corrélation entre stress et relation client n'est pas mesurée.

En Irlande, les demandes du client sont également évoquées comme source de stress parmi 5 autres facteurs (Connolly, 2004) (fig. 7).

Finlande : ce problème n'est en revanche pas du tout évoqué dans l'étude portant sur des vétérinaires finlandais (Reijula, et al., 2003) (fig. 7). On peut supposer que les mœurs des différents pays peuvent avoir une grande influence sur les comportements des clients, quelque soit les services étudiés.

En Nouvelle Zélande, les attentes des clients sont évoquées parmi les 3 grands facteurs de stress obtenus dans l'enquête de Gardner et Hini (Gardner & Hini, 2006) (fig. 7). La seconde étude néozélandaise (Kinsella, 2006), évoque également la relation avec les clients mais également les défauts de créance dans les facteurs de stress rapportés. Les résultats obtenus montrent que la seconde source principale de stress, après la pénibilité des horaires et la charge de travail évoquées précédemment, sont, avec un score de stress moyen d'environ 3/5, les mauvaises créances puis la relation client (cf. fig. 5).

De façon générale, à l'étranger, la relation client représente la seconde source de stress évoquée. Seuls les Finlandais semblent faire exception à ce ressenti, les mœurs de la société finlandaise étant certainement en lien avec ce résultat. Le client est source de stress via son comportement qui se veut parfois agressif, ses défauts de créances, mais surtout ses attentes souvent trop grandes quant aux soins de son animal.

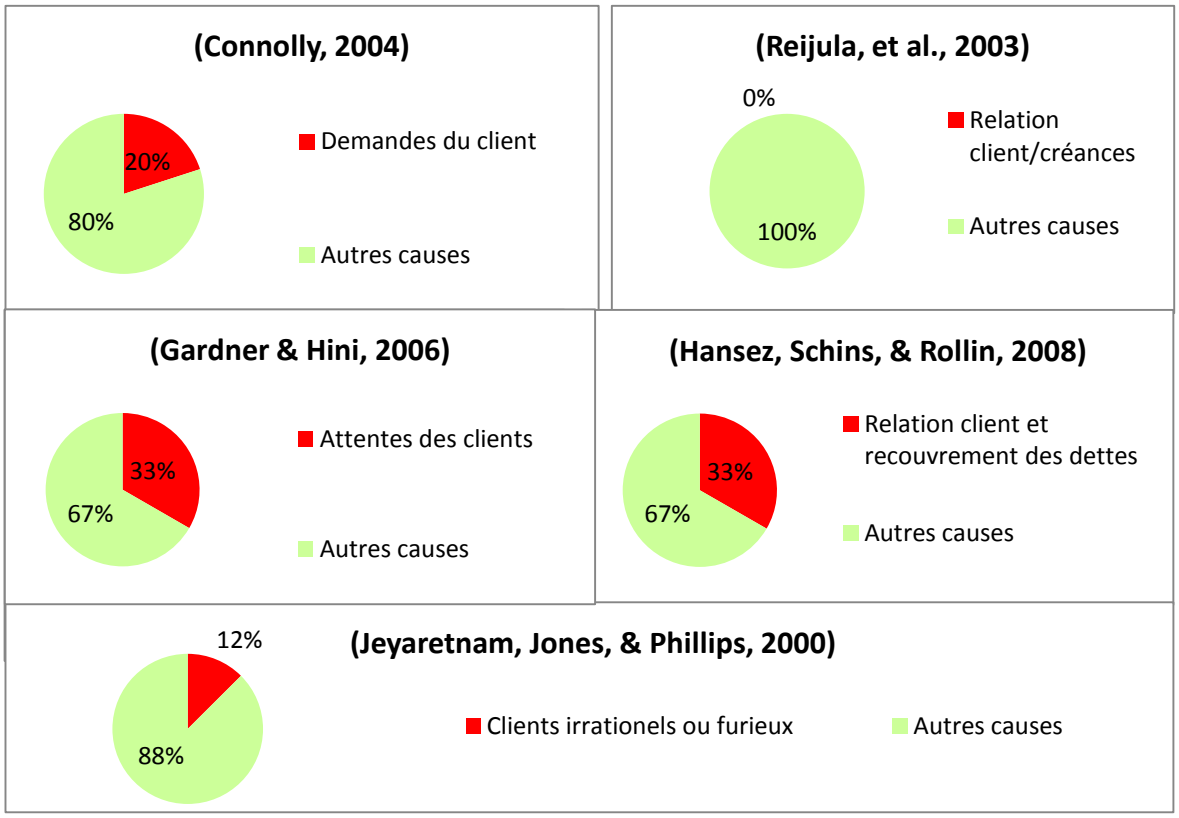


Figure 7 : Contribution de la relation client/les créances des clients/ les attentes des clients au stress chez les vétérinaires[10] . D'après les données de (Connolly, 2004) (Reijula, et al., 2003) (Gardner & Hini, 2006) (Hansez, et al., 2008) (Jeyaretnam, et al., 2000)

iii. Les relations professionnelles

France : les vétérinaires français évoquent en 5ème place le stress inhérent aux relations professionnelles (Tupin, 2005) (fig. 4). Les vétérinaires évoquent volontiers les rapports parfois difficiles avec les confrères et une absence de réelle cohésion professionnelle (Tupin, 2005).

Après la charge de travaille associée aux horaires difficiles et les problèmes avec la clientèle, les relations professionnelles constituent le 3ème facteur de stress majeur identifié chez les praticiens français.

[10] L'évaluation de la contribution du facteur dans ces études n'est estimée que par leur représentativité dans les facteurs cités.

La concurrence avec d'autres secteurs est également évoquée et apparait surtout dans le secteur rural, où la concurrence avec pharmaciens, groupements, techniciens, entreprises d'aliments et inséminateurs est effective (Tupin, 2005).

Belgique : les relations au travail sont évoquées par 10 % des praticiens dans l'étude en question (Hansez, et al., 2008), en particulier la concurrence déloyale et l'incompréhension voire le conflit dans la pratique avec les lois et l'administration.

En Australie, les vétérinaires ont évoqué, parmi leurs 8 sources de stress, les problèmes avec les praticiens du voisinage (Jeyaretnam, et al., 2000). Une autre étude a montré qu'il existait une corrélation entre le stress au travail et le nombre de travailleurs dans la clinique (Meehan & Bradley, 2007) (fig. 5). L'étude de Fairnie révèle que plus de 15 % des vétérinaires évoquent les relations professionnelles comme responsables d'une part de leur stress (Fairnie, 2005) (fig. 4).

En Irlande, ce facteur représente un facteur sur 5 évoqués (Connolly, 2004).

En Nouvelle Zélande, si l'étude du Dr Dianne Gardner de l'université de Psychologie de Massey n'a pas obtenu ce facteur parmi les 3 principaux cités par les praticiens, son enquête révèle tout de même que les relations avec les confrères et les collègues de travail constituent une source de stress secondaire des praticiens vétérinaires (Gardner & Hini, 2006). La même étude révèle également que le manque de soutien de la part du milieu professionnel vétérinaire est une source supplémentaire de troubles psychosociaux au travail, en particulier chez les jeunes diplômés et les femmes.
La seconde étude néozélandaise (Kinsella, 2006), si elle révèle que les désaccords avec les autres travailleurs constituent un des facteurs de stress identifié par les vétérinaires, montre également que son influence est moindre comparativement aux autres agents (score de stress de 1,84/5, soit un score correspondant au degré « peu stressant »).

Les relations professionnelles constituent le 3ème facteur de stress important chez les praticiens, de manière directe du fait d'une concurrence angoissante ou de rapports conflictuels, ou de manière indirecte, par l'absence de soutien entre confrères ressenti par une partie des vétérinaires.

iv. Autres facteurs de stress

- **Le facteur financier**

Un paragraphe lui est dédié plus loin dans notre étude puisque les graves problèmes financiers constituent l'un des facteurs secondaires du suicide identifiés par Rihmer (Rihmer, 1996).

- **Le sentiment d'injustice quant aux rétributions du vétérinaire et la peur pour l'avenir de la profession**

Une proportion importante de suicidants interrogés a évoqué une reconnaissance professionnelle insuffisante (salaire trop bas, manque de considération…) par rapport à leurs

efforts fournis ainsi qu'à leur qualification (François, et al., 2011). La reconnaissance peut être matérielle (rendement financier) ou symbolique (remerciements des clients, félicitations des supérieurs…).

Or, les vétérinaires français ressentent une certaine injustice quant aux revenus qu'ils perçoivent au regard de leur formation, de leurs heures de travail et des responsabilités qui leur incombent (Tupin, 2005). De plus, l'image populaire du vétérinaire nanti rend ces difficultés encore plus pénibles. Ces rétributions qui manquent aux praticiens ne sont pas seulement pécuniaires mais également morales, les praticiens ressentant parfois une certaine ingratitude de la part des propriétaires. Une étude australienne suggère en outre que le prédicteur majeur du stress lié au travail chez les vétérinaires constitue le fait que ces derniers se sentent « incompris au travail » (Anonyme, 2002).

D'autre part, ces angoisses quant aux revenus font naitre une angoisse pour l'avenir chez certains praticiens (Tupin, 2005).

- **Le stress lié aux risques du métier**

Les zoonoses peuvent avoir des conséquences physiques et émotionnelles importantes, comme la Brucellose (Kinsella, 2006).

Une étude rapporte d'ailleurs ce facteur parmi ses 9 facteurs de stress évoqués (Hansez, et al., 2008), en y incluant les maladies liées aux soins des animaux, les risques inhérents au métier mais également les positions de travail parfois inconfortables.

- **L'impact émotionnel de l'euthanasie, des échecs thérapeutiques au sens large et de la gestion de la souffrance des propriétaires**

  - ✓ **L'euthanasie**

Les problèmes éthiques et l'euthanasie sont également des facteurs de stress au travail (Platt, et al., 2012a). Les vétérinaires, face à l'acte d'euthanasie impliquant des animaux qu'ils ont pris d'affection, peuvent souffrir de conflits émotionnels (Hansez, et al., 2008; Platt, et al., 2012a). Le stress lié aux problèmes éthiques et à l'euthanasie est d'ailleurs cité par les praticiens belges (Hansez, et al., 2008). Les implications particulières de l'euthanasie sont développées plus loin dans une partie consacrée à ce facteur de risque de suicide spécifique à la profession vétérinaire. On y parle de son impact sur la santé mentale mais aussi de l'attitude des praticiens face aux mesures de fin de vie et de leur perception de la mort qui en sont modifiées.

  - ✓ **Le stress associé à la perte de l'animal**

Le stress peut aussi provenir d'un changement de mentalité quant à la condition animale : personnifié voire anthropomorphisé, l'animal de compagnie concentre parfois beaucoup d'affection de la part des clients et les praticiens eux-mêmes ressentent de l'attachement pour leurs patients. Ce changement des mentalités peut correspondre à une source d'angoisse et de souffrance psychologique supplémentaire pour les praticiens vétérinaires (Kinsella, 2006). En effet, cette affection peut se muer en anxiété et le vétérinaire peut souffrir de cette peur de la perte de l'animal (Kinsella, 2006). Ainsi, certaines études évoquent la possibilité que l'annonce de mauvaises nouvelles constitue un facteur de stress

important pour les vétérinaires (Platt, et al., 2010). Cela rejoint les résultats retrouvés sur le stress lié à un trop grand investissement dans son travail.

De la même façon, la majorité des vétérinaires français interrogés déclarent ressentir « quelque-chose » lors de **la perte d'un patient**. Vingt et un pourcent se déclarent cependant de moins en moins sensibles alors que 3 % ont le sentiment d'être devenus totalement insensibles avec le temps. Il s'agirait d'un phénomène de défense naturelle contre l'épuisement émotionnel appelé « distanciation ». Ce phénomène permettrait au soignant d'aider sans partager pour autant toute la douleur liée à la maladie de son patient (Tupin, 2005). Ce phénomène a ses inconvénients, évoqués notamment dans la partie dédiée à l'euthanasie et ses conséquences sur le praticien.

L'erreur médicale est également une source de stress identifiée. Cependant, elle génère davantage de troubles de type affectifs qu'anxieux et sera donc évoquée dans la partie portant sur la dépression liée à la pratique.

1.2.3 Cas particulier du burn out

On parle de burn out ou de syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS).

L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens (Tupin, 2005).
Plus largement, le burn out est un syndrome d'épuisement psychique et/ou physique causé par un stress chronique (Sandstrom, et al., 2005). Il est un point de rupture atteint lorsque le stress chronique devient trop important.

De nombreuses études établissent un lien étroit entre le stress et/ou le burn-out et le suicide au travail. L'étude de Samuelsson (Samuelsson, et al., 1997) montre que le fait d'évoluer dans un environnement de travail difficile est statistiquement associé à l'apparition d'un burn-out et/ou d'un état dépressif, qui lui-même peut conduire au suicide. Cette relation entre burn out et suicide est établie par d'autres études parmi lesquelles une étude portant sur les étudiants du domaine médical (Dyrbye, et al., 2008) Cette dernière montre que le burn out est associé à une probabilité accrue d'idéation suicidaire ultérieure, alors que la guérison de ce syndrome est corrélée à une diminution de l'idéation suicidaire. Ces résultats sont en faveur d'une valeur prédictive positive du burn out pour les idées suicidaires et d'un intérêt du traitement de ce syndrome dans la prévention du risque suicidaire.

Le syndrome de burn out est un facteur de risque du suicide dans le sens où il favorise les idéations suicidaires.

Il y a trois dimensions au SEPS (Lamarche, 2009) :

- **l'épuisement émotionnel** marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout travail est laborieux,
- **une déshumanisation de la relation à l'autre** que l'on peut réinterpréter dans le cadre de l'exercice vétérinaire par une détérioration de la relation avec l'animal, le patient n'étant plus considéré que comme un « cas clinique » (indifférence, cynisme, inertie, négativisme, rigidité, intolérance, agressivité),

- **une réduction ou absence d'accomplissement personnel** au travail (sentiment d'échec, d'incompétence et d'inutilité professionnels, dévalorisation, déni de sa souffrance)

Toutes les sources de stress sont sources de burn out : la surcharge de travail est cause d'épuisement émotionnel, le manque de temps et les conflits avec les collègues d'une réduction de l'accomplissement personnel et les difficultés de traitement des animaux à l'origine des 3 paramètres.

Il existe un lien étroit entre le stress psychosocial au travail et le burn out.

En France, 45 % des vétérinaires interrogés pensent avoir connu un épisode de burn-out (Tupin, 2005). S'il faut interpréter ce chiffre avec précaution, dans la mesure où les vétérinaires n'ont pas les compétences pour établir un diagnostic de burn out, ce taux est cependant assez évocateur de la prédisposition des vétérinaires pour ce type de troubles. Ainsi, presque un vétérinaire sur deux a subi dans sa vie professionnelle un épisode suffisamment désagréable pour qu'il l'appelle burn out. Cette étude révèle également que 46 % des vétérinaires pensent qu'il est probable qu'ils soient victime un jour d'un burn out (Tupin, 2005).

Ces résultats inquiétants sont corroborés par les études conduites à l'étranger :

Dans une étude menée **aux Etats-Unis** sur les femmes vétérinaires, 43,1 % ont montré des symptômes d'un début de syndrome burn out, 21,5 % des symptômes de burn out clinique et 2,6 % un niveau de burn out qui aurait nécessité une intervention médicale (Elkins & Kearney, 1992). Une étude plus ancienne (Elkins & Elkins, 1987), qui concernait les vétérinaires américains des deux sexes, révélait que 53 % d'entre eux montraient un début de syndrome de burn out.

Une étude portant sur des vétérinaires **belges** montre un pourcentage de vétérinaires souffrant de burn out sévère dépassant les 15 % de l'échantillon (Hansez, et al., 2008).

Dans une **étude irlandaise** (Connolly, 2004), plus de 50 % des vétérinaires stressés interrogés auraient atteint « un point de rupture », que l'on peut assimiler à un début de syndrome de burn out.

A l'étranger, plus de la moitié des vétérinaires interrogés ont montré des symptômes de burn out débutant tandis que 2 à 15 % souffriraient déjà d'un burn out avéré nécessitant une prise en charge médicale

Les longues heures de travail, les lourdes responsabilités et tous les facteurs évoqués précédemment sont autant d'agents susceptibles de conduire à la dépression et à l'épuisement professionnel (Jeyaretnam, et al., 2000).

Bien que les résultats ne soient pas significatifs, la plupart des vétérinaires américains ont associé leur stress à la relation avec le client alors que les relations avec les autres travailleurs de la clinique étaient la plus faible source de stress (Elkins & Elkins, 1987).

Ce résultat concernant le burn out peut encore être expliqué par un envahissement de la sphère privée par le travail beaucoup plus important chez les vétérinaires que dans d'autres

professions. Cela est particulièrement vrai pour les praticiens bovins et mixtes. Le planning imprévisible est la panacée de tous les praticiens vétérinaires mais particulièrement des praticiens ruraux qui sont très régulièrement d'astreinte. Cette variable "rythme de travail" n'est pas adaptée à la vie de famille. En outre, les vétérinaires doivent être facilement accessibles par téléphone. Leur temps de travail ne leur permet pas de remplir les rôles familiaux élémentaires, ce qui est perçu comme difficile par les praticiens, et sans doute plus encore par leurs conjoints et leurs enfants (Hansez, et al., 2008).

L'épuisement professionnel peut générer une dépression majeure et conduire aux idéations suicidaires voire au suicide lorsque le stade ultime du désespoir est atteint. Ce burn out aurait touché ou toucherait encore environ 45 % des vétérinaires. On peut en conclure que le burn out du vétérinaire est un facteur de risque de suicide important du fait de sa prévalence chez les vétérinaires.

1.2.4 Facteurs protecteurs du stress au sein de la profession vétérinaire

Certaines facettes de la profession vétérinaires permettent aux praticiens de se préserver quelque peu du stress et des troubles psychosociaux associés au travail. Selon la littérature, les effets du stress peuvent être atténués par une latitude décisionnelle importante, une forte implication dans son travail (Karasek, 1979) et un haut niveau de satisfaction (Kluger, et al., 2003) et d'engagement dans son travail (Meyer & Allen, 1997).

- **Satisfaction au travail**

Comparés à la population générale, les vétérinaires présenteraient une plus grande satisfaction dans leur travail (Kahn & Nutter, 2005).

Toutefois, dans le même temps, 16 % des vétérinaires australiens de moins de 35 ans ont affirmé ne pas penser rester vétérinaires dans les 5 années suivant l'enquête de même que 21 % des 35-54 ans (Fairnie, 2005). De même, plusieurs études menées au sein de pays différents (Connolly, 2004; Bartram & Baldwin, 2008) ont révélé que 20 % des vétérinaires interrogés envisageaient de complètement changer de vie ou n'opteraient pas pour la pratique vétérinaire si c'était à refaire tandis que 27 % hésiteraient. Dans une étude britannique, c'est 17,1 % des répondants qui ont répondu être presque toujours ou souvent insatisfaits de leur travail (Harling, et al., 2009). En France, 46 % des vétérinaires disent éprouver une lassitude à exercer le métier de vétérinaire (Tupin, 2005).

Les vétérinaires sont majoritairement satisfaits d'exercer leur métier mais cette satisfaction n'en est pas moins menacée par les inconvénients cités plus hauts, facteurs qui génèrent une lassitude avec le temps voire un « dégoût » de la pratique incitant environ 20 % d'entre eux à envisager un changement de carrière.

❖ **Sentiment de contrôle/pouvoir**

Comparés à la population générale, les vétérinaires présenteraient un plus grand sentiment de contrôle et moins de stress lié à la carrière (Kahn & Nutter, 2005).

❖ **Investissement au travail**

Nous avons déjà évoqué ce facteur « à double tranchant » dans la partie consacrée à la surcharge de travail. Nous avons ainsi pu conclure à un très fort investissement des vétérinaires dans leur pratique, qui, s'il peut s'avérer à risque pour leur santé mentale, peut aussi permettre (s'il est bien mesuré) à mieux vivre sa profession.

2. Dépression et troubles affectifs

2.1. Prévalence du mal-être et de la dépression chez les vétérinaires

Nous avons vu préalablement que la dépression était un facteur avéré de suicide. Qu'en est-il de la prévalence de cette pathologie chez les vétérinaires ?

➢ **Dépression et mal-être**

Les études relevées dans la littérature présentent toutes des limites quant à la mesure du bien-être qui n'est pas standardisée. Il est ainsi difficile de comparer la population vétérinaire aux autres professions (Hansez, et al., 2008).

Des études utilisant des outils de mesure variables ont toutefois obtenu que les vétérinaires anglais montrent un « taux de bien-être » moindre par rapport à celui mesuré dans d'autres professions ainsi que dans la population générale (Bartram & Baldwin, 2008). Une étude australienne (Fairnie, 2005) a interrogé les vétérinaires sur leur « degré » de bonheur au moment de l'enquête, leur proposant de choisir entre « très heureux », « heureux », « pas heureux » et « déprimé » (estimation de l'équivalence du terme « miserable » employé dans la langue anglaise) : 16 % ont répondu ne pas être heureux ou être déprimé, soit près d'un vétérinaire sur 5.

Concernant l'état dépressif, une étude néozélandaise rapporte qu'environ 12 % des vétérinaires ont déjà été diagnostiqués « dépressifs » et que 4 % des vétérinaires interrogés étaient toujours en dépression au moment du questionnaire (Gardner & Hini, 2006). Ces résultats sont assez similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Bartram, dans laquelle la prévalence de troubles dépressifs a été mesurée (échelles HADS[11]) et a révélé un taux de praticiens dépressifs probables s'élevant à 5,8 % (+ 13,6% de dépressifs possibles) (Bartram, 2009). Une enquête réalisée auprès des vétérinaires allemands a en outre révélé que 1.6 % des vétérinaires consommaient de manière régulière des antidépresseurs (Harling, et al., 2009).

Dans les différents pays étudiés, plus d'un vétérinaire sur 10 interrogés avoue avoir traversé un épisode dépressif. Quatre à 16 % des vétérinaires subissaient toujours des troubles de l'humeur au moment des questionnaires et 1,6 % rapportent consommer des antidépresseurs.

[11] Cf. p. 57

- **Démotivation et démoralisation**

Une étude portant sur les vétérinaires allemands (Harling, et al., 2009) a mesuré la démotivation/démoralisation des praticiens. Environ 6 % des sujets ont obtenus des hautes valeurs de démotivation.

Dans la même étude, 16.7 % n'étaient presque jamais ou rarement optimistes ou confiants et 15,6 % presque jamais ou rarement fiers.

- **Stress et dépression, deux pathologies liées**

La probabilité de haute valeur de démoralisation augmente avec l'intensité du stress psychosocial (Harling, et al., 2009). Les facteurs de risque de la démoralisation incluent le stress psychosocial modéré mais surtout le stress intense. Bartram a ainsi mis en évidence dans son étude une co-morbidité dépression-troubles anxieux affectant 4,5 % des vétérinaires (Bartram, 2009).

Pour autant, les vétérinaires démoralisés travaillent souvent moins de 20h par semaine alors que travailler plus de 60h en une semaine serait un facteur protecteur de la démoralisation. Pour expliquer ce constat, les auteurs supposent que la démoralisation pourrait être causée par un défaut de demande professionnelle, si le manque de travail entraine peu d'heures de travail. Une autre hypothèse proposée suggère que les gens démoralisés n'ont pas l'énergie pour travailler plus et réduisent ainsi leur exercice (Harling, et al., 2009).

La dépression semble toucher en général 5 % de la population vétérinaire et 15% se disent « malheureux » ou se sentent « démotivés ». Cela traduit bien la prévalence de troubles de l'humeur au sein de la population vétérinaire.

Comme évoqué plus avant dans la partie « facteurs de risque », la dépression, l'anxiété et la co-morbidité dépression/anxiété sont connues pour favoriser le risque suicidaire dans la population (Sareen, et al., 2005). La prévalence observée de ces troubles chez les vétérinaires peut donc expliquer une part plus ou moins importante du fort taux de suicide observé chez les praticiens vétérinaires.

2.2. Troubles affectifs et dépression induits par la pratique vétérinaire

Certains auteurs suggèrent que les étudiants vétérinaires se sont trop investis dans leur études et leur profession d'où le fort taux de burn out au sein des jeunes diplômés. Ils n'obtiendraient pas le soutien et l'approbation dont ils ont besoin de la part de leurs collègues ce qui conduirait à de la colère et du ressentiment. Cette colère enfouie pourrait alors être à l'origine d'une dépression (Kahn & Nutter, 2005).

L'étude de Bartram montre que le niveau d'anxiété et de dépression chez les vétérinaires en clinique est supérieur à celui retrouvé chez les vétérinaires exerçant dans d'autres domaines.

Le travail en clinique vétérinaire pourrait donc favoriser les troubles affectifs et la dépression chez les praticiens.

- **L'erreur médicale peut être source de troubles affectifs**

De nombreuses études ont déjà évalué l'impact de l'erreur médicale sur les médecins (Christensen, et al., 1992; Mellanby & Herrtage, 2004) et montré une détresse émotionnelle significative chez ces praticiens consécutive à cette expérience.

Une étude a révélé qu'un large nombre (78 %) de jeunes diplômés avait déjà commis des erreurs concernant le diagnostic ou le traitement des pathologies des animaux (Mellanby & Herrtage, 2004). Les facteurs les plus incriminés par les vétérinaires sont le manque d'expérience mais également le manque de supervision (pour plus d'un quart des praticiens).

Ces erreurs, qui sont donc monnaie courante dans les premières années d'exercice, ne sont pas sans conséquences : 20 % des répondants ont répondu que cette erreur avait généré chez eux une perte de confiance-en-soi (certains envisageant même de changer de voie professionnelle) et 8 % d'entre eux se sont sentis plus stressés suite à leur erreur. Concernant les troubles affectifs, 15 % ont ressenti une forte culpabilité, 10 % ont déclaré avoir été bouleversé et 3 % ont même été victimes d'insomnies suite à cet évènement. Enfin, un praticien a avoué avoir traversé une dépression sévère consécutive à son erreur. Ces conséquences importantes ont conduits 4 % d'entre eux à envisager de changer de profession.

Ajoutons que les conséquences peuvent perdurer dans le temps. Deux pour cent des praticiens interrogés ont en effet affirmé être toujours affectés par cet épisode de leur vie.

Ainsi, **même si aucun répondant n'a rapporté de pensées suicidaires consécutives à leur erreur, il est indéniable que ces erreurs médicales peuvent générer des troubles affectifs d'importance.** Une meilleure supervision de ces jeunes praticiens ainsi qu'un bon soutien de la part de leurs pairs pourraient être bénéfiques. Plutôt que de « montrer du doigt » les vétérinaires impliqués, il a été démontré qu'une réorganisation du système de soin apporte de meilleurs résultats. Ainsi, il a été soulevé, par analogie des grandes structures très sécurisées et encadrées (par exemple, les centrales nucléaires) au domaine médical étroitement contrôlé, que l'approche visant à modifier le système s'avérait beaucoup plus efficace que celle visant à ne cibler que les individus (Reason, 2000). L'efficacité de ce type de procédure s'illustre dans une étude américaine portant sur les chirurgies cardiaques en humaine. Dans cette étude a été instauré, via le développement d'un groupe multi-institutionnel formé d'une multitude de praticiens, un système de continuité des soins chirurgicaux ayant permis une diminution significative de 24 % de la mortalité associée aux chirurgies en question (O'Connor, et al., 1996).

L'erreur médicale est donc une source de troubles à ne pas négliger qu'il faut traiter non pas en stigmatisant les individus « fautifs » mais en gérant à la source les conditions ayant permis cette erreur, en réétudiant le système qui l'a permise.

2.3. Passage de la vie étudiante à la pratique vétérinaire, source de stress et d'angoisse et choc affectif pour les jeunes praticiens

Si la pratique vétérinaire semble apporter son lot de stress et favoriser la dépression, le passage de la vie estudiantine à la vie active peut également être à l'origine de troubles de la santé mentale.

- **Une mauvaise préparation à la pratique source de stress supplémentaire**

Il semblerait qu'en France, presque la moitié des praticiens aient abordé le métier de vétérinaire sans réelle image de ce qu'il allait être, et sans formation sur des points pourtant très importants pour la survie d'un cabinet. Quelques uns attaquent directement les professeurs de leurs écoles ou plutôt leur non-expérience professionnelle (Tupin, 2005). Les vétérinaires français expliquent qu'ils n'étaient pas préparés à plusieurs obligations telles que les horaires, les gardes et la gestion administrative ou comptable des structures vétérinaires (Tupin, 2005). De même, la description inadéquate des postes est l'une des sources de stress citée par les praticiens finlandais (Reijula, et al., 2003).

- **Le passage de la vie étudiante à la vie professionnelle, source de troubles affectifs**

Contrairement à leurs homologues médicaux, la plupart des nouveaux diplômés vétérinaires se déplacent brusquement de l'environnement de l'université à l'isolement relatif de la pratique, qui peut être assez stressant. Bien qu'ils soient souvent bien pris en charge lorsqu'ils entrent dans la vie professionnelle, c'est loin d'être toujours le cas. En effet, dans un récent sondage, seulement 43 % ont déclaré qu'ils pouvaient toujours compter sur le soutien d'autres vétérinaires dans la pratique (Mellanby and Herrtage 2004).
Ce passage peut ainsi s'avérer parfois difficile et les jeunes diplômés peuvent très mal vivre cette étape, d'autant que la profession va de pair, comme on l'a vu, avec beaucoup de facteurs de stress et de dépression (Stark & Dougall, 2012).

D'autre part, **beaucoup de premiers emplois sont accompagnés de très peu de supervision de la part des employeurs** : nombreux sont les jeunes diplômés qui ne peuvent s'appuyer sur le soutien de leurs confrères plus âgés et font ainsi des erreurs médicales qui peuvent avoir un impact émotionnel considérable sur ces jeunes praticiens voire même constituer des facteurs majeurs dans le développement de pensées suicidaires, comme évoqué précédemment. La réactivation de schémas cognitifs négatifs latents[12], établis à l'occasion d'expériences négatives à l'école vétérinaire ou lors de stages, peut être impliquée dans l'apparition d'un syndrome dépressif plus tardif (Bartram & Baldwin, 2008).

3. Cas particulier de la toxicomanie

La toxicomanie chez les vétérinaires est un phénomène bien réel, entrainant parfois le décès des praticiens concernés (Jeyaretnam, et al., 2000; Reijula, et al., 2003; Hansez, et al., 2008). La société des praticiens vétérinaires anglais (The Society of Practising Veterinary Surgeons (SPVS)) rapporte que 10 % des appels annuels reçus sur la ligne d'aide aux vétérinaires concernent des problèmes de drogue ou d'alcool (Kinsella, 2006).

3.1. L'alcool

Alors qu'il n'existe pas de consensus clair quant à l'incidence de la consommation d'alcool chez les vétérinaires, quelques études ont mis en évidence une **prévalence de l'alcoolisme au sein des professions médicales** (Romeri, et al., 2007). Dans une étude d'autopsies psychologiques **chez des médecins suicidés, l'alcool a été identifié comme**

[12] Cf. p 83

ayant été un problème dans l'année précédant le décès dans 6 cas sur 35 (Hawton, et al., 2004) (Mellanby, et al., 2009). Cependant, beaucoup d'études suggèrent que les addictions seraient au moins aussi fréquentes chez les médecins que chez les non-médecins, avec plutôt une certaine vulnérabilité pour la toxicomanie médicamenteuse, notamment en automédication (Lamarche, 2009).

Malgré la forte incidence de suicide chez les vétérinaires, l'étude de Mellanby (Mellanby, et al. 2009) ne suggère **pas une incidence particulière de morts liées à l'alcool au sein de la profession vétérinaire** britannique en comparaison avec les autres professions de la santé et la population générale. Cependant, ce résultat ne signifie pas pour autant que l'incidence de l'alcoolisme dans la profession soit minime. La consommation excessive pourrait également s'illustrer par des altérations de la santé générale sublétales, non mesurées dans l'étude évoquée. Aussi, l'observation d'une forte incidence du suicide mais d'une faible incidence des décès liés à l'alcool n'est pas un résultat particulier à la profession vétérinaire : la mortalité des agriculteurs montre un schéma similaire (Romeri, et al., 2007). Les raisons proposées pour expliquer ces faits chez les agriculteurs incluent les difficultés pour les grands buveurs à maintenir leur exploitation à flots (Romeri, et al., 2007), observations qui peuvent également se rapporter à d'autres professions comme la profession vétérinaire (Mellanby, et al., 2009).

3.1.1 L'alcoolisme

i. La consommation d'alcool chez les vétérinaires

La consommation d'alcool des vétérinaires est très variable selon les études.

Une étude portant sur les vétérinaires allemands (Harling, et al., 2009) montre que près d'un tiers des praticiens interrogés présentent une consommation d'alcool à risque en termes de quantité ingérée par jour. Dans la même étude, selon cette fois le test CAGE (« CAGE » ou « Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener »), les auteurs ont révélé que 13 % des vétérinaires interrogés présentaient une consommation d'alcool problématique. Chez les vétérinaires britanniques, Bartram a mesuré 32 % de buveurs à faible risque, et 63 % de buveurs « à risque» (test AUDIT- C[13]) (Bartram, et al., 2009). Selon une étude australienne (Fairnie, 2005), 8 % des vétérinaires présenteraient une consommation d'alcool à risque.

Selon les tests et les études, la population vétérinaire compte de 8 à 63 % de buveurs à risque. Ce résultat ne nous permet donc pas de réellement appréhender la prévalence de l'alcoolisme dans la profession et encore moins d'extrapoler un chiffre pour la population vétérinaire française.

[13] Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ou AUDIT-C, est une série de questions conçues par l'OMS pour repérer une consommation d'alcool à risque et dangereuse. La première question aborde la fréquence de la consommation d'alcool, la seconde porte sur la quantité d'alcool absorbée résumée au cours d'une journée de consommation ordinaire et la troisième sur la fréquence des consommations épisodiques massives (Babor, et al., 2001).

Toutefois, toutes les études s'accordent pour dire que la consommation d'alcool chez les vétérinaires est plus importante que dans la population générale. Chez les vétérinaires allemands, le taux de praticiens présentant une consommation d'alcool problématique est supérieur à celui de la population générale du même pays (13 % contre 8 % de consommateurs problématiques identifiés par le test CAGE) (Harling, et al., 2009), et il en est de même au Royaume-Uni (Bartram, 2009).

Ces conclusions sont cependant **à modérer au regard de l'influence du statut socio-économique sur la prise de boisson** alcoolisée. Ainsi, les valeurs au sein de la profession vétérinaire pourraient être équivalentes à celles des autres professions de même statut (Bartram, 2009).

Enfin, l'étude de Bartram indique que **le taux de consommation d'alcool, s'il est parfois élevé, ne semble pas avoir une influence négative sur la santé mentale** de l'ensemble de la profession (Bartram, 2009).

ii. Les femmes vétérinaires, plus grandes consommatrices d'alcool

La consommation des femmes serait sensiblement plus élevée que celle des hommes de la profession. En effet, si on compte plus de consommateurs d'alcool à risque au sein de la population vétérinaire britannique que dans la population générale, cette différence est plus marquée chez les praticiens de sexe féminin (Bartram, 2009).

3.1.2 Cas particulier du Bindge drinking

Environ 7 % des vétérinaires allemands interrogés ont rapporté **une pratique régulière du binge drinking**[14] (au moins une fois par semaine) (Harling, et al., 2009). Toutefois, selon Bartram, le binge drinking n'est pas plus représenté dans la population vétérinaire britannique que dans la population générale (Bartram, 2009).

3.2. Les drogues

3.2.1 Données sur la consommation de drogue des vétérinaires

- **La consommation de drogue chez les vétérinaires s'apparente à celle des médecins.**

Une étude américaine (Fishbain, 1986) a comparé les caractéristiques de 4 vétérinaires présentant des troubles mentaux avec celles retrouvées dans la littérature s'intéressant aux troubles psychiatriques des médecins. Des similitudes incluant le type de drogue consommée (dans la majorité des cas, des opioïdes), le nombre de drogues absorbées (plusieurs) et la méthode d'obtention (auto-prescription plutôt qu'achat dans la rue) ont été révélées. Ces

[14] Le « binge drinking » ou « beuverie effrénée » correspond à une consommation massive de grandes quantités de boissons alcoolisées en un temps très court, par épisodes ponctuels ou répétés. Il s'agit d'un mode de consommation dont l'issue recherchée est l'atteinte rapide de l'état d'ivresse. Ces excès peuvent sensibiliser sur le long terme le cerveau aux effets de l'alcool et le binge drinking est considéré comme une addiction dès lors que la dépendance à l'alcool sous forme épisodique est établie. On considère qu'il correspond à la consommation en une seule occasion de 5 verres ou plus pour les hommes et de 4 verres ou plus pour les femmes.

résultats doivent cependant être interprétés très précautionneusement du fait du faible nombre de vétérinaires interrogés (Bartram, 2009).

Les vétérinaires comme les médecins bénéficient de réelles facilités quant à l'abus de médicaments soumis à prescription médicale. En 2005, un article publié dans une revue de psychiatrie (Lundberg, 2005) décrit l'histoire d'un vétérinaire allemand, lequel s'est administré de la morphine par voie intraveineuse dans le but de réduire son stress avant d'en devenir dépendant 7 années durant.

- **Consommation générale**

Selon un programme de soutien de la santé des vétérinaires britanniques, les substances dont abusent le plus les praticiens sont, dans l'ordre **: l'alcool, la kétamine, les benzodiazépines, les opiacés, les drogues illicites (cannabis, héroïne, cocaïne et ecstasy) et les oxydes nitreux.**

Dans une étude allemande, plus de la moitié des praticiens interrogés déclarent avoir consommé, dans les 30 jours précédant le questionnaire, une molécule appartenant indifféremment au groupe des sédatifs, des tranquillisants, des analgésiques, des stimulants, des anorexigènes ou des neuroleptiques (ces groupes ont été choisis car ils regroupent les drogues les plus couramment impliquées dans des contextes d'abus et de dépendance). Environ un vétérinaire sur 5 interrogés utilisait une de ces molécules régulièrement, soit au moins une fois par semaine (Harling, et al., 2009).

3.2.2 Types de drogues consommées

- **Consommation des neuroleptiques et tranquillisants**

Dans la même étude allemande, plus d'un vétérinaire sur 100 interrogés (1,3 %) consommait régulièrement des sédatifs ou des tranquillisants et 0,2 % des vétérinaires consommaient des neuroleptiques, dont la moitié de façon régulière (Harling, et al., 2009).

- **Consommation d'antidépresseurs**

Toujours dans la même étude, presque 2 vétérinaires sur 100 (1,6 %) consommaient régulièrement des antidépresseurs.

Dans l'étude australienne de Fairnie, ce sont 7 % des vétérinaires interrogés qui rapportaient être sous antidépresseurs (Fairnie, 2005)

- **Consommation d'opioïdes**

Dans l'étude de Jeyaretnam (Jeyaretnam, et al., 2000), deux cas d'incidents liés à l'abus de méthadone par des praticiens sont recensés sur 130 vétérinaires australiens interrogés.

3.2.3 La moitié des molécules consommées le sont sans prescription médicale

Seulement 5 % des molécules consommées par les praticiens interrogés ont été prescrites par un médecin. Ainsi**, tous les sédatifs et tranquillisants consommés le sont (à une exception près) en automédication**. De même, la moitié des antidépresseurs consommés le sont sans prescription médicale (Harling, et al., 2009).

3.2.4 Une consommation de drogues induite par la pratique

Des études ont montré que le stress au travail ainsi que les conflits entre vie privée et vie professionnelle sont des facteurs de risque de la consommation d'alcool et de substances psychotropes (Harling, et al., 2009; Frone, 1999; Sinha, 2001).

Ainsi, des études ont montré que des vétérinaires victimes d'un stress psychosocial intense étaient deux fois plus en proie à la toxicomanie que leurs collègues (Harling, et al., 2009). Des vétérinaires consommateurs de drogues interrogés sur leur toxicomanie ont identifié les facteurs déclenchants de leur addiction comme étant : une charge importante de travail, la fatigue, une situation de stress et des problèmes avec autrui (Fishbain, 1986).
De même, la démotivation dans son exercice professionnel est établie comme un facteur de risque de consommation régulière de drogue (Harling, et al., 2009).

Il semble ainsi exister un réel problème d'addiction médicamenteuse et alcoolique au sein de la profession vétérinaire. De plus, la corrélation entre toxicomanie et risque suicidaire est bien établie chez les vétérinaires, chacun de ces phénomènes favorisant l'existence de l'autre.

Aussi, **environ la moitié des vétérinaires suivis médicalement pour des addictions médicamenteuses admettent avoir eu des pensées suicidaires** (Bartram & Baldwin, 2008). Rappelons que de nombreuses études attestent de l'association très significative entre de hauts niveaux de détresse et la prise de drogue, comme évoqué dans la partie concernant les facteurs de risque du suicide.

Cette consommation, tout en étant le reflet de la détresse psychologique de certains actifs liée à leur profession, constitue également un facteur favorisant du suicide, d'où la nécessité d'une étude et d'une gestion de ce mésusage chez les praticiens français.

4. Sous estimation des troubles psychologiques des vétérinaires

4.1. Réticence des praticiens à admettre leurs troubles par peur de la stigmatisation

Il est possible que les vétérinaires, tout comme les médecins souffrant de troubles mentaux, soient réticents à rechercher de l'aide du fait d'une stigmatisation de ce type de maladie mais également de la facilité d'automédication (Hawton, et al., 2011).

Une étude anglaise de 2011 (Hawton, et al., 2011) révèle un excès de risque de suicide au sein des actifs des professions médicales (y compris les vétérinaires, malgré des résultats non significatifs du fait d'une faible population), qu'ils aient ou non établis un contact

préalable auprès d'un service psychiatrique. En fait, les résultats suggèrent même que le risque est légèrement supérieur, et cela particulièrement chez les vétérinaires, pour les individus ne présentant aucun historique de prise en charge psychiatrique (Hawton, et al., 2011). Dans le même temps, il a été prouvé que la majorité des suicidés souffraient de troubles psychiatriques.

Ainsi, ce plus fort taux de suicide chez les vétérinaires non suivis par un psychiatre correspondrait plutôt à un défaut de soin de ces personnes en souffrance ayant conduit à leur passage à l'acte. Ce défaut de soin est à corréler à la réticence des vétérinaires et autres actifs du monde médical à demander de l'aide pour des troubles mentaux, très stigmatisés dans ces milieux.

4.2. Un suivi médical quasi inexistant

Nous venons ainsi de relier le risque suicidaire des vétérinaires à un défaut de diagnostic des pathologies mentales dans la profession. Ce défaut de diagnostic, s'il peut être du fait de la peur de la stigmatisation de ces troubles par les confrères (comme nous venons de le voir), pourrait également être la traduction d'un plus large défaut de suivi médical au sein de la profession.

En Australie, une enquête auprès des praticiens vétérinaires a révélé que 27 % d'entre eux effectuaient une visite médicale moins d'une fois tous les 10 ans (Fairnie, 2005). En France, le suivi médical des actifs des professions libérales est difficile. L'article R4451-9 du code du travail stipule que, de part son exposition aux rayons ionisants, le vétérinaire doit mettre en œuvre les mesures de protection vis-à-vis de lui-même comme des autres personnes susceptibles d'être exposées. A cet effet, le travailleur non salarié doit être suivi médicalement chaque année, tout comme les employés.

Cependant, si les visites annuelles imposées aux salariés sont en général effectuées, celles imposées aux vétérinaires libéraux sont moins connues et souvent négligées.

Une enquête a été réalisée par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), visant à faciliter le suivi médical des actifs du milieu vétérinaire. Cette enquête, bien que limitée quant au recrutement, a révélé que, sur un total de 32 salariés (ASV et vétérinaires), 15 seulement étaient déclarés en surveillance médicale par leur employeur (Roussel & Barret, 2003).

C'est donc **50 % des salariés ASV et vétérinaires qui ne bénéficieraient pas d'un suivi médical régulier, et certainement plus encore des praticiens libéraux, dont aucun suivi n'est réellement réalisé.**

5. Des troubles préexistants à la pratique

5.1. Personnalité des vétérinaires : prédisposition aux troubles mentaux

La relation entre les facteurs de personnalité et le choix de la profession est bien documentée. Les individus pourraient montrer des préférences pour certaines activités professionnelles ou spécialités, basées sur leur personnalité et leur expérience. Ainsi, les travailleurs de la santé mentale sont plus nombreux à présenter des traumatismes de l'enfance et des problèmes familiaux, comparativement aux membres des autres professions (Bartram, 2009). Le choix de la carrière vétérinaire pourrait donc être le résultat de facteurs de personnalité spécifiques, qui peuvent être associés à des expériences personnelles (Serpell, 2005; Martin, et al., 2003). Par exemple, la possession d'animaux de compagnie pendant l'enfance aurait un impact direct sur les valeurs morales personnelles et professionnelles des propriétaires une fois adultes (Serpell, 2005).

De façon plus générale, **certains traits psychologiques pourraient se retrouver davantage chez les vétérinaires par rapport à la population générale, qu'ils soient préexistants à l'entrée dans le cursus vétérinaire ou amplifiés voire consécutifs à la formation vétérinaire elle-même** (Ogden, et al., 2012; Halliwell & Hoskin, 2005). Des études montrent que certains traits psychologiques sont ainsi plus fréquemment rencontrés chez les médecins que dans d'autres professions (Lamarche, 2009). De la même façon, nous verrons que des caractéristiques psychologiques et cognitives particulières pourraient également être surreprésentées chez les vétérinaires par rapport à la population générale, comme c'est le cas dans beaucoup de professions de santé (Ogden, et al., 2012).

Des évaluations psychométriques ont démontré que les étudiants vétérinaires de première année aux Etats-Unis possédaient des caractéristiques psychologiques particulières, que l'on retrouve au sein des populations associées à la performance et la compétition, tels que les athlètes (Zenner, et al., 2005). Ainsi, les étudiants présentaient :

- des **niveaux d'anxiété élevés**,
- un attachement significatif à la **comparaison de leurs compétences** avec celles de leurs pairs et,
- une certaine **peur de l'échec**.

D'autre part, certains **traits du perfectionnisme** (normes personnelles élevées et ressenti d'une certaine attente parentale) étaient élevés chez ces étudiants vétérinaires (Zenner, et al., 2005).

Or, beaucoup d'éléments sont en faveur d'une **corrélation entre le perfectionnisme** imposé socialement (le sentiment que les autres formulent des attentes de soi, qui, bien qu'irréalistes et exagérées, doivent être atteintes afin d'être accepté par la communauté), **l'autocritique, la peur de l'échec, de l'erreur, le doute concernant l'action et le comportement suicidaire** (Brezo, et al., 2006). Des traits de personnalité comme le

désespoir, le névrosisme[15] et l'anxiété, pourraient également être, selon de nombreuses études, des facteurs majeurs du suicide (Brezo, et al., 2006). Enfin, un style cognitif négatif[16] constitue un prédicteur majeur du suicide (Bartram, 2009). Or, ce style cognitif particulier peut être rapproché du perfectionnisme dans le sens où l'individu s'inflige une grande responsabilité quant aux événements négatifs qu'il subit. (Bartram & Baldwin, 2008).

Ces assertions (quant au lien fort entre traits de personnalité associé à une profession et facteurs de risque du suicide) sont confirmées par une étude anglaise portant sur une large cohorte de diplômés du secteur de la santé. Cette enquête a montré que le stress associé à la carrière, le burn out et la satisfaction pouvaient être prédits par des traits de personnalité évalués 5 ans plus tôt alors que les praticiens étaient encore étudiants (McManus, et al., 2004). De même, une seconde étude (Tyssen, et al., 2001), a révélé **des traits de personnalité spécifiques predicteurs des troubles mentaux et de l'idéation et du comportement suicidaire chez les étudiants du secteur médical** et a démontré qu'un dépistage de ces caractères chez les étudiants de dernière année permettrait d'identifier des groupes qui bénéficieraient d'une intervention.

On peut donc imaginer que les traits observés chez les vétérinaires pourraient expliquer en partie la tendance forte du suicide dans la profession.

Toutefois, cela reste du domaine de l'hypothèse, les caractéristiques psychologiques des individus attirés par la profession vétérinaire étant relativement peu étudiées (Platt, et al., 2012a).

Intelligence et suicide sont également rapprochés, notamment dans l'étude de Voracek (Voracek, 2004). Cependant, l'association du suicide et de l'intelligence est encore floue et nombreuses sont les études qui se contredisent à ce sujet ce qui fait du QI une variable peu fiable (Bartram, 2009). Par ailleurs, la profession vétérinaire, si on peut penser avec une qu'elle ne réunit pas d'individus aux QI très faibles, n'a aucune raison particulière pour réunir des individus aux QI exceptionnels par rapport à de nombreuses autres catégories professionnelles.

Une dernière étude évoque une **prédisposition qui naitrait pendant l'enfance** chez des individus présentant une scolarité facile (Elkins & Elkins, 1987). Cette dernière expose les résultats obtenus par de larges études socio-psychologiques sur le burn out. La prédisposition au burn out tiendrait ses origines de l'image que l'enfant se forge de lui-même à cette période de sa vie. Ces études ont révélé que les individus sujets au burn out étaient en général soutenus psychologiquement par leurs parents ou enseignants d'une façon qui pouvait générer

[15] Le névrosisme constitue la dimension de la personnalité correspondant à l'anxiété et à la labilité émotionnelle (Dictionnaire Larousse, 2013).

[16] Le terme « style cognitif négatif » se réfère à la façon à laquelle une personne pense aux causes, aux conséquences et les implications pour elle même après qu'un évènement négatif se soit produit (Potts, 2010). La tendance à interpréter les causes des événements indésirables comme constantes (les choses vont toujours de cette façon), globales (cet événement négatif affecte de nombreux domaines de la vie) et internes (cela est arrivé à cause de soi) caractérise l'attribution d'un style de type négatif. Si, en plus de cela, l'individu prévoit des conséquences négatives après un événement indésirable (et en particulier pour lui-même), on peut alors parler de style cognitif négatif (Hankin & Abramson, 2002).

une certaine forme de pression, ces derniers les désignant comme « l'intelligent », « une personne importante », « celui capable d'aider les autres ». Un ou plusieurs des ces rôles attribués par l'entourage, associé(s) à l'image que l'individu se renvoie lui même, deviennent les fondations d'une ardeur particulière au travail dans le but de devenir le professionnel idéalisé, compétent et dévoué. Les traits de personnalité qui caractérisent un bon professionnel le prédispose également au burn out : contrôle de l'expression des émotions, perfectionnisme et conscience professionnelle exacerbée (Elkins & Elkins, 1987).

Enfin, il est possible que le choix de la carrière vétérinaire soit inconsciemment favorisé par des facteurs tels que la préférence du contact des animaux plutôt que celui des hommes, avec une influence conséquente sur le risque de troubles dépressifs du fait de l'isolement social qui peut en découler (Bartram & Baldwin, 2008; Martin, et al., 2003; Serpell, 2005).

5.2. Des pathologies déjà identifiées chez les étudiants

Le problème peut commencer dès le processus de sélection des étudiants (Ogden, et al., 2012).

Une étude portant sur les étudiants américains en première année d'école vétérinaire (Hafen, et al., 2008) révèle un taux de dépression préoccupant. Un tiers des étudiants interrogés présentent des symptômes de dépression associés à du stress. La proportion d'étudiants interrogés présentant les symptômes d'une dépression avérée (selon l'échelle CES-D[17]) est plus importante que celle retrouvées dans la population générale, chez les étudiants d'université en général, ou encore chez les étudiants en médecine. Cependant, compte tenu des systèmes éducatifs différents, il est difficile de généraliser ces résultats aux étudiants français (Bartram, 2009).

Les étudiants qui souffrent de dépression à l'école vétérinaire ont plus souvent connu un évènement de vie stressant ou vécu leur formation comme un stress chronique. Dans ce dernier cas, les étudiants peuvent continuer à souffrir de dépression tout au long de leur formation vétérinaire si aucune intervention n'a lieu (Bartram, 2009).

➢ Une influence de l'exigence de la formation

L'enseignement supérieur accueille majoritairement une population à haut risque suicidaire. Les études représentent en effet une phase de transition qui coïncide souvent avec des changements et des choix, parfois des ruptures dans plusieurs domaines. Quand ces changements et/ou échecs s'accumulent (professionnels, familiaux et personnels), ils peuvent provoquer une instabilité et générer une situation de crise importante pour finalement conduire à des actes suicidaires. Fatigué par ses révisions, angoissé par ses examens et sa future vie professionnelle, souvent loin de ses proches géographiquement, l'étudiant désorienté en manque de repères peine parfois à réinvestir de nouvelles relations d'amitié, dans un contexte de forte rivalité parfois, laissant peu de place à une véritable solidarité. (Crolot, 2003).

Le cursus vétérinaire est très exigeant et ces exigences peuvent freiner le développement des capacités de communications et la maturité émotionnelle (Halliwell & Hoskin, 2005). De

[17] Le CES-D est une échelle permettant d'identifier une symptomatologie dépressive et d'en évaluer la sévérité. Le seuil habituellement considéré comme témoignant d'une symptomatologie dépressive est le score de 16 (Langevin, et al., 2011b).

plus, l'entrée dans la profession vétérinaire est très compétitive et peut favoriser certains traits de caractère incluant le perfectionnisme, qui peuvent, à terme, favoriser le risque suicidaire comme on l'a évoqué précédemment. De plus, la formation universitaire difficile peut affecter l'estime de soi comme l'humeur (Bartram & Baldwin, 2008).

Les exigences de l'admission conduisent à un ensemble d'étudiants dans lequel les individus, habitués à surpassés leurs pairs, sont réunis avec des camarades aux résultats scolaires similaires. Cet environnement peut amener certains élèves à s'interroger chroniquement sur leurs propres capacités et à craindre de ne pas être à la hauteur intellectuellement (Bartram, 2009). Des sentiments similaires sont souvent exprimés par des étudiants vétérinaires américains à l'occasion d'entretiens. Cette situation s'applique également aux étudiants d'autres professions de la santé et prédispose à des problèmes psychologiques chez ceux qui ne s'adaptent pas et restent persuadés que leurs objectifs de performance sont réalistes (Bartram, 2009).

6. Les femmes et les jeunes diplômés, des populations plus à risque de troubles mentaux au sein de la profession

6.1. Les femmes vétérinaires, plus touchées par les troubles mentaux ?

Notre société exerce une pression très grande sur les femmes qui sont souvent amenées à assumer les responsabilités familiales telles que l'éducation des enfants etc. (Elkins & Kearney, 1992). De manière générale, les femmes ont un risque significativement plus important que les hommes de développer un épisode dépressif majeur à un moment quelconque de leur vie (American Psychiatric Association, 2000, p. 434).

La féminisation de la profession est plutôt « tardive » en France : la profession compte à peine plus d'hommes que de femmes et le sex-ratio équilibré ne devrait être atteint qu'en 2015 (Lebaut, 2012). Outre-Atlantique, la féminisation est plus marquée puisque les femmes représenteraient désormais 95 % des étudiants vétérinaires aux Etats-Unis. Aussi s'est-on depuis longtemps intéressé sur le continent américain aux difficultés spécifiques rencontrées par les femmes vétérinaires qui doivent concilier sphère privée et sphère professionnelle dans un métier qui exige une très grande implication professionnelle. Même si les consciences ont beaucoup évolué, les femmes sont, par tradition, toujours assignées à la sphère privée et se voient ainsi contraintes de multiplier les rôles (privés et professionnels) tout en assurant la gestion du planning familial. Cette omniprésence qu'impose la société au modèle féminin fait peser une pression importante sur les épaules des femmes qui font parfois le choix de ne se consacrer qu'à un seul rôle (professionnel ou familial) en réponse à l'incompatibilité spatiale et/ou temporelle de leurs différentes fonctions (Paulet, 2011).

Face au grand nombre de troubles découverts chez les praticiennes, des études se sont penchées sur ce phénomène. Ces enquêtes ont montré que les femmes médecins souffraient davantage d'une incompatibilité entre leurs rôles familial et professionnel que les hommes médecins (Elkins & Kearney, 1992).

Concernant les femmes vétérinaires, plusieurs études ont montré que le stress et la dépression affectait plutôt les jeunes femmes (Gardner & Hini, 2006; Bartram, 2009), et en particulier celles exerçant en petits animaux de compagnie (la plupart du temps du fait de

relations difficiles avec la clientèle) (Gardner & Hini, 2006). Une plus grande proportion de femmes vétérinaires (27 %) par rapport aux hommes (16 %) a montré des scores de DP élevés à très élevés (Fairnie, 2005). Dans une étude portant sur les praticiens finlandais (Reijula, et al., 2003), les vétérinaires femmes ont montré des résultats opposés aux femmes de la population générale : leur niveau de cynisme (contrôlé via un questionnaire) s'est avéré plus important que celui des vétérinaires de sexe masculin.

Dans l'étude néozélandaise de Gardner et Hini, les femmes rapportaient plus de stress en relation avec leur estime personnelle et le souci d'être à la hauteur de leurs propres exigences. Cela traduit bien la pression qui pèse sur les épaules des praticiennes quant à leur réussite individuelle et ce besoin de prouver qu'elles peuvent assumer à la fois leurs rôles personnels et professionnels.

En conséquence, bien que les praticiens français ont le sentiment que le phénomène suicidaire intéresse davantage les hommes, cette impression doit être modérée par plusieurs biais : la moyenne d'âge des praticiens hommes, qui correspond davantage à celle de la population à risque de suicide (en France, la moyenne d'âge des inscrits à l'Ordre est de 43 ans : 38 ans pour les femmes et 47 ans pour les hommes), leur plus grand nombre, mais aussi leur tendance plus forte au passage à l'acte (les hommes sont quatre fois plus nombreux à se suicider que les femmes alors que ces dernières sont plus nombreuses à tenter de se suicider et à rapporter des idéations suicidaires sérieuses. Cela est lié notamment au fait que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à recourir à des moyens qui amènent une mort rapide) (Tousignant, 1994).

Les études rapportées ici témoignent bien d'une réelle souffrance psychologique des femmes vétérinaires qui, même si elle ne se traduit pas par un nombre plus élevé de suicide dans la population féminine française, pourraient malheureusement favoriser ce type de comportement dans quelques années lorsqu'elles constitueront une plus grande part des praticiens et qu'un plus grand nombre atteindra la moyenne d'âge à risque. Comme nous l'avons observé dans la partie épidémiologie, cette prévalence du suicide plus importante chez les femmes vétérinaires est d'ailleurs déjà observée dans certains pays (Charlton, 1995; Mellanby, 2005; Kelly & Bunting, 1998; Miller & Beaumont, 1995; Meltzer, et al., 2008).

Ajoutons que les facteurs de stress diffèrent suivant le sexe : les femmes auraient tendance à rapporté des facteurs de stress davantage en relation avec la demande, le relationnel avec les employés, les confrères et les clients. Les facteurs de stress chez les hommes seraient plus couramment associés aux revenus, aux finances et aux perspectives de carrière (Gardner & Hini, 2006).

6.2. Les jeunes diplômés, plus sensibles aux troubles mentaux ?

Certaines études suggèrent que l'implication dans son travail, le stress au travail et l'épuisement professionnel ne différent pas selon l'âge des vétérinaires interrogés (Hansez, et al., 2008). Cependant, **la plupart des enquêtes révèlent un taux de burn out plus important chez les vétérinaires jeunes diplômés par rapport aux groupes de vétérinaires plus âgés**.

L'âge correspond en général à la variable démographique la plus corrélée au burn out. Les jeunes employés rapportent plus de syndrome d'épuisement professionnel que les plus âgés. Il a été suggéré que les employés plus âgés avaient pu acquérir de meilleures stratégies de défense face au stress du fait de leurs années d'expérience. Aussi, les individus soufrant de ce syndrome pourraient également avoir abandonné la profession vétérinaire et ainsi ne plus se retrouver dans l'effectif des vétérinaires une fois plus âgés (Reijula, et al., 2003). On peut supposer également qu'avec l'âge, l'acquisition de certaines formes de sécurité (bien immobilier, installation effective de sa clinique…) permettent de palier au stress.

Ainsi, dans l'étude australienne s'intéressant à la détresse psychologique évoquée précédemment (Fairnie, 2005), plus de **50 % des individus** qui présentaient une DP très élevée avaient **moins de 34 ans**. Aux Etats-Unis, les jeunes diplômés sont les plus nombreux à souffrir du burn out (65 % des 25-29 ans) et les syndromes de burn out les plus avancés ont été retrouvés chez les vétérinaires ayant seulement 10 à 14 ans d'expérience (Elkins & Elkins, 1987). Plusieurs autres études (Harling, et al., 2009; Gardner & Hini, 2006; Bartram & Baldwin, 2008) vont dans ce sens en révélant que les troubles psychosociaux sont plus répandus chez les jeunes diplômés ou les vétérinaires d'âge intermédiaire, comparativement aux plus anciens.

Des auteurs (Routly, et al., 2002) ont montré que les principales sources de stress des jeunes vétérinaires anglais étaient les gardes, l'aspect financier et l'impression d'un défaut de formation en chirurgie. Le manque de soutien, de supervision peut être à l'origine d'erreurs médicales sources d'un impact émotionnel très important (cf. « impact des erreurs médicales » p. 76 et « troubles affectifs liés au passage du milieu étudiant à la vie active » p.77) (Bartram, 2009).

7. Troubles mentaux en fonction du type de pratique et du statut

7.1. L'influence du type de pratique

Les facteurs de stress diffèrent logiquement suivant la pratique : ainsi, les praticiens ruraux et mixtes souffrent davantage des heures supplémentaires et des horaires décalés par rapport aux cliniciens des petits animaux de compagnie, qui eux, subissent un stress plus important inhérent à la pratique de l'euthanasie et à la responsabilité qui leur incombe quant à la survie des animaux soignés (Gardner & Hini, 2006).

Cependant, concernant l'influence du type de pratique sur les troubles psychologiques, les études se contredisent. L'étude menée en Belgique (Hansez, et al., 2008) a obtenu un taux de stress déclaré plus faible chez les praticiens canins comparativement aux praticiens mixtes. Toutefois, la plupart des études ont mis en évidence des troubles psychologiques plus sévères chez les vétérinaires travaillant avec les petits animaux de compagnie. Ainsi, en Nouvelle Zélande, les études révèlent que les praticiens « mixtes » et « canins » montrent des taux de stress plus élevés (Gardner & Hini, 2006). En Finlande, le burn out est plus répandu au sein des praticiens canins et équins (Reijula, et al., 2003). Aussi, les praticiens des petits animaux

montrent en Angleterre une plus grande prévalence d'idées suicidaires, d'anxiété et un bien-être inférieur à ceux mesurés dans les autres pratiques (Bartram, 2009).

Les praticiens des petits animaux de compagnie souffriraient davantage de troubles mentaux par rapport aux vétérinaires, sans toutefois que cela soit constant. Chaque type de pratique apporte son lot de troubles psychiatriques associés, inhérents aux désavantages de chacun de ces métiers. Les horaires pénibles des praticiens « ruraux » peuvent ainsi être à l'origine d'une détérioration de la santé mentale à ne pas négliger.

7.2. L'influence du statut : libéral ou salarié

Peu d'études portant sur la santé mentale des vétérinaires comparent les différents statuts des praticiens. Il en ressort toutefois que les vétérinaires libéraux, et plus particulièrement les propriétaires de structure vétérinaires, sont les plus touchés par les troubles psychosociaux mais sont également plus nombreux à présenter une consommation d'alcool à hauts risques (Harling, et al., 2009).

C. L'isolement social

1. L'isolement des travailleurs du fait des horaires de travail

Des auteurs indiquent que le suicide lié au travail serait la conséquence d'une individualisation extrême (Davezies, 2007). Les horaires atypiques peuvent perturber la vie familiale, les activités et la vie sociale. Ils ont un impact direct sur ces dernières mais peuvent aussi fragiliser le soutien provenant de la sphère privée. Une étude menée sur un échantillon de suicidants hospitalisés a montré une corrélation entre des horaires de travail mal adaptés à la vie familiale et le risque de suicide. En effet, un pourcentage plus faible de l'échantillon affirmait posséder des horaires adaptés à la vie sociale et familiale par rapport à celui rencontré dans la littérature concernant les populations au travail (François, et al., 2011).

D'autre part, le Dr Virginia Richmond du programme de soutien psychologique aux vétérinaires du Royaume-Uni (*Veterinary Surgeons Health Support Program*), rapporte que les vétérinaires en détresse qui appellent l'association évoquent souvent l'isolement et le manque de soutien et affirment ne pas savoir à qui parler de leurs problèmes (Anonyme, 2005).

Les horaires mal adaptés à la vie sociale et familiale représentent un facteur majeur du suicide lié au travail.

Or, nous avons vu auparavant que la surcharge de travail était considérée comme un facteur de stress majeur, si ce n'est le plus important, chez les vétérinaires, en particulier par son impact sur la balance vie privée/vie professionnelle qui s'en trouve déséquilibrée.

Ainsi, les horaires de travail mal adaptés ont reçu de la part des vétérinaires néozélandais interrogés le plus fort score de stress (3,71 sur 5) comparativement à tous les autres facteurs. L'isolement arrivait juste après sur l'échelle du stress, au même niveau que la relation client et les problèmes de revenus (Kinsella, 2006).

De même, l'étude australienne de Fairnie révèle que 40 % des répondants voient leur vie familiale très perturbée par leurs gardes (Fairnie, 2005).

Les horaires pénibles de la profession vétérinaire ont un impact significatif sur leur vie sociale et familiale, impact les rendant plus vulnérables au risque suicidaire.

Ces horaires délétères pour la vie sociale sont d'autant plus problématiques pour les vétérinaires que la sphère familiale et sociale semble revêtir chez les praticiens un caractère protecteur du suicide, comme décrit ci-après.

2. La vie sociale est un moyen de gestion du stress

Le soutien social peut réduire l'influence des facteurs de stress sur le stress (Viswesvaran, et al., 1999). Ajoutons que les femmes montrent une plus grande tendance à rechercher un soutien social pour apaiser leur stress que les hommes (Gardner & Hini, 2006). Or, comparés à la population générale, les vétérinaires présenteraient une plus grande utilisation de la sphère privée et des relations entre collègues pour la gestion du stress (Kahn & Nutter, 2005). De même, dans plusieurs des études évoquées concernant le stress des praticiens, la majorité des interrogés ont affirmé se tourner vers la famille pour échapper au stress (Fairnie, 2005; Gardner & Hini, 2006).

Ajoutons que la sphère familiale revêt un caractère protecteur du suicide de façon générale, toutes populations confondues. En effet, nous avons vu à l'occasion de notre étude générale du suicide que le mariage préservait les individus du risque suicidaire. Toutefois, à ce sujet, l'étude australienne de Fairnie ne révèle aucune différence de détresse psychologique entre mariés et non mariés (Fairnie, 2005). Précisons cependant qu'elle ne tient pas compte du simple concubinage.

3. Un isolement d'autant plus traumatisant qu'il est brutal

On a vu que le passage de la vie estudiantine à la vie professionnelle était source de troubles psychologiques. Aussi, le fait que les étudiants vétérinaires basculent en général de façon brutale du milieu étudiant très riche socialement au monde professionnel plutôt isolé de la pratique libérale participe à ces troubles (Bartram, 2009).

4. Les problèmes relationnels au travail

Les conflits entre collègues ou avec la hiérarchie, par leur impact négatif sur la productivité mais également leurs conséquences individuelles sur l'isolement social des travailleurs, peuvent favoriser le risque suicidaire (François, et al., 2011). Aussi, des menaces ou humiliations au travail sont évoquées par un nombre plus important de suicidants (24 %

des hommes et 30 % des femmes) que de salariés interrogés dans la population générale (10 % des hommes et 13,5 % des femmes) (Cohidon, et al., 2009).

Comme vu précédemment, l'étude néozélandaise de Gardner révèle que **les relations avec les confrères et les collègues de travail constituent une source de stress secondaire** des praticiens vétérinaires (Gardner & Hini, 2006) (Bartram & Baldwin, 2008). Nous avons ainsi pu noter que les relations professionnelles constituent le 3ème facteur de stress important chez les praticiens. Mais ces problèmes peuvent également être à l'origine d'un isolement des praticiens en conflits permanent, isolement les rendant plus vulnérable au risque suicidaire.

L'isolement social peut également être le fruit non pas de conflits au sens propre mais simplement d'un manque de soutien entre collègues/confrères et, plus largement, d'un manque de cohésion au sein de la profession vétérinaire toute entière.

Dans son étude, Gardner révèle également que le manque de soutien de la part du milieu professionnel vétérinaire est une source supplémentaire de troubles psychosociaux au travail, en particulier chez les jeunes diplômés et les femmes. Elle rapporte également que les confrères vétérinaires constituent pour certains un soutien social leur permettant de moins souffrir des troubles psychosociaux (Gardner & Hini, 2006).

Dans l'enquête portant sur les praticiens français, **les vétérinaires évoquent souvent les rapports parfois difficiles avec les confrères et une absence de réelle cohésion professionnelle** (Tupin, 2005). Toutefois, si ce ressenti était bien réel ces dernières années en France, de nouvelles dispositions de loi peu appréciées dans la profession ont permis tout récemment (le 6 novembre 2013, à Paris) de réunir quelques milliers de praticiens sous une même bannière. Ce mouvement récent a notamment éveillé et révélé un besoin de rassemblement, d'échanges plus nombreux mais surtout plus étroits entre confrères. Les réseaux sociaux ont joué un grand rôle dans la nouvelle cohésion apparue et la pérénité des échanges sur ces réseaux depuis la manifestation traduit le besoin et l'attachement des praticiens à la communication et la cohésion entre confrères.

Rappelons que **l'appartenance à une communauté est un facteur protecteur majeur du suicide mis en évidence par Durkheim**. Or, le corps vétérinaire est un support idéal pour permettre aux praticiens de constituer une puissante communauté qui les empêchera de se replier sur eux-mêmes.

L'isolement social joue un rôle majeur dans le suicide, autant d'un point de vu sociologique que selon le modèle des facteurs de risque. Le rôle protecteur des communautés, qu'elles soient religieuses, professionnelles ou autres, est établi par de nombreux sociologues du suicide. Or, il est indéniable que le vétérinaire souffre beaucoup d'une vie sociale sacrifiée sur l'autel de son exercice mais également de l'individualisme des sociétés actuelles, auquel l'absence de confraternité participe. Parvenir à briser cette solitude via une meilleure cohésion professionnelle pourrait être la clef pour l'amélioration de la santé psychologique des praticiens et la diminution du taux de suicide dans la profession.

D. Les problèmes financiers

Les finances constituent souvent une source de stress importante pour les vétérinaires (Gardner & Hini, 2006).

1. Les réticences voire refus de paiement de la part de certains clients ne sont pas exceptionnels

Nous avons ainsi vu précédemment que les litiges financiers et les problèmes de recouvrement étaient fréquemment évoqués par les vétérinaires comme facteurs de stress du vétérinaire (cf. p.67)

Une étude australienne a ainsi obtenu comme source de stress principale le recouvrement des créances des clients (Anonyme, 2002). Le recouvrement de l'argent dû par les clients est également évoqué par les praticiens belges (Hansez, et al., 2008) et néo-zélandais (Kinsella, 2006) (Bartram & Baldwin, 2008; Gardner & Hini, 2006) (cf. fig. 5).

2. Des revenus insuffisants

Les faibles salaires dans la profession sont également évoqués par les vétérinaires australiens (Jeyaretnam, et al., 2000), finlandais (Reijula, et al., 2003), néozélandais (Kinsella, 2006) et irlandais (Connolly, 2004). Dans l'étude néozélandaise de Gardner et Hini, les faibles ressources financières sont souvent évoquées par les praticiens comme une source de stress (Gardner & Hini, 2006).

Le revenu insuffisant constitue donc une source de stress pour les praticiens mais créé également un **sentiment d'injustice en regard de l'investissement fourni** par les vétérinaires dans leur pratique, comme illustré plus avant dans la partie « facteurs des stress ».

3. Les hommes sont plus concernés par la question pécuniaire

Chez les praticiens néozélandais de sexe masculin, les facteurs de stress les plus importants parmi les facteurs personnels se sont avérés être le revenu et les finances. Le revenu constituait également un stress plus important chez les praticiens des petits animaux de compagnie par rapport aux autres pratiques (Gardner & Hini, 2006).

4. Conclusion concernant les problèmes financiers et le suicide des vétérinaires

S'il existe des troubles d'ordre financier dans la profession, cette dernière n'est pas particulièrement sujette aux graves problèmes pécuniaires se traduisant par la faillite ou la grande pauvreté, qui seuls sont connus comme des facteurs de risque du suicide.

Aussi, si la ruine n'affecte pas d'avantage les vétérinaires que les autres professions, il n'en reste pas moins que, contrairement à l'image populaire, le vétérinaire éprouve de plus en plus de difficultés à percevoir un revenu correspondant à sa charge importante de travail, son niveau d'étude et ses responsabilités, voire même parfois à simplement « joindre les deux

bouts ». Ce dernier point est à l'origine d'un sentiment d'injustice, voire de colère, qui débouchera, espérons-le, un jour, sur une revalorisation de la pratique.

Ainsi, **le facteur financier au sens strict ne semble pas le facteur de risque le plus pertinent dans le suicide des vétérinaires, même si les troubles qu'il génère, tels que le sentiment d'injustice et le manque de reconnaissance, participent à la vulnérabilité psychologique des praticiens.**

Ajoutons cependant que des banqueroutes existent bel et bien dans la profession. Ces praticiens ruinés peuvent heureusement parfois se rétablir grâce aux associations vétérinaires et/ou aux délégués sociaux de l'Ordre des vétérinaires.

E. L'accès et la maitrise des agents médicamenteux

La facilité d'accès aux moyens de suicide est un des facteurs favorisants du suicide les plus fréquemment cités dans les groupes professionnels les plus à risque. Les agriculteurs, comme les médecins, utilisent souvent des méthodes de suicide liées à leur travail et certaines études ont suggéré que l'auto-intoxication et les armes à feu sont des méthodes particulièrement communes de suicide dans la profession vétérinaire (Blair & Hayes, 1982; Blair & Hayes, 1980; Jones-Fairnie, et al., 2008; Kelly & Bunting, 1998; Miller & Beaumont, 1995; Platt, et al., 2012a).

1. Données sur les méthodes de suicide au sein de la profession vétérinaire

Comme évoqué auparavant, des données préliminaires de la littérature suggèrent que l'un des facteurs contribuant au risque élevé dans ce groupe professionnel peut être l'accès facilité à un moyen de suicide. Cependant, des études plus empiriques sont nécessaires pour confirmer que les vétérinaires utilisent des méthodes de suicide obtenus par le travail (Platt, et al., 2010). Une revue de plusieurs articles étudiant ces méthodes chez les vétérinaires (Platt, et al., 2010) est présentée ici, complétée par d'autres articles sur le même sujet plus récents. Tous les résultats sont réunis dans le tableau ci-dessous (tab IV).

Tableau IV : Données sur les méthodes de suicide employées chez les suicidés vétérinaires

Etudes et pays concerné(s)	Période étudiée	Population vétérinaire étudiée	Nombre de suicide	Méthodes de suicide (% de tous les cas de suicide)					Méthode privilégiée de suicide	Pourcentage de méthodes de suicide renseignées
				Empoisonnement (% de barbituriques)	Armes à feu	Pendaison	Noyade	Autres		
(Hawton, 2011) (Danemark)	1981-2006	Vétérinaires du Danemark âgés de 18 à 67 ans	*16*	***37,5%*** *(NR)*	*25%*	*25%*	*0*	*12,5%*	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires du Danemark âgés de 18 à 67 ans hommes	*14*	***35,7%*** *(NR)*	*26,4%*	*21,4%*	*0*	*14,3%*	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires du Danemark âgés de 18 à 67 ans femmes	*2*	***50%*** *(NR)*	*0*	*50%*	*0*	*0*	***Empoisonnement / Armes à feu***	100%
(Blair & Hayes, 1980) (Etats Unis)	*1966-77*	*Vétérinaires hommes de race blanche praticiens*	*54*	***54 % (37)***	*33%*	/	/	/	***Empoisonnement***	87%
		Vétérinaires hommes de race blanche non praticiens de clinique	*11*	*27%* ***(0)***	***64%***	/	/	/	***Armes à feu***	91%
(Blair & Hayes, 1982) (Etats Unis)	*1947-77*	*Vétérinaires praticiens*	*137*	*36%* ***(13)***	***37%***	/	/	/	***Armes à feu***	73%
		Vétérinaires non praticiens		*28%* ***(0)***	***69%***	/	/	/	***Armes à feu***	82%

(Jeyaretnam, et al., 2000) (Australie)	*10 ans (période non précisée)*	*Vétérinaires d'Australie de l'Ouest*	*4*	***50% (100)***	*/*	*/*	*/*	*/*	***Empoisonnement***	50%
(Jones-Fairnie, et al., 2008) (Australie)	*1990-2002*	*Vétérinaires de Victoria*	*11*	***82%(NR)***	***9%***	***9%***	***/***	***/***	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires de Victoria hommes	*9*	***78%(NR)***	***11%***	***1%***	***/***	***/***	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires de Victoria femmes	*2*	***100%(NR)***	***/***	***/***	***/***	***/***	***Empoisonnement***	100%
(Kelly & Bunting, 1998) (Angleterre et pays de Galle)	*1982-1996*	*Vétérinaires (hommes âgés de 20 à 64 ans et femmes âgées de 20 à 59 ans)*	*46*	***85%(NR)***	*13%*	*4%*	*0*	*0*		
		Vétérinaires hommes âgés de 20 à 64 ans	*38*	***79%(NR)***	*16%*	*5%*	*0*	*0*	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires femmes âgées de 20 à 59 ans	*9*	***100%(NR)***	*0*	*0*	*0*	*0*	***Empoisonnement***	100%
(Kinlen, 1983)(Angleterre)	*1949-75*	*Vétérinaires hommes*	*27*	***/***	***19%***	***/***	***/***	***/***	***Non précisé***	19%

(Mammerickx, 1985) (Belgique)	*Non renseigné*	*Vétérinaires*	*13*	***23%(NR)***	*8%*	*15%*	*/*	*15%*	***Empoisonnement***	61%
(Miller & Beaumont, 1995)(Etats Unis)	*1960-1992*	*Vétérinaires californiens*	*42*	***50%(NR)***	*2%*	*10%*	*/*	*7%*	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires californiens hommes	*36*	***47%(NR)***	*3%*	*8%*	*/*	*6%*	***Empoisonnement***	100%
		Vétérinaires californiens femmes	*6*	***67%(NR)***	*0*	*17%*	*/*	*17%*	***Empoisonnement***	100%
(Skegg, et al., 2010) (Nouvelle Zélande)	*1973-2004 (sauf 1996 et 1997)*	*Vétérinaires néozélandais âgés de 15 à 64 ans*	*3*	***100%(NR)***	*0*	*0*	*0*	*0*	***Empoisonnement***	100%

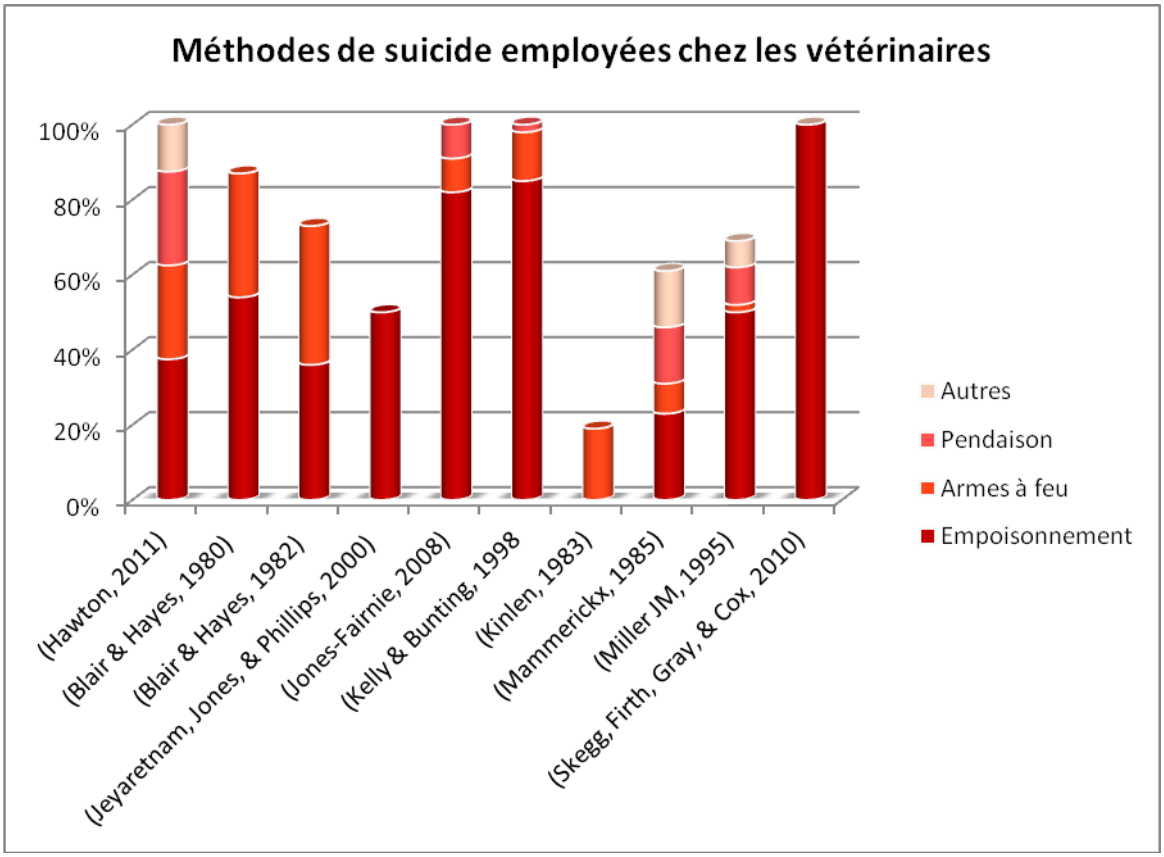


Figure 8 : Résumé de la revue bibliographique des méthodes de suicide employées chez les vétérinaires

Cette revue des études disponibles sur les méthodes de suicide des vétérinaires met en évidence que les deux méthodes les plus usitées par les vétérinaires sont l'empoisonnement et l'utilisation d'armes à feu. Notons que sur les 3 études qui ont montré que les armes à feu étaient le moyen le plus représenté, deux d'entre elles provenaient des Etats-Unis, le pays étudié où le port d'armes est le plus facile et courant et où la méthode de suicide privilégiée est donc l'arme à feu. Cet accès facilité peut donc biaiser les méthodes choisies. L'empoisonnement correspond à la méthode de suicide des vétérinaires dans 23 à 100 % des cas de suicide recensés dans les différentes études.

L'empoisonnement est la méthode de suicide la plus usitée chez les vétérinaires.

Comme évoqué dans la partie « épidémiologie », les méthodes les plus classiquement employées varient géographiquement mais on relève surtout la pendaison, l'usage d'armes à feu et l'empoisonnement aux pesticides dans les pays étudiés.

Les molécules d'empoisonnement sont rarement précisées dans les études concernant les vétérinaires, mais on peut légitimement supposer que les molécules usitées par les praticiens sont celles utilisées sur leur lieu de travail comme agents euthanasiants tels que les barbituriques (de type Doléthal®) ou des mélanges de molécules de type narcotiques et curarisants (de type T61®). De nombreuses études indiquent que beaucoup des cas de suicide au sein de la profession vétérinaire impliquent des agents euthanasiants (Blair & Hayes, 1980; Jeyaretnam, et al., 2000), bien que ce ne soit pas toujours le cas (Kinlen, 1983) (Platt, et al., 2012b).

L'usage des barbituriques, lorsqu'il est mentionné représente toutefois entre 13 et 100% des empoisonnements des vétérinaires, **ce qui semble déjà au-delà des scores retrouvés dans la population générale** (qui a davantage recours aux pesticides).

Une étude qui compare les données de méthodes de suicide entre les vétérinaires et les autres populations illustre cette surreprésentation des suicides par empoisonnement chez les vétérinaires (Mellanby, 2005; Kelly & Bunting, 1998). Soixante seize pour cent des hommes vétérinaires décédés par suicide s'étaient empoisonnés alors que, sur la même période, seulement 20 % des suicidés de la population générale avaient mis fin à leurs jours par la même méthode. On retrouve un écart dans le même sens au sein de la population féminine (89 % chez les femmes vétérinaires contre 46 % chez les femmes de la population générale).

Aussi, dans cette étude, les vétérinaires présentaient le pourcentage le plus élevé de suicide par empoisonnement de tous les métiers possédants des accès facilités aux agents médicamenteux tels que les pharmaciens ou les médecins (Kelly & Bunting, 1998) (Mellanby, 2005).

L'influence de l'accès aux agents médicamenteux est également confirmée par les différences statistiques entre méthodes de suicide chez les vétérinaires praticiens/cliniciens, comparativement aux non praticiens (qui eux ne disposent pas de ces molécules) (Blair & Hayes, 1980).

Ajoutons que dans notre étude l'influence du sexe se retrouve sur les méthodes usitées. Les femmes vétérinaires montrent ainsi des taux plus élevés d'empoisonnement et un moindre usage des armes à feu comparativement aux hommes.

L'accès aux agents médicamenteux influe sur les méthodes de suicide des praticiens vétérinaires.

2. Lien entre l'accès aux agents médicamenteux et les TS

On ne peut écarter la possibilité que cet accès, qui semble influer sur les méthodes de suicide, puisse également influer sur le risque de suicide, en facilitant le geste suicidaire : les vétérinaires possèdent, en plus des produits, les connaissances associées aux agents euthanasiants (ou anesthésiques) leur permettant d'amener l'animal, comme eux-mêmes, à une mort qui se veut « douce » et rapide.

2.1. Il existe une réelle corrélation entre l'accès aux moyens létaux et le risque suicidaire

Comme mentionné dans la partie portant sur le modèle des facteurs de risque généraux du suicide (p. 47), **il a été prouvé que l'accès aux moyens létaux avait une influence concrète sur les taux de suicide et donc sur le risque suicidaire d'une population**. Ce lien entre accès et geste suicidaire s'illustre dans les diminutions des taux de suicide observées suite à la suppression de nombreux agents de suicide dans différents pays. Ainsi, on a relevé une chute du taux de suicide consécutive à la détoxification du gaz de ville, l'utilisation de

convertisseurs catalytiques dans les voitures, la diminution du dosage du paracétamol et l'installation de barrières sur les ponts élevés (Hawton 2007) (Bartram & Baldwin, 2008).

De la même façon**, l'accès aux moyens létaux est souvent mentionné comme un facteur de risque du suicide majeur dans certaines professions**. L'accès aux armes a été corrélé à la mortalité par suicide chez les militaires et les agriculteurs de même que l'accès aux agents médicamenteux chez les médecins et les pharmaciens (Stark & Dougall, 2012; Platt, et al., 2010).

Ajoutons que les vétérinaires sont souvent moins étroitement surveillé quant à l'utilisation des molécules dangereuses que ne le sont les médecins (Fishbain, 1986).

2.2. Comment expliquer ce lien entre accès et geste suicidaire

Les pulsions suicidaires sont souvent, comme leur nom l'indique, très brèves. Pendant le bref laps de temps au cours duquel un individu se sent si désespéré qu'il en devient suicidaire, un accès facilité à des moyens létaux peut être un facteur clef qui détermine le passage de la pensée à l'acte suicidaire (Bartram & Baldwin, 2008).

Ainsi, l'accès facilité aux agents médicamenteux pourrait expliquer en partie le risque de suicide élevé retrouvé dans la profession vétérinaire en rendant les praticiens plus vulnérables à l'instant de crise.

2.3. L'accès aux moyens létaux n'est cependant pas le seul facteur opérant dans le phénomène suicidaire

Toutefois, cet accès n'est pas l'unique facteur de risque à l'origine du fort taux de suicide dans la profession puisque tous les praticiens n'utilisent pas la méthode médicamenteuse. Cela suggère que les autres facteurs évoqués auparavant, tels que les troubles de la santé mentale par exemple, jouent bien un rôle dans le suicide des vétérinaires (Platt, et al., 2012a).

Il en est de même chez les médecins dont le taux de suicide demeure élevé par rapport à la population générale, même en excluant les cas de suicide par intoxication médicamenteuse, suggérant que l'accès aux moyens létaux n'est pas le seul facteur opérant dans ce phénomène (Bartram, 2009; Agerbo, et al., 2007). On peut supposer qu'on retrouverait des résultats similaires chez les vétérinaires, mais il serait intéressant de le confirmer en obtenant les chiffres du taux suicide en excluant les suicide par empoisonnement à partir des molécules de la pharmacie vétérinaire.

3. Gravité des TS

Un autre aspect important de cet accès facilité aux molécules pharmaceutiques est la gravité de la tentative de suicide associée. En effet, par leurs connaissances poussées en pharmacologie et la pratique courante de ces agents, les praticiens aboutissent souvent à une issue fatale quels que soient les soins mis en place. Cela est d'autant plus vrai que les molécules usitées peuvent mettre des jours à continuer à agir, sans que les médecins puissent en stopper les effets.

La revue de quelques cas cliniques de suicides par agents médicamenteux vétérinaires permet d'illustrer ces assertions. Dans ces cas cliniques, les médecins évoquent notamment leurs faibles connaissances quant à l'effet des agents vétérinaires sur les humains. Ainsi, dans le cas d'un suicide lié à l'utilisation d'acépromazine, les auteurs écrivent :

> « Bien que la molécule soit bien décrite chez les animaux, nous ne disposons d'aucune documentation sur le métabolisme, la pharmacocinétique et la toxicité de l'acépromazine chez l'homme » (Stowell, 1998).

Cela les conduit donc souvent à rechercher des molécules équivalentes connues :

> « Cependant, les métabolites de la chlorpromazine et de la levomepromazine, structurellement proches de l'acépromazine, sont bien documentés chez les humains » (Stowell, 1998).

Dans la littérature médicale humaine qui concerne les cas cliniques d'intoxication médicamenteuse, les différents auteurs évoquent l'utilisation de T61® et de pentobarbital dans les tentatives de suicide comme un usage non exceptionnel, en particulier chez les vétérinaires, même si elle concerne également beaucoup d'employés de vétérinaires ou même des propriétaires de structures animalières (Anger, 2002) (Cordell, et al., 1986).

> « Le T-61® ou TANAX® est un agent euthanasiant vétérinaire parfois impliqué dans les tentatives de suicide chez l'homme en administration par différentes voies. Le produit commercial est un mélange de trois principes actifs : embutramide, mébezonium et chlorhydrate de tetracaine, dont l'association entraîne plus ou moins rapidement la mort par anoxie cérébrale » (Anger et al., 2002).

Concernant le T61®, la mort est malheureusement souvent rapide suite à l'injection de cet agent, ce qui rend toute tentative de secours souvent vaine (Anger et al., 2002). Il arrive cependant que le décès survienne de façon retardée, en fonction des voies d'administration. Toutefois, les victimes qui en réchappent souffrent souvent de séquelles. Par exemple, le T61® contient du DMF à l'origine d'une hépatotoxicité tardive (Anger et al., 2002). Rapportons cependant ici le cas clinique qui concernait un vétérinaire en dépression de 39 ans ayant attenté à ses jours en ingérant un mélange de T61® de pentobarbital, dont la gestion médicale rapide a permis un rétablissement et même un retour à un quotidien normal quelques mois plus tard (Cordell, et al., 1986).

F. Impact de l'euthanasie

Les consultations d'euthanasie font partie du quotidien du vétérinaire. Ces consultations singulières mettent en jeu des émotions intenses qui peuvent affecter le praticien et une souffrance psychologique peut naître de ces euthanasies répétées (Protin, 1999).

De nombreuses enquêtes ethnographiques suggèrent que les individus pratiquant des euthanasies sur les animaux présentent un risque accru de troubles de l'humeur, de troubles somatiques (tels que des ulcères ou une tension artérielle élevée), de toxicomanie et même de tentatives de suicide (Reeve, et al., 2005).

L'influence de l'euthanasie sur le risque suicidaire prend deux formes :

- D'une part, nous verrons que l'euthanasie peut affecter émotionnellement les vétérinaires et générer des troubles psychologiques de type affectifs comme anxieux. Ces troubles étant, on l'a vu, des facteurs de risque du suicide, on montrera que l'impact émotionnel de cette procédure peut exposer les vétérinaires au risque suicidaire.
- D'autre part, nous évoquerons le potentiel effet désensibilisant de l'euthanasie qui peut conduire les vétérinaires à « désacraliser » la vie. Une attitude par rapport à la mort qui peut les rendre, logiquement, plus vulnérable au risque suicidaire.

1. Un fort impact émotionnel à l'origine de troubles psychiatriques

Nombreux sont les vétérinaires qui choisissent ce métier par vocation, celle de soigner l'animal. Pour autant, bien qu'étant formés par nature pour aider au processus de guérison, les vétérinaires traitent aussi leurs patients en sachant que certains d'entre eux finiront par être abattus pour la consommation humaine. À d'autres moments, ils sont appelés à pratiquer l'euthanasie, sans que cette dernière ne soit toujours motivée par des raisons prophylactiques ou médicales. Etre impliqué dans ces actes peut être profondément perturbant pour le vétérinaire (Manette, 2004).

1.1. Un impact émotionnel établi

L'euthanasie des animaux est un geste à la fois physique, technique mais qui revêt également un caractère émotionnel. Il place le travailleur directement en contact avec la mort.

La communauté scientifique a reconnu le caractère potentiellement perturbant d'un point de vu psychologique de l'euthanasie des animaux (Rollin, 2009).

Les vétérinaires peuvent rencontrer des difficultés, non seulement associées à des problèmes d'ordre moral et éthique, mais également des complications psychologiques consécutives à l'acte lui-même. Des auteurs ont ainsi mis en évidence un impact émotionnel sérieux affectant les travailleurs réalisant des euthanasies sur les animaux (Schneider, 1996; Beaumont-Graff & Massal, 2010).

Cet impact se traduit par différentes réactions :

- Des études ont montré que ces individus affrontent des **conflits émotionnels**, notamment liés au paradoxe du soigneur/tueur, exposé plus loin. Ils ressentent aussi une certaine **ambivalence** concernant cet acte et de l'**incertitude** (Schneider, 1996). Ces sentiments peuvent correspondre aux interrogations des vétérinaires concernant la valeur de l'acte lui-même et ce qu'il représente. Ces questions peuvent aussi porter plus largement sur la valeur de la vie de l'animal par rapport à celle de l'homme, si la vie de l'animal se résume en termes uniquement biologiques : *« que suis-je en train de faire ? » « de préconiser ? d'accepter ? est ce que je fais bien ? »* (Beaumont-Graff & Massal, 2010).

- D’autre part, ils éprouvent en général peu de **culpabilité** mais ressentent une certaine **empathie et de la tristesse** (Schneider, 1996). Cette tristesse peut être personnelle ou partagée (tristesse liée à la perte d’un animal auquel on s’est attaché du fait de longs soins ou tristesse pour le propriétaire dont les émotions nous « débordent » (Beaumont-Graff & Massal, 2010).

- Enfin, ils expriment également beaucoup de **colère et montrent des signes physiques de stress** (Schneider, 1996). Une colère dirigée contre certains clients ou contre eux-mêmes, pour avoir accepté de réaliser l’euthanasie (Beaumont-Graff & Massal, 2010).

L’étude montre également que ces personnes ont développé des stratégies d’adaptation pour atténuer les effets délétères consécutifs à la pratique de l’euthanasie. Toutefois, ces pratiques elles-mêmes peuvent avoir tendance à amplifier les troubles psychologiques existants déjà :

- Ils évitent les conversations avec leur entourage évoquant cette pratique, considérant que ces discussions s’achèvent souvent sur un jugement de valeur, lesquels tendent à les éloigner des autres. De la même façon, si parfois cela les amène à rechercher la compagnie des autres, à défaut certains préfèrent qu'on les laisse tranquilles. **Ce type de « stratégies » peut ainsi conduire à l’isolement social.**
- Certains recherchent de manière excessive la détente après le travail, qui prend souvent la forme de **consommation d’alcool ou d’activité physique outrancière** (Schneider, 1996).

- **Les femmes, plus sensibles ?**

Dans les études s’intéressant à l’angoisse relative à la pratique de l’euthanasie, les scores des femmes indiquent moins de tolérance à la procédure que ceux des hommes, et restent également plus stables au cours de leur carrière. Ces résultats sont très semblables à ceux obtenus par Paul et Podberscek concernant l'empathie pour les animaux (Paul & Podberscek, 2000). Leur étude révèle en effet que les femmes montrent beaucoup plus d'empathie que les hommes et, alors que les hommes montrent une diminution de l'empathie au fil du temps, celle mesurée chez les femmes est stable. De même, cela se reflète dans les études sur la perception sur la douleur : les vétérinaires de sexe féminin et les jeunes diplômés attribuent des scores de douleur plus grands à diverses procédures chirurgicales que ne le font les vétérinaires de sexe masculin ou plus âgés (Ogden, et al., 2012; Huxley & Whay, 2006). Il semble donc que les femmes vétérinaires témoignent d’une plus grande sensibilité que leurs homologues masculins, résultat déjà évoqué dans l’analyse des troubles psychologiques au sein de la profession.

Cette moindre tolérance se traduit logiquement par des refus d’euthanasie plus nombreux chez les vétérinaires de sexe féminin (Yeates & Main, 2011).

Avec la féminisation de la profession, on peut donc prévoir que ces conflits seront plus nombreux et qu’ainsi l’anxiété des praticiens liée à cette prise de décision sera encore plus importante (Ogden, et al., 2012). Rappelons de plus qu’elles sont déjà identifiées comme étant

plus à risque de problèmes de santé mentale, d'anxiété et de suicide (Mellanby, 2005; Gardner & Hini, 2006; Bartram, 2009).

La pratique de l'euthanasie est donc délétère pour la santé mentale du praticien en générant des conflits émotionnels, des troubles de l'humeur ainsi que du stress.

1.2. L'euthanasie, une procédure stressante

Une étude publiée dans l'*Australian Veterinary Journal* (Anonyme, 2002) révèle que l'euthanasie des animaux est encore davantage source de stress pour les praticiens que leur mort « naturelle » (i.e. mort entrainée par d'autres causes).

De même, on a vu que l'étude néozélandaise de Gardner et l'enquête australienne de Meehan et Bradley rapportaient l'euthanasie des animaux comme une source secondaire de stress. Ce stress serait inhérent, selon les interrogés, à l'impact direct du geste mais aussi à l'impact indirect de la gestion du chagrin des propriétaires (Gardner & Hini, 2006; Meehan & Bradley, 2007).

Des chercheurs ont mené une enquête sur l'impact de l'euthanasie auprès de travailleurs de refuges pour animaux où l'euthanasie était pratiquée (Reeve, et al., 2005). Les données récoltées ont révélé que les tensions liées à l'euthanasie étaient répandues chez les employés ayant la responsabilité de cette pratique.

Ainsi, l'étude révèle **que les personnes directement impliquées dans l'euthanasie rapportent des niveaux plus élevés de stress au travail, des troubles somatiques directement liés au stress ainsi que des conflits travail-famille plus importants** que ceux qui n'ont jamais été impliqués dans ces procédures. Ils se montrent également moins satisfaits dans leur travail. Enfin, l'enquête révèle que **plus le taux d'euthanasies pratiquées est élevé, plus le bien-être psychologique des individus est altéré** (Reeve, et al., 2005).

Ces résultats ont confirmé des études préliminaires uniquement qualitatives allant dans le même sens (Rogelberg, et al., 2007).

Les difficultés rencontrées au cours de la procédure, l'euthanasie d'animaux sains, de portées ou d'animaux longuement hospitalisés ainsi que la présence d'enfants au cours de l'euthanasie étaient évalués comme modérément à extrêmement stressants par les vétérinaires australiens (Anonyme, 2002). Ces constations résument presque tout ce qui fait de cette procédure une source de stress.

1.2.1 Le déroulement de l'euthanasie

i. La technique

Si l'euthanasie est la plupart du temps bien maitrisée et suit une procédure précise, il demeure que certains obstacles peuvent rendre l'acte difficile d'un point de vue technique (animal déshydraté et hypotendu, dont le poids est mal estimé…). Aussi, ces difficultés techniques sont plus éprouvantes, à la fois pour les propriétaires mais également pour le vétérinaire, lorsqu'il s'agit d'accompagner les derniers instants d'un animal.

ii. Les personnes présentes au cours de la procédure

Comme évoqué juste avant, des problèmes d'ordre technique peuvent survenir et la mort de l'animal peut ne pas se dérouler comme prévu (dose insuffisante, difficultés pour trouver une voie veineuse, réflexes post mortem impressionnants…). Les propriétaires, qui souvent sont déjà très éprouvés par la simple vision de l'acte en lui-même, peuvent être profondément choqués par ces événements imprévisibles et transmettre leur angoisse au praticien. Il va de soi que lorsque des enfants sont présents, la situation est d'autant plus difficile. Pour autant, on ne peut interdire aux propriétaires d'assister à l'euthanasie de leur animal, et il convient d'apprécier les efforts dont témoignent certains clients pour accompagner leur animal « jusqu'au bout » malgré leur détresse émotionnelle. Toutefois, ce « public » est une source supplémentaire d'angoisse et d'anxiété pour le praticien qui peut, à terme, affaiblir émotionnellement le vétérinaire.

1.2.2 La part de responsabilité dans la décision de l'euthanasie

Bien qu'il ne prenne pas la décision de l'euthanasie, le vétérinaire en est cependant l'acteur principal. Le code de déontologie protège le vétérinaire (Code de déontologie Art. R.*242-48.-Devoirs fondamentaux. VI) et la législation en vigueur stipule que le propriétaire est le seul responsable mais le praticien peut parfois ressentir une part de responsabilité personnelle dans l'acte de donner la mort (Protin, 1999).

Le vétérinaire occupe une position moralement difficile et complexe puisqu'il est à la fois au service de l'animal et de l'homme. Il doit dans le même temps s'occuper du bien-être de ses patients mais aussi s'adapter aux contraintes économiques des propriétaires, à leurs exigences et à leurs attentes (Paul & Podberscek, 2000).

i. L'euthanasie pour raisons financières

Le vétérinaire peut ressentir un malaise lorsqu'il accepte une euthanasie alors qu'il pourrait l'éviter s'il bradait ses actes. Cette notion de viabilité financière de l'entreprise vétérinaire soulève un problème éthique. Le choix de l'euthanasie par manque de moyens financiers peut dégrader l'estime de soi du vétérinaire, qui peut avoir l'impression de préférer le profit à la vocation de soigner l'animal (Lamarre, 2011; Beaumont-Graff & Massal, 2010).

Or, depuis les récents progrès de la médecine vétérinaire, les techniques et les traitements ont évolué, et avec eux les couts des équipements et des nouvelles thérapies qui doivent se répercuter dans les tarifs des praticiens. Il n'est pas rare de nos jours que le prix d'une hospitalisation avec intervention chirurgicale dépasse le millier d'euros. De ce fait, si des soins qui n'étaient pas envisageables pour des animaux auparavant le sont désormais, certains propriétaires ne peuvent pas pour autant se les offrir et sont contraints de les refuser et d'opter pour une euthanasie. La vie de l'animal tient alors à une question d'argent, ce qui rend la situation difficile à accepter pour le propriétaire mais également pour le vétérinaire. Ce dernier ne peut en effet se permettre de travailler à perte en offrant les soins nécessaires. Le vétérinaire peut cependant parfois se laisser toucher par la détresse du propriétaire et accepter des réductions qui peuvent le mettre dans des situations financières très difficiles : de tels comportements ont des conséquences économiques néfastes pour la société vétérinaire (Lamarre, 2011). Le vétérinaire, dont la vocation est souvent de soigner les animaux, peut ressentir un malaise à l'idée d'euthanasier un animal « sauvable », bien qu'il le soit à ses frais.

Cet acte qui contrarie ses aspirations intimes peut être source de sérieux troubles psychologiques, d'autant plus lorsque certains clients culpabilisent le vétérinaire, n'ayant pas conscience des prix des soins médicaux (Lamarre, 2011; Beaumont-Graff & Massal, 2010).

ii. La demande de conseil de la part du client indécis

Les clients se tournent fréquemment vers le vétérinaire pour savoir quand il est temps de prendre la décision ultime. Bien que certains clients arrivent clairement avec l'idée d'euthanasier leur animal, d'autres sont parfois « torturés » par cette prise de décision et la confient entièrement à leur vétérinaire en formulant des demandes du type : « Si c'était votre animal, que feriez vous Docteur ? » ou encore « faites ce qu'il faut, vous êtes mieux placés que moi pour le savoir ». Si le vétérinaire est en effet souvent bien formé pour juger des probabilités de rétablissement d'un animal ou pour estimer sa souffrance, cette décision ne lui incombe cependant pas. Son rôle est d'exposer au client tous les renseignements utiles à la prise de décision, tels que les statistiques de rémission, d'espérance de vie etc., mais c'est au propriétaire ensuite de décider de l'issue souhaitée. Cette responsabilité indue peut ainsi être à l'origine de tensions pour les praticiens.

1.2.3 Des pressions diverses s'exercent sur le vétérinaire au moment de la prise de décision

Au moment de décider d'une euthanasie, plusieurs forces s'opèrent sur le praticien : le supérieur, le client et sa conviction personnelle.

Les vétérinaires éprouvent parfois la volonté de refuser une demande d'euthanasie, les raisons invoquées ne leur semblant pas valables. Il arrive cependant que les autres forces l'emportent sur leurs opinions personnelles et qu'ils finissent par euthanasier l'animal. Ainsi, l'étude de Yeates et Main (Yeates & Main, 2011), portant sur une soixantaine de praticiens britanniques, révèle que la plupart des vétérinaires ont déjà refusé d'euthanasier un animal mais qu'ils ont également parfois procédé à une euthanasie alors que celle-ci leur semblait non légitimée.

Parmi les raisons évoquées quant aux euthanasies pratiquées à contre cœur se trouve la **pression exercée par les supérieurs**. Les patrons apparaissent davantage préoccupés par la relation client (ce qui semble logique). Il convient toutefois de préciser que les supérieurs permettent, dans certains cas, en « poussant » à l'euthanasie, de modérer les « ardeurs » des jeunes diplômés excessivement optimistes (voire « naïfs ») quant à l'intérêt et l'efficacité des traitements possibles.

Enfin, c'est parfois **la loi, voire l'intérêt général,** qui est source de pression pour la prise de décision. C'est le cas de l'euthanasie de molossoïdes potentiellement dangereux, de portées de chats abandonnés, de chiens errants dont personne ne peut s'occuper ou encore d'animaux potentiellement porteurs de zoonose ou de MRC (Maladies Réputés Contagieuses). Le vétérinaire, il va de soi, ne retire alors aucune satisfaction à la réalisation de ce travail qui le place parfois dans des situations délicates vis à vis des clients (propriétaires de molosses condamnés par exemple).

L'étude de Reeves a ainsi mesuré que tous les effets délétères liés à la pratique de l'euthanasie décrits plus avant étaient **décuplés lorsque les euthanasies étaient effectuées sur des individus sains**.

Toutefois, cette responsabilité fait partie de ses attributions (Lamarre, 2011).

1.3. L'euthanasie, une procédure à l'origine de troubles de l'humeur

1.3.1 Animal anthropomorphisé : gestion de sa propre empathie mais également de la détresse du propriétaire

Les gens ont une tendance naturelle à l'anthropomorphisme c'est à dire à projeter des qualités humaines positives ou négatives sur les animaux. Lorsque nous évaluons et jugeons le comportement d'un animal, nous avons tendance à lui attribuer des valeurs morales. Il n'est pas rare qu'un propriétaire accuse sont chat d'uriner en dehors de la litière pour exprimer sa colère envers son propriétaire.

Bernard Rollin, professeur de l'Université d'État du Colorado de déontologie vétérinaire, suggère que l'anthropomorphisme peut être une première étape psychologiquement nécessaire dans le développement de la conscience morale. La deuxième étape consiste à transcender nos représentations anthropomorphes des animaux. Dans cette deuxième étape du développement de nos relations avec les animaux, nous commençons à reconnaître qu'ils ont le droit de vivre leur vie en conformité avec les besoins qui ont été programmés en eux au cours de leur développement évolutif : lorsque nous percevons les animaux comme s'ils étaient des personnes, nous sommes en interaction avec eux non comme des objets mais comme des sujets dignes de respect. Comme nous grandissons, nous apprenons que contrairement à ce qui existe dans les contes, les lapins ne peuvent écrire ni les ours parler, mais dans le processus d'apprentissage à partir de ces personnages, nous nous sommes ouverts à l'apprentissage d'autres formes de vie aussi bien qu'à nous-mêmes (Manette, 2004).

L'anthropomorphisme est un passage nécessaire pour construire nos valeurs morales et s'ouvrir au respect des autres formes de vie. La deuxième étape consiste à transcender cette vision et à comprendre les besoins spécifiques des animaux.

Aujourd'hui, l'humanité est bombardée de messages provenant de diverses sources qui nous poussent à reconsidérer nos priorités et augmenter notre sensibilité à nos interactions avec les autres créatures. Nous sommes invités à devenir plus conscients et responsables sur les besoins et le bien-être des autres espèces. Les écoles de droit à Harvard et Yale enseignent même des cours sur les droits des animaux (Manette, 2004). L'animal acquiert ainsi de plus en plus de valeur aux yeux de la population générale.

Evidemment, l'exposition à la mort des animaux n'est pas équivalente à celle de la mort d'humains. Néanmoins, les animaux de compagnie sont désormais perçus pour beaucoup autrement que comme de simples biens. Leur statut se situe quelque part entre la personne et les animaux autres que ceux de compagnie (Young, 1985; Witte, et al., 2012). L'impact émotionnel des euthanasies d'animaux de compagnie est donc plus grand et aisément compréhensible au regard de ces évolutions. Les praticiens ne sont pas rares à évoquer la tristesse qu'ils peuvent ressentir à la suite de certaines euthanasies, pour des raisons

d'attachement à l'animal, de sympathie « excessive » ou de contagion émotionnelle[18] par le propriétaire (Beaumont-Graff & Massal, 2010; Schneider, 1996).

En outre, l'expérience de l'euthanasie des animaux de compagnie participerait davantage au processus d'habituation à la perspective de sa propre mort que pourrait le faire l'euthanasie d'animaux perçus d'une façon totalement distincte des humains (comme les animaux de laboratoire par exemple). Nous étudierons cet impact particulier dans la partie consacrée à la désensibilisation des vétérinaires et leur « habituation » à la mort.

1.3.2 Le cas du bétail et de l'abattage à grande échelle

Chez les personnes normales, une exposition prolongée aux pratiques d'abattage ou d'euthanasie d'animaux, même lorsque cela est considéré comme nécessaire (comme dans le cas d'épidémies), peut avoir un impact psychologique négatif majeur.

Chez les techniciens, les chercheurs, les vétérinaires d'animaux de laboratoire ou le personnel de refuge, la mise à mort peut provoquer ce que l'on appelle un « stress moral » résultant du paradoxe entre leur affection pour les animaux et leur position de « meurtrier », parfois dans un contexte d'euthanasie à la chaine (Rollin, 2009).

Les grandes crises sanitaires (telles que la crise de la fièvre aphteuse en 2001 au Royaume Uni) peuvent élever la morbidité psychosociale des populations affectées, notamment des vétérinaires (Bartram & Baldwin, 2008). Leur implication dans l'abattage massif et le soutien moral qu'ils doivent apporter aux éleveurs dans ces situations extrêmes peuvent expliquer l'effet délétère de ces crises (Bartram & Baldwin, 2008).

1.4. Le paradoxe soignant/ « tueur »

Comme évoqué plus avant, les vétérinaires sont formés par nature pour aider au processus de guérison mais sont dans le même temps appelés à pratiquer l'euthanasie, et ce pas toujours pour des raisons médicales (Manette, 2004). Cette double casquette est à l'origine d'une **ambivalence des sentiments (détachement pour pratiquer l'euthanasie, attachement dans l'espoir de la guérison)** que l'on peut désigner par le terme « paradoxe soignant/tueur ».

On retrouve ce trouble associé à la dualité soignant/tueur chez les médecins, et ceci de façon légitimement exacerbée compte tenu de la valeur accordée à la vie humaine comparativement à celle de l'animal. Il existe beaucoup de similitudes entre la profession médicale et l'exercice vétérinaire : le médecin, comme le vétérinaire, a pour vocation de soigner, et, lorsque cela n'est pas possible, de soulager la souffrance de son patient. Ainsi, les médecins, et particulièrement les praticiens exerçant en soins palliatifs, sont moins favorables au suicide médicalement assisté (SMA) que ne l'est la population générale (Lerner, et al., 2011). Là où ce trouble est exacerbé, c'est qu'ils le sont encore moins que les vétérinaires (Lerner, et al., 2011). Les médecins arguent ainsi que leur but est d'aider les patients en souffrance à vivre aussi longtemps possible et non pas de raccourcir cette vie, de la même

[18] **L'empathie émotionnelle** au sens strict consiste à comprendre les émotions d'autrui sans pour autant les ressentir. C'est la **sympathie** qui correspond au fait de ressentir le même état affectif que l'autre. La **contagion émotionnelle** correspond au transfert des sentiments de l'autre mais sans compréhension obligatoire de l'origine de ces sentiments (le fou rire contagieux par exemple).

façon qu'ils ne la prolongeraient pas inutilement. Ils estiment également qu'une gestion adéquate de la souffrance ne doit pas amener un patient à réclamer la mort (Lerner, et al., 2011). Aussi, le soulagement de la souffrance peut s'exprimer de manière différente dans les deux professions : en médecine humaine, si des les mesures palliatives s'avèrent inefficaces dans le soulagement de la douleur, le patient peut se voir proposer une sédation. Dans des circonstances similaires, le vétérinaire proposera bien entendu l'euthanasie.

Ce paradoxe créé souvent une détresse psychologique, l'apparition d'affections psychogènes comme l'asthme ou l'intestin irritable, la toxicomanie, l'éloignement de la famille, et l'insatisfaction au travail. Même si une partie de ces troubles ne peut être évitée, certaines méthodes valent mieux que d'autres, et, évidemment, les méthodes les plus douces pour l'animal sont celles qui génèrent le moins de stress (Rollin, 2009).

2. Une « habituation » à la mort consécutive à l'expérience de l'euthanasie des animaux

L'exposition répétée à l'euthanasie des animaux peut influer sur les attitudes à préserver la vie et à « normaliser » le suicide (Bartram, et al., 2010).

2.1. La désensibilisation du praticien à la mort

Le vétérinaire est fréquemment confronté à l'euthanasie dans le cadre de son exercice. Heureusement, ce dernier ne vit pas chacune des procédures de fin de vie de la même façon que les propriétaires. Les vétérinaires, au fur et à mesure de leur expérience, ne ressentent plus la même émotion lorsqu'ils euthanasient un animal. Un processus d'habituation s'opère chez le praticien et celui-ci parvient à contrôler ses émotions et montre une plus grande tolérance à la procédure. Cette faculté acquise de l'individu à se protéger est appelée « pare-excitation » par Freud (Freud, 1920). Il s'agit d'une « membrane protectrice » consistant à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui risqueraient de dérégler le fonctionnement de l'appareil psychique (Lebigot, 2009; François, et al., 2011).

Toutefois, cette habituation pourrait également être un facteur de risque du suicide.

> « La nécessité inhérente à cette profession d'euthanasier des animaux pourrait être un facteur favorisant du taux élevé de suicide, dans le sens où elle implique une désensibilisation des individus » (Kinsella, 2006).

Ainsi, certains auteurs suggèrent que l'exposition répétée des vétérinaires à l'euthanasie fait disparaitre la peur naturelle qu'ils devraient éprouver face à la mort (Witte, et al., 2012). Des éléments suggèrent que l'euthanasie des animaux pourrait altérer le regard du vétérinaire sur le caractère « sacré » de la vie humaine (Crolot, 2003).

Des auteurs ont montré que l'expérience de l'euthanasie des animaux de compagnie était négativement corrélée à l'angoisse de la pratique de l'euthanasie (alors que l'expérience de l'euthanasie des animaux autres que ceux de compagnie ne montrait aucune association). Autrement dit, l'euthanasie des animaux de compagnie, du fait de l'anthropomorphisme qui

leur est opérée, fait disparaitre l'angoisse associée à cette procédure chez les vétérinaires (Witte, et al., 2012).

Plus le vétérinaire euthanasie des animaux de compagnie, moins l'acte d'euthanasie ne lui fait d'effet.

La même étude montre que les vétérinaires qui ne sont pas angoissés par la pratique de l'euthanasie montrent également moins d'angoisses relatives à la mort elle-même (Witte, et al., 2012).

Les vétérinaires qui euthanasient des animaux de compagnie sans problème ont également très peu d'angoisse relative à leur propre mort.

Si on relie ces deux résultats, on peut en conclure que la pratique de l'euthanasie sur les animaux diminue la peur associée à sa propre mort.

Il existe donc bien un phénomène de désensibilisation à leur propre mort consécutif à la pratique de l'euthanasie. Cette désensibilisation est directement associée au statut ambigu de l'animal de compagnie, à mi chemin entre l'animal et la personne pour les propriétaires.

Précisons que cette étude a également montré que cette association n'était pas valable avec les autres pratiques médicales via lesquels les vétérinaires sont exposés à la mort, telles que la chirurgie et l'autopsie. Cela témoigne de l'impact spécifique de cette procédure.

2.2. Désensibilisation à l'euthanasie humaine ou au suicide

Il peut exister une analogie faite dans l'esprit du vétérinaire entre la mort qu'il apporte aux animaux et la mort « rêvée », telle qu'il la souhaiterait pour lui. En effet, à travers cette procédure, le praticien tente d'apporter une fin de vie que se veut très « douce », sans souffrance et qui constitue *« une belle mort, une mort rêvée »* (Crolot, 2003).

2.2.1 La position des vétérinaires quant au SMA et sa corrélation à la pratique de l'euthanasie des animaux

Une étude suédoise a tenté d'évaluer le point de vue des vétérinaires quant au suicide médicalement assisté (SMA), aussi appelé aide médicale à la mort (AMM) (Lerner, et al., 2011). Pour cela, les réponses des vétérinaires ont été comparées à celles des médecins et de la population générale. Comme évoqué précédemment, les médecins sont moins favorables au SMA que ne l'est la population générale (cf. « paradoxe soignant/tueur » où les raisons possibles sont exposées). Les vétérinaires étant plus familiers avec la pratique médicale et surtout avec les soins palliatifs que la population générale, on aurait pu s'attendre à ce que leur opinion suive celle des médecins.

Cependant, ceux-ci ont montré une **opinion aussi favorable pour le SMA que celle de la population générale (75 %)**, malgré leur malaise associé à la dualité soignant/tueur évoquée plus avant. Toutefois, les arguments mis en avant quant à leur opinion favorable étaient différents des ceux de la population générale : ils **invoquaient surtout la souffrance**

du patient plutôt que le libre arbitre de ce dernier. En regard de ces deux résultats, on peut supposer légitimement qu'il existe une analogie faite par le vétérinaire entre l'euthanasie de l'animal et la mort volontaire de l'homme, justifiée toutes deux dans son esprit par des souffrances intolérables.

D'autres études rapportent toutefois des taux différents **:** une étude a obtenu un taux de 93 % de vétérinaires favorables à l'euthanasie des humains (Halliwell & Hoskin, 2005) alors qu'une seconde (Ogden, et al., 2012) indiquait que seuls 49 % des étudiants vétérinaires étaient favorables à l'euthanasie humaine, avec une valeur moyenne d'approbation correspondante à une attitude neutre concernant le SMA. Aussi, la même étude n'a pas mis en évidence de relation significative entre les scores de l'euthanasie des animaux et de l'euthanasie humaine (alors qu'il y en avait une entre l'euthanasie humaine et les scores de suicide) indiquant ainsi que la mort des animaux et celles des humains seraient classées dans des catégories distinctes.

Ces différents résultats peuvent s'expliquer par des méthodes de recherche différentes (Bartram & Baldwin, 2008).

Que les vétérinaires soient ou non plus favorables à l'euthanasie des humains que ne l'est la population générale, il semble en tous les cas **qu'il existe une vraie analogie dans leur esprit entre le geste d'euthanasie visant à abréger les souffrances d'un animal et la mort médicalement assistée chez l'homme.** Cela pourrait expliquer une certaine approbation pour le SMA chez les vétérinaires observée via certaines études.

Ajoutons que cet effet n'est pas uniforme : les vétérinaires semblent avoir plus de points de vue différents sur la valeur qu'ils accordent à la vie humaine que sur celle de l'animal (Ogden, et al., 2012).

Aussi, **la légitimité de l'euthanasie de l'homme chez les vétérinaires, dans la mesure où elle soulage la souffrance, pourrait également expliquer la légitimité du suicide chez eux, un acte qui, à sa manière, permet le soulagement d'une grande souffrance** (bien que psychologique). Or, cette légitimité étant possiblement liée à la pratique courante de l'euthanasie sur les animaux, on peut supposer que la vulnérabilité du vétérinaire au suicide pourrait être d'une certaine façon liée à cette pratique de son quotidien.

Il pourrait être intéressant d'inverser ces études et de consulter les médecins sur leur point de vue concernant l'euthanasie des animaux, afin de préciser les liens existant entre les opinions relatives à l'euthanasie de l'animal, celle de l'homme et l'empathie associée (U. Ogden, et al., 2012).

2.2.2 Mesure de la corrélation entre la tolérance du suicide et celle de l'euthanasie des animaux

L'étude d'Ogden évoquée précédemment s'est également appliquée à comparer les scores d'« approbation » du suicide et de l'euthanasie d'animaux. Elle n'a pas mis en évidence de relation significative entre les deux scores (Ogden, et al., 2012).

L'étude de Witte n'a pas non plus mis en évidence d'association entre l'idéation suicidaire et la pratique de l'euthanasie (Witte, et al., 2012).

Toutefois, si aucun lien n'a pu être mis en évidence par les différentes études, cela ne signifie pas pour autant que cette pratique n'a aucune influence sur la disposition au suicide. Seulement, ce lien ne serait pas forcément perçu par les vétérinaires ou mis en évidence par des questionnaires. En effet, on a vu dans le paragraphe précédent qu'il existe une anagogie dans l'esprit des vétérinaires entre SMA et euthanasie des animaux, qui se traduit par une disposition plus favorable de ces derniers aux procédures de fin de vie chez l'homme par rapport aux médecins. La disposition favorable pour le SMA étant souvent associée à la même disposition pour le suicide (Ogden, et al., 2012), indirectement, l'euthanasie des animaux serait associée à la même disposition au suicide.

L'absence de mise en évidence de lien entre euthanasie de l'animal et suicide tient au fait que, pour montrer des idéations suicidaires, doivent être associés une diminution de l'angoisse liée à la mort (diminution « brute » ou relative aux souffrances déjà subies dans la vie) mais également un désir de mourir. Or, la désensibilisation à la mort ne correspond pas à un désir de mourir, mais seulement à une disposition particulière qui rend le passage à l'acte plus facile ou envisageable si les idées suicidaires se présentent.

Si aucun lien n'a pu être établi par des mesures de corrélation entre euthanasie des animaux et suicide, de nombreux éléments vont toutefois dans le sens d'une désensibilisation à la mort lié la pratique régulière de l'euthanasie, facilitant le passage à l'acte lorsque le désir de mourir y est associé.

2.2.3 Mécanismes en jeu dans le processus de désensibilisation : la théorie de la dissonance

La théorie de la dissonance cognitive offre une explication possible des effets de l'attitude des vétérinaires concernant l'euthanasie sur l'acceptation du suicide et du SMA.

Selon cette théorie, un individu amené à agir contrairement à ses convictions ou connaissances éprouve un état de tension psychologique désagréable appelé « état de dissonance cognitive ». Cet individu tendra alors inconsciemment à restaurer un équilibre cognitif, en adaptant par exemple ses opinions ou ses croyances à son comportement.

Les vétérinaires peuvent éprouver des tensions désagréables entre leur désir de préserver la vie et leur incapacité à traiter un cas efficacement, une tension qui peut être apaisée en modifiant leurs tendances à préserver la vie en une tendance à percevoir l'euthanasie comme un résultat « positif » (Bartram, 2009).

On retrouve ainsi cette vision « positive » de l'euthanasie dans l'étude de Yeates et Main : concernant les refus d'euthanasie, la majorité des raisons évoquées concernaient l'intérêt du patient. De même, l'origine de l'animal (abandonné etc.) était rarement évoquée comme une bonne raison d'euthanasie. **Ces deux constatations révèlent que la préoccupation principale du vétérinaire est l'intérêt de l'animal plutôt que celui de son client**.

Les refus d'euthanasie traduisent donc bien que le vétérinaire considère que la mort va à l'encontre de l'intérêt de l'animal. Néanmoins, certains répondant affirmaient ne « jamais » refuser une euthanasie, quelles que soient les raisons invoquées. **Cela suggère que pour certains praticiens la mort ne va pas en l'encontre de l'intérêt de l'animal**, quelles que soient les circonstances, tant qu'elle est amenée de façon douce (Yeates & Main, 2011).

Cette vision « positive », et donc altérée, de la mort observée chez certains vétérinaires peut faciliter l'autojustification et lever les inhibitions quant au suicide qui peut apparaitre comme une solution rationnelle à leurs propres problèmes (Bartram, 2009).

2.3. Bilan sur la désensibilisation liée à l'euthanasie

Bien que les études soient contradictoires quand à l'impact de l'euthanasie sur le regard que le vétérinaire porte sur la mort en général, il demeure qu'une désensibilisation à la mort se retrouve chez certains praticiens. L'euthanasie joue un rôle dans la vulnérabilité des vétérinaires au suicide dans le sens où cette pratique les désensibilise à leur propre mort. Toutefois, cette influence ne peut conduire au suicide qu'en association avec une idéation suicidaire qu'on ne peut associer strictement à l'euthanasie.

Il ne s'agit donc pas, au travers de ces observations, de conseiller la diminution de cette pratique, qui, de toute façon, est une responsabilité qui incombe au vétérinaire et à laquelle la profession ne peut déroger. Ces résultats témoignent seulement d'une vulnérabilité qui devrait motiver une gestion et une prévention accrue, plutôt dirigée toutefois vers les facteurs de risque de l'idéation suicidaire.

Notons que des recommandations similaires ont été formulées concernant anciens militaires dont l'expérience au combat est associée à une plus forte capacité à commettre le geste suicidaire (Witte, et al., 2012)

G. Modèle théorique d'interactions entre les différents facteurs de risque du suicide dans la profession vétérinaire

1. Modèle proposé par Bartram et Baldwin

Un modèle théorique postule une interaction entre ces différents facteurs évoqués dans la littérature (Bartram & Baldwin, 2008) (fig. 9). Il fait intervenir :

- les caractéristiques des personnes qui entrent dans la profession
- les effets négatifs au cours de la formation de premier cycle
- les facteurs de stress liés au travail
- l'accès et la connaissance des moyens létaux
- la stigmatisation associée à la maladie mentale au sein des professions médicales
- l'isolement social et professionnel
- l'alcoolisme ou la toxicomanie
- la position particulière des vétérinaires face à l'euthanasie

2. Modèle construit à partir de notre étude

Notre étude bibliographique ainsi que les résultats obtenus par les différents auteurs nous ont permis de construire un autre modèle d'interactions entre facteurs de risque du suicide chez les vétérinaires, illustré par la figure 10.

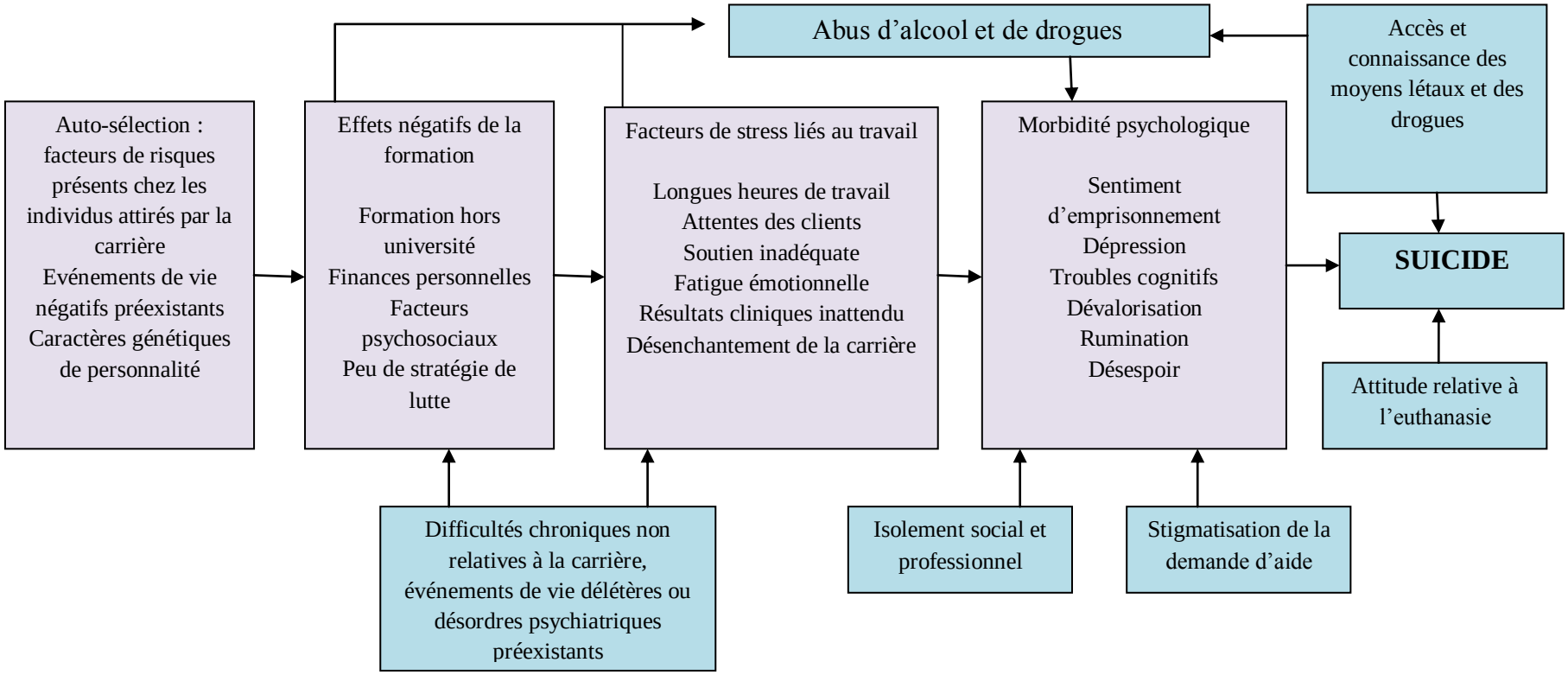


Figure 9 : Modèle théorique d'interactions entres les différents facteurs de risque du suicide proposé par Bartram et Baldwin (Bartram & Baldwin, 2008)

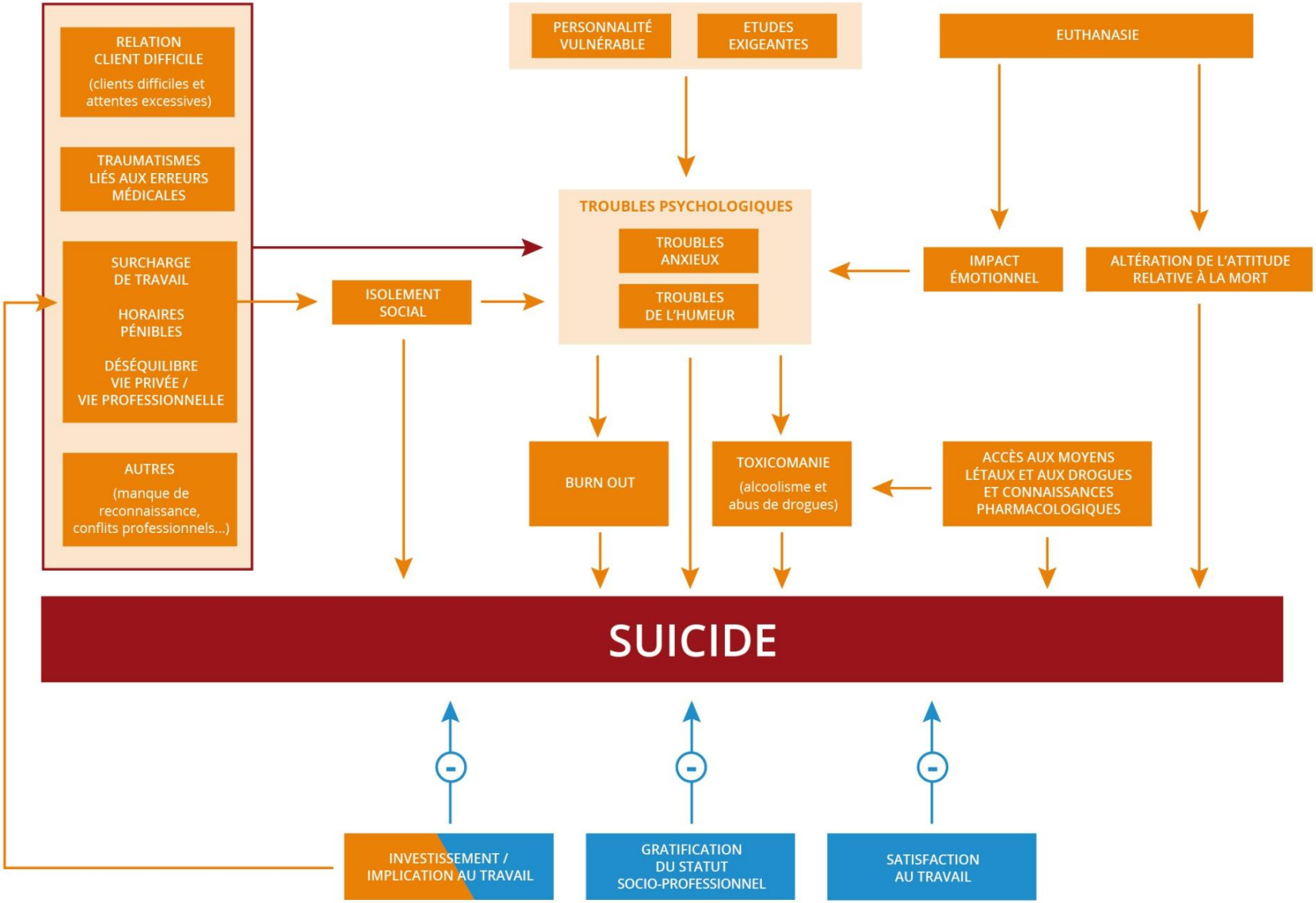


Figure 10 : Interactions entre les différents facteurs de risque du suicide au sein de la profession vétérinaire. (Graphisme : Azoulay)

Partie IV : Prise en charge du vétérinaire malade

Il ne s'agit pas ici de réaliser un guide exhaustif de gestion de la crise suicidaire mais de revenir succinctement sur les signes majeurs de détresse repérables par des non professionnels afin de mieux anticiper les risques de suicide dans la profession. L'objectif est de permettre l'amélioration de la détection, et, par là même, l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence des passages à l'acte (Fédération Française de Psychiatrie, 2000).

I. Repérer la crise suicidaire

Initialement, la crise suicidaire se traduit par des symptômes de dépression (fatigue, tristesse, irritabilité, isolement, troubles du sommeil, troubles cognitifs, toxicomanie etc.) et une réticence aux marques d'affection. Ces signes peuvent être frustes voire intermittents, et c'est leur association qui doit faire suspecter un début de crise (Fédération Française de Psychiatrie, 2000).

À un stade ultérieur, les comportements peuvent s'amplifier (désespoir, souffrance intense, cynisme) mais également s'atténuer (la personne semble avoir trouvé une certaine sérénité): cette accalmie est trompeuse et c'est pourquoi le risque suicidaire doit être repéré le plus tôt possible. Attendre que les signes se confirment c'est prendre le risque de passer à côté des symptômes ultimes mais également de devoir gérer une personne déjà très sévèrement atteinte (Fédération Française de Psychiatrie, 2000).

Il est important également de tenir compte des contextes de vulnérabilité tels que des ruptures conjugales, des difficultés professionnelles ou d'autres événements négatifs. Ces événements, s'ils sont rarement les causes de la crise suicidaire, peuvent constituer des événements précipitants, c'est à dire « la goutte qui fait déborder le vase ».

II. Gérer la crise suicidaire

Il existe une idée reçue selon laquelle la crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter. La prévention du suicide est d'ailleurs souvent mise en place très en amont de la crise suicidaire ou au contraire juste consécutive à une tentative. Les spécialistes affirment toutefois qu'une intervention, même minime, peut avoir une influence majeure, et ce à tous les stades de la crise suicidaire.

> « Des personnes qui ont entamé leur geste suicidaire appellent des services d'aide, des personnes qui allaient se jeter sur les voies du métro viennent dire leur détresse et leur projet à la personne qui se trouve au guichet. L'intervention de crise suicidaire s'appuie sur le fait que la personne est ambivalente et qu'un soulagement, même léger, de la souffrance peut différer l'acte. » (Terra & Walter, 2003).

Rappelons que, si la détresse psychologique qui la cause est chronique, la crise suicidaire est quant à elle très fugace. Les personnes suicidaires se donnent souvent une chance jusqu'au dernier moment, ce qui s'illustre dans les forts taux de consultation dans les derniers jours précédents la crise (Terra & Walter, 2003).

La gestion de la crise suicidaire revient aux spécialistes de la question, à savoir les médecins. Toutefois, l'entourage, lorsqu'il a repéré la crise, joue un rôle essentiel dans le traitement du suicidaire. A travers l'établissement d'une relation de confiance et d'une démarche bienveillante, l'entourage doit s'efforcer d'établir un échange, afin de limiter l'isolement social du praticien, qui, rappelons-le, est un facteur de risque majeur du désir suicidaire.

A. Les différents stades de la crise suicidaire

- **Il existe plusieurs étapes à la crise suicidaire**
  1. La recherche de solutions à la crise : « cela va passer, je l'espère ».
  2. L'apparition et le développement des idées de suicide : « si j'avais un accident, cela mettrait un terme à tous mes problèmes ».
  3. La rumination de l'idée suicidaire : « j'y pense tout le temps ».
  4. La cristallisation et la planification d'un scénario : « je règle mon affaire, et après je me tue ».
  5. L'événement déclenchant et le passage à l'acte.

Il est important de tenter d'évaluer le stade atteint par le suicidaire afin d'estimer plus ou moins l'urgence de la situation, même si chaque signe doit inciter à diriger l'individu vers un médecin (Terra & Walter, 2003).

Pour mieux évaluer ces stades, les spécialistes de la question ont établi des grilles simples permettant de situer la personne en crise sur une échelle d'urgence à l'intervention (fig. 11):

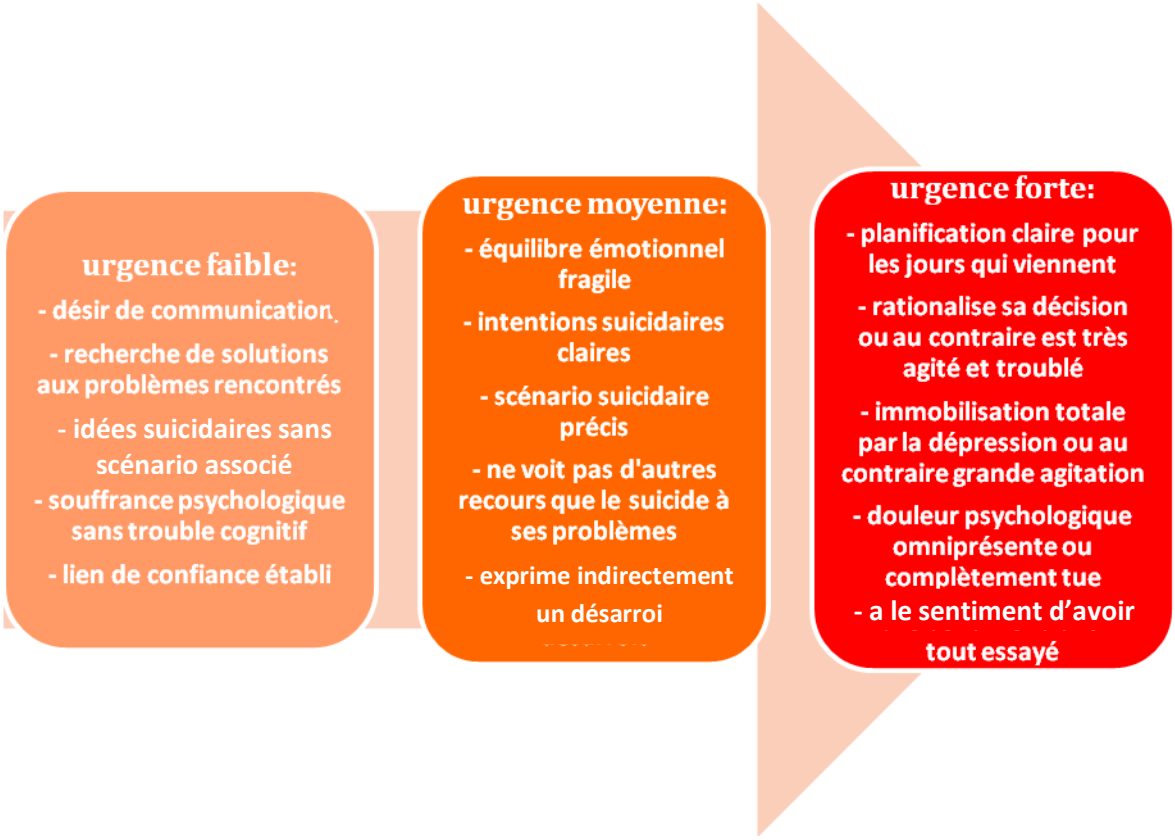


Figure 11 : échelle d'urgence à l'intervention chez un patient suicidaire, d'après (Terra & Walter, 2003)

B. Les lignes d'écoute et de soutien

Certains pays comme le Royaume-Uni, les Etats-Unis, le Canada, l'Australie ou encore la Norvège ont déjà développé des mesures de gestion de crise, incluant des lignes téléphoniques de soutien disponibles 24h/24 ainsi que des supports numériques destinés aux vétérinaires en détresse (Bartram & Baldwin, 2008; Jeyaretnam, et al., 2000).

Nous avons vu dans la partie « épidémiologie » que les études danoises ne montraient pas un taux de suicide élevé chez les vétérinaires. Ces résultats et les autres variations observées entre les différents pays suggèrent que des études comparatives sur le bien-être, le style de vie et l'accès à des programmes de soutien aux vétérinaires pourraient être intéressantes afin d'expliquer ces différences (Hawton, et al., 2011).

En France, les vétérinaires peuvent faire appel à VETO-ENTRAIDE, une association ayant pour objectif de lutter contre le mal-être des vétérinaires. L'association fonctionne cependant sur la démarche personnelle des vétérinaires en détresse : on ne peut appeler pour demander une intervention auprès d'un confrère chez qui on sent un malaise. C'est pourquoi une connaissance des démarches simples évoquées précédemment est fondamentale, ne serait-ce que pour parvenir à diriger le praticien suicidaire vers les instances existantes.

L'association peut référer des confrères en détresses vers des réseaux plus spécialisés dans la gestion de ces crises, tels que la ligne « SOS Amitié », dont les intervenants sont bien formés.

Cette association a également pour but de sensibiliser le plus grand nombre au sein de la profession et de favoriser la démarche de consultation auprès d'un médecin en cas de détresse psychologique.

La démonstration de l'efficacité de ces lignes téléphoniques est très problématique, notamment du fait de l'anonymat des appelants et du suivi difficile des cas. **Une étude a cependant permis de montrer que la prise de contact était essentielle**, notamment pour limiter le risque de rechute. Les sujets de l'enquête qui avaient tenté de se suicider étaient contactés 1 mois après leur tentative. Parmi eux, ceux qui n'avaient pas poursuivi de traitement étaient répartis au hasard dans deux groupes différents : l'un destiné à poursuivre le contact et l'autre sans contact prévu. Les membres du groupe « contact » ont ainsi reçu des correspondances tous les mois pendant 4 mois puis tous les deux mois pendant 8 mois puis tous les trois mois pendant 4 ans, sur un totale de 5 années. Après 5 ans, on a constaté un taux de décès par suicide significativement inférieur au sein du groupe « contact » comparativement au second.

Toutefois, une étude à long terme a indiqué que la différence tendait à être non significative après 14 ans. Néanmoins, ces données montrent une différence sur 5 ans et suggère que l'établissement d'un contact est essentiel mais surtout doit perdurer dans le temps (Goldney, 2005).

Il va de soi que la gestion du suicidant appartient au système de santé. Néanmoins, la présence de ces associations, mais aussi une bonne gestion par l'entourage, peut permettre, sur le long terme, un meilleur rétablissement.

La prévention du suicide s'inscrit dans une démarche personnelle, une attention portée à l'autre dans son quotidien. Plusieurs associations plus générales (non vétérinaires) existent et interviennent à des degrés divers auprès de suicidants ou de familles de suicidés, de façon professionnelle ou bénévole. Prévenir le suicide est l'affaire des professionnels, des bénévoles, mais aussi de l'entourage, soutenus par les pouvoirs publics (Debout, 2003)**.**

C. Des ateliers de sensibilisation au suicide

Les programmes de prévention ont démontré que le meilleur moyen pour établir un bon contact avec une personne suicidaire était d'aborder directement le sujet, même si cela est loin d'être évident (Rabord, 2003). **Parler du suicide s'apprend.**

Pour mieux comprendre et surtout faciliter ces démarches, des ateliers ont été conçus. L'atelier safeTALK est un programme de formation d'une demi-journée mis au point par LivingWorks Education[19]. Il enseigne aux participants à reconnaître et à instaurer la communication avec des personnes qui pourraient présenter des pensées suicidaires, puis à les mettre en contact avec les ressources communautaires formées à la prévention du suicide. Après la formation, les participants au programme safeTALK doivent être en mesure de parler ouvertement du suicide, de reconnaître une personne qui pourrait avoir eu des pensées suicidaires, d'entamer une conversation directe et ouverte sur le suicide, d'écouter les sentiments de la personne au sujet du suicide afin de lui montrer qu'elle est prise au sérieux et la diriger vers une personne formée à la prévention du suicide.

L'atelier safeTALK a été conçu et testé sur le terrain en Australie et au Canada entre autres. Il est considéré comme approprié pour la majorité de la population. Une étude pilote de six mois en Ecosse a révélé que plus de 80 % des participants des cours avaient acquis les démarches efficaces et la capacité de les mettre en pratique. Le même atelier a été dispensé à des étudiants vétérinaires, dont la totalité ont indiqué avoir acquis les démarches proposées (Mellanby, et al., 2010). Ce constat est également compatible avec de nombreuses autres études portant sur l'efficacité des programmes de sensibilisation au suicide, qui ont permis de constater des changements positifs dans la prise de conscience du suicide par les participants et dans l'intervention à l'issue des divers ateliers.

Malgré les difficultés évidentes d'évaluation de l'efficacité de la sensibilisation au suicide et de l'intervention, plusieurs études ont montré le bien-fondé de ces programmes. Un des exemples les plus frappants de l'efficacité de cette approche est un programme de prévention du suicide dans l'US Air Force (Knox, et al., 2003). Ce programme de prévention

[19] LivingWorks Education est une société de service public travaillant sur la compréhension et la prévention du suicide. Fondée en 1983, il s'agit d'un groupe international qui propose des programmes de prévention du suicide. Ces programmes se concentrent sur le développement de la sensibilisation au suicide via des formations appliquées, conçues pour enseigner aux gens comment intervenir auprès des personnes suicidaires (LivingWorks Education LP, 2013).

du suicide, qui visait à réduire la stigmatisation, à renforcer les liens sociaux et à améliorer la compréhension de la santé mentale dans la communauté, **a entraîné une réduction de 33 % du suicide.**

Ces résultats doivent encourager la mise en place de tels ateliers chez les vétérinaires, permettant aux praticiens de mieux gérer leurs confrères en détresse et de diminuer ainsi l'impact de la crise suicidaire dans la profession.

L'identification et la gestion du professionnel en crise doivent faire l'objet de formations spécifiques permettant de limiter l'impact du suicide sur des individus fragilisés.

Ajoutons que ces résultats offrent un espoir en montrant qu'il est possible de réduire le taux de suicide aux moyens d'une meilleure communication (Mellanby, et al., 2010).

D. La médicalisation, un outil efficace à ne pas négliger

Les antidépresseurs, s'ils sont largement utilisés en France, ne donnent pas bonne réputation à leurs usagers. De plus, leur utilisation est souvent discutée. Cette aversion pour le traitement médical des troubles psychiatriques est encore plus forte chez les soignants, dont on sait la réticence à la gestion médicale en général (Lamarre, 2011). Les vétérinaires, on l'a vu, ne font pas exception : on a montré précédemment que la gestion de leur santé présentait de grandes lacunes. Toutefois, si l'automédication pratiquée par certains praticiens n'est pas une solution, la prescription encadrée d'antidépresseurs peut faciliter la guérison du praticien malade.

L'utilité des antidépresseurs a été prouvée dans la réduction de l'idéation suicidaire (Goldney, 2005) et il convient donc de moins stigmatiser l'utilisation de ces thérapies afin de permettre à ceux qui en ont besoin d'en faire l'usage sans craindre le jugement de leurs pairs.

Partie V : Prévention du suicide chez les vétérinaires

I. Gestion des facteurs de risque

A. Les troubles psychologiques

Parmi les recommandations suggérées pour réduire l'impact du suicide, on retrouve notamment la réduction des facteurs de stress et l'amélioration des compétences personnelles de gestion du stress, solutions évoquées par de nombreux auteurs (Mellanby, 2005).

Le stress chez les vétérinaires implique une gestion à 3 niveaux : réduire les causes du stress, gérer le stress individuellement et procurer un soutien aux individus en souffrance (Gardner & Hini, 2006). Il en va de même pour les troubles anxieux dont la gestion implique également réduction des agents en cause et la gestion des émotions.

Le soutien des vétérinaires en détresse est évoqué dans la partie « gestion de la crise suicidaire ».

Nous nous concentrerons donc sur :

1. L'évaluation des troubles
2. La réduction des causes de ces troubles
3. La gestion des troubles

1. Evaluer ses troubles

Il est important que les vétérinaires prennent conscience de leurs problèmes de santé mentale et demandent de l'aide, afin d'éviter que leurs problèmes ne deviennent chroniques et suicidogènes (Mellanby, 2005).

Plusieurs études ont élaboré des formulaires d'autodiagnostic afin de permettre à chacun d'évaluer son niveau de stress. Cette identification est une étape indispensable pour prévenir les effets dévastateurs du burn out. Nous ne reviendrons pas sur ces tests, disponibles dans les études en question (Elkins & Elkins, 1987; Tupin, 2005) mais rappelons qu'il convient toujours de demander conseil aux spécialistes, à savoir les médecins.

2. Réduire les causes à l'origine des troubles

La réduction des causes de troubles anxieux et troubles de l'humeur passe par deux volets :

2.1. Développer ses compétences pour être mieux armés contre les troubles psychologiques

Via le développement de compétences, il s'agit de diminuer l'impact de la relation client, facteur majeur de stress chez les praticiens, mais également de réduire l'impact des obligations administratives, agent plus secondaire de l'anxiété vétérinaires.

Ainsi, plusieurs études ont interrogé des praticiens vétérinaires sur les stratégies qui, selon eux, leur permettraient de mieux lutter contre les troubles psychologiques ressentis.

Quelles que soient les études, **les praticiens suggèrent principalement le développement de formations visant à acquérir des compétences en communication impliquant la négociation, la médiation, la gestion des conflits et leur résolution** (Gardner & Hini, 2006; Anonyme, 2002; Hansez, et al., 2008). Ce besoin ressenti par les vétérinaires de mieux communiquer rejoint nos résultats concernant les facteurs de stress, qui ont montré que la relation client représentait un agent majeur de troubles psychologiques chez les praticiens.

D'autres formations ont été évoquées, cette fois **permettant de mieux gérer ses obligations administrative**s, source de stress secondaire chez les vétérinaires (Hansez, et al., 2008).

2.2. Diminuer l'impact de la surcharge de travail en améliorant son organisation mais également en se résignant à en faire moins

2.2.1 Une meilleure organisation du travail

Une étude australienne propose différentes stratégies permettant de réduire les agents en cause dans le stress des vétérinaires (Meehan & Bradley, 2007).

L'une des méthodes proposées s'intéresse particulièrement au stress inhérent au temps consacré aux chirurgies : elle suggère l'attribution de durées moyennes aux chirurgies, de la sortie de la cage au réveil (par exemple, 25 min pour une castration de chat etc.). Cette pratique pourrait paraitre stressante, mais elle permet en réalité de ne pas être débordé par des consultations simultanées. Bien sûr, ces estimations ne sont pas envisageables pour tous les types de chirurgie.

Il s'agit avant tout de gagner en organisation pour gagner en temps, mais surtout pour diminuer la tension ressentie: **un planning planifié et bien réglé est moins stressant qu'une journée non prédécoupée** (Meehan & Bradley, 2007).

Dans le même ordre d'idées, l'étude en question conseille d'améliorer les plannings de consultation.

- Dans un premier temps, il s'agit de favoriser les consultations sur rendez-vous.
- Dans un second temps, les auteurs conseillent d'alléger les plannings des journées connues pour être chargées (lundi et vendredi) mais également de mieux répartir les consultations sur une même journée, en accordant des durées plus importantes aux consultations complexes et en les plaçant en début de journée. Cela permet ainsi au vétérinaire d'hospitaliser l'animal la journée afin de réaliser les examens nécessaires lorsqu'il a des disponibilités dans son emploi du temps, et ce de façon plus sereine. Cette pratique évite ainsi de cumuler du retard sur les autres consultations.

2.2.2 Réduire sa charge de travail

Parmi les stratégies proposées par l'étude australienne, on trouve également des méthodes consistant à réduire la charge de travail.

D'une part, il s'agit de laisser un créneau de rendez-vous par jour de libre pour chaque consultant. La réduction du nombre de consultation dans la journée peut signifier pour le vétérinaire une perte de revenu. Toutefois, ce n'est pas forcément le cas : il est établi que la performance a tendance à diminuer avec l'altération de la santé mentale des praticiens

(Taylor, et al., 2007). Si le nombre de consultations diminue, le stress également et les performances pourraient s'en trouver accrues.

D'autre part, il s'agit de ne pas se surestimer en accumulant les heures travaillées. **Un taux maximum doit être prédéterminé en collaboration avec tous les travailleurs de la clinique au-delà duquel un vétérinaire ne doit plus travailler pour la semaine**. Cette valeur seuil est très importante pour ne pas se sentir frustré ou désavantagé en fonction des astreintes dont on a dû se charger etc. Il s'agit dans le même temps de ne pas stigmatiser le travailleur qui réclamerait de travailler moins, pour conserver une vie privée épanouie ou simplement parce qu'il possèderait une tolérance moindre à la fatigue et au stress pour diverses raisons.

Enfin, concernant le caractère stressant des astreintes, il est à noter que les praticiens sont davantage stressés par le nombre d'appels plutôt que par le nombre de consultations. Une solution qui pourrait être envisagée serait **l'emploi d'une personne qualifiée au tri des appels (une ASV bien formée par exemple) pour sélectionner les sollicitations nécessitant vraiment une intervention du vétérinaire**. Cette personne non impliquée dans la gestion du cas serait beaucoup moins « alarmée » par les appels puisque, quelle que soit la nature de l'intervention à venir, cela n'aurait aucune conséquence sur elle (le praticien en revanche peut redouter à la sonnerie du téléphone les grosses procédures de type chirurgies importantes etc. C'est cette « anticipation » qui est source de stress, plus que la gestion du cas en lui-même ou le réveil). Cela aurait un coût bien sûr, mais rappelons qu'une perte de salaire vaut mieux qu'une altération de la santé mentale conduisant le vétérinaire au burn out ou au suicide.

Une autre alternative pour limiter l'impact des gardes sur la santé mentale impliquerait l'ensemble de la profession. Cette alternative est basée sur la simple logique de l'atténuation du stress par son « partage » avec les autres : ainsi, plus le nombre de vétérinaires gérant les urgences est grand, moins ces derniers sont potentiellement dérangés dans leur période de « repos » par ces interventions stressantes. Il s'agit de mieux répartir les urgences en augmentant donc le nombre de praticiens susceptibles d'être appelés.

3. Gérer ses émotions

Pour la gestion et la prévention du stress chez les vétérinaires, quelques interventions peuvent être entreprises au sein du lieu travail. Des programmes d'assistance aux employés peuvent être utiles dans la gestion du stress, permettant aux individus de bénéficier de conseils extérieurs et professionnels. Des formations en matière de gestion du stress (SMT pour *Stress Management Training*) peuvent enseigner des techniques pratiques visant à réduire le stress comme des exercices de méditation et de respiration (Kahn & Nutter, 2005)

B. Lutter contre l'isolement via la confraternité

> « Qu'un suicide puisse de produire sur le lieu de travail indique que toutes ces conduites d'entraide et de solidarité, qui n'étaient ni plus ni moins qu'une prévention des décompensations assumée par le collectif de travail, se sont effacées des usages ordinaires de la vie de travail. A la place le chacun pour soi et la solitude pour tous sont devenus la règle. Un collègue s'enfonce, on ne lui tend pas la main. En d'autres termes, un seul suicide sur le lieu de travail, ou manifestement en rapport avec le travail, signe la déstructuration en profondeur de l'entraide et de la solidarité, c'est-à-dire une dégradation très avancée du vivre ensemble dans toute la collectivité. » (Dejours & Bègue, 2009, p. 20).

Cet extrait exprime le rôle clef qu'occupe la sphère professionnelle dans la protection contre le risque suicidaire. Durkheim avait d'ailleurs déjà évoqué le caractère salvateur des corporations quand à l'atténuation du risque suicidaire (cf. partie I). Les causes profondes du suicide ne sont pas forcément associées au travail. Cependant, le travail occupant une place majeure dans la vie d'un individu, les contacts qu'il y établit sont clefs dans la construction de sa vie sociale.

En outre, on a vu que les vétérinaires souffraient particulièrement d'une vie privée pauvre en raison d'un fort investissement dans leur profession, lourd en terme de travail et de pénibilité des horaires. La sphère professionnelle semble donc prendre une dimension encore plus importante chez eux.

Ajoutons que la plupart des vétérinaires interrogés affirment gérer leur stress grâce à leurs relations sociales, familiales ou amicales mais que d'autres sources de soutien sont retrouvées parmi les collaborateurs ou encore les autres confrères (Gardner & Hini, 2006).

La confraternité est capitale dans la gestion des facteurs de stress et de dépression inhérents à la profession. Elle vient compléter, voire remplacer, une vie sociale familiale parfois pauvre en raison d'un travail envahissant.

Dans ces circonstances, l'association permet d'éviter l'isolement relatif à la nature de la profession libérale, et ainsi de protéger encore davantage les praticiens du risque suicidaire.

- **Pouvoir partager son expérience et évoquer ses problèmes**

Le « tutorat » des jeunes diplômés est une voie qui peut également être explorée. De manière plus générale, nous venons de voir que le soutien des pairs est très important quel que soit l'âge et certains vétérinaires suggèrent que des débriefings[20] après des expériences stressantes seraient bienvenus. Nous avons vu qu'il était en effet capital de pouvoir parler des ses expériences stressantes et notamment de ses incertitudes consécutives à des erreurs médicales. Ces discussions pourraient se faire auprès de son « tuteur », des collègues de sa clinique ou d'une hotline dédiée comme il en existe déjà. Des réunions existent déjà en Australie, instaurées par Peter Hatch, un praticien ayant suivi également une formation en

[20] Le débriefing psychologique est une technique d'intervention permettant aux individus d'exprimer leurs affects rapidement après une exposition à une situation stressante. Il consiste à exposer son expérience douloureuse, à exprimer son ressenti, puis à discuter avec les intervenants, voire des spécialistes, de l'événement en lui-même (avis, conseils, partage d'expériences similaires). Enfin, des solutions pour gérer ses émotions peuvent être proposées par les participants (De Clercq & Vermeiren, 1999).

ressources humaines. Il organise des séances de thérapie cognitives dispensées à 15 à 20 praticiens afin de les aider dans leur quotidien (Anonyme, 2002).

La prévention de séquelles psychologiques tardives est seulement l'un des buts visés par le débriefing psychologique. D'autres objectifs comprennent la réduction de la détresse immédiate mais aussi l'identification et l'orientation vers un traitement des personnes à risque de développer des problèmes chroniques. L'utilité de plusieurs séances de débriefing a été prouvée empiriquement. L'utilité d'une séance unique après l'expérience stressante n'est pas prouvée empiriquement mais le ressenti positif consécutif à la séance justifie toutefois d'envisager cette solution (Van Emmerik, et al., 2002).

On retrouve ce besoin des vétérinaires de partager leurs expériences au travers de différentes études (Connolly, 2004; Elkins & Elkins, 1987). Ainsi, dans ces enquêtes, de nombreux praticiens interrogés ont exprimé le souhait de voir se construire des structures (officielles ou non) dédiées à la prise de parole des vétérinaires en difficultés.

Ajoutons que l'association VETO ENTRAIDE propose déjà des listes de discussion où de nombreux sujets sont abordés entre confrères. Ces discussions présentent les vertus positives de débriefings évoqués précédemment mais renforcent également les liens sociaux entre praticiens en abordant des sujets divers. Il serait ainsi opportun de voir plus de praticiens y participer.

C. Gérer les clients mais surtout mieux les renseigner

Des groupes de chercheurs ont suggéré des stratégies visant cette fois à plutôt « rééduquer » la clientèle sur la réalité du métier de vétérinaire. Ils conseillent ainsi de corriger les attentes souvent surréalistes des propriétaires et d'expliquer les limites du vétérinaire. Fournir davantage d'informations quant aux traitements et leurs limites serait également très bénéfique avant d'initier toute mise en place d'une thérapie. Ils soulignent enfin la nécessité pour les cliniques de développer des procédures visant à gérer les clients difficiles de façon cohérente entre tous les praticiens (Anonyme, 2002).

Il convient aussi de mieux sensibiliser la clientèle aux coûts du matériel comme des traitements médicaux. Les prix parfois « exorbitants » au regard de certains propriétaires participent à l'image de « nanti » dont souffrent les vétérinaires, notamment en canine. Pour certains praticiens ayant parfois du mal à obtenir un salaire décent, ces réflexions de la part de certains clients peuvent être très douloureuses, jusqu'à générer un ressentiment chronique délétère pour leur santé. Une meilleure explication des tarifs pratiqués seraient ainsi bénéfique à long terme pour la santé mentale du vétérinaire.

D. Gérer la pratique de l'euthanasie

1. Un acte nécessaire

D'abord, il est important de préciser que l'euthanasie, si elle génère quelques troubles délétères dans la profession, demeure toutefois **un acte nécessaire**.

En effet, le prolongement de la vie d'un animal lorsque sa qualité de vie est compromise n'est pas une bonne solution. Pour autant, le vétérinaire n'est pas en mesure de décider de soulager la souffrance d'un animal tant que son propriétaire n'y consent pas (Manette, 2004).

2. Plusieurs stratégies

Il existe de nombreux mécanismes de défense pour se protéger de l'impact émotionnel de l'euthanasie. Ces mécanismes de défense se réfèrent à des processus psychologiques qui opèrent un rôle de médiation entre la réalité externe et les besoins internes individuels. Un grand nombre de mécanismes de défense ont été décrits sans qu'il existe de consensus sur la fonction de chacun d'entre eux. Elles peuvent être classées suivant la « complexité » des mécanismes impliqués : des défenses les plus immatures (le déni par exemple), aux défenses les plus matures, telles que la sublimation ou l'intellectualisation (Bernard, et al., 2010).

Les différentes études portant sur les professionnels procédant à des euthanasies ont décrit les stratégies suivantes :
(N.B : nous ne reviendrons pas sur la désensibilisation, déjà évoquée précédemment.)

2.1. Le déplacement

Le déplacement correspond à une stratégie évitant au soignant d'être confronté trop directement à la source de détresse émotionnelle. Il peut s'agir notamment d'un changement du sujet de conversation, du recours à l'humour ou à d'autres thèmes moins chargés émotionnellement (Bernard, et al., 2010). Ainsi, chez le personnel de refuge, beaucoup des travailleurs rapportaient faire de l'humour et de la dérision concernant l'animal ou le propriétaire (Schneider, 1996).

2.2. La compartimentation

Egalement connue sous le nom de « détachement » ou d'« adoption d'une approche mécanique », elle est un autre moyen de prendre de la distance par rapport à ses propres sentiments. Il ne s'agit pas de la désensibilisation évoquée plus avant : la compartimentation renvoie à des façons d'isoler les sentiments et **de mettre de la distance physique et émotionnelle entre ses actions (notamment intellectuelles et professionnelles) et ses sensibilités intuitives quand ces deux diffèrent**, voire sont incompatibles. Elle vise ainsi à se protéger du plein impact de l'exécution des tâches qui, autrement, peut générer des conflits internes. Parmi les dispositifs mentaux qui entrent dans ces catégories sont la rationalisation et l'intellectualisation (Manette, 2004).

2.2.1 La rationalisation

La rationalisation consiste à trouver les arguments, les explications rationnelles, qui donnent du sens direct à l'acte : pronostic incurable, fin de vie… Elle n'est malheureusement pas toujours possible.

Toutefois, elle n'est pas toujours adéquate puisqu'elle nie tout le caractère affectif associé à l'acte : ces explications ne sont pas fausses en soi, mais elles s'en tiennent à la seule réalité médicale et ne prennent pas du tout en compte l'aspect émotionnel associé (Bernard, et al., 2010).

2.2.2 L'intellectualisation

L'intellectualisation consiste à recourir à une terminologie médicale, scientifique ou technique. L'utilisation de la terminologie médicale permet de se dégager ou de minimiser l'impact affectif lié à la procédure. L'annonce du bienfondé de l'euthanasie ou la description

de son déroulement au propriétaire se prête à ce mécanisme (description du type de molécule utilisée etc.) (Bernard, et al., 2010).

2.3. Accepter ses sentiments

Une autre façon pour le vétérinaire de gérer cette pratique est d'être plus authentique dans ses interactions avec les animaux, de renoncer à dépasser ses craintes, son malaise ou à utiliser des dispositifs de distanciation. La mise en place d'un « rituel » pour chaque procédure d'euthanasie peut constituer une première étape dans cette tâche, en cessant d'occulter toute la gravité de cette pratique (Manette, 2004). Certains auteurs arguent ainsi que les vétérinaires peuvent affronter leurs conflits internes plutôt que de procéder à ces stratégies de distanciation.

> « Tout d'abord, nous devons reconnaître que nous avons tous des sentiments et que certains de ces sentiments sont inconfortables et désagréables. Nous pouvons réagir à ces sentiments en les niant ou en évitant l'expérience, ou nous pouvons choisir d'agir authentiquement et de rester cohérents avec nos ressentis, sans les repousser » (Manette, 2004).

Pour que le vétérinaire garde son humanité, il doit réfléchir à ces thèmes éthiques de temps en temps et exprimer ses émotions. Ces réflexions lui permettront d'élaborer des sentiments et des jugements à la lumière de son expérience (Beaumont-Graff & Massal, 2010).

Cela passe par l'identification de ses émotions mais également le partage de ces dernières avec son entourage ou des groupes de paroles dédiés évoqués précédemment (Beaumont-Graff & Massal, 2010).

2.4. Limiter le poids de la responsabilité

- Dans un premier temps, cela passe par **une bonne rémunération de cet acte technique**.

Si l'aspect financier peut ici sembler déplacé, il revêt cependant une grande importance dans l'estime de soi du vétérinaire : au-delà du caractère « juste » de cette rémunération, cette dernière est également nécessaire. Ne pas faire payer le bon prix est un aveu de culpabilité de la part du praticien qui n'a pas lieu d'être.

- **Le travail en équipe** est également très important.

Il permet de lutter contre le sentiment de solitude du praticien dans son acte. Il va concerner : le partage des émotions, une réflexion sur les valeurs ainsi qu'une procédure bien établie. Ce travail d'équipe permet dans les cas difficiles de « partager » la décision et donc son poids.

2.5. Conclusion sur les stratégies de gestion de l'euthanasie

Quelle que soit la stratégie empruntée par le praticien, il demeure que cette grande responsabilité qui nous incombe est un acte que nous ne pouvons éviter mais qu'il faut affronter d'une façon ou d'une autre, sans pour autant en négliger l'impact sur notre santé psychique, mais surtout son importance, puisqu'il s'agit tout de même d'une mise à mort.

« Il semble que la science ait fait des vétérinaires des dieux en leur donnant le pouvoir sur la vie, avant même qu'ils ne sentent encore dignes d'être humains » (Manette, 2004).

3. Etre mieux préparé

Dans une étude menée aux Etats-Unis, la majorité des vétérinaires interrogés ont affirmé qu'ils n'étaient pas assez préparés à gérer la détresse de leurs clients, notamment lors des euthanasies (Dickinson, et al., 2011). En France, les écoles dispensent également peu de formations concrètes sur la gestion de ces situations délicates.

II. Prévenir les troubles dès le début de la formation vétérinaire

A. La sensibilisation dès l'intégration au cursus

Il est important de montrer aux étudiants qu'ils ne sont pas seuls à ressentir une certaine détresse psychologique. Le fait de réaliser que l'on n'est pas seul à éprouver ce type de problème est le premier pas vers la guérison.

Il peut s'agir de présentations dédiées ou encore d'ateliers comme évoqués précédemment. Il est clair que cela ne résout pas le problème initial. Toutefois, recevoir un soutien important et « normaliser » sa situation est reconnu comme un outil efficace d'amélioration de la santé mentale (Hafen, et al., 2008).

B. Des formations à la gestion du stress et au travail d'équipe

Des formations préventives seraient **utiles aux étudiants vétérinaires ou aux jeunes diplômés, dont les problèmes ne seraient pas encore de grande ampleur**. La valorisation du travail d'équipe a été suggérée comme une solution aux problèmes de stress auxquels doivent répondre les travailleurs de la santé. Les auteurs soutiennent ainsi que, le milieu du travail devenant plus complexe et exigeant, il y a de bonnes raisons de penser que le travail en équipe permet une meilleure réalisation des tâches et que le groupe de travail protège les professionnels de la santé (humaine ou animale) du stress inévitable associé à leur exercice quotidien. Pour encourager le travail d'équipe, certaines pratiques doivent être adoptées : des objectifs clairs, des « récompenses » (s'autoriser à prendre une pause, fêter une réussite avec ses pairs…) sont notamment évoqués. La pratique vétérinaire pourrait tirer bénéfice de l'application de certaines de ces clefs.

Aux Etats-Unis, un cours universitaire a été conçu pour les étudiants vétérinaires afin de leur offrir une tribune pour la lecture et la discussion autour de sujets tels que la construction d'une équipe, la résolution des conflits, la gestion du stress et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Kahn & Nutter, 2005).

C. Eviter la désillusion en préparant l'étudiant à la vie active

Enfin, il s'agit de préparer l'étudiant à la vie qui l'attend, souvent trop idéalisée : la réalité des difficultés à équilibrer travail et vie privée, la pénibilité des horaires, les responsabilités médicales mais aussi administratives (Halliwell & Hoskin, 2005).

III. Faut-il parler du suicide ?

Cette question a longtemps divisé les experts et les médias.

L'idée selon laquelle parler du suicide a pour conséquence d'inciter les autres à se suicider en « leur donnant de mauvaises idées » est restée très répandue dans le grand public, mais également chez les vétérinaires, pendant de nombreuses années.

Un certain nombre d'éléments suggèrent que l'exposition directe ou indirecte sur le comportement suicidaire des autres peut, dans certaines circonstances, influencer les attitudes et accroître la vulnérabilité au suicide (Lewinsohn, et al., 1994). En Autriche, par exemple, la restriction volontaire dans les journaux des informations relatives aux suicides dans le métro a été suivie d'une réduction du nombre de suicides (Hawton & Heeringen, 2009).

La nouvelle d'un suicide peut circuler facilement à travers les réseaux sociaux d'une petite profession. Il est possible que la connaissance de certains membres de la profession ayant mis fin à leur jour ait été un facteur de risque contributif au comportement suicidaire chez d'autres vétérinaires, créant l'effet d'une «contagion» du suicide entre les individus vulnérables au sein de ce groupe professionnel à haut risque (Bartram & Baldwin, 2008).

Ce type de résultats pourrait donc laisser croire que de médiatiser ce phénomène pourrait au contraire amplifier le suicide dans la profession. Toutefois, ce serait faire un grave raccourci.

En effet, les TS ont bien un effet négatif sur l'entourage ou les témoins directs de l'évènement en augmentant leur risque de tentative, mais **cette « contagiosité » est marginale** (Debout, 2003). Le fort taux de TS dans une population traduit un malaise qu'il ne faut surtout pas taire, au risque de le voir perdurer, ou pire : grandir. Ainsi, au contraire, c'est le silence qui renvoie chaque personne dépressive (voire suicidaire) à la solitude de son désespoir.

Aussi est-il primordial d'évoquer ces suicides, non pas comme de simples faits divers, sans explication aucune, mais de tenter d'élucider les origines de ces gestes. L'élucidation des causes qui auront poussé les individus au suicide permettra à la fois de se prémunir contre celles-ci en reconsidérant ses habitudes, mais pourquoi pas de permettre à certains d'évoquer un malaise qu'ils n'osent pas aborder. Le tabou qui entoure ces gestes mystifie le passage à l'acte, ce qui n'est bien entendu pas le meilleur moyen de le voir disparaitre.

Il est donc primordial de médiatiser le suicide, mais pas de n'importe qu'elle façon.

> « La réalité est au contraire – et tous les spécialistes, toutes les associations de prévention du suicide l'expliquent – que si l'on veut faire de la prévention du suicide efficace, il faut parler du suicide, de ses causes, de ses signes d'appel, de ses conséquences, de sa prévention, … Certes, il ne faut pas le faire dans n'importe quels termes, ni sans précaution, ni sans connaissances. Mais il faut le faire ». Jean-Claude Gansel (Crolot, 2003).

Ajoutons à cela que, « le mal est déjà fait », la plupart des vétérinaires connaissant déjà au moins un praticien ayant mis fin à ses jours (Connolly, 2004; Platt, et al., 2012a).

De nos jours, les sondages montrent que 72 % des Français considèrent que c'est une bonne chose de parler du suicide dans les grands médias. Soixante quatorze pour cent d'entre eux considèrent d'ailleurs qu'en parler peut être préventif et limiter le nombre de tentatives (Debout, 2003).

IV. Conclusion sur la prévention du suicide chez les vétérinaires

Des études suggèrent qu'une santé mentale altérée chez les médecins est associée à un comportement irascible avec les patients, le non respect des procédures, ce qui pourrait réduire considérablement le standard des soins prodigués aux patients (Taylor, et al., 2007). Au vu des similitudes importantes entre la profession médicale et la profession vétérinaire, cette prévention est importante, non seulement pour le bien-être des praticiens, mais également pour préserver la santé publique assurée par les vétérinaires ainsi que la santé et le bien-être des animaux soignés (Bartram, 2009).

La prévention doit s'opérer à l'échelle de toute la profession. Il est en effet rapporté que la prévalence totale des troubles psychologiques dans une population est proportionnelle à la prévalence moyenne des symptômes psychiatriques associés dans cette population (Whittington & Huppert, 1996). Cette relation est valable pour de nombreuses pathologies : ainsi, une faible variation dans la moyenne de la prévalence d'une maladie dans une population est associée à de fortes variations en queue de distribution (Bartram, 2009).

La diminution de l'impact du suicide dans la profession ne dépend donc pas seulement de la gestion individuelle mais surtout de mesures visant la population vétérinaire entière.

La prévention du suicide dans la profession requiert des formations spécifiques leur permettant d'être mieux préparés à la gestion des clients et au travail qui les attend mais également les initiant à des méthodes de gestion du stress et des troubles émotionnels au quotidien. Ces formations, destinées aux praticiens en exercice voire délivrées dès le début du cursus aux étudiants, peuvent également permettre de sensibiliser le praticien au risque suicidaire et de l'initier à sa gestion chez des confrères en crise.

La pratique vétérinaire doit également faire l'objet d'un réaménagement de l'activité. Celui-ci aurait pour objet de permettre aux praticiens de ne pas avoir à choisir entre leur vie professionnelle et leur vie privée, mais également de réduire les troubles associés à la surcharge de travail dont souffrent la grande majorité d'entre eux.

Enfin, il s'agit surtout de raviver la confraternité entre vétérinaires qui alloue une protection efficace contre le risque suicidaire mais constitue également la clef d'une amélioration du bien-être et des performances, via le partage des expériences, des connaissances et des émotions inhérentes à l'exercice vétérinaire.

Rappelons que le suicide ne concerne pas des individus décidés à mourir : il constitue une issue de secours après des tentatives inabouties pour « vivre mais cesser de souffrir ». Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter d'être témoin de ces appels à l'aide entendus trop tard. Le suicide des vétérinaires est l'affaire des instances publics, des médecins, de l'entourage, mais surtout du corps des vétérinaires qui, nous l'avons vu, détient le pouvoir de limiter ce fléau.

CONCLUSION

Le suicide dans la profession vétérinaire est un sujet tabou : les praticiens en détresse psychologique osent rarement évoquer le sujet devant l'image populaire de « privilégié » qui est associée à leur métier.

Même si les vétérinaires sont en général très satisfaits de leur travail, leur taux de suicide est l'un des plus élevés dans de nombreux pays, encore plus élevé que celui des médecins pourtant réputés pour leur vulnérabilité particulière au risque suicidaire. Malgré l'absence de chiffres disponibles en France, le taux de suicide dans la profession vétérinaire était, dans certains pays, 3 à 4 fois plus élevé que celui de la population générale, avec une vulnérabilité particulière de la femme vétérinaire, fait inquiétant au vu de la tendance à l'inversement du sex-ratio dans la profession.

Notre étude nous a permis de dégager des facteurs qui pourraient expliquer, en partie, le fort taux de suicide observé. Parmi eux se trouvent les troubles psychologiques, prépondérants dans la profession : on a ainsi identifié différents facteurs de stress (surcharge de travail, pénibilité des horaires qui rendent la conciliation du travail et de la vie privée souvent très difficile, mais également exigence de la clientèle) et montré l'existence d'un syndrome dépressif affectant un certain nombre de praticiens. Cette détresse psychologique a notamment pu être corrélée à l'isolement social des vétérinaires, résultant de la nature même de la profession libérale mais surtout d'un défaut de confraternité. Enfin, nous avons pu éprouver les facteurs plus spécifiques à la profession que sont l'accès aux moyens létaux et l'impact psychologique de l'euthanasie, dont l'influence importante a pu être établie par de nombreuses enquêtes.

La vulnérabilité particulière du vétérinaire au risque suicidaire est donc un phénomène avéré, multifactoriel, et qui semble être directement lié au quotidien du praticien. Devant de telles constatations, une étude de ce risque chez les vétérinaires français s'avère nécessaire et, avec elle, la mise en place d'outils visant à réduire son impact. Ceux-là existent déjà en partie grâce à l'initiative de certains praticiens solidaires au travers d'associations vétérinaires. Cependant, une meilleure médiatisation de ce sujet tabou mais aussi des moyens déjà existants doit voir le jour si l'on veut espérer une diminution de l'impact du suicide. Ajoutons que la confraternité est la clef pour une amélioration de la condition du vétérinaire et qu'il est de la responsabilité de chacun de prévenir ce risque en repérant les premiers signes chez ses pairs, en agissant en conséquences mais surtout en incitant les instances de santé gouvernementales à se préoccuper enfin de la question suicidaire, encore trop souvent négligée.

Thèse de Madame Virginie MALVASO

LE PROFESSEUR RESPONSABLE
de VetagroSup Campus Vétérinaire de Lyon

P/O F. Grain

Denis GRANCHER
DMV, Dr Nutr., M.Conf ENVL

LE PRESIDENT DE LA THESE

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 27 NOV. 2013
Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales : Professeur J-N. GILLY

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

VU : LE DIRECTEUR
de VetagroSup Campus Vétérinaire de Lyon

Docteur Stéphane MARTINOT
Directeur-général

Par délégation
Pr F. Grain - DEVE
VetAgro Sup
Campus Vétérinaire

Références bibliographiques

AGERBO, E., GUNNELL, D., BONDE, J., MORTENSEN, P.B. & NORDENTOFT, M., (2007). Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*, 37, (8), 1131-1140.

AJDACIC-GROSS, V., et al., (2008). Méthodes de suicide : détermination de schémas internationaux de suicide à partir de la base de données de mortalité de l'OMS. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* 86, 657-736.

American Psychiatric Association, (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®.* MASSON, Issy-les-Moulineaux, 1064 p.

ANDERSEN, K., HAWGOOD, J., KLIEVE, H., KOLVES, K. & DE LEO, D., (2010). Suicide in selectec occupations in Queensland : evidence frome the state suicide register. *Roy Aust N Z Coll Psychiatry*, 44, (3), 243-249.

ANGER, F., et al., (2002). Suicide par injection de T 61. *Ann. Toxicol. Anal.,* 14, (2), 118-124.

ANONYME, (2002). Survey details stress factors that influence Australian vets. *Aust Vet J*, 80, (9), 522-524.

ANONYME, (2005). Vet suicides outstrip UK average. *BBC News.*

ARIAGNO, J., (page consultée le 1 octobre 2013). *Les urgences psychiatriques, présentation du SECO,* [en ligne]. Adresse URL : pipaho.free.fr/files/les_urgences_psychiatriques.ppt

ASBERG, M., TRASKMAN, L. & THOREN, P., **(1976).** 5 HIAA in the cerebrospinal fluid : a biochemical suicide predictor?. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, (10), 1193-97.

BABOR, T., HIGGINS-BIDDLE, J., SAUNDERS, B. & MONTEIRO, M., (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification test, 2ème ed.,* OMS, 40p.

BARTRAM, D., (2009). *A cross-sectionnal study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession.* Royal College of Veterinary Surgeons for the Diploma of Fellowship, 313 p.

BARTRAM, D. & BALDWIN, D., (2008). Veterinary surgeons and suicide influences, opportunities and research directions. *Vet. Rec.*, 162, (2), 36–40.

BARTRAM, D., YADEGARFAR, G. & BALDWIN, D., (2009). A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. *Soc Psychiat Epidemiol*, 44, (12), 1075–1085.

BARTRAM, D., SINCLAIR, J. & BALDWIN, D., (2010). Interventions with potential to improve the mental health and wellbeing of UK veterinary surgeons. *Vet Rec*, 166, (17), 518-523.

BEAUMONT-GRAFF, E. & MASSAL, N., (2010). Gérer l'acte d'euthanasie, une réflexion à partager. *L'essentiel*, (169), 2ème cahier, 1-15.

BERNARD, M., STIEFEL, F., DE ROTEN, Y. & DESPLAND, J., (2010). Déplacement, rationalisation et intellectualisation : une évaluation des principaux mécanismes de défense des soignants en oncologie. *Psycho-Oncol*, 4 (Supplément 1), 47-50.

BLAIR, A. & HAYES, H., (1980). Cancer and other causes of death among US veterinarians. *Int J Cancer,* 25, (2), 181-185.

BLAIR, A. & HAYES, H., (1982). Mortality Patterns among US Veterinarians 1947-1977 : An Expanded Study. *Int. J. Epidemiol.*, 11, (4), 391-397.

BOTTS, R., EDLAVITCH, S. & PAYNE, G., (1966). Mortality of Missouri Veterinarians. *J Am. Vet. Med. Assoc*., 149, (5), 499-504.

BREZO, J., PARIS, J. & TURECKI, G., (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions : a systematic review. *Acta Psychiatr Scant*, 113, (3), 180-206.

CAMIRAND, H. & NANHOU, V., (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Insitut de la statistique du Quebec, *Zoom Santé*, Septembre, 1-4.

CAVANAGH, J., CARLSON, A., SHARPE, M. & LAWRIE, S., (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33, (5), 395-405.

CépiDc, (2013). (page consultée le 20 septembre 2013). *CépiDc - causes médicales de décès,* [en ligne]. Adresse URL : http://www.cepidc.inserm.fr/site4/index.php?p=accueil

CHAPPERT J.L., PEQUIGNOT. F., PAVILLON, G. & JOUGLA, E., (2003). *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide - Biais et impact sur les données nationales en France, à partir de l'analyse des causes indéterminées quant à l'intention,* Paris, DRESS, Série "Etudes", 30.

CHARLTON, J., (1993). Suicide deaths in England and Wales : trends in factors associated with suicide deaths. *Popul. Trends*, (71), 34-42.

CHARLTON, J., (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. *Int J Epidemiol*, 24 (Suppl. 1), S45-S52.

CHOUANIERE, D., (2006). Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. *Document pour le médecin du travail*, 2ème trimestre, (106), 169-186.

CHRISTENSEN, J., LEVINSON, W. & DUNN, P., (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen. Intern. Med.*, 7, (4), 424-431.

CIOMPI, L. & EISERT, M., (1969). Mortalité et cause de décès chez les alcooliques. *Soc. Psychiatry*, 4, (4), 159-158.

COHIDON, C., ARANAUDO, B. & MURCIA, M., (2009). Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise. *BEH*, 9 juin, 25-26, 265-269.

COHIDON, C., SANTIN, G., GEOFFREY-PEREZ, B. & IMBERNON, E., (2010a). Suicide et activité professionelle en France. *Rev. épidémiol. santé publique*, 58, 139-150.

COHIDON, C., GEOFFREY-PEREZ, B., FOUQUET, A., LE NAOUR, C., GOLDBERG, M. & IMBERNON, E., (2010b). *Suicide et activité professionnelle en France : première exploitation de données disponibles,* Institut de Veille Sanitaire, Avril 2010.

CONNOLLY, D., (2004). Stress in the veterinary profession. *Ir. Vet. J*, 57, (5), 315-316.

CORDELL, W., CURRY, S., FURBEE, R. & MITCHELL FLYNN, D., (1986). Veterinary euthanasia drugs as suicide agents. *Ann. Emerg. Med.*, 15, (8), 939-943.

CROLOT, C., (2003). Dépression, mal être et suicide des vétérinaires : se faire aider est essentiel. *La dépêche vétérinaire*, (759).

CROSS, C., (1986). Psychosocial factors and suicidal behavior. Life events, early loss, and personality. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 487, 77-89.

DAHLGREN, K., (1945). *On Suicide and Attempted Suicide. Ph. Lindstedt (H. Ohlssons boktryck), 360 p.*

DAVEZIES, P., (2007). Suicides : de mauvaises réponses à une vraie question. *Santé & Travail* , 60, 29-31.

DE CLERCQ, M. & VERMEIREN, E., (1999). Le débriefing psychologique: controverses, débat et réflexions. *Nervure*, 12, (6), 55-61.

DEBOUT, M., (2003). Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide. *ADSP*, Décembre, (45), 51-61.

DEJOURS, C. & BEGUE, F., (2009). Suicide et travail : que faire?. PUF, 128 p.

DESFONTAINES, A., (1737). *Observations sur les écrits modernes.*

DICKINSON, G.E., ROOF, P.D. & ROOF, K.W., (2011). A Survey of Veterinarians in the US: Euthanasia and Other End-of-Life Issues. *Anthrozoos: A Multi. Disc. J Interact. People & Anim.*, 24, (2), 167-174.

Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935

Direction générale de la santé, (page consultée le 10 octobre 2013). Santé mentale. Site santé du ministère des affaires sociales et de la santé, [en ligne]. Adresse URL : http://www.sante.gouv.fr/introduction.html

DURKHEIM, E., (1976). Le suicide : étude sociologique. Presse universitaire de France, 463 p.

DYRBYE, L. et al., (2008). Burn-out and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Ann. Int. Med.*, 149, (5), 334-341.

ELKINS, A. & ELKINS, J., (1987). Professional burnout among U.S veterinarians: how serious a problem?. *Vet. Med.*, 82, (12), 1245-1250.

ELKINS, A. & KEARNEY, M., (1992). Professional burn out among female veterinarians in the Unites States. *J Am. Vet. Med. Assoc*., 200, (5), 604-608.

FAIRNIE, H., (2005). Occupational injury, disease and stress in the veterinary profession. *Thèse de Doctorat en Philosophie, Curtin University of Technology*, Perth, 206 p.

FASAL, E., JACKSON, E. & KLAUBER, M., (1966). Mortality in California veterinarians. *J Chron. dis.*, 19, (3), 293-306.

FAVRE, J., CHOQUET, M. & AZOULAY, G., (1997). Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. *ADSP*, Mars, (18), 14-16.

Fédération Française de Psychiatrie, (2000). *Conférence de consensus "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge",* Paris, 19 et 20 octobre 2000, 282 p.

FISHBAIN, D., (1986). Veterinarians with psychiatric impairment- a comparison with impaired physicians. *J Natl. Med. Assoc.*, 78,(2), 133-137.

FRANCOIS, S., GARRE, J. & GUIHO-BAILLY, M., (2011). Étude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés. *Santé publique*, 23, (2), 101-112.

FREUD, S., (1920). Au delà du principe de plaisir. In: *Essais de psychanalyse*. Petit Bibliothèque Payot éd., Paris, 42-115.

FRONE, M., (1999). Work Stress and Alcohol Use. *Alcohol Res. Health*, 23, (4), 284-291.

GARDNER, D. & HINI, D., (2006). Work-related stress in the veterinary profession in New Zealand. *N Z Vet. J*, 54, (3), 119-124.

GEOFFREY-PEREZ, B., (2006). Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Echantillon démographique permanent, INVS, Département Santé Travail.

GOLDNEY, R., (2005). Risk factors for suicidal behaviour: translating knowledge into practice. In: *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice.* Oxford University Press ed., Oxford, 161-182.

HAFEN, M., REISBIG, A., WHITE, M. & RUSH, B., (2008). The First-Year Veterinary Student and Mental Health: The Role of Common Stressors. *J Vet. Med. Educ.*, 35, (1), 102-109.

HALLIWELL, R. & HOSKIN, B.D, (2005). Reducing the suicide rate among veterinary surgeons: how the profession can help. *Vet. Rec.*, 157, (14), 397-398.

HANKIN, B. & ABRAMASON, L., (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence : reliability, validity, and gender differences. *J Clin. Child Adolesc.*, 31, (4), 491-504.

HANSEZ, L., SCHINS, F. & ROLLIN, F., (2008). Occupational stress, work-home interference and burnout among Belgian veterinary practitioners. *Irish Vet. J*, 61, (4), 233-241.

HARLING, M., STREHMEL, P., SCHABLON, A. & NIENHAUS, A., (2009). Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *J Occup. Med. Toxicol.*, 4, (4), 6673-6674.

HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K., (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, (9672), 1372-1381.

HAWTON, K. et al. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a reviewof methodological issues. *J Affect. Disord.*, 50, (2-3), 269-276.

HAWTON, K., MALMBERG, A. & SIMKIN, S., (2004). Suicide in doctors : A psychological autopsy study. *J Psychosom. Res.*, 57, (1), 1-4.

HAWTON, K., AGERBO, E., SIMKIN, S., PLATT, B. & MELLANBY, R.J., (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers. *J Affect. Disord.*, 134, (1), 320-326.

HAWTON, K. et al., (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychol. Med.*, 32, (2), 239-250.

HEIKKINEN, M., ARO, H. & LONNQVIST, J., (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide Life Threat. Behav.*, 23, (4), 343–358.

HEM, E., HALDORESEN, T. & AASLAND, O., (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol. Med.*, 35,(6), 873-880.

HURTEAU, M. & BERGERON, Y., (1991). Portrait psycho-sociologique d'étudiants présentant des tendances suicidaires. *Rev. Can. Santé Commun.*, 10, (1), 117-132.

HUXLEY, J. & WHAY, H., (2006). Current attitudes of cattle practitioners to pain and the use of analgesics in cattle. *Vet. Rec.*, 159, (20), 662-668.

JEYARETNAM, J., JONES, H. & PHILLIPS, M., (2000). Disease and injury among veterinarians. *Aust. Vet. J*, 78, (9), 625-629.

JONES-FAIRNIE, H., FERRONI, P., SILBURN, S. & LAWRENCE, D., (2008). Suicide in Australian veterinarians. *Aust. Vet. J*, 86, (4), 114-116.

JOUGLA, E., PEQUIGNOT, F., CHAPPERT, J.L., ROSSOLLIN, F., LE TOULLEC, A. & PAVILLON, G., (2002). La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 50, (1), 49-62.

JOUGLA, E., PÉQUIGNOT, F., LE TOULLEC, A., BOVET, M.A. & MELLAH, M., (2003). Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *ADSP*, Décembre, 45, 31-38.

KAHN, H. & NUTTER, C., (2005). Stress in veterinary surgeons: a review and pilot study. In: *Research Companion to Organizational Health Psychology.* Edward Elgar Publishing Ltd, Cheltenham, 293-303.

KARASEK, R., (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Admin. Sci. Quart.*, 24, (2), 285-308.

KELLY, S. & BUNTING, J., (1998). Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Popul. Trends*, 92, 29-41.

KING, G. & LANGCHE, Z., (2002). Estimating risk and levels, rations and diffrences in case controls studies. *Statist. Med.*, 21, (10), 1409-1427.

KINLEN, L.J., (1983). Mortality among British veterinary surgeons. *BMJ*, 287, (6398), 1017-1019.

KINSELLA, M., (2006). Suicide in the veterinary profession: The hidden Reality - Part two. *Ir. Vet. J*, 59, (12), 704-706.

KLUGER, M., TOWNEND, K. & LAIDLAW, T., (2003). Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesth.*, 58, (4), 339-345.

KNOX, K., LITTS, D.A., TALCOTT, G., FEIG, J.C. & CAINE, E.D., (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*, 327, (7428), 1376.

LAMARCHE, K., (2009). Suicides et tentatives de suicide chez les médecins. Mémoire, Université d'Angers, Angers, 66 p.

LAMARRE, J., (2011). Enjeux psychologiques de l'euthanasie des carnivores domestiques: point de vue de l'étudiant vétérinaire. *Thèse. Doct. Vét., Faculté de médecine,* Créteil, 91 p.

LANGE, W.R., FRANKENFIELD, D.L., CARICO, J., PFEIFFER, M.B., SNYDER, F.R. & VAN DER DECKER, J., (1992). Deaths among members of the Public Health Service Commissioned Corps, 1965-89. *Public Health Rep.*, 107, (2), 160-166.

LANGEVIN, V., FRANCOIS, M., BOINI, S. & RIOU A., (2011a). Hospital Anxiety and Depression Scale. In : Risques psychosociaux, outils d'évaluation, *INRS, Documents pour le médecin du travail*, 3ème trimestre, 127, 481-487.

LANGEVIN, V., FRANCOIS, M., BOINI, S. & RIOU A., (2011b). Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). In : Risques psychosociaux, outils d'évaluation,*INRS, Documents pour le médecin du travail*, 3ème trimestre, 127, 475-480.

LEBAUT, E., (2012). Les formes juridiques d'exercice professionnel des structures vétérinaires en France. *Thèse. Doct. Vét., Faculté de Médecine,* Créteil, 98 p.

LEBIGOT, F., (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et trauma*, 9, (4), 201-204.

LEKA, S., GRIFFITHS, A. & COX, T., (2004). Organisation du travail et stress : approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux, OMS, Bibliothèque de l'OMS, Genève, 32 p.

LERNER, H., LINDBLAD, A., ALGERS, B. & LYNÖE, N., (2011). Veterinary surgeons' attitudes towards physician-assisted suicide: an empirical study of Swedish experts on euthanasia. *J Med. Ethics*, 37, (5), 295-298.

LEWINSOHN, P.M., ROHDE, P. & SEELEY. J.R., (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult. Clin. Psychol.*, 62, (2), 297-305.

LivingWorks Education LP, (2013). (Page consultée le 2 novembre 2013). *LivingWorksEducation: Home,* [En ligne], Adresse URL : http://www.livingworks.net/

LIVOLSI, G., (2013). La France se dote enfin d'un observatoire du suicide. *Libération,* 10 septembre.

LUNDBERG, J., (2005). Der substanzabhängige Arzt. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 1, (35), 25-30.

MALMBERG, A., HAWTON, K. & SIMKIN, S., (1997). A study of suicide in farmers in England and Wales. *J Psychoso. Res.*, 43, (1), 107-111.

MAMMERICKS, M., (1985). Portrait of the comtemporary Belgian veterinarian II mortality level, life hope and death causes. *An. Med. Vet.*, 129, 505-512.

MANETTE, C.S., (2004). A reflection on the ways veterinarians cope with the death, euthanasia, and slaughter of animals. *J Am. Vet. Med. Assoc.*, 225, (1), 34-38.

MANN, J.J., (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nat. Rev. Neurosci.*, 4, (10), 819-28.

MARIS, R., (2002). Suicide. *The Lancet,* 360, (9329), 319-326.

MARTIN, F., RUBY, K. & FARNUM, J., (2003). Importance of the Human-Animal bond for the pre-veterinary, the first-year, the fourth-year veterinary students in relation to their career choice. *J Vet. Med. Educ.*, 30, (1), 67-72.

MAURICE, V.V., (1954). La notion de suicide. *Rev. Phil. Louvain*, 52, (36), 593-618.

MCMANUS, L., KEELING, A. & PAICE, E., (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*, 2, (1), p. 29.

MEEHAN, M. & BRADLEY, L., (2007). Identifying and evaluating job stress within the Australian small animal veterinary profession. *Aust. Vet. Practit.*, 37, (2), 70-83.

MELLANBY, R.J., (2005). Incidence of suicide in the veterinary profession in England and Wales. *Vet. Rec.*, 157, (14), 415-417.

MELLANBY, R.J. & HERRTAGE, M., (2004). Survey of mistakes made by recent veterinary graduates. *Vet. Rec.*, 155, (24), 761-765.

MELLANBY, R.J., PLATT, B., SIMKIN, S. & HAWTON, K., (2009). Incidence of alcohol-related deaths in the veterinary profession in England and Wales, 1993–2005. *Vet. J*, 181, (3), 332-335.

MELLANBY, R.J. et al. (2010). Evaluation of suicide awareness programmes delivered to veterinary undergraduates and academic staff. *Vet. Rec.*, 167, (19), 730-734.

MELTZER, H., GRIFFITHS, C., BROCK, A., ROONEY, C. & JENKINS, R., (2008). Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001–2005. *Br. J. Psychiatry*, 193, (1), 73-76.

MILHAM, S. (1997). Occupational Mortality in Washington State, 1950-1989. *NIOSH publication,* Cincinnati, 181 p.

MILLER, J.M. & BEAUMONT, J.J., (1995). Suicide, cancer, and other causes of death among California veterinarians, 1960-1992. *American Journal of Industrial Medicine*, 27, (1), 37–49.

NARONGDAJ, A., (2011). Le test du dessin du personnage chez le sujet suicidant. *Thèse de Doctorat en Psychologie Clinique, Université de Poitiers,* Poitiers, 203 p.

O'CONNOR, G. et al., (1996). A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. J Am. Med. Assoc., 275, (11), 841-846.

OGDEN, U., KINNISON, T. & MAY, S., (2012). Attitudes to animal euthanasia do not correlate with acceptance of human euthanasia or suicide. *Vet. Rec.*, 171, (7), 171-174.

OMPL, (2010). (Page consultée le 3 octobre 2013). Portrait statistique et prospectif des cabinets vétérinaires. [En ligne]. Adresse URL : http://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/statistiques/ETUDES/ETUDES%20THEMATIQUES/SANTE/VETO/2010/synthese_portrait_branche_cabinets_veterinaires_octobre_2010_2.pdf

OMPL, (2013). (Page consultée le 2 octobre 2013). Une mesure du chômage dans les branches des professions libérales. Rapport Cabinet Ithaque. In : Etudes - transversales, OMPL, 2013. [En ligne]. Adresse URL : http://www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/etudes_transversales.php

OMS, (2010). (Page consultée le 2 juillet 2013). La santé mentale. [En ligne]. Adresse URL : http://www.who.int/topics/mental_health/fr

PAUL, E. & PODBERSCEK, A., (2000). Veterinary education and student's attitudes towards animal welfare. *Vet. Rec.*, 146, (10), 269-272.

PAULET, V., (2011). La féminisation de la profession vétérinaire en France: analyse de son impact à partir d'une enquête auprès des praticiens libéraux. *Thèse Doc. Vét., Université Paul Sabatier,* Toulouse, 185 p.

PAYKEL, E., (1975). Suicide attemps and recent life events. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, (3), 327-333.

PLATT, H., HAWTON, K., SIMKIN, S. & MELLANBY, R.J., (2010). Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. *Occup. Med.,* 60, (6), 436-446

PLATT, H., HAWTON, K., SIMKIN, S. & MELLANBY, R.J., (2012a). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*., 47, (2), 223-240.

PLATT, H., HAWTON, K., SIMKIN, S., DEAN, R. & MELLANBY, R.J. (2012b). Suicidality in the Veterinary Profession : Interview study ofq veterinarians with a history of suicidal ideation behaviour. *Crisis*, 33, (5), 280-289.

POTTS, J., (2010). *Stress, negative cognitive style and coping as predictors of depressive symptoms in children of depressed parents.* Thesis, Graduate School of Vanderbilt University, Nashville, 52 p.

PROTIN, M., (1999). Le vétérinaire et l'euthanasie : comprendre et aider le client. *Thèse Doct. Vét., Université Claude Bernard,* Lyon, 91 p.

RABORD, M., (2003). Les programmes de prévention. *ADSP*, Décembre, (45), 39-49.

REASON, J., (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, (7237), 768-770.

REEVE C., ROGELBERG, S., SPITZMÜLLER, C. & DIGIACOMO, N., (2005). The "caring-killing" paradox: euthanasia-related strain among animal shelter workers. *J Appl. Soc. Psychol.,* 35, (1), 119-143.

REIJULA, K. et al., (2003). Work Environment and Occupational Health of Finnish Veterinarians. *Am. J Ind. Med.*, 44, (1), 46-57.

REY, G., (2011). Données de décès par suicide. *Expertise collective: Stress au travail et santé, situation chez les indépendants,* Inserm, 9 p.

REY, G., RICAN, S., LUCE, D., MENVIELLE, G. & JOUGLA, E., (2013). La mesure des inégalités sociales de mortalité par cause en France : Comparaison des approches chaînée et non chaînée. *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 61, (3), 221-231.

RIHMER, Z., (1996). Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *J Affect. Dis.*, 39,(2), 83-91.

ROBINSON, D. & HOOKER, H., (2006). The UK Veterinary Profession in 2006 : The Findings of a Survey of the Profession Conducted by the Royal College of Veterinary Surgeons. *RCVS,* Londres, 58 p.

ROGELBERG, S.G., et al., (2007). Impact of euthanasia rates, euthanasia practices, and human resource practices, on employee turnover in animal shelters. *J Am. Vet. Med. Assoc*., 230, (5), 713-719.

ROLLIN, B.E., (2009). Ethics and euthanasia. *Can. Vet. J*, 50, (10), 1081-1086.

ROMERI, E., BAKER, A. & GRIFFITHS, C., (2007). Alcohol-related deaths by occupation, England and Wales, 2001–2005. *Health Stat Q*, 35, 6-12.

ROUSSEL, C. & BARRET, G., (2003). (page consultée le 2 octobre 2013). *Conditions de travail et risques professionels dans les cliniques vétérinaires. Documents pour le médecin du travail [en ligne]*, (94), 161-170. Adresse URL : http://www.amiante.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TF%20123/$File/TF123.pdf

ROUTLY, J.E., DOBSON, H., TAYLOR, I.R., MCKERNAN, E.J. & TURNER, R., (2002). Supports needs of veterinary surgeons during the first few years of practice : perceptions of recent graduates and senior partners. *Vet. Rec.*, 150, (6), 167-171.

SAMUELSSON, M., GUSTAVSSON, J., PETTERSON, I.L., ARNETZ, B. & ASBERG, M., (1997). Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol*., 32, (7), 391-397.

SANDSTRÖM, A., RHODIN, I.N., LUNDBERG, M., OLSSON T. & NYBERG, L., (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biol. Psy.*, 69, (3), 271-279.

SAREEN, J. et al., (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psych*, 62, (11), 1249-1257.

SCHNEIDER, B.J., (1996). Euthanasia and the veterinarian. *Can Vet J* , 37, (4), 217-218.

SCHNEIDER, P., MASSON, D. & DE PERROT, E., (1965). La prophylaxie du suicide chez les alcooliques. *Int J Public Health*, 10, (1), 432-439.

SCHNURRENBERGER, P., MARTIN, R. & WALKER, J., (1977). Mortality in Illinois Veterinarians. J Am. Vet. Med. Assoc., 170, 1071-1075.

SERPELL, J., (2005). Factors influencing veterinary students' career choices and attitudes to animal. *J Vet. Med. Educ.*, 32, (4), 491-496.

SINHA, R., (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse?. *Psychopharmacol.*, 158, (4), 343-359.

SKEGG, K., FIRTH, H., GRAY, A. & COX, B., (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk?. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, (5), 429-434.

STACK, S., (2001). Social Science Quarterly. *Soc Sci Quart*, juin, 82, (2), 384-396.

STANLEY, M. & MANN, J., (1983). Increased serotonin-2 binding-sites in frontal-cortex of suicide victims. *The Lancet*, 321, (8318), 214-216.

STARK, C. & DOUGALL, N., (2012). Effect of attitudes to euthanasia on vets' suicide risk. *Vet. Rec.*, 171, (7), 172-173.

STOWELL, L.L., (1998). Suicide with the Veterinary Drug Acepromazine. *J. Analyt*. *Toxico.,* 22, (2), 166-168.

STRAK, C., BELBIN, A., HOPKINS, P., GIBBS, D., HAY, A. & GUNNELL, D., (2006). Male suicide and occupation in scotland. *Health Stat Q*, (29), 26-29.

TAYLOR, C., GRAHAM, J., POTTS, H., CANDY, J., RICHARDS, M. & RAMIREZ, A., (2007). Impact of hospital consultants' poor mental health on patient care. *BJP*, 190, (3), 268-269.

TERRA, J.L., (2011). Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. *BEH*, Décembre, (47-48), 489-510.

TERRA, J.L. & WALTER, M., (2003). Prévenir le suicide : repérer et agir. *ADSP,* Décembre, (45), 20-30.

THAKAR, R., (2000). History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. *Child Abuse & Neglect*, 24, (10), 1345-1354.

TILHET-COARTET, S. et al., (2000). Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. *Presse Med.*, 29, (4), 181-185.

TOUSIGNANT, M., (1994). Le suicide et les comportements suicidaires, chapitre 37. In: Dumont, F., Langlois, S., Martin, Y. (eds.). *Traité des problèmes sociaux, Institut québécois de recherche sur la culture,* Québec, 765-776.

TUPIN, D., (2005). Le syndrome d'épuisement professionnel, ou "Burn-Out" chez les vétérinaires. Enquête chez les praticiens. *Thèse Doct. Vét., Université Paul Sabatier*, Toulouse, 97p.

TYSSEN, R., VAGLUM, P., GRUNVOLD, N. & EKEBERG, E., (2001). Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med. Educ.*, 35, (2), 110-120.

VAN EMMERIK, A., KAMPHULS, J., HULSBISCH, A. & EMMELKAMP, P., (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, septembre, 360, (9335), 766-771.

VÄRNIK, P., (2012). Suicide in the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9, (3), 760-771

VISWESVARAN, C., SANCHEZ, J.L. & FISHER, J., (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *J Vocat. Behav.*, 54, (2), 314-334.

VORACEK, M., (2004). National intelligence and suicide rate: an ecological study of 85 countries. *Person. Individ. Diff.*, 37, (3), 543-553.

WALTER, M., (2001). Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire? Le point de vue du clinicien. In: *Conférence de consensus. La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge.* John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie éd., Paris, 35-44.

WHITTINGTON, J.E. & HUPPERT, F.A., (1996). Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. *Psychol Med*, 26, (6), 1253-1260.

WITTE, T., CORREIRA, C. & ANGARANO, D., (2012). Experience with euthanasia is associated with fearlessness about death in veterinary students. *Suicide Life Threat Behav*, 43, (2), 125-137.

YEATES, J. & MAIN, D., (2011). Veterinary opinions on refusing euthanasia : justifications and philosophical frameworks. *Vet. Rec.*, 168, (10), 263-267.

YOUNG, M.S., (1985). The evolution of domestic pets and companion animal. *Vet Clin North Am. Small Anim. Pract.*, 15, (2), 297-309.

ZENNER, D., BURNS, G.A., RUBY, K.L. & STOLL, S.K., (2005). Veterinary students as elite performers : preliminary insights. *AAVMC*, 32, (2), 242-248.

NOM et PRÉNOM : MALVASO Virginie

TITRE : LE SUICIDE DANS LA PROFESSION VETERINAIRE – ETUDE, GESTION ET PREVENTION

Thèse d'État de Doctorat Vétérinaire : Lyon, le 20 décembre 2013

RÉSUMÉ :

Le suicide est un phénomène complexe dont le caractère tabou n'a pas facilité les investigations menées pour mieux le comprendre. Des modèles explicatifs basés sur l'identification de facteurs de risque ont cependant vu le jour, permettant notamment de mieux appréhender l'émergence du suicide associé à l'activité professionnelle. Dans ce cadre, la profession vétérinaire possède un triste palmarès, présentant un taux de suicide 3 à 4 fois plus élevé que la population générale dans certains pays, soit un taux supérieur à celui mesuré dans la majorité des autres catégories professionnelles. Les facteurs de risque inhérents à la profession sont bien identifiés : en particulier, la surcharge de travail et les horaires pénibles imposés par le métier limitent l'épanouissement social et génèrent par la même des troubles anxieux et dépressifs mis en évidence chez un grand nombre de praticiens. L'isolement social ainsi créé est accentué par une confraternité vétérinaire ressentie comme défaillante, alors même qu'elle correspond à un facteur protecteur potentiel contre le risque suicidaire. L'euthanasie des animaux constitue également un facteur majeur, par son impact émotionnel manifeste et par l'altération de la perception de la mort qu'elle peut engendrer chez le praticien. S'il est des facteurs sur lesquels on ne peut agir (tel que l'accès aux molécules létales), des formations existent néanmoins pour identifier les premiers signes chez les individus suicidaires, permettant de réduire le passage à l'acte de façon significative. D'autres formations impliquant l'acquisition de nouvelles compétences en communication afin de réduire le stress inhérent à la relation client peuvent être intéressantes. Toutefois, la sensibilisation au risque suicidaire et surtout aux troubles de la santé mentale dès le cursus vétérinaire apparait comme la plus efficace des mesures, en parallèle d'un renforcement des liens unissant les membres de la profession.

MOTS CLÉS :

- Suicide
- Vétérinaires
- Euthanasie des animaux
- Stress lié au travail
- Troubles affectifs
- Toxicomanie
- Epuisement professionnel

JURY :

Président : Monsieur le Professeur ANNAT Guy
1er Assesseur : Monsieur le Maitre de conférences GRANCHER Denis
2ème Assesseur : Monsieur le Professeur BERNY Philippe

DATE DE SOUTENANCE : 20 décembre 2013

ADRESSE DE L'AUTEUR : **2, rue des sources**
30300 Jonquières St Vincent