

Suicide et conduite suicidaire

Repérage et perspectives de prise en charge

EN RÉSUMÉ

AUTEUR :

H. Romano, Cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU 94, Créteil et Inserm U669

La conduite suicidaire d'un salarié, ou ses conséquences, est une situation que peut rencontrer un médecin du travail ou un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Le repérage et l'évaluation de cette conduite ainsi que l'existence d'un réseau de soins spécialisés permettent une orientation rapide et adaptée du salarié en état de souffrance. En cas de passage à l'acte, la prise en charge du personnel de l'entreprise obéit à certaines règles basées, entre autres, sur l'expérience des Cellules d'urgence médico-psychologiques. L'employeur et le médecin du travail ont chacun un rôle propre lors des actions individuelles et collectives.

MOTS CLÉS

Souffrance / Risque psychosocial / Suicide

En France, près d'un décès sur 50 est un suicide. En novembre 2009, un rapport du Centre d'analyse stratégique consacré à la santé mentale [1] a relevé que si la dépression touche près de 3 % de la population française, la détresse psychologique toucherait 1 français sur 5. L'ensemble de ces phénomènes, pouvant mener au suicide, concerne également le monde du travail.

DE LA CONDUITE SUICIDAIRE AU SUICIDE : DÉFINITIONS

La conduite suicidaire regroupe des entités cliniques multiples et hétérogènes :

- **le suicide** est « l'action de se donner volontairement la mort » [2] ;
- **la tentative de suicide** (TS) est un terme utilisé pour décrire les gestes intentionnels d'une personne pour mettre fin à sa vie. Ce sujet est dit « suicidant » ;
- **les idées suicidaires** correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Le sujet présentant ces idées est appelé « patient suicidaire » ;

- **la crise suicidaire** est une période où le patient présente un risque suicidaire élevé. Les causes peuvent être multiples : contexte socio-environnemental, pathologie psychiatrique et/ou somatique associée ou sous-jacente... Le patient pense être dans une impasse, il est envahi par des idées suicidaires et se convainc que le suicide est la seule issue possible ;

- **les équivalents suicidaires** sont des comportements à risque qui témoignent d'un désir inconscient de mort. Pour autant, il n'y a pas d'intention directement formulée. Ces comportements peuvent être à type de mutilations, d'alcoolisations massives et brutales, de conduites sexuelles à risque, de conduite à grande vitesse, d'addiction médicamenteuse...

La conduite suicidaire est associée à un véritable processus pouvant comporter des recherches de solutions, puis des idées suicidaires qui, lorsqu'elles se figent, mènent à des scénarios suicidaires. Le terme de « menace suicidaire » peut apparaître dans les dossiers médicaux ou dans la littérature médicale. Il correspond à l'intensité des idées suicidaires et au niveau de risque de crise suicidaire et de passage à l'acte. Cette notion reste toutefois éminemment subjective.

Suicide et conduite suicidaire

Repérage et perspectives de prises en charge

DE QUELQUES IDÉES FAUSSES

Les conduites suicidaires sont à l'origine de multiples idées fausses qu'il semble important d'infirmier :

- « *Parler du suicide avec un patient risque de le faire passer à l'acte* » : au contraire, parler avec le sujet lui permet d'exprimer sa souffrance, ses difficultés, ses peurs. Cela lui permet de se sentir écouté, compris, voire soulagé. Le risque de passage à l'acte n'est pas majoré ;
- « *Le geste suicidaire : un choix, un acte courageux, un acte de lâcheté...* » : le suicide ne résulte jamais d'un choix librement consenti. Il est la conséquence d'une impasse existentielle et d'une souffrance devenue insupportable ;
- « *Les patients qui parlent d'idées suicidaires ne passent jamais à l'acte et/ou veulent juste attirer l'attention* » : cette affirmation ne peut être soutenue. En effet, 70 à 80 % des patients suicidants et suicidés ont évoqué le suicide avant leur geste.

FACTEURS DE RISQUE ET POPULATIONS À RISQUE

Les facteurs de risque suicidaire sont des facteurs existants à l'échelle d'une population donnée et actuellement corrélés avec la survenue d'un suicide [3]. Il ne s'agit donc pas de facteurs individuels. Ils sont en interaction les uns avec les autres et peuvent être majorés en présence d'autres facteurs décrits ci-après.

Tout sujet est susceptible de présenter une certaine vulnérabilité psychique en raison d'événements antérieurs, survenus souvent au cours de l'enfance (pertes parentales précoces, carences affectives, violence, maltraitance ou sévices). Cette vulnérabilité psychique est

susceptible de favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de différents facteurs. Le suivi de personnes exposées à des événements traumatiques a montré que ces situations peuvent permettre aux sujets de trouver des ressources méconnues (individuelles, familiales, sociales, professionnelles). Ces facteurs de protection leur permettent de se dégager de l'impact traumatogène de l'événement, de le dépasser et d'acquérir de cette douloureuse expérience des ressources supplémentaires : ceci correspond au processus de résilience.

Dans une perspective pragmatique et préventive, Rihmer [4] a proposé de classer les facteurs de risque en 3 catégories, elles-mêmes reprises par la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire [3].

FACTEURS DE RISQUE PRIMAIRES

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante. Ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques. Ce sont :

- les troubles psychiatriques,
- les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentatives de suicide,
- la communication à autrui d'une intention suicidaire,
- l'existence d'une impulsivité, facilitant le risque de passage à l'acte (tension psychique, instabilité, agitation).

FACTEURS DE RISQUE SECONDAIRES

Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques. Ce sont :

- les pertes parentales précoces,
- l'isolement social : séparation,

divorce, veuvage, famille très éloignée...,

- le chômage ou l'existence d'importants problèmes financiers.

FACTEURS DE RISQUE TERTIAIRES

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés par une thérapeutique. Ce sont :

- l'appartenance au sexe masculin,
- l'âge, en particulier l'adolescence et la sénescence,
- certaines périodes de vulnérabilité (exemple : période estivale).

Au-delà de ces trois types de facteurs possibles, il est constaté que des événements, en apparence anodins, peuvent être les déclencheurs d'un passage à l'acte (exemple : jour de congé refusé). Ces facteurs déclenchants, qui seuls n'auraient eu aucune résonance particulière, sont à mettre en lien avec les facteurs primaires, secondaires ou tertiaires [5 à 8].

RECONNAÎTRE ET PRENDRE EN CHARGE LES CONDUITES OU LES CRISES SUICIDAIRES

SIGNES D'ALERTE ET REPÉRAGE

Le salarié peut consulter le médecin du travail directement en faisant part de son « malaise » et de ses « idées noires » ou « d'une dépression ». La demande d'aide n'est pas toujours très explicite et peut être ambivalente, par honte ou gêne d'exposer sa faiblesse et ses difficultés, et souvent par crainte des conséquences sur son aptitude au poste de travail. Dans d'autres cas, ce sont ses collègues ou responsables qui l'incitent à prendre

rendez-vous, sans qu'il l'ait réellement souhaité. Le niveau d'élaboration de la demande n'est alors pas le même ; il est nécessaire de laisser au patient un certain temps pour qu'il s'approprie cette démarche.

Il est important d'évaluer l'intensité de la souffrance psychique et de repérer les éventuelles conséquences sur la santé du patient : troubles du sommeil, troubles alimentaires, asthénie, perte d'intérêt, douleurs diffuses sans explication somatique, changement de comportement, irritabilité ; retrait et abandon des centres d'intérêt habituels, consommation et recours inhabituels, ou excessifs aux médicaments, à l'alcool et/ou aux drogues ; repli sur soi, anxiété, fatigue, distorsions cognitives avec vision cynique et désabusée d'elle-même et d'autrui... Il peut y avoir des manifestations explicites d'idées ou d'intentions suicidaires par le discours (« *je veux mourir* », « *je n'en peux plus* », « *je voudrais partir* »...) ou sous forme de lettres, courriels et messages postés sur des réseaux sociaux.

Au niveau du travail, il peut être constaté des accidents à répétition, des arrêts de travail réguliers, de multiples demandes d'examen médical, des conflits inhabituels avec la hiérarchie et/ou les collègues (sentiments de déception, de rancœur, d'humiliation et/ou d'injustice).

La menace et la crise suicidaire se traduisent par des signes de rupture par rapport au comportement habituel de la personne, dont le regroupement doit alerter l'entourage et provoquer une assistance immédiate. La conférence de consensus [3] propose d'analyser la menace suicidaire en 3 dimensions : les facteurs de risque, l'urgence de la menace et la dangerosité du scénario suicidaire. Chacune est évaluée séparément selon trois degrés d'intensité : faible, moyen ou élevé. La situation n'est évidemment pas la même si

la menace suicidaire est en relation avec une pathologie psychiatrique manifeste, ou si elle est sous-tendue par une crise psychosociale. La prise en charge d'un trouble psychiatrique est évidemment prioritaire quand il existe et justifie alors souvent une hospitalisation. Il y a urgence lorsqu'il existe un scénario judiciaire (description du mode opératoire envisagé) où le patient explique n'avoir aucune alternative et avoir pris ses dispositions.

PERSPECTIVES D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE

➤ 1 - ABORDER ET INTERROGER UN SUJET SUICIDAIRE

Ces entretiens sont souvent intenses et peuvent être bouleversants pour le médecin du travail (ou tout autre membre de l'équipe pluridisciplinaire) confrontés à des récits de vie très douloureux. Quel que soit le contexte de la consultation, il est essentiel qu'elle s'organise dans le respect de la confidentialité, en étant disponible. Ce temps doit permettre au sujet de se sentir compris et de pouvoir s'exprimer en confiance. L'intervenant le laisse parler, soutient ses propos de façon empathique et prend le temps nécessaire pour contenir les manifestations de tristesse éventuelles (pleurs, désarroi, colère).

Dans un premier temps, il s'agit de se présenter et de demander au travailleur ce qui l'a conduit au rendez-vous : est-ce une démarche spontanée ou par injonction hiérarchique ? Qu'en attend-il ? A-t-il hésité avant de prendre rendez-vous ? Cela permet de connaître les représentations du sujet et de rappeler le cadre de l'entretien médical.

Si le salarié n'a pas parlé spontanément de ces idées suicidaires, le médecin du travail peut l'interroger simplement et directement à ce

sujet, en restaurant son sentiment d'appartenance, c'est-à-dire en parlant dans un premier temps des autres. Par exemple : « *Quand je vous écoute, cela me fait penser à d'autres salariés dont j'ai pu m'occuper et qui dans un tel contexte avaient, certaines fois, des idées noires, voire des envies de mourir* ». Cette formulation permet au patient de ne pas se sentir seul dans cette situation et lui laisse entendre que l'intervenant est en capacité de le comprendre. Cela permet au salarié de témoigner de sa détresse sans trop de crainte d'être jugé. Les formulations utilisées évitent les termes renforçant la culpabilité (« *pourquoi ?* »), les jugements de valeurs et la stigmatisation. Le médecin du travail devrait privilégier les reformulations du type « *Si je comprends bien...* », « *Quand je vous écoute, ce que je comprends c'est...* » ou « *Pour que je vous comprenne bien, pouvez-vous m'expliquer...* ».

➤ 2 - REPÉRER LES ÉVENTUELS FACTEURS DE PROTECTION ET/OU DE VULNÉRABILITÉ

L'objectif est de dégager des alternatives qui n'auraient pas été repérées comme telles par le sujet (personnes ressources au niveau familial, social ou professionnel). Ce peut être en posant la question suivante : « *Habituellement, lorsque vous vivez des situations difficiles, y a-t-il quelqu'un qui peut être une aide ?* ».

➤ 3 - PROPOSER UNE ORIENTATION, VOIRE INTERVENIR

Une prise en charge psychothérapeutique est souvent souhaitable. Celle-ci peut être difficile à mettre en œuvre dans l'urgence. Aussi, il est conseillé au médecin du travail d'intégrer, en amont, un réseau de prise en charge sur son secteur : centre médico-psychologique, consultation hospitalière de souffrance au travail, consultation de

Suicide et conduite suicidaire

Repérage et perspectives de prises en charge

psychotraumatisme, consultation d'addictologie...

Lorsque la menace suicidaire est considérée comme faible ou modérée (idées suicidaires floues et peu élaborées, sans notion de scénario envisagé, sans antécédent, sans notion de crise suicidaire), une prise en charge ambulatoire ou hospitalière peut être proposée. Le patient peut être adressé au service d'accueil des urgences d'un centre hospitalier ou être hospitalisé dans un service de psychiatrie. Il est alors nécessaire de s'assurer de la coopération du sujet et du soutien de son entourage. Qu'il y ait ou non hospitalisation, l'objectif de cette prise en charge est de permettre au sujet en crise suicidaire de mobiliser ses propres ressources adaptatives et de lui proposer d'autres alternatives. Il est conseillé au médecin du travail d'organiser un nouvel entretien dans les suites proches de cette prise en charge.

Parfois, l'évaluation de la menace suicidaire peut conduire au repérage d'une situation d'urgence. C'est le cas lors d'un refus de toute coopération du sujet, d'une grande agitation, d'une excitation non contrôlée, d'un état de distanciation émotionnelle, d'importants troubles psychiatriques, d'un suicide planifié et/ou de moyens à disposition pour le réaliser et en accès direct, d'absence de relais et de soutien extérieur... Dans cette situation, l'hospitalisation est nécessaire. Elle peut être imposée sans consentement du patient, l'objectif étant de protéger sa vie. Un contact téléphonique avec le Service d'aide médicale urgente (SAMU) permet d'organiser cette hospitalisation.

Dans ce contexte d'urgence, un traitement médicamenteux symptomatique (anxiolytique et/ou sédatif) peut être initié par le méde-

cin du travail en cas de souffrance majeure, d'agitation irrépressible, pour permettre la poursuite d'une prise en charge adéquate.

➤ 4 - ASSURER UN SUIVI ET UNE ÉVALUATION

Le suivi d'un salarié pour lequel une conduite suicidaire a été repérée, nécessite une vigilance toute particulière du médecin du travail. Il est nécessaire d'organiser des entretiens réguliers pour voir l'évolution de l'agent et de faire le lien avec les autres médecins intervenants (médecin traitant, psychiatre). En cas de besoin, un appel au SAMU pour avis du médecin régulateur peut être précieux. Les appels au SAMU sont enregistrés, ce qui permettra, si nécessaire, au médecin de prouver toutes les démarches qu'il a pu faire pour le salarié. De même, il est souvent utile de s'assurer du relais par les intervenants sociaux qui ont pu être sollicités (assistante sociale de l'entreprise, du service de santé au travail ou du secteur).

Dans certaines situations, un aménagement du poste de travail, ou un changement d'affectation, est envisageable. Ce peut être le cas, par exemple, lorsqu'est évoqué un harcèlement. L'origine de la souffrance peut être également personnelle : la reprise d'une activité en salle d'accouchement par une sage-femme, venant de perdre son nouveau-né, réactive cette souffrance. Cette procédure d'aménagement du poste de travail est à préparer afin de ne pas majorer un éventuel sentiment d'injustice et/ou d'incompréhension de la part du salarié. Il est conseillé de consigner, dans le dossier médical de santé au travail du salarié, l'ensemble des démarches faites et des contacts pris par le médecin.

INTERVENIR SUITE À UN SUICIDE

En entreprise, comme dans tous lieux d'exercice professionnel, les interventions suite à un suicide seront différentes selon qu'il soit survenu sur site ou en dehors. En cas de suicide sur le lieu de travail, les intervenants ont à prendre en charge des personnes exposées à un événement traumatique et endeuillées. Il s'agit aussi de gérer des aspects matériels et d'être immédiatement confrontés aux enquêtes médico-judiciaires. Lorsque le suicide a lieu en dehors du site et du temps professionnel (à domicile ; absence de collègues témoins ; hors du cadre de l'accident de trajet), le niveau d'exposition des impliqués n'est pas le même car il s'agit avant tout de réactions de deuil qui, comme le rappelle le psychiatre Michel Hanus [9], ne sont pas en soi à psychiatri-

SUICIDE SUR LE SITE DU TRAVAIL

➤ EN IMMÉDIAT

Que le salarié se suicide devant ses collègues, ou que ces derniers le découvrent inanimé, il est impératif de suivre l'organisation des secours de l'entreprise :

- alerter les secours spécialisés (téléphone : 15, 18 ou 112). Lors de l'appel, il peut être nécessaire de solliciter la Cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU. Celle-ci est habilitée à intervenir sur ces situations de mort violente en entreprise. Il en existe une par département avec un délai d'intervention allant de quelques heures à 24 h ;
- porter secours tout en assurant la protection des témoins ;
- identifier et assurer la protection des témoins directs (ne pas les lais-

ser seuls pour éviter des actes inadaptés qui les mettraient en danger et les installer dans un endroit le plus calme possible avec des personnes pouvant prendre soin d'eux) ;

- protéger visuellement la scène et en particulier la victime par respect pour elle, mais aussi pour limiter l'impact visuel sur les témoins. En effet, la vision de cette scène est souvent à l'origine de reviviscences pour les personnes présentes. En cas de décès, recouvrir le corps avec un drap n'est pas suffisant. Il est préférable, dans la mesure du possible, d'utiliser un paravent ou de mettre des tables sur le côté. Le corps de la victime peut rester plusieurs heures sur place tant que le médecin légiste mandaté par les forces de l'ordre n'est pas intervenu, puis les services funéraires eux-mêmes réquisitionnés. Il n'est pas dans les missions du SAMU, des sapeurs-pompiers ou des forces de police, d'assurer ce type de transport ;
- prévenir un (ou des) proche(s) de la victime (appel par un responsable hiérarchique) ;
- informer au plus tôt les collègues directement concernés : collègues assurant la suite horaire ; collaborateurs directs absents ce jour-là (conjoint(s) travaillant dans la même entreprise).

Les témoins directs peuvent présenter des réactions de stress dépassé à type de fuite panique, inhibition stuporeuse, conduite automatique, état de dissociation péritraumatique [5]. Ces réactions exposent les salariés à un risque de sur-accident mais aussi aux incompréhensions de leurs collègues. Ce peut être le cas, par exemple, d'un agent continuant de travailler comme si rien ne s'était passé et sans porter secours. Ces réactions restent méconnues et

peu prises en charge alors qu'elles témoignent d'une véritable blessure psychique et sont prédictives de troubles post-traumatiques.

Les personnes en stress dépassé doivent être isolées au calme, sans rester seules pour limiter leur exposition sur le site. Un retour à domicile est souhaitable, dès que possible, si un (ou des) proche(s) est (sont) présent(s) et après un avis médical. Ce dernier peut être pris auprès du médecin du travail ou du médecin régulateur du SAMU. Lors de l'appel téléphonique aux proches des témoins, il peut leur être dit « *votre proche va bien, mais il y a eu un événement grave au sein de l'entreprise avec le décès d'un collègue et votre proche est choqué. Pouvez-vous venir le chercher ?* ». Le terme « *choqué* » est celui qui semble le mieux compris. Lorsque le proche arrive, il faut pouvoir lui expliquer :

- que le témoin de l'accident peut être dans un état « *inhabituel, bizarre, ne plus savoir ce qu'il fait...* », et que cela est lié au choc ;
- qu'il ne faut pas le laisser seul et lui permettre de se reposer au calme ;
- que, si cela est possible, il puisse voir un médecin connu (médecin traitant, mais en évitant les heures d'attente qui risquent de majorer son anxiété) ;
- qu'il contacte, à la moindre question ou inquiétude, le SAMU.

Si aucun proche n'est connu ou disponible, il est recommandé d'appeler le SAMU pour que le salarié soit pris en charge aux urgences d'un centre hospitalier (la sur-accidentologie dans ce type de situation est très fréquente).

Un autre type de stress dépassé concerne les travailleurs conscients

de ce qui se passe et en mesure de communiquer. Toutefois, ces salariés ne sont pas en mesure de se protéger suffisamment. Le terme de stress inadapté est également employé dans cette situation.

Il est conseillé aux témoins directs de réaliser une déclaration d'accident du travail, en vue de faciliter la prise en charge d'éventuels troubles post-traumatiques survenant à distance. Le certificat médical initial peut être rédigé ainsi : « *exposition à un événement traumatique majeur, susceptible de conduire à des troubles post-traumatiques ultérieurs* ». En effet, être confronté à une mort en direct, peut entraîner une blessure psychique aux conséquences multiples et susceptible d'hypothéquer durablement le devenir du salarié.

Après l'évacuation de la victime, il est fortement conseillé de faire nettoyer la zone et de procéder aux éventuelles réparations au plus tôt. Ceci ne peut se faire qu'après accord des forces de police qui, classiquement, font appel à des entreprises de nettoyage spécialisées. À défaut, la préfecture peut être sollicitée pour réquisitionner des services d'entretien spécialisés.

La remise en état des lieux est essentielle pour limiter l'aggravation des troubles au sein des personnels de l'entreprise et permet au plus tôt de retrouver un sentiment de sécurité. À titre d'exemple, si un salarié s'est suicidé dans son bureau qu'il partage avec d'autres, l'absence de nettoyage de la zone va exposer, le lendemain matin, ses collègues aux traces visuelles de cette mort, ce qui est hautement traumatisant. Un autre exemple est celui d'un travailleur qui a mis fin à ses jours en se projetant en moto sur la grille de l'entreprise. Tant que cette partie de clôture n'a pas été changée, les salariés ont été confrontés chaque jour à

Suicide et conduite suicidaire

Repérage et perspectives de prises en charge

la trace de ce suicide, entraînant des réactions de panique et des réactions constantes.

> EN DIFFÉRÉ

Il peut être proposé aux salariés témoins ou à ceux qui se sentent concernés des espaces de parole individuelle et, dans certains cas, des groupes de parole animés par un psychiatre et/ou un psychologue formé(s). Les temps individuels ou les réunions de petits groupes entre personnes qui se font confiance sont à privilégier. Il convient d'éviter la réunion des témoins directs avec d'autres salariés qui étaient absents. Les prises en charge de grands groupes sont déconseillées. En effet, elles réunissent des personnes aux histoires individuelles et professionnelles très différentes, avec des niveaux relationnels très variables à l'égard de la victime. Cette hétérogénéité peut conduire à une déstabilisation de l'équipe et des individus bien plus qu'à un temps apaisant et réparateur psychiquement.

Ces prises en charge individuelles ou en petits groupes sont des temps de soins qui peuvent être organisées en collaboration avec la Cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU. Des structures privées peuvent également être contactées. L'objectif de cette prise en charge psychologique est de permettre aux salariés de mettre des mots sur leurs émotions et leurs ressentis, ainsi que de parvenir à donner un sens à ce qui s'est passé.

Le débriefing, terme souvent utilisé à tort, est une technique thérapeutique psychiatrique qui ne peut être réalisée que par des psychologues ou psychiatres formés et qui interviennent toujours à deux. Ce mode d'intervention est très cadré, avec des règles précises et impératives afin de ne pas survictimiser les participants [10, 11].

En pratique, ce qui est habituelle-

ment proposé relève davantage de groupes de paroles, où l'intervenant reste sur le vécu factuel sans chercher à demander aux participants de faire des liens avec des vécus antérieurs.

En dehors de ces temps qui ont une dimension de soin psychologique et de repérage d'éventuels troubles psychotraumatiques, il peut aussi être organisé des réunions d'information auprès de groupes. Organisés par les directions, ces temps ont une dimension administrative. Ils permettent d'expliquer ce qui a été fait, de présenter les démarches entreprises auprès de la famille et d'organiser la participation éventuelle aux funérailles, qui ne peut se décider sans l'accord des proches. La présence du médecin du travail peut être ici précieuse pour repérer des agents qui manifesteraient des réactions inquiétantes (effondrement émotionnel, propos suicidaires, propos délirants...).

Des rituels s'organisent fréquemment à l'égard de la famille avec, par exemple, la constitution de gerbes de fleurs adressées au nom de l'entreprise ou du service le jour des funérailles. Ces rituels participent à la restauration d'une cohésion d'équipe mise à mal par le décès violent d'un des leurs. Ils témoignent aussi de l'attention à celui qui est décédé et à sa famille, ce qui est un temps humanisant présent dans toutes les cultures. La survenue d'un deuil sur le site du travail augmente le risque de déliaison des liens intersubjectifs (autrement dit des liens entre personnes), avec expression d'une souffrance antérieure au sein des équipes (réactivations de conflits anciens, tensions inhabituelles entre collègues...). Aussi, la réalisation de ces rituels permet de contenir ces déliaisons et de participer à la restauration d'un objectif com-

mun au groupe professionnel.

En dehors des actions d'information, il est important que la direction prévoie d'organiser rapidement un temps d'échange si des revendications particulières se manifestaient. Ce peut être le cas, par exemple, lors d'un suicide dans un contexte supposé de souffrance au travail. En effet, d'une part, les salariés ont besoin de se sentir écoutés, notamment lorsqu'ils ont des inquiétudes, voire de la colère. D'autre part, le suicide d'un salarié sur le site du travail est un événement hautement fragilisant pour ses collègues et pour l'institution ou l'entreprise à laquelle il appartenait.

SUICIDE À L'EXTÉRIEUR

Il s'agit avant tout de ne pas participer aux rumeurs et de s'assurer de la réalité du décès avant toute annonce officielle. L'expérience montre qu'il ne faut pas psychiatriser les réactions du deuil qui, pour mémoire, n'est pas une maladie. Les collègues qui connaissaient le décédé peuvent être tristes, ce qui est une réaction adaptée. Il peut leur être transmis des coordonnées de professionnels susceptibles de les prendre en charge (consultations de psychotraumatisme, associations de professionnels de santé du type Vivre son deuil ou EKR France...). L'instauration systématique de cellules d'écoute dans ce type de situation n'est pas indiquée. En effet, cela renvoie aux professionnels l'idée que leurs réactions sont pathologiques et crée une confusion car le lieu du travail n'est pas un espace thérapeutique [3].

Un des rôles de la direction est d'informer le personnel du décès sans toutefois donner les causes de la mort. Cela appartient à la famille, par respect de la vie privée. Aussi, à titre d'exemple, l'employeur peut transmettre ce type d'information factuelle : « *Tel jour, à telle heure, la*

femme de M X. m'a contacté pour m'informer de son décès ». Si des questions insistantes apparaissent, il peut être répondu « le décès s'étant passé à l'extérieur de l'institution, je n'ai pas le droit de transmettre des éléments qui appartiennent à ses proches ».

Il n'est pas conseillé au médecin du travail de se substituer à l'employeur pour faire l'annonce du décès. En effet, en agissant ainsi, le médecin du travail ne pourrait plus être dans une position d'écoute. Ce type d'annonce est donc à réaliser de vive voix par l'employeur et/ou les collaborateurs les plus directement concernés. Les e-mails sont très informels et leur lecture peut être particulièrement violente pour des personnes ne s'y attendant pas du tout.

Des rituels peuvent s'organiser à l'égard de la famille lors des obsèques. L'expérience montre qu'ils n'ont pas la même nécessité que dans le cas d'un suicide survenu sur le site du travail.

CONCLUSION

Selon les situations, la crise suicidaire peut être contenue rapidement grâce à un repérage et une orientation adaptés. Dans d'autres cas, son inscription peut être durable lorsqu'elle se manifeste notamment chez des patients présentant des troubles psychiatriques. Afin d'assurer la prise en charge de ces situations complexes et à haut risque médico-légal, il est important que le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire puissent travailler en réseau avec des structures de soins spécialisés.

POINTS À RETENIR

- Face à un salarié en état de souffrance, il est nécessaire de savoir aborder la question des idées suicidaires.
- L'existence d'un réseau de prise en charge psychologique permet une réponse rapide et appropriée.
- Les réactions de deuil ne nécessitent pas systématiquement une prise en charge psychologique.
- Il est conseillé de consigner toutes les démarches effectuées pour le salarié (date et résultat des avis extérieur, sollicitation des services sociaux...) dans le dossier médical de santé au travail.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | KOVÉSS V (Ed), BOISSON M, GODOT C, SAUNERON S - La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : la Documentation française ; 2010 : 271 p.
- 2 | QUEVAUVILLIERS J, FINGERHUT A (Eds) - Dictionnaire médical, 3^e édition. Paris : Masson ; 2001 : 1589 p.
- 3 | Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot, hôpital de la Salpêtrière, Paris. Texte court. ANAES, 2000 (www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf).
- 4 | RIHMÉR Z - Strategies of suicide prevention : focus on health care. *J Affect Disord.* 1996 ; 39 (2) : 83-91.
- 5 | CHARAZAC-BRUNEL M - Prévenir le suicide. Clinique et prises en charge. Paris : Dunod ; 2002 : 258 p.
- 6 | CHAVAGNAT JJ (Ed) - Prévention du suicide. Montreuil : John Libbey Eurotext ; 2005 : 200 p.
- 7 | HARDY P, BAILLY D - La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Paris : Doin Éditeurs ; 1997 : 54 p.
- 8 | WALTER M, KERMARREC I - Idées ou conduites suicidaires : orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence. *Rev Prat.* 1999 ; 49 (15) : 1685-90.
- 9 | HANUS M - Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant, Paris : Maloine ; 1994 : 331 p.
- 10 | ROMANO H, VERDENAL-GAUTEUR E - Sauveteurs et événements traumatiques. Prise en charge psychologique des victimes et gestion du stress professionnel. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2011 : 131 p.
- 11 | ROMANO-CHARDIN H (Ed) - L'aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique. Paris : Dunod ; 2013 : 241 p.

POUR EN SAVOIR +

- Suicide en lien avec le travail. Réponse d'urgence et signal d'alerte. INRS, 2012 (www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/suicide.html).
- PEISSEL-COTTENAZ G, GUYOT S, LANGEVIN V, BASILE S ET AL. - Démarche d'enquête paritaire du CHSCT concernant les suicides ou les tentatives de suicide. Édition INRS ED 6125. Paris : INRS ; 2012 : 40 p.