



Mortalité évitable, mortalité prématurée, pluridisciplinarité, postvention, prévention, risques psychosociaux, Sameth, stress, tentative de suicide, travailleur handicapé

Prise en charge pluridisciplinaire
d'une salariée handicapée et stressée après
une tentative de suicide sur le lieu du travail

Reprise du travail après une TENTATIVE DE

La question des suicides au travail a rythmé l'information sociale des derniers mois. L'affaire est d'une gravité exceptionnelle. Mais si les tentatives de suicide ne sont pas aussi connues, elles n'en sont pas moins nombreuses et la question de leur retour au travail est délicate à aborder. Le docteur Phan Chan The prend appui sur une affaire qu'il a eu à traiter pour établir cette nouvelle fiche-conseil

LA MORT VOLONTAIRE a accompagné la vie des hommes depuis bien longtemps. Dans l'Ancien Testament, il est ainsi fait récit de 5 morts volontaires. D'abord l'objet de réprobation sociale, la Révolution française dépénalise le suicide mais sans l'approuver. La levée de l'interdiction des funérailles chrétiennes appliquée aux suicidés est très récente, soit à peine 4 décennies. Le taux de suicide en France reste un des plus élevés parmi les pays de développement comparable et constitue un grave problème de santé publique. Le nombre de suicides est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 829 et 2 884 en 2005 ; 7 593 et 2 830

en 2006 ; 7 419 et 2 708 en 2007), soit un taux de décès standardisés par âge de 15,3 pour 100 000 habitants en 2007 (24,5 chez les hommes et 7,7 chez les femmes pour 100 000 hab.), et il augmente avec l'âge. Les phénomènes de sous-déclaration, étaient estimés à 20 % dans une étude ancienne, et à environ 10 % récemment. Ainsi le nombre de suicides enregistrés en 2006 était de 10 423, mais celui retrouvé après une enquête rétrospective par Jougla, était de 11 404, soit une sous-estimation de 9,4 %. Cette sous-estimation concerne aussi le nombre de tentatives de suicide (TS). Au début des années 2000, environ 195.000 TS auraient donné lieu, chaque année, à un contact avec le système de soins (Drees, 2006).

Suite à la médiatisation de nombreux suicides (ou de TS) de salariés au cours de ces derniers mois, et à l'occasion du Conseil d'orientation sur les conditions de travail du 9 octobre 2009, le ministre du travail, Xavier Darcos, a annoncé un « Plan d'urgence pour la prévention du stress au travail »¹. Il accélère ainsi l'application de l'accord national interprofessionnel signé le 2/07/08 entre les partenaires sociaux sur le stress au travail, en proposant que sa transposition soit négociée au niveau le plus directement opérationnel, celui de l'entreprise. Les risques psychosociaux (RPS) et les phénomènes de violence au travail sont des facteurs de risques (FDR) d'augmentation du nombre de suicide en lien avec le travail d'autant plus que la précarité est un facteur aggravant dans un contexte économique défavorable. Les suicides liés à l'activité professionnelle ne font pas

qu'engendrer l'émotion dans l'entreprise, ils entraînent des conséquences juridiques graves. Leur éventualité nécessite la mise en place d'une politique efficace de prévention. Les situations de handicap majorent le niveau de détresse des salariés concernés et leur insertion et/ou maintien dans l'emploi est un enjeu sociétal et le volet social des politiques des entreprises en faveur du développement durable.

Les affections psychiatriques (28,1 %) représentent en 2006 la 1^{re} cause médicale de mise en invalidité, suivies par les maladies du système ostéoarticulaire (23,8 %) et les tumeurs (13,2 %). La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 modifiée portant réforme de la loi du 30 juin 1975 définit en préliminaire et de façon nouvelle la notion de handicap. Elle vise à garantir l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées. Elle aborde dans ses différentes parties les thèmes sociaux, professionnels et éducatifs relatifs au handicap. L'aménagement du poste de travail d'une salariée handicapée en situation de stress élevé pour prévenir les risques (ou les récurrences) de TS ou de suicide en lien avec le travail est une priorité d'action en milieu du travail du médecin du travail. Le travail en réseau pluridisciplinaire avec divers professionnels est essentiel pour tenter de mener à bien cet objectif. Une démarche de prévention du suicide en lien avec le travail est nécessairement une approche globale et s'étend à l'ensemble des RPS au travail.

Cette fiche-conseil présente un cas clinique concret illustrant cette thématique très actuelle.

1. Cf. www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/breves/xavier-darcos-annonce-plan-urgence-pour-prevention-du-stress-au-travail.html.

SUICIDE

Cas clinique

Madame F., 49 ans, a fait une TS par ingestion médicamenteuse volontaire (IMV) sur son lieu de travail en juillet 2008. C'est une technicienne polyvalente dans un service administratif dans une PME depuis 2004. Elle est reconnue travailleur handicapé depuis

plusieurs années, et travaille en mi-temps thérapeutique depuis janvier 2009. Demande en juillet 2009 de son médecin psychiatre et relayée par le médecin du travail pour une mise en invalidité en 2^e catégorie par le médecin-conseil de la sécurité sociale. Un reclassement à un poste de travail à un temps partiel est envisagé. Cette PME, filiale d'une multinationale, est un

prestataire de services pour de nombreuses entreprises de biotechnologies situées sur un site commun francilien. Madame F. travaille sur ce site depuis 1984 (d'abord pour une multinationale jusqu'en 2004).

De nombreux antécédents médicaux

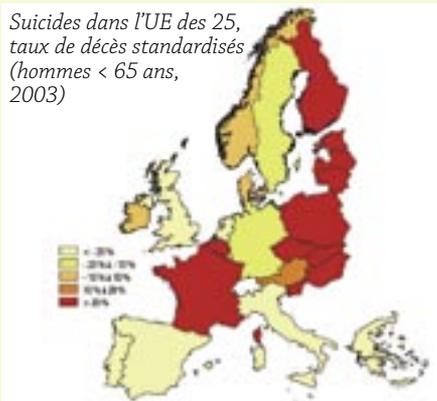
Parmi ses nombreux antécédents médicaux, on note notamment :

1. un handicap auditif (surdité à 80 % avec port d'une prothèse auditive depuis l'âge de trois ans, elle communique par lecture labiale) ayant entraîné une scolarité difficile aboutissant à un CAP d'employé de bureau ; elle bénéficie d'une reconnaissance Cotorep B / RQTH et d'une carte d'invalidité délivrée depuis 1971 ;
2. un suivi depuis 1985 dans un centre médico-psychologique pour adultes de l'Ile-de-France ;
3. de nombreuses tentatives (et chantage de suicide) (IMV + alcool + hospitalisation en 1985 et 1988) et gestes autoagressifs récurrents (frottements cutanés, scarifications

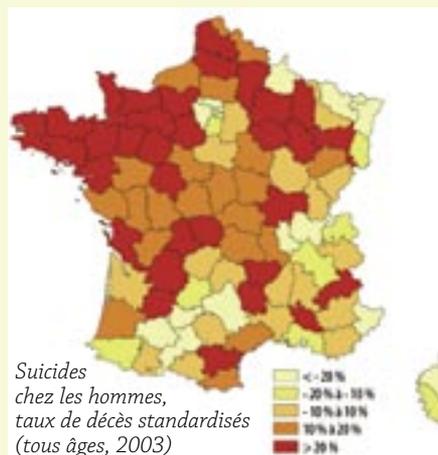
Suicides et inégalités

Inégalités géographiques

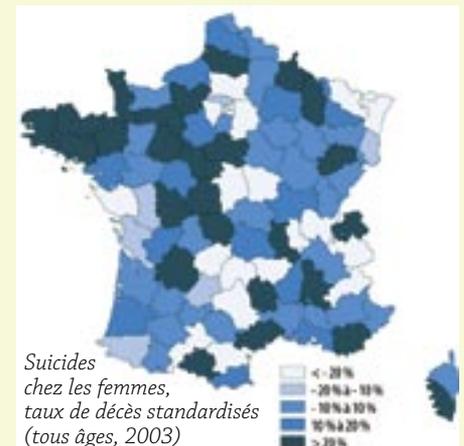
Suicides dans l'UE des 25, taux de décès standardisés (hommes < 65 ans, 2003)



Documents Inserm Cépidoc



Suicides chez les hommes, taux de décès standardisés (tous âges, 2003)



Suicides chez les femmes, taux de décès standardisés (tous âges, 2003)

Inégalités des genres

Surmortalité masculine (2006, taux standardisés pour 100 000)

| | Ts âges (H/F) | < 65 ans (H/F) |
|-------------|---------------|----------------|
| Suicides | 3,1 | 2,8 |
| Total décès | 1,8 | 2,2 |

Inégalités sociales

Ratio de mortalité « ouvriers-employés / cadres supérieurs-professions libérales », hommes 25 à 54 ans (1987 à 1997)

| | |
|---|------|
| Suicides | 2,8 |
| Accidents de transport | 2,8 |
| Cancers du poumon | 3,5 |
| Cancers des voies aéro-digestives supérieures | 10,8 |

Sources : Jouglé E., 2008

- des membres supérieurs à la pierre ponce...) depuis plusieurs années ;
- 4. un niveau de stress perçu élevé par période en consultation médico-professionnelle avec IB-Stress ;
- 5. une double évaluation du niveau de stress et des stressés par un cabinet externe indiquant un niveau supérieur à celui de la population générale et des personnes souffrants d'un stress important ;
- 6. un diagnostic psychiatrique établi par le médecin psychiatre qui la suit actuellement au CMP : « *syndrome dépressif sévère, névrose sévère, névrose de conversion, addition occasionnelle et récurrente (alcool,*

Propositions pratiques pour la prévention de certains risques psychosociaux (suicide) en service de santé au travail

| Repérage de la crise suicidaire | | | |
|---|--|---|---|
| Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ² | | | |
| La prise en charge de la crise suicidaire devra être de nature pluridisciplinaire. | | | |
| Évaluation du potentiel suicidaire ³ | | | |
| Échelle d'évaluation du risque suicidaire : <i>Sad Persons Scale</i> ⁴ | | Évaluation du degré d'urgence | Évaluation de la dangerosité du scénario suicidaire |
| Sexe | 1 point si homme (RR H/F = 3) | Évaluer le degré d'urgence du risque du passage à l'acte et l'absence d'alternative autre que le suicide Faible : pense au suicide, pas de scénario précis Moyen : scénario envisagé, mais reporté Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir L'Anaes et la FFP recommandent l'hospitalisation si la crise suicidaire est d'urgence élevée. | Létalité des moyens choisis ? Accès direct aux moyens ? ⁵ 1. Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen (arme à feu /pendaison > médicaments) et l'accès direct aux moyens 2. Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence |
| Âge | 1 point si < 24 ou > 45 ans | | |
| Dépression, désespoir | 2 points si au moins 5 signes de la dépression | | |
| Passé psychiatrique ou TS antérieures | 1 point | | |
| Éthylisme, conduites addictives | 1 point («dépressiogène», impulsivité) | | |
| Raisonnement, jugement détérioré | 2 points (psychose, syndrome confusionnel...) | | |
| Statut marital | 1 point (veuvage, divorce, séparation et vie isolée) | | |
| Organisation du suicide | 2 points (planification, lettre, testament...) | | |
| Néant social | 1 point (absence ou perte de liens significatifs ou de statut social) | | |
| Sévérité de l'intention | 2 points (Maintien de l'intention de mourir, incapacité de garantir ses gestes ultérieurs) | | |
| La note totale s'échelonne de 0 (risque suicidaire très faible) à 14 (risque suicidaire très élevé) | | L'hospitalisation aura pour but : <ul style="list-style-type: none"> • la protection du sujet ; • l'établissement d'une relation de confiance avec le patient ; • de se centrer sur sa souffrance en facilitant sa mise en mots, en ayant le souci constant de définir et favoriser les soins ultérieurs. | 2. Anaes-FFP (2000). Textes des recommandations, Conf. de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », cf. http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/textlongsuic.html . 3. Sources : Brandibas J. (2009). <i>Les conduites suicidaires – Reconnaître et prendre en charge</i> ; Shea C.S. (2002). <i>The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors</i> . 4. Patterson W. et al. (1983). « <i>Evaluation of suicidal persons : The Sad Persons Scale</i> », <i>Psychosomatics</i> , 24, 4. 5. Cf. « Modes de décès par suicide en 2006 ». |
| Points | Action communément envisageable | | |
| 0 - 3 | Renvoi au domicile avec proposition de suivi | | |
| 4 - 7 | Suivi assidu, l'hospitalisation peut être prise en considération | | |
| 8 - 11 | Hospitalisation est à envisager en fonction de la force de l'alliance thérapeutique | | |
| 12 - 14 | Hospitalisation recommandée | | |

médicaments psychotropes...), mais pas de psychose ».

Une prise en charge pluridisciplinaire

Cette personne fait l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire par une équipe conséquente :

1. par l'équipe SST, médecin du travail, infirmière de santé au travail psychologue du travail,
2. dans l'entreprise avec un engagement de la direction, du CHSCT, etc.
3. par la MIRTMO – DRTEFP
4. par des consultations de pathologies professionnelles et de l'environnement (avis du médecin psychiatre hospitalier notamment)
5. avec le SAMETH - AGEFIPH

6. avec un cabinet de consultants externes (psychiatres, psychologues, consultants RH, comportementalistes, formateurs)

Des propositions

Une réunion a lieu le 27 avril 2009 dans les locaux du cabinet de consultant pour établir un bilan. Étaient présents un médecin psychiatre, la responsable formation, une chargée de mission au Sameth, le directeur de la PME et le médecin du travail.

M^{me} F. rejoint le groupe en fin de réunion pour connaître les décisions la concernant et pour qu'elle donne son accord pour la poursuite de ce projet de « redynamisation comportementale et cognitive ».

Le constat suivant est fait : la reprise à un poste du travail à plein temps est difficile en terme d'aptitude

médicale ; son poste actuel est un mi-temps thérapeutique de « secrétariat » sous tutorat, mais il n'est pas encore budgétisé de façon pérenne.

Voici les propositions qui lui sont faites :

1. une redynamisation comportementale et cognitive, de mai à juin 2009, avec remise à niveau en informatique suivie d'un audit de son poste de travail avec un psychoergonome et d'un *coaching* trois fois par mois (formation à l'usage de logiciels de bureautique, exercices pratiques de mise en situation et 2 entretiens) ;
2. des ateliers d'affirmation de soi ;
3. trois rendez-vous avec la psychologue sur 6 mois avec un bilan global en janvier 2010 ;
4. une mise en valeur du tutorat interne (1 heure/j) consacré à M^{me} F. avec recherche d'un financement de compensation par l'Agefiph).

Propositions pratiques pour la prévention des risques psychosociaux

| Santé au travail (stress, suicide) | | Santé publique (suicide) | | |
|--|--|--|--|---|
| Approche collective ⁶ | Approche individuelle ⁷ | Prévention primaire ⁸ | Prévention secondaire ⁹ | Prévention tertiaire ¹⁰ |
| <p>Prévention primaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prévention du stress « à la source » ou prévention collective du stress : réduire les sources du stress dans l'entreprise, indicateurs de RPS ; 2. un « cadre de référence pour l'intervention » ; 3. indicateurs provisoires de facteurs de RPS au travail, questionnaires ; 4. agir sur les FDR organisationnels ; 5. consultation médico-professionnelle de médecine du travail, CHSCT ; 6. Postvention¹¹. <p>Modalités pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • groupe projet / comité de pilotage ; • équipe d'intervention, entretiens/débriefings collectifs ; • groupes de parole ; • action sur le milieu du travail. | <p>Prévention primaire :</p> <p>Action sur le milieu de travail, postvention</p> <p>Prévention secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prévention corrective du stress ou gestion individuelle du stress : réduire les conséquences du stress sur les personnes ; 2. niveaux secondaire (repérage de la crise suicidaire) et tertiaire (<i>debriefing</i> individuel) ; 3. IB-Stress (cf. fig. page suivante) ; 4. visites périodique, occasionnelle et/ou de préreprise de médecine du travail... <p>Prévention tertiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • travail en réseau, pluridisciplinarité (aménagement de poste pour le travailleur handicapé par ex.) • visite occasionnelle et/ou de préreprise de médecine du travail... | <p>Agir sur les facteurs de risque individuels (primaire, secondaire, tertiaire), les événements de vie et les facteurs de protection.</p> <p>Postvention (certains groupes¹¹)</p> <p>Modalités pratiques</p> <p>Travail en réseau entre divers professionnels de santé (prévention et du soin) et du champ médico-social.</p> | <p>Repérage de la crise suicidaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. programmes spécifiques, efficaces si ciblés sur des sous-groupes cliniques : <i>borderline</i>, états limites... ; 2. programmes en pop. générale, dispositifs d'intervention intensive : interv. des infirmières à domicile, intervention psychothérapeutique brève ; 3. Postvention | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour les suicidants : <ul style="list-style-type: none"> • dispositifs de veille (cf. « Algorithmes de veille après une TS », p. 60) ; • garder le contact (téléphonique/ téléphonie sociale, visites à domicile, suivi médical/consultation, cartes postales...) ; • visite occasionnelle et/ou de préreprise de médecine du travail... 2. Pour l'entourage du suicidé (prévenir le suicide des endeuillés...) : postvention¹¹ (cf. par ex. www.vivresondeuil.asso.fr) |

6. Sources : Chouanière D. *et al.* (2007) ; Dejours et Bègue (2009) ; Gollac M. *et al.* (2009) ; Laporte et Debard (2008) ; Phan Chan The E., Attal G. et D. (2008 ; 2009).

7. Sources : Chouanière D. *et al.* (2007) ; Laporte et Debard (2008) ; Phan Chan The E., Attal G. et D. (2008, 2009) ; Phan Chan The E. (2008, 2009).

8. Sources : Anaes-FFP, 2000.

9. Sources : Walter M. *et al.*, 2009.

10. Sources : Walter M. *et al.*, 2009.

11. Sources : Séguin M. (2009) : Sous-groupes = témoins, endeuillés, en crise, vulnérables ; Séguin. M., Roy. F., Bouchard. M. *et al.* (2004). Programme de postvention en milieu scolaire.

Modes de décès par suicide en 2006¹²

| | Hommes | Femmes |
|-------------|---------------|---------------|
| Pendaison | 3 933 (52 %) | 829 (29 %) |
| Médicaments | 826 (11 %) | 887 (31 %) |
| Arme à feu | 1 482 (20 %) | 96 (3 %) |
| Saut | 413 (5 %) | 355 (13 %) |
| Noyade | 258 (3 %) | 315 (11 %) |
| Autres | 681 (10 %) | 348 (12 %) |
| Ensemble | 7 593 (100 %) | 2 830 (100 %) |

Algorithme de veille après une TS : une éthique de l'inquiétude¹³

Primosuicidants

=> remise d'une « carte ressource ».

Si appel et crise suicidaire détectée => organisation d'une consultation en urgence.

Récidivistes

=> recontact téléphonique entre J+10 et J+21

Si appel et crise suicidaire détectée => organisation d'une consultation en urgence.

Si non joignable (1/3 des cas) ou malobservance : envoi d'une carte postale +/- personnalisée. □

Conclusion

Suite au rapport de MM Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail et notamment sur la construction d'un « indicateur global de stress », le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail vient de proposer des « Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail ». Ce collège d'expertise a ainsi retenu à titre provisoire six dimensions de risque à caractère psychosocial et quarante indicateurs parmi les informations existantes. Au niveau pratique et pour les préventeurs de terrain notamment, l'ensemble des entreprises et notamment les TPE/PME seraient donc *a priori* concernées aussi.

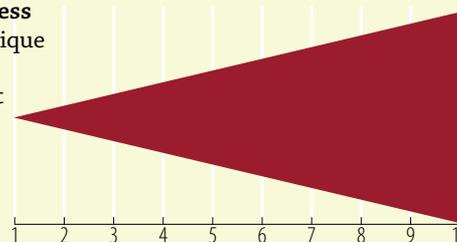
Le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire au travail et la démarche de prévention associée, est un angle d'attaque du problème des suicides en général pertinent et à mieux promouvoir auprès de l'ensemble des acteurs présents dans le monde du travail.

Thématique d'actualité voire stratégique¹⁴, la démarche de prévention des risques psychosociaux (stress, suicide...) via une approche collective est donc essentielle. Cependant elle est complémentaire de la démarche centrée sur l'individu, incontournable, illustrée par le cas clinique exemplaire rapporté dans cette fiche-conseil.

La prévention primaire est à mieux valorisée pour diminuer la mortalité prématurée et évitable. En postvention, identifier et intervenir en priorité sur certains « sous-groupes à risque » est essentiel. ■

Intervention brève d'évaluation du stress perçu (IB-Stress)

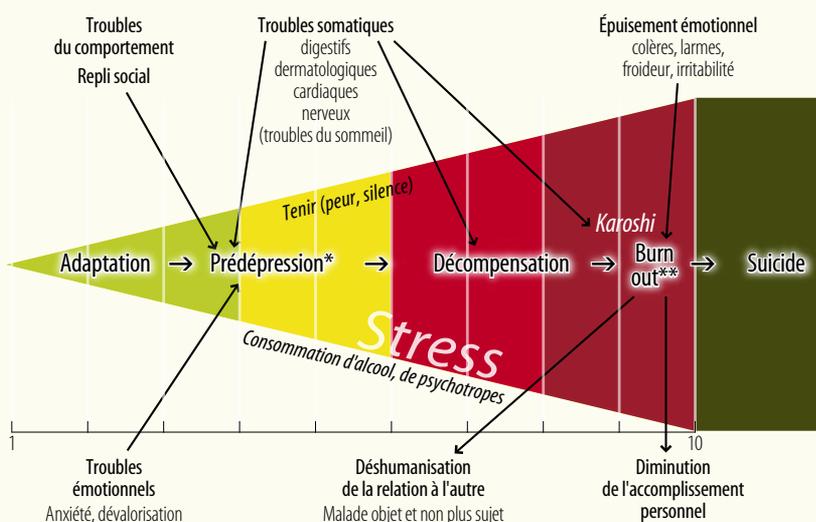
1. **Quel est votre niveau de stress actuel** sur une échelle numérique graduée de 1 à 10 (1 étant le niveau minimal et 10 étant le niveau maximal) ?
Donnez une valeur ou une fourchette entre une valeur minimale et une valeur maximale.



2. **Quelles sont les causes** de votre niveau de stress actuel ?
Professionnelle / Extraprofessionnelle / Mixte

3. **Depuis combien de temps** ce niveau de stress existe-il ?
Moins de trois mois / Trois mois ou plus □

Syndrome général d'adaptation et de désadaptation ou d'inadaptation (Phan Chan The E., Attal G., Attal D., 2008).



* M. Ferreri, 1984 ** H. Freudenberg, 1974

Une bibliographie est disponible sur demande à edition@preventique.org.

Nous renvoyons les lecteurs intéressés par le sujet à la série d'articles du même auteur, publiée dans les fiches-conseil des n° 99 et 101, ainsi qu'aux nombreux articles sur les risques psychosociaux et sur le handicap parus dans la revue Performances jusqu'en 2007.

12. Sources : Jouglé E., 2008.
13. Sources : Walter M. et al. 2009; Evans et al., 1999 et 2005; Vaiva et al., 2006; Motto et al., 2001; Carter et al., 2005 et 2007.
14. Boisson M., Godot C., Sauneron S. (coord. et rédigés par) (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous - Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*. Rapport remis à M^{me} Nathalie Kosciusko-Morizet, le 17 novembre 2009. Paris, Centre d'analyse stratégique (www.strategie.gouv.fr).

Nous remercions chaleureusement Monique Séguin pour sa relecture bienveillante de cette fiche-conseil. Elle est professeur au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et membre du Groupe McGill d'étude sur le suicide.