

**Repères et perspectives sur la  
prévention et la prise en charge  
d'une tentative de suicide au travail  
en situation de stress élevé d'une  
salariée handicapée**

**PHAN CHAN THE Emile**

**Diplôme Universitaire  
STRESS, TRAUMATISME ET PATHOLOGIES**

**UNIVERSITÉ PARIS VI**

**Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière**

**Directeur de l'enseignement : Pr. Ph. MAZET, Dr JM THURIN**

**Directeur de mémoire : Dr Jean-Michel THURIN**

**ANNÉE 2008-2009**

# TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION .....	P. 3
II. A PROPOS DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE.....	P. 6
II.1 Généralités (histoire, religion...)	
II.2 Les données chiffrées.....	P. 7
II.3 Suicide, tentatives de suicide et travail.....	P. 16
II.3.1 Base de données du CépiDc	
II.3.2 Base de données EPICEA.....	P. 17
II.3.3 Suicides en lien avec le travail.....	P. 18
II.4 Repérage de la crise suicidaire et prévention du suicide au travail... ..	P. 24
II.4.1 Conférence de consensus ANAES-FFP « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (Paris, 19-20 octobre 2000)	
II. 4.2 Échelle d'évaluation du risque suicidaire : SAD PERSONS Scale.....	P. 28
II.5 Un exemple de démarche de prévention du suicide au travail.....	P. 29
III. HANDICAP ET TRAVAIL.....	P. 31
III.1 Généralités	
III.2 Définition du handicap	
III.3 Quelques données chiffrées.....	P. 32
III.4 Grands principes de la « Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ayant un impact sur la vie professionnelle des personnes handicapées.....	P. 33
III.5 Quels sont les bénéficiaires de l'obligation d'emploi ?	
III.6 Comment l'employeur peut-il s'acquitter de son obligation d'emploi ?.....	P. 38
III.7 Les aides de l'AGEFIPH.....	P. 42
IV. EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU TRAVAIL D'UNE SALARIÉE HANDICAPÉE.....	P. 45
IV.1 Cas clinique : Madame F., 48 ans, a fait une TS sur son lieu de travail en juillet 2008	
IV.2 CLUB Axxxx.....	P. 51
IV.3 Examen clinique du 30/06/09.....	P. 58
V. CONCLUSION.....	P. 61
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	P. 63
RÉSUMÉ.....	P. 70

# I. INTRODUCTION

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 (1). 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 (2). En 2002, le CépiDc évalue le taux de suicide à plus de 21 pour 100.000. Le nombre de suicides est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7.829 et 2.884 en 2005 ; et en 2006 7.593 et 2.830), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 26,3 et 8,4 pour 100.000 habitants (taux de décès multiplié par 3,1 chez les hommes) (3 ; 4) et il augmente avec l'âge. Toutefois, les phénomènes de sous-déclaration, estimés à 20 %, porteraient ce nombre à environ 12.500 en 2006. 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 (5). Les données les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) font apparaître que la France est l'un des pays les plus touchés. Ce phénomène représente la première cause de mortalité chez les hommes de 25 à 34 ans (4) avant les accidents de la route et touche un nombre élevé de personnes âgées. Près de 6000 adultes, âgés entre 30 et 59 ans, meurent ainsi chaque année par suicide, alors qu'ils constituent les deux piliers démographiques et économiques de la société. En 2004, dans l'Europe des 25, le taux standardisé de décès par suicide est de 9,9 pour 100.000 habitants. La France (21,9 pour 100.000) se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (après les pays de l'Est, la Belgique et la Finlande) (4 ; 5). En plus des inégalités liées au genre et géographique (4; 5), on constate également des

inégalités sociales. Ainsi, les ouvriers et employés ont 2,8 fois plus de risque de décès par suicide que les cadres supérieurs et professions libérales (4). Suite au rapport sur le suicide du professeur Michel Debout pour le Conseil économique et social en 1993, la première Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 a été lancée à l'occasion de la présidence française de l'union européenne. D'après les estimations du professeur Michel Debout, 300 à 400 suicides annuels seraient liés aux mauvaises conditions de travail (6). Une étude des suicides liés au travail sur une période des 5 dernières années en Basse-Normandie en 2002 à laquelle ont participé 190 médecins du travail, a retrouvé 107 cas de suicides ou de tentatives de suicides, soit 43 décès et 16 personnes gravement handicapées (7). Parmi les facteurs de risques, figurent la dépression et les conduites addictives (alcool, cannabis, jeu) dans des proportions presque équivalentes (8).

D'après l'enquête SUMER 2003 et au niveau des risques psychosociaux, 23% des salariés se déclarent être en situation de « jobstrain » mais avec des différences en terme de prévalence pour le genre et les catégories socio-professionnelles et 34% des salariés estiment que leur travail est « très stressant » (9). Docteur Jean-Michel Thurin distingue le stress aigu, le stress à court terme et le stress à long terme (10). Au contraire du stress chronique, un état de stress aigu modéré n'est habituellement pas délétère pour la santé. Son évaluation par une intervention brève d'évaluation du stress perçu (ou IB-Stress), un outil simple d'évaluation du stress au travail, aidera le préventeur de terrain et notamment dans les TPE (< 10 salariés), soit plus de 93 % de nos entreprises (11). Environ 20 % des salariés européens estiment que leur santé est affectée par des problèmes de stress au travail, ce qui en fait l'un des principaux problèmes de santé au travail déclaré, derrière les maux de dos, les troubles musculosquelettiques et la fatigue (selon la dernière enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail). Le phénomène n'épargne plus aucun secteur d'activité. Une enquête de l'Eurogip menée en 2004 auprès de 14 pays européens a révélé que

près de la moitié d'entre eux permettent aujourd'hui la reconnaissance de pathologies psychosociales comme maladies professionnelles ou en accidents du travail (12). Dans cette étude d'Eurogip, l'expression « maladies psychosociales » recouvre l'ensemble des maladies psychiques, psychosomatiques et psychologiques liées au stress d'origine professionnelle et aux risques psychosociaux tels que le harcèlement, la violence, le mobbing et tous les autres risques liés à l'organisation et aux conditions de travail. Il est à rappeler qu'en 2006 (13) le nombre d'entrées en invalidité, pour le régime général de l'assurance maladie, est près de 75 000 personnes par an pour une population active estimée à 19,9 millions de personnes (3,7 pour mille). Les affections psychiatriques (28,1 %) représentent en 2006 la 1<sup>ère</sup> cause médicale de mise en invalidité, suivies par les maladies du système ostéoarticulaire (23,8 %) et les tumeurs (13,2 %) (13).

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 (14 ; 15). 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 de tentative de suicide 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 (16). Une démarche de prévention du suicide en lien avec le travail est nécessairement une approche globale et s'étend à l'ensemble des risques psychosociaux au travail. Ce mémoire présente un cas clinique concret illustrant cette thématique très d'actualité.

# II. A PROPOS DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE

## II.1 Généralités (histoire, religion...)

La mort volontaire a presque toujours été l'objet de la réprobation sociale (1). La Moyen Âge l'assimilait au plus abominable des crimes, la considérant comme une insulte à Dieu, et réservait une macabre exécution à ceux qui se suicidaient. Se tuer est un crime contre Dieu, contre la société et contre les lois. L'acte condamné comme un meurtre, est sauvagement réprimé sur le cadavre, et suivi de la confiscation des biens. Au fil des siècles, la question de la liberté de chacun sur sa propre vie a pourtant resurgi chaque fois que les valeurs traditionnelles étaient remises en cause : de Montaigne à Bacon, les humanistes vivent une première révolution culturelle et s'interroge prudemment sur l'interdit chrétien. La célèbre interrogation d'Hamlet (1600) « *Être ou ne pas être : voilà la question* » traduit le malaise lié à la naissance de la modernité. « *Y a-t-il pour l'âme plus de noblesse à endurer les coups et les revers d'une injurieuse fortune, ou à s'armer contre elle pour mettre fin à une marée de douleurs ? Mourir : dormir, c'est tout. Calmer enfin, dit-on, dans le sommeil les affreux battements du cœur ; quelle conclusion des maux héréditaires serait plus dévotement souhaitée ? Mourir, dormir ; dormir...rêver peut-être. C'est là le hic !* » Car, échappés des liens charnels, si, dans ce sommeil du trépas, il nous vient des songes...halte-là ! Cette considération prolonge les calamités de la vie. Ce texte est le plus célèbre de la littérature mondiale : « *To be, or not to be, that is the question* ». Shakespeare a tout dit en ces quelques lignes : les contraintes et les limites de la condition humaine justifient-elles d'en prolonger l'existence ? Sous l'effet des crises de la conscience européenne, le débat s'amplifie et la question est bientôt posée publiquement. « *Ce n'est pas aux gens aimables de se tuer* », affirme Voltaire, tandis que se multiplient les traités qui tentent de comprendre les causes du

suicide. « Suicide » est ainsi un terme né au XVII<sup>ème</sup> siècle, ce qui est en soi révélateur de la pensée et de la fréquence croissante des débats sur ce sujet (1). L'apparition du néologisme traduit la volonté de différencier cet acte de l'homicide d'un tiers, et c'est sous sa forme latine qu'il voit le jour, dans l'ouvrage de l'Anglais Sir Thomas Browne, *Religio medici*, écrit vers 1636 et publié en 1642 l'auteur souhaitait ainsi distinguer le self-killing chrétien, totalement condamnable, du suicidium païen de Caton. Ce dernier terme est bâti sur les mots latins *sui* (de soi) et *caedes* (meurtre). Il apparaît dans la langue française en 1734, sous la plume de l'abbé Prévost, qui séjourne alors en Angleterre et écrit dans sa revue *Le Pour et le Contre*.

La Révolution Française dépénalise le suicide mais sans l'approuver : le citoyen doit conserver sa vie pour la patrie. Le XIX<sup>ème</sup> et le XX<sup>ème</sup> siècle ne se montrent guère plus ouverts, et le silence de l'État et de l'Église contribueront à faire du « meurtre de soi-même », l'un des sujets tabous de notre époque. Pour Albert Camus : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la questions fondamentale de la philosophie. Le reste, si le monde a trois dimensions, si l'esprit a neuf ou douze catégories, vient ensuite. Ce sont des jeux ; il faut d'abord répondre. [...] Le ver se trouve au cœur de l'homme. C'est là qu'il faut chercher. Ce jeu mortel qui mène de la lucidité en face de l'existence à l'évasion hors de la lumière, il faut suivre et le comprendre. » Durkheim (1897) a défini le suicide comme « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer » (17). Depuis ce célèbre traité de Durkheim, des sociologues, des psychologues, des psychanalystes, des médecins utilisant les statistiques contemporaines ont étudié le suicide du point de vue de leur discipline.

## **II.2 Les données chiffrées**

### **II.2.1 Les données françaises**

La source principale d'information pour mesurer la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats médicaux de décès établis par les médecins constatant les décès. Ces bulletins sont centralisés, tenus dans un registre et analysés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Un certain nombre de suicides, lors de l'établissement des certificats médicaux, peuvent ne pas être reconnus comme tels (incertitude de l'intentionnalité de l'acte). Ils sont alors enregistrés dans la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention » (18) de la Classification internationale des maladies (CIM) 10<sup>ème</sup> révision. Une autre cause de sous-estimation : les instituts médico-légaux, parfois impliqués dans la certification du décès, ne communiquent pas toujours l'information sur la nature du décès au CépiDc (19). Jouglà (4) distingue ainsi deux niveaux de biais des données d'enregistrement du nombre de suicide : certification médicale et codification médicale (fiabilité des données).

Au niveau de la certification médicale : Obstacle médico-légal ? => Enquête médico-légal ?  
=> Type d'investigation ? => Autopsie ? => Résultats disponibles pour le CépiDc ? => Précision de la certification ? ([Noyade, pendaison, chute, intoxication, coup de couteau...])  
=> Intention ? [Suicide, accident, homicide, indéterminée... ?])

Au niveau de la codification médicale : ([Noyade, pendaison, chute, intoxication, coup de couteau...]) => Choix de la codification [suicide, accident, homicide, intention indéterminée...])

Sur les effectifs de décès de 2006 (suicides : 10.415 ; causes indéterminées : 457 ; causes inconnues : 12.057), Jouglà constate que par une enquête rétrospective auprès des médecins certificateurs (échantillon de 500 cas – 1999), 35 % des décès par « traumatismes indéterminés quant à l'intention » correspondent à des suicides ; que par une enquête auprès

des instituts médico-légaux (Paris et Lyon), 25% des décès par « causes inconnues sont en fait des suicides (cf. tableau 1).

<b>Tableau 1. Effectifs de suicide avant et après correction (15-24 ans – 1998)</b>					
Genre	Suicides (a)	Causes indéterminées (b)	Causes inconnues (c)	Suicides « corrigés » (d)	Variation Suicides
Total	663	161	320	799	+ 21 %
Homme	523	134	236	629	+ 20 %
Femme	140	27	84	170	+ 22 %

(d) = a + 0.35b + 0.25c Source : CépiDc – Inserm

Données des causes de décès : [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)

Certification des décès : [www.certdc.inserm.fr](http://www.certdc.inserm.fr)

Les données épidémiologiques sur le suicide sont dans les tableaux 2 à 13 (4).

<b>Tableau 2. Effectifs de décès par suicide par genre et âge en 2006</b>			
	Total	Hommes	Femmes
Ensemble	10.423	7.593	2.830

<b>Tableau 3. Effectifs des décès par suicide par genre et âge en 2006</b>			
	Total	Hommes	Femmes
Ensemble	10.423	7.593	2.830
< 24 ans	552		
25 – 44 ans	3.116		
45 – 64 ans	3.820		
65 ans et +	2.935		

<b>Tableau 4. Part des décès par suicide dans la mortalité générale – tous âges en 2006</b>	
Décès toutes causes	516.000
Suicides	10.415 (2 %)

<b>Tableau 5. Part et rang du suicide dans la mortalité générale (2006)</b>				
	Hommes		Femmes	
	Part suicide	Rang suicide	Part suicide	Rang suicide
15 – 24 ans	16 %	2	13 %	3
25 - 34	<b>23 %</b>	<b>1</b>	18 %	2
35 - 44	18 %	2	12 %	2
45 - 54	8 %	4	6 %	3
55 - 64	3 %	-	3 %	-
65 ans et plus	< 1 %	-	< 1 %	-
Tous âges	3 %	-	1 %	-

<b>Tableau 6. Taux de décès par suicide par genre et par âge en 2006</b>			
<b>(taux standardisés pour 100.000)</b>			
	Total	Hommes	Femmes
Ensemble	15,9	25,2	8,2
< 65 ans	13,8	20,4	7,2
65 ans et +	28,6	52,6	13,8

En France, et contrairement à l'ensemble des autres pays de développement comparable, le nombre de suicides augmente avec l'âge.

<b>Tableau 7. Évolutions récentes des taux de décès (entre 2000 et 2006)</b>		
<b>(taux standardisés pour 100.000)</b>		
	Hommes	Femmes
Suicides	- 13 %	- 7 %
Mortalité générale	- 14 %	- 14 %

<b>Tableau 8. Évolutions récentes des taux de décès (entre 2000 et 2006)</b>		
<b>(taux bruts pour 100.000)</b>		
	Hommes	Femmes
15 – 24 ans	- 17 %	- 12 %
25 -34	- 16 %	- 8 %
35 - 44	- 14 %	- 7 %
45 -54	<b>+ 8 %</b>	<b>+ 2 %</b>
55 - 64	- 4 %	- 1 %
65 - 74	- 14 %	- 8 %
75 - 84	- 15 %	- 22 %
85 et +	- 28 %	- 19 %

<b>Tableau 9. Modes de décès par suicide en 2006</b>		
	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 %)

**Tableau 10. Taux de décès par suicide selon le statut matrimonial en 2006**

**(taux standardisés pour 100.000)**

	Hommes	Femmes
Marié	26,8	8,9
Divorcé	59,3	22,1
Veuf	103,3	16,1

On constate des inégalités selon le genre, mais également des inégalités géographiques et sociales (cf. tableaux 11 et 12).

**Tableau 11. Surmortalité masculine (2006)**

**(taux standardisés pour 100.000)**

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

**Tableau 12. Ratio de mortalité « ouvriers-employés / cadres supérieurs – professions libérales » - Hommes 25 – 54 ans 1987 - 1997**

Suicides	2,8
Accidents de transport	2,8
Cancers du poumon	3,5
Cancers des VADS	10,8

## SUICIDES – Taux de décès standardisés (Tous âges - 2003)

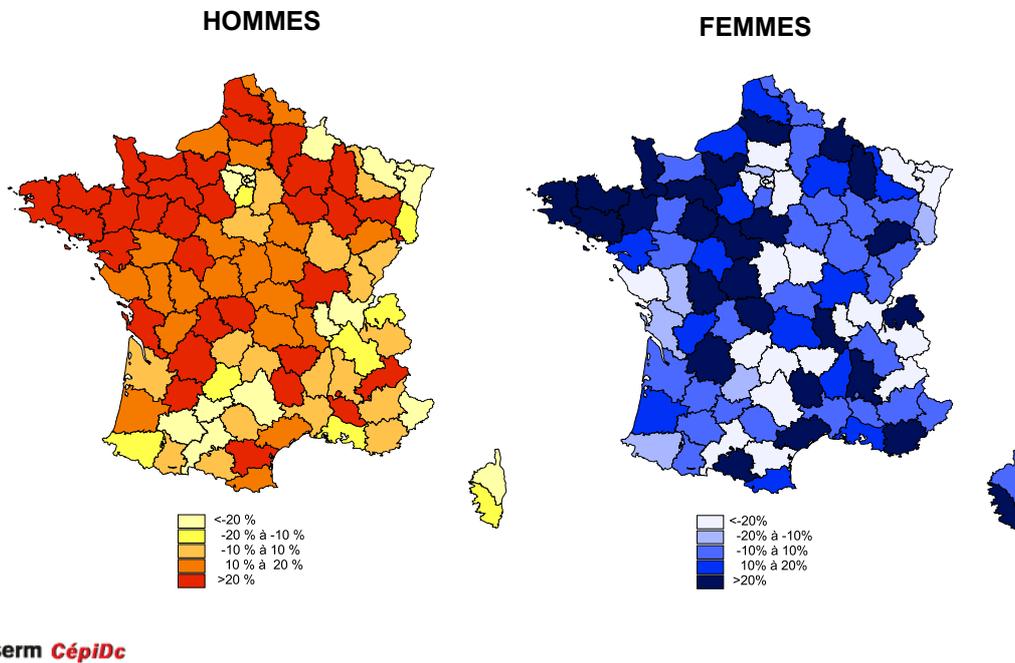


Figure 1

Parmi les facteurs de risques, figurent la dépression et les conduites addictives (alcool...) (20 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25). Cette consommation alcoolique facilite le passage à l'acte. La Bretagne reste une région particulièrement touchée, quelle que soit la période considérée. Ainsi, la cartographie de l'alcoolodépendance est presque identique à celle des suicides, surtout chez les hommes.

Diverses études épidémiologiques américaines montrent une association entre les troubles psychiatriques et les conduites de dépendance (26 ; 27 ; 28). D'autres études suggèrent que le fait d'être alcoolodépendant expose un an plus tard à un risque accru de dépression et l'inverse est également vrai (28). Ainsi, le risque de développer une dépression est respectivement de 4,32 et de 2,12 en cas d'alcoolodépendance sévère chez les femmes et chez

les hommes (28). Le risque de devenir alcoolodépendant est respectivement de 3,52 et de 1,41 en cas de dépression moyenne chez les femmes et chez les hommes.

## II.2.2. Comparaisons internationales

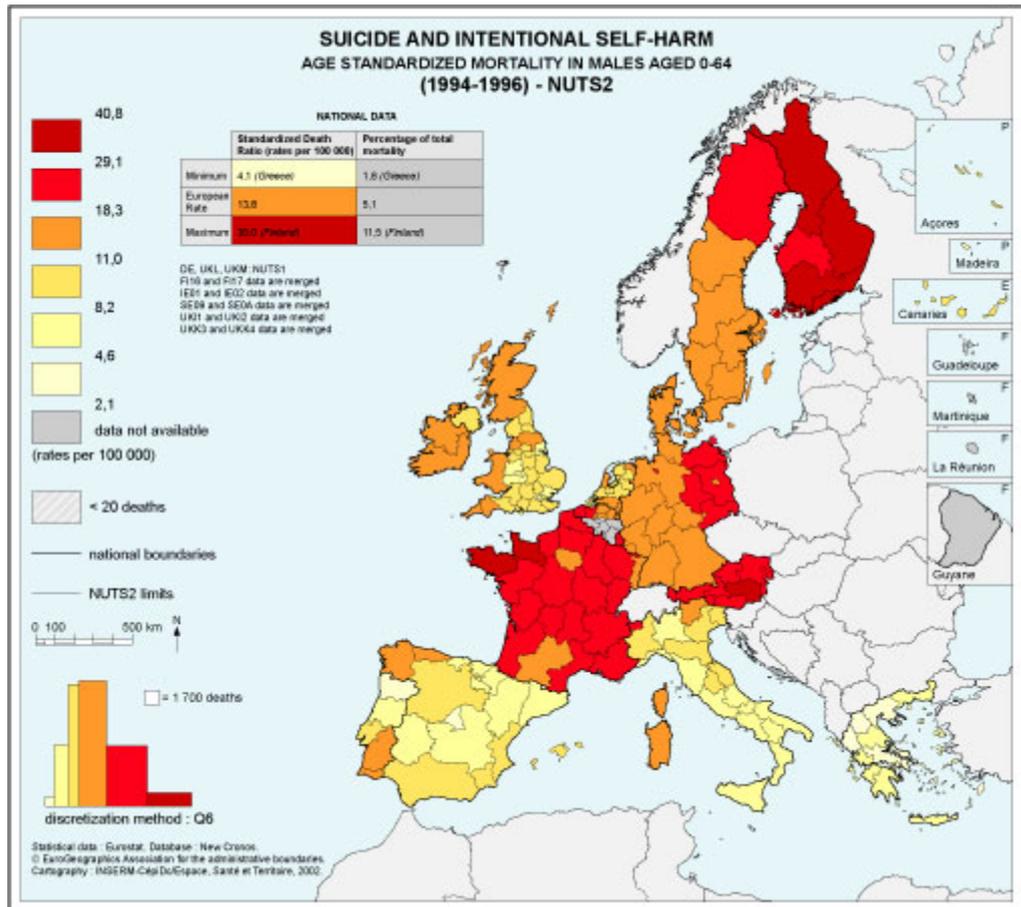
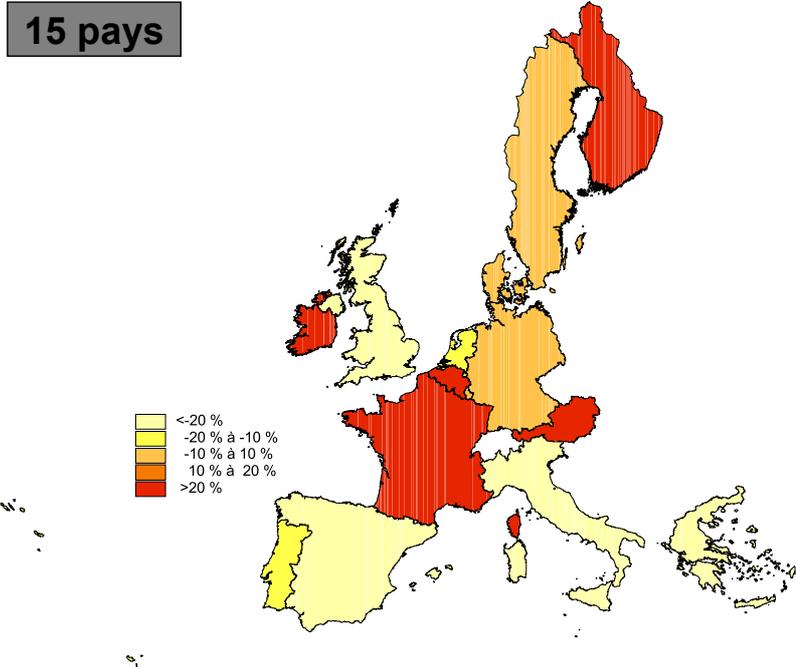


Figure 2

**SUICIDES – Taux de décès standardisés  
(HOMMES <65 ANS - 2003)**



Inserm CépiDc

**Figure 3**

<b>Tableau 13. Écart de mortalité France / Royaume – Uni (Hommes &lt; 65 ans – 2004)</b>			
	France	Royaume - Uni	Fr / RU
Suicides	21,9	10,4	+ 110 %
Cancer poumon-larynx	36,0	18,0	+ 100 %
Cancer des VADS	13,4	7,8	+ 70 %
Accidents de transport	13,2	8,8	+ 50 %
Cirrhoses - alcoolisme	19,0	14,8	+ 30 %

## SUICIDES – Taux de décès standardisés (HOMMES <65 ANS - 2003)

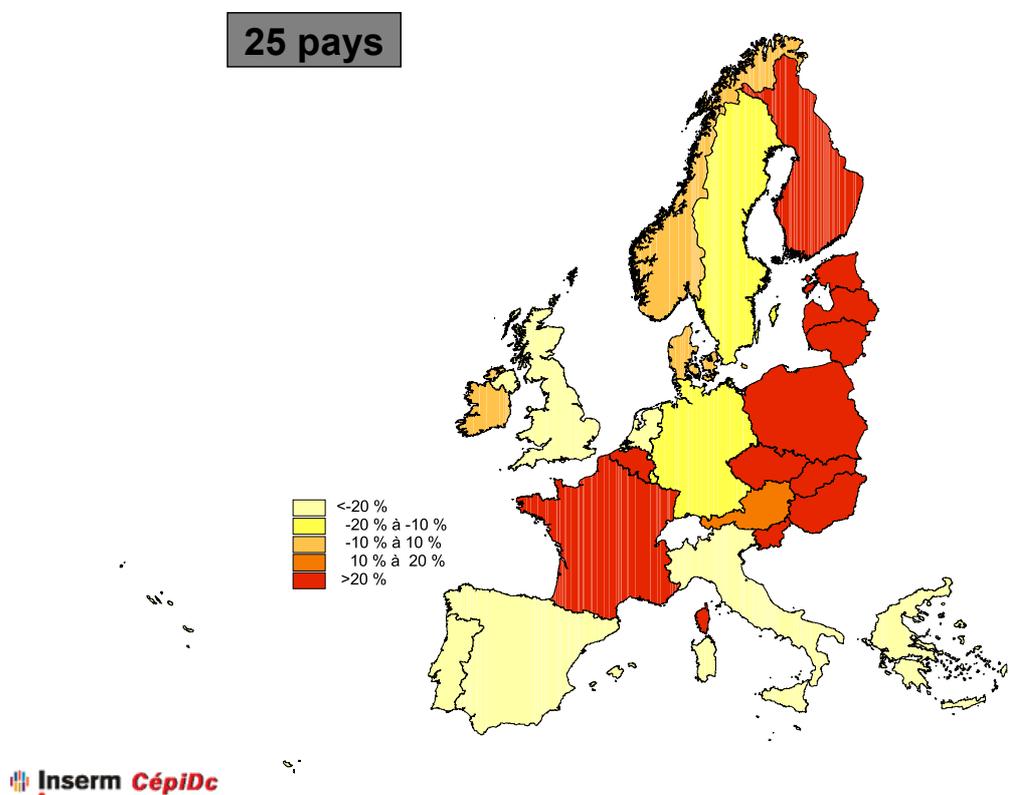


Figure 4

### II.3 Suicide, tentatives de suicide et travail

Si l'épidémiologie du suicide montre des incertitudes quant à certaines données chiffrées, le nombre de suicides ou de tentatives de suicides en lien avec le travail et/ou sur le lieu du travail en France n'est pas connu à l'heure actuelle. Il existe actuellement deux bases de données formant le « dispositif de veille » pour le recueil des données sur le suicide : CépiDc et EPICEA. Cependant, ils ne permettent pas de mettre en évidence le lieu du décès pour le CépiDc, alors qu'EPICEA n'inclut que les décès déclarés et reconnus en accidents du travail.

#### II.3.1 Base de données du CépiDc

Le CépiDc, un des nombreux laboratoires de l'Inserm, a pour mission la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et les recherches sur les causes médicales de décès. Depuis 1968, le CépiDc est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. Malgré le fait que ce soit une base de données sur les suicides en France, le CépiDc ne peut pas produire des données quantitatives concernant le nombre annuel de suicides sur le lieu de travail actuellement. Cette donnée n'est pas prévue dans le certificat de décès. Ainsi, dans la partie « Informations complémentaires », on constate bien la présence de l'item « Lieu du décès » avec six réponses prédéfinies possibles : 1. Domicile, 2. Hôpital, 3. Clinique privée, 4. Hospice, maison de retraite, 5. Voie publique, 6. Autre lieu. Il n'existe donc pas de réponse « Lieu de travail ».

Depuis janvier 2007, les médecins, en utilisant une signature électronique individuelle, ont la possibilité de passer à un mode de certification électronique des causes médicales de décès à partir de n'importe quel poste informatique ayant une connexion Internet via le site suivant : <https://sic.certdc.inserm.fr/login.php>

Une petite modification du certificat de décès électronique par l'ajout d'une option « Lieu de travail » pour la variable « Lieu de décès » permettrait à la base de données CépiDc d'enregistrer les décès sur le lieu de travail par cause médicale du décès, y compris le suicide.

### **II.3.2 Base de données EPICEA**

EPICEA signifie « Étude de Prévention par l'Information des Compte rendus d'Enquêtes d'Accidents du travail. Il s'agit d'une base de données factuelles sur les accidents du travail existant depuis 1988. EPICEA est le résultat de la collaboration entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), les Caisses régionales d'assurance maladie (Cram) et l'Institut nationale de recherche et de sécurité (Inrs). Les dossiers analysés ne correspondent pas à tous les accidents du travail mais juste ceux qui sont mortels, graves

ou significatifs pour la prévention (les démarches de retour d'expérience), avec une participation variable des Cram (données non exhaustives) et survenus à des salariés du Régime général de la Sécurité sociale. Les accidents de trajets et les maladies professionnelles n'y figurent pas.

L'accès public à EPICEA se fait par le site Internet de l'Inrs au lien suivant : [www.inrs.fr/epicea](http://www.inrs.fr/epicea)

### **II.3.3 Suicides en lien avec le travail**

En 2002, les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) de la Basse Normandie ont décidé de mener une étude sur les suicides liés au travail en Basse-Normandie (7). Un questionnaire très simple est alors adressé à tous les médecins du travail de la région Basse-Normandie, leur demandant s'ils ont eu connaissance d'un suicide ou d'une tentative de suicide lié au travail dans les entreprises qu'ils surveillaient au cours des 5 années qui venaient de s'écouler.

Sur 201 médecins du travail ou de prévention répertoriés dans la région au début 2002, 190 ont répondu à l'enquête.

- 135 n'ont pas eu connaissance de suicides ou de tentatives de suicide au cours des 5 dernières années ;
- 55 ont répondu par l'affirmative, ayant eu connaissance de un ou plusieurs cas.

107 cas de suicides ou de tentatives de suicides ont été dénombrés dans cette enquête.

68 % sont le fait d'hommes. La tranche d'âge de 30 à 50 ans représente 72 % des cas, alors que cette tranche ne représente que de 59 % des emplois. 48 % sont survenus dans le Calvados, 15 % dans l'Orne et 37 % dans la Manche, ce qui est proche de la population

salariée des 3 départements avec une légère surreprésentation dans la Manche. Dans 70 % des cas, les suicidants ont plus de 5 ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Tous les secteurs professionnels sont touchés, avec une incidence plus grande dans le secteur santé et social où 1/3 des cas sont relevés. Le secteur industrie des biens intermédiaires (produits minéraux, textile, bois, papier, chimie, métallurgie et transformation des métaux...) vient en seconde position avec un peu plus de 10 % des cas.

Dans cette enquête, 54 % des suicidés ou suicidants font partie d'établissements de plus de 200 salariés, et 31 % d'établissements de 10 à 200 salariés. Il s'agit là manifestement d'un biais de recrutement tenant à la méthodologie même de l'enquête. Les médecins n'ont répondu que pour les cas dont ils ont eu connaissance, c'est à dire ceux pour lesquels l'information est venue jusqu'à eux. Il est vraisemblable que les médecins du travail surveillant les très petites entreprises n'ont pas été informés des cas de suicides. D'autre part, de nombreux médecins répondants sont nouveaux dans la région, affectés prioritairement sur les très petites entreprises ou artisans. Ils n'ont sans doute pas pu avoir rétrospectivement les renseignements sur d'éventuelles tentatives.

Les deux facteurs conjugués expliquent sans doute cette distribution tout à fait différente de la répartition « emploi ». Les postes de travail occupés par les suicidants sont peu qualifiés dans 2/3 des cas. On trouve des manoeuvres, opérateurs en industrie, employés sans qualification.

Un tiers des personnes souffraient déjà antérieurement de pathologies anxio-dépressives. Certains sont également décrits comme des alcooliques chroniques ou compulsifs et 8 des cas recensés présentaient une pathologie mentale grave, psychotique. Dans plusieurs cas (4), la dégradation d'un état de santé physique au cours d'une maladie chronique est signalée.

Mais dans 40 % des cas, aucune pathologie antérieure n'est évoquée par le médecin du travail.

*Une tentative de suicide sur 5 est survenue sur le lieu de travail ou à proximité immédiate.*

40 % (43 personnes) des tentatives venues à la connaissance des médecins du travail ont entraîné le décès et 15 % (16) ont laissé des séquelles physiques notables.

Les séquelles psychiques sont peu mentionnées mais apparaissent dans la fréquence d'un suivi rapproché des victimes, ainsi que les quelques récurrences.

La pendaison est le mode utilisé par plus du quart des suicidants. L'absorption de substances médicamenteuses est courante, près de la moitié des cas, privilégiée notamment par le personnel de soin. Les « outils » de l'activité professionnelle sont d'ailleurs assez fréquemment sollicités : substances psychotropes, injection massive d'air en milieu hospitalier, accident de voiture, pendaison à la potence du bateau de pêche, plaies des poignets avec cutter...

La plupart des médecins l'ont signalé, l'appréciation du rôle du travail comme facteur de suicide est difficile à établir. Le travail peut n'être qu'un co-facteur mineur d'une situation extra-professionnelle très difficile, tout en étant parfois (cela reste à démontrer) l'élément déclenchant du geste (conflit aigu sur les lieux de travail).

Afin de mieux cerner la fraction professionnelle dans les motivations du passage à l'acte, les enquêteurs ont donc demandé aux médecins du travail si la personne leur avait antérieurement fait part de ses difficultés dans sa vie sociale ou familiale. Dans 1 cas sur 2 en effet (50 %), la personne s'était déjà confiée au médecin du travail : séparations, divorces, difficultés avec les enfants, difficultés financières avaient été évoquées. C'est à peu près dans la même proportion (47 %) que le salarié avait déjà parlé au médecin de travail de ses soucis professionnels.

Les difficultés évoquées sont d'ordre multiple. Sensations d'incapacité physique à poursuivre la tâche, mais très souvent difficultés d'adaptation à un nouveau rythme, à un nouvel environnement, de nouvelles tâches. Les changements de process mais surtout les restructurations ont été particulièrement mal vécues, entraînant mutations, déclassement, pertes des repères que peuvent être les collègues de travail, les lieux d'exercice, habitudes de travail. « La peur de ne pas y arriver » a été fréquemment exprimée, traduisant souvent le décalage entre l'emploi et la formation, ou la mauvaise maîtrise de son organisation de travail. La crainte du licenciement a été citée 1 fois. La surcharge de travail est également citée, au même titre que l'intensification, la rigidification.

D'après les auteurs, il semble qu'il n'y ait que peu de harcèlement moral au sens propre du terme. 2 cas paraissent limite, les médecins notant un harcèlement psychologique, avec dans un autre cas une maltraitance du fait d'un cadre, alors que l'employeur averti laisse faire.

Néanmoins, les médecins évoquent fréquemment des situations de stress chronique ayant été entretenues par un management ne laissant que peu de place aux notions de récupération, d'épanouissement et de reconnaissance pour le travail accompli.

La précarité n'est évoquée que dans deux cas par les médecins du travail.

Ce qui paraît essentiel dans le passage à l'acte est l'isolement de la personne dans un système où il ne peut plus se raccrocher, ni à son travail qu'il ne maîtrise plus, ni à ses valeurs qui sont battues en brèche. Il n'est plus reconnu, il ne peut plus trouver d'aide parmi les collègues de travail, la hiérarchie devient indifférente sinon hostile... la personne perd pied.

Ceci est également valable dans 2 cas particuliers : l'un est un soignant qui ne supporte plus la vision de la souffrance, l'autre a subi une agression et constitué un syndrome post-traumatique non pris en charge.

Dans la rubrique « Précisez éventuellement le comportement des acteurs de l'entreprise, celui du salarié, de la hiérarchie, des collègues, des syndicats, de vous-même – commentaires », les médecins se sont assez largement exprimés.

Que le passage à l'acte soit un appel au secours ou une réelle volonté d'en finir, la gravité du geste ne laisse pas l'entreprise indifférente.

Dans un seul des cas, l'employeur, avec la position bienveillante de l'encadrement et d'une partie du personnel, a tenté d'étouffer l'affaire. A l'autre extrémité des réactions, l'utilisation de l'acte par les syndicats, utilisation jugée abusive et malvenue par les 2 médecins confrontés à cette situation, et à qui le salarié s'était confié antérieurement. Dans tous les autres cas, les réactions sont souvent très émotionnelles : panique des premiers instants, culpabilisation des uns ou des autres qui n'ont « pas vu », « pas entendu »...

Souvent, le médecin du travail a été appelé par l'employeur pour faire venir « la cellule psychologique » tellement médiatisée, puis en l'absence de celle-ci, ont été demandés des groupes de paroles pilotés soit par le médecin, soit par un psychologue. L'appel a pu aussi être le fait des collègues proches, qui trouvent dans le médecin du travail un soutien et espèrent une réponse à leurs interrogations...

Et puis parfois les médecins ont noté une soudaine coopération de l'employeur ou de la hiérarchie dans la recherche de solutions professionnelles. « Après une tentative de suicide, l'application du code du travail semble aller de soi » note un des médecins du travail. Rares (2 cas) ont été les cas où la tentative de suicide a entraîné une réaction de peur et de rejet.

Les médecins du travail ont également souligné : 1) L'importance de la prise en charge de la personne, après la tentative de suicide, pour celles qui l'ont souhaitée, la mise en rapport avec les médecins traitants, l'écoute des proches ; 2) L'écoute des collègues, de la hiérarchie sans

recherche de responsabilités, le soutien collectif et individuel ; 3) Le désamorçage de tentatives de récupération de l'acte, laquelle ne peut que remarginaliser encore plus le suicidant ; 4) L'expertise médicale qui peut décrire, en la collectivisant, la part de violence, d'organisation du travail, de relationnel qui a pu entrer en compte dans le passage à l'acte.

Pour les enquêteurs, cette étude n'est qu'une photographie imparfaite d'un paysage encore inexploré : 43 décès, 16 personnes gravement handicapées, c'est le bilan funeste de leur enquête dans les entreprises basses-normandes en 5 ans ; ces chiffres sont très largement minorés, puisqu'ils ne correspondent qu'aux tentatives de suicide et suicides venus à la connaissance des médecins du travail. Pour les auteurs : pertes de vie, coût humain inacceptable, s'il est lié à des conditions de travail favorisantes ; il faudra donc tenter de prévenir de telles situations.

Les propositions des auteurs de cette enquête :

- Individuellement, pour le médecin du travail, en étant reconnu par les salariés comme pouvant les accompagner sur la résolution de leurs problèmes de travail, en étant à l'écoute, disponible, soi-même ou le personnel pluridisciplinaire (infirmier(e), psychologue, assistante sociale...) du service.
- Mais surtout collectivement, en étant le témoin des situations de dysfonctionnement dans l'entreprise, qu'elles soient organisationnelles, managériales, conjoncturelles ou provoquées par des individualités isolées. Témoigner, provoquer, accompagner la réflexion, afin que l'entreprise prenne ces données de « santé mentale » en compte, et les traite comme des nuisances professionnelles. Et ceci, particulièrement dans les entreprises en difficultés ou en restructuration ou dans les branches professionnelles les plus concernées.

Il existe une base de données américaines complète concernant les suicides sur le lieu du travail, celle du Bureau of Labor Statistics auprès du Department of Labor des USA (29). Elle est interrogeable librement sur Internet. Entre 1992 et 2001, 2.170 suicides sur le lieu du travail ont été enregistrés, les chiffres annuels restant stables, ne déviant jamais plus de 6 % de la moyenne de 217 suicides / an. On constate une augmentation constante du risque relatif (RR) de suicide sur le lieu du travail avec l'âge des travailleurs : RR de 0,65 pour les moins de 25 ans ; RR de 0,85 pour les 25 – 34 ans ; RR de 0,97 pour les 35 – 44 ans ; RR de 1,23 pour les 45 – 54 ans et RR de 1,34 pour les plus de 55 ans.

En 2004, aux USA il y a eu 32.000 suicides, soit 11 cas pour 100.000 habitants. Les suicides étaient responsables de 1,4 % de la mortalité générale et 78,8 % des cas sont des hommes.

Une récente étude « Suicides sur le lieu de travail », avec un questionnaire envoyé par les MIRTMO aux médecins du travail, a retrouvé 14 cas de suicide et 71 cas de tentatives de suicides survenus chez des salariées entre 2002 et 2006 (30). Le faible taux de réponses (1569/5340 = 29,4 %) au questionnaire ne permet pas aux auteurs de cette enquête d'interpréter les chiffres retrouvés.

## **II.4 Repérage de la crise suicidaire et prévention du suicide au travail**

### **II.4.1 Conférence de consensus ANAES-FFP « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (Paris, 19-20 octobre 2000) (24)**

#### **II.4.1.1 Définition de la crise suicidaire**

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle est un état réversible temporaire, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en

étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple, mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle est difficile à identifier. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative, sans que le diagnostic soit porté. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention. L'entourage est souvent le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.

#### **II.4.1.2 Comment des non-professionnels peuvent-ils repérer une crise suicidaire (CS) et quelle première attitude adopter ?**

##### **II.4.1.2.1 Le repérage de la CS s'appuie sur 3 types de signes**

1. Les manifestations les plus évidentes sont les expressions d'idées et d'intentions suicidaires. La personne en crise va verbaliser certains messages directs ou indirects « *je veux mourir* », « *je n'en peux plus, je voudrais partir, disparaître* », à travers des textes ou des dessins, à prendre absolument en compte.
2. La personne peut éprouver des malaises divers : fatigue, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une perte du goût aux choses, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou une boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique.
3. La dépression, l'impulsivité (décision ou acte brutal, incontrôlable), qui écarte le reste, tendance à l'agir, démesure dans la réponse, non-contrôle de l'affectivité, réaction brute sans souplesse, sans élaboration), des affections psychiatriques déjà existantes, les facteurs de personnalité ainsi que l'alcoolodépendance et la toxicomanie y tiennent une place importante. Dans ce contexte de vulnérabilité, l'histoire familiale individuelle, des événements de vie

douloureux (déplacement, perte d'un être cher, etc.) peuvent être des éléments de précipitation de la CS.

À ce stade, l'entourage peut repérer des signes de souffrance psychique (visage fermé, inexpressif, regard triste, pleurs), de petits signes d'incohérence, un changement de la relation avec l'entourage, l'abandon d'activités, une consommation abusive et cumulée (alcool, médicaments psychotropes, tabac, drogue), un désinvestissement des activités habituelles, des prises de risques inconsidérées, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement. À un stade ultérieur, la CS peut s'exprimer par des comportements particulièrement préoccupants : le désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, le cynisme, un goût pour le morbide, la recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque. Les signes qui viennent d'être décrits ne sont dans leur majorité, ni spécifique ni exceptionnels pris isolément. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel, qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une CS et à demander une consultation médicale. Les professionnels de santé utilisent également diverses échelles d'évaluation du risque suicidaire ainsi que l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (24).

#### **II.4.1.2.2 Les premières attitudes recommandées sont les suivantes**

L'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin. Le contexte de vulnérabilité est constitué par l'impulsivité, la perte de contrôle du comportement, la précocité de l'intoxication (alcool...), la dépression, le chômage, les séparations et les maladies somatiques. Dans certaines études, 98 % des alcoolodépendants présentent à un moment de leur existence des symptômes dépressifs. Chez

les femmes alcooliques, le désespoir, les séparations et les antécédents (ATCD) de traumatisme dans l'enfance sont associés à un risque suicidaire accru.

#### **II.4.1.3 Évaluation de la dangerosité et de l'urgence**

On considère comme une urgence élevée une personne qui : 1) est décidée, sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; 2) est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ; 3) dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésents ou complètement tués ; 4) a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (médicaments, arme à feu, immeuble en hauteur, etc.) ; 5) a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; 6. est très isolée.

Il faut également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risques.

Dans le monde du travail, les ruminations et les plans suicidaires, les troubles dépressifs, peuvent être particulièrement dissimulés. Les conflits en milieu professionnel sont de gestion difficile et ont souvent un retentissement de souffrance psychique important.

L'impulsivité est un trait essentiel. Elle n'est pas un facteur spécifique, mais elle facilite le passage à l'acte et tout particulièrement lorsqu'elle est associée à l'anxiété et à la dépression.

Une tentative de suicide antérieure est un fort facteur discriminant.

Les facteurs de protection sont le support social et la prise en charge thérapeutique ainsi qu'une bonne hygiène de vie.

#### **II.4.1.4 Liste de facteurs de risques (FDR) proposés par l'OMS (2000)**

##### **II.4.1.4.1 Facteurs individuels**

1. ATCD suicidaires de l'individu ; 2. Présence de problème de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.) ; 3. Pauvre estime de soi ; 4. Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de

la pensée, colère, agressivité) ; 5. Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.).

#### **II.4.1.4.2 Facteurs familiaux**

1. Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu ;  
 2. Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu ; 3. Pertes et abandons précoces ; 4. Problèmes de toxicomanie et d'alcoolodépendance chez les parents ; 5. Présence de conflits conjugaux majeurs ; 6. Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents ; 7. Problème de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents.

#### **II.4.1.4.3 Facteurs psychosociaux**

1. Présence de difficultés économiques persistantes ; 2. Isolement social et affectif de l'individu ; 3. Séparation et perte récente de liens importants, deuil ; 4. Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire ; 5. Difficultés scolaires ou professionnelles ; 6. Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide) ; 7. Difficulté avec la loi ; 8. Présence de problèmes d'intégration sociale.

Au niveau pratique, l'évaluation du potentiel suicidaire est proposée par certains auteurs (21 ; 32 ; 33).

#### **II.4.2 Échelle d'évaluation du risque suicidaire : SAD PERSONS Scale**

<b>Échelle d'évaluation du risque suicidaire</b>	
<b>SAD PERSONS Scale (21 ; 32 ; 33)</b>	
<b>Sexe</b>	3 fois plus d'hommes réussissent leur suicide (1 point)
<b>Âge</b>	Risque suicidaire élevé avant 24 ans, et après 45 ans (1 point)
<b>Dépression, désespoir</b>	Les déprimés se suicident 30 fois plus que la population générale. Au moins 5 signes de la dépression (2 points)
<b>Passé psychiatrique, ou</b>	Il multiplie le risque suicidaire (1 point)

TS antérieures	
Éthylisme, abus de substances	Accroît la dépression physiologique et l'impulsivité en réduisant le jugement (1 point)
Raisonnement, jugement détérioré	La psychose, ou un syndrome confusionnel, par ex., aggravent le risque ( 2 points)
Statut marital	Veuvage, divorce, séparation et vie isolée augmentent le risque (1 point)
Organisation du suicide	Une intention non ambivalente, et des moyens de mise en œuvre efficaces sont des FDR décisifs. On ajoute ici la communication non verbale indirecte (dont testament, lettre, etc.)
Néant social	Absence ou perte de liens significatifs ou de statut social (1 point)
Sévérité de l'intention	Maintien de l'intention de mourir, incapacité de garantir ses gestes ultérieurs (2 points)

La note totale s'échelonne de 0 (risque suicidaire très faible) à 14 (risque suicidaire très élevé).

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

## II.5 Un exemple de démarche de prévention du suicide au travail

Laporte et Debard (31) proposent trois types de stratégies en prévention de la santé au travail : niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

### II.5.1 Le niveau primaire

Ce niveau est le plus engageant pour l'entreprise puisqu'il demande de revoir l'organisation du travail. Il implique les salariés et conduit au développement de stratégies collectives comme la vigilance, l'attention aux collègues. Il a pour objectif de réduire les impacts négatifs des FDR organisationnels sur les individus. Il se traduit par des procédures de prévention et

de traitement des situations éprouvantes (agressions, conflits, suicides...) qui sont pensées en amont. En proposant aux salariés des lieux d'expression sans jugement, sans qualification des faits et en toute confidentialité, des paroles peuvent être exprimées, des relais peuvent être trouvés pour prévenir et gérer la crise suicidaire. Ces dispositifs permettent de créer des liens dans l'entreprise et de poser des lieux aux objectifs différents. Ainsi, un salarié en difficulté peut choisir un membre du groupe de confiance pour évoquer sa situation et les émotions qui s'y rattachent. Dans un 2e temps, si le salarié le souhaite, sa situation sera pensée (pensée) avec un maximum d'objectivité. Ces dispositifs permettent donc d'identifier les acteurs clés et leurs compétences. Ils séparent les temps où l'émotionnel doit s'exprimer de ceux où la réflexion sur les solutions doit être initiée. Cette prévention du risque suicidaire au travail passe certainement par l'organisation d'une entreprise bienveillante vis-à-vis des situations et des salariés. Cet état de veille psychologique tenu par les membres de l'entreprise eux-mêmes a sans nul doute des limites, celle de l'urgence par exemple, celle de la gravité de la pathologie, celle liée à la taille de l'entreprise (plus facile dans les grandes PME que dans les TPE), mais cette veille a la teneur de la confiance et c'est de cela dont a besoin le salarié en détresse.

### **II.5.2 Le niveau secondaire**

Ce 2e niveau concerne la formation et/ou l'analyse des pratiques professionnelles. Cette formation doit donc répondre à plusieurs objectifs : 1) comprendre le phénomène suicidaire ; 2) décrypter les signes de souffrance caractéristiques d'un salarié en risque suicidaire ; 3) accompagner un salarié présentant des symptômes inquiétants (attitude à adopter lors d'un entretien, les mots à éviter, les questions à poser...) ; 4) identifier ses limites lors d'une intervention auprès d'un salarié en difficulté et passer le relais ; 5) évaluer l'urgence suicidaire.

### **II.5.3 Le niveau tertiaire**

La gestion de la crise : l'accompagnement individuel et collectif des salariés et des encadrants. Cet accompagnement est fait au moment de l'annonce du suicide (ou tentative de suicide) et dans les jours qui suivent l'événement : 1) *débriefing* collectif à destination du personnel ; 2) *débriefings* individuels.

## III. HANDICAP ET TRAVAIL

### III.1 Généralités

Les situations de handicap mettent le monde du travail face à des enjeux importants : trouver des solutions profitables aussi bien aux entreprises qu'aux personnes handicapées, qu'il s'agisse de maintien dans l'emploi, d'insertion ou de réinsertion professionnelle (15). Le principe de non-discrimination des salariés handicapés est une obligation pour l'entreprise. Il repose sur la mise en oeuvre de moyens appropriés permettant l'égalité de traitement : aménagements des situations de travail, adaptation des outils et des équipements, accompagnement individuel... Le handicap ne doit pas empêcher un salarié d'accéder à un emploi, ni d'évoluer professionnellement. Seules ses compétences doivent être prises en compte.

### III.2 Définition du handicap

Depuis la « Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », le handicap a une définition légale, cette définition est intégrée dans le Code de l'action sociale et des familles.

D'après l'Article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles : « *Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable*

*ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Cette définition met l'accent sur les conséquences du handicap plus que sur son origine. Elle insiste sur l'importance de l'environnement socioprofessionnel dans lequel évolue la personne handicapée. Il n'y a pas de « handicap en soi », mais un handicap par rapport à une situation de travail donnée par exemple. Autrement dit, il est possible d'intervenir sur l'environnement professionnel afin d'atténuer le retentissement du handicap. Ainsi, à son poste de travail, le handicap d'une personne malentendante peut être atténué lorsque les informations nécessaires sont délivrées sur un mode autre que sonore (alarme lumineuse, ...).

Par ailleurs, la définition du handicap en situation de travail donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980 distingue trois composantes :

- 1) Le déficit lésionnel ou ce qui manque à la personne, qui correspond à la notion de « handicapé par » : une personne malentendante est handicapée par un déficit de l'audition ;
- 2) L'invalidité ou atteinte fonctionnelle, correspondant à la notion de « handicapé pour » : une personne malentendante est handicapée pour entendre les signaux sonores ;
- 3) Enfin, la dépendance ou atteinte situationnelle, correspondant à la notion de « handicapé si » : une personne malentendante est handicapée si le poste de travail comprend des informations transmises par signal sonore.

### **III.3 Quelques données chiffrées**

#### **III.3.1 Données chiffrées de l'OMS**

Selon de l'OMS, 10 % de la population mondiale présenterait un handicap (estimation publiée en 2002 sur des données de 1998).

#### **III.3.2 Données chiffrées françaises**

##### **III.3.2.1 Généralités**

En France, il est difficile d'estimer le nombre de personnes handicapées. Toutefois, il est possible d'avancer les données suivantes (15) : Le handicap peut résulter d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Environ 20.000 victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles en 2004 garderont une incapacité permanente partielle supérieure à 10 % (d'après les statistiques financières de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour le régime général).

Concernant le monde du travail, signalons d'autres données intéressantes (issues du dossier de presse « Un parcours professionnel pour chaque personne handicapée » du ministère chargé du Travail, novembre 2006) (15) : 1) 800 000 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé en 2004. On pense qu'il y a environ 1,3 million de personnes reconnues comme travailleurs handicapés (par l'ancienne Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel dite COTOREP) ; 2) 680.000 personnes handicapées sont en activité en 2005 : environ 15 % des actifs handicapés travaillent en milieu protégé (Centres d'aide par le travail ou CAT, devenus Établissements ou services d'aide par le travail ou ESAT) ; près de 1 handicapé en âge de travailler sur 5 est au chômage (17 % exactement contre 8,8% pour l'ensemble de la population ; diminution de 6 % depuis la loi de février 2005).

**III.3.2.2 Quelques données chiffrées du site Internet « Semaine pour l'Emploi des personnes handicapées du 16 au 22 novembre 2009 »** ([www.semaine-emploi-handicap-agefiph.fr](http://www.semaine-emploi-handicap-agefiph.fr) / [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)) :

#### **III.3.2.2.1 Les entreprises**

122 800 établissements d'au moins 20 salariés sont assujettis à l'obligation d'emploi de personnes handicapées : 54% des entreprises atteignent le quota de 6% de salariés handicapés ou ont signé un accord agréé (39% seulement des entreprises l'atteignaient en 1987) ; 4% des entreprises ont un quota compris entre 0 et 6% ; 22% des entreprises ont un quota égal à zéro :

ils n'emploient aucun salarié handicapé et n'ont pas signé de contrat de sous-traitance avec le secteur protégé. Un sondage réalisé auprès de 400 entreprises montre que 93% des entreprises qui emploient des salariés handicapés se déclarent satisfaites de cette situation. Ce chiffre atteint 97% dans les entreprises de 250 salariés et plus.

### III.3.2.2.2 Les personnes handicapées

En France 5,5 millions d'actifs indiquent un problème de santé depuis plus de 6 mois et des difficultés importantes vis-à-vis du travail. Parmi eux 1,8 million, soit 4,6% de la population active, ont une reconnaissance administrative de leur handicap.

**En 2006** : 1) 233 200 personnes handicapées travaillent dans le secteur privé ; 2) 185 650 sont employées dans le secteur public ; 3) 143 000 travaillent dans les entreprises adaptées et établissement de travail protégé (ESAT)

**En 2009** : 215.550 personnes handicapées sont à la recherche d'un emploi

<b>Tableau 14. Répartition des emplois occupés par des personnes handicapées en 2001 par secteur d'activité</b>	
Industrie	41,3 %
Tertiaire	32,9 %
Transport et tourisme	11,2 %
Hôtellerie et commerce	8,8 %
BTP	4,9 %
Agriculture	0,9 %
Source : « Atlas national 2005 » publié par l'Agefiph et cité par (15). Ces données sont basées sur les déclarations obligatoires d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés (DOETH)	

### **III.4 Grands principes de la « Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ayant un impact sur la vie professionnelle des personnes handicapées**

#### **III.4.1 Non-discrimination**

Elle se traduit par l'obligation pour l'employeur de prendre des mesures appropriées afin de permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi, de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de bénéficier de formations qui leur soient adaptées.

*(cf. Articles L. 1133-2, L. 1133-3, L. 3122-26 et L. 5213-6 du Code du travail)*

#### **III.4.2 Obligation de négocier sur l'insertion professionnelle et sur le maintien dans l'emploi**

Elle est instaurée dans le secteur privé (négociation tous les 3 ans au niveau de la branche et tous les ans au niveau de l'entreprise).

#### **III.4.3 Accessibilité généralisée quel que soit le handicap**

Le principe de l'accessibilité de toutes les constructions, espaces publics et transports en commun a été renforcé de manière significative. Ces nouvelles dispositions concernent la conception de nouveaux bâtiments ou la rénovation de bâtiments existants. Le régime de dérogation mis en place est plus strict.

Les établissements recevant du public disposent d'un délai de 10 ans pour se conformer à la règle d'accessibilité *(cf. Article L. 111-7 du Code de la construction et de l'habitation)*.

#### **III.4.4 Compensation du handicap**

Toute personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Ce droit a notamment des retentissements en ce qui concerne l'insertion professionnelle et l'aménagement du cadre de travail de la personne handicapée. La compensation peut prendre la forme d'une aide humaine assurant des interfaces de communication (par exemple,

interprète en langue des signes) lorsque des solutions d'aides techniques ou d'aménagements organisationnels n'ont pu être mises en place. Le bénéficiaire de la prestation est soumis au respect de plusieurs conditions (résidence, âge, importance du handicap...) (cf. *Articles L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

#### **III.4.5 L'obligation d'emploi en faveur des travailleurs handicapés**

Tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant 20 salariés ou plus, doit employer, dans une proportion de 6 % de son effectif salarié. Cette obligation d'emploi s'applique établissement par établissement pour les entreprises à établissements multiples. Elle s'applique également aux personnes handicapées, dans la fonction publique selon des modalités particulières (sur ce point, on peut consulter le site du FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) (cf. [www.travail-solidarite.gouv.fr](http://www.travail-solidarite.gouv.fr)). Les employeurs assujettis à l'obligation d'emploi doivent adresser, au plus tard le 15 février de chaque année, une déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH), des mutilés de guerre et assimilés au titre de l'année civile écoulée. Cette déclaration peut être effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire disponible sur le site du ministère du travail ou sur le site de l'AGEFIPH accompagné de sa notice explicative. Sous certaines conditions, la DOETH peut être effectuée en ligne, à partir d'un site sécurisé : la date limite peut alors être fixée à une autre date (par exemple, pour la déclaration 2009 au titre de l'année 2008, la date limite en cas de télé-déclaration était fixée au 28 février 2009).

#### **III.5 Quels sont les bénéficiaires de l'obligation d'emploi ?**

La liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi est donnée par l'article L. 5212-13 du Code du travail. Sont visés :

1° Les personnes reconnues travailleurs handicapés par la « Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées » (CDAPH) (cette commission s'est substituée, depuis le 1er janvier 2006, aux Cotorep)

2° Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire

3° Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des 2/3 leur capacité de travail ou de gain ;

4° Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

5° Les bénéficiaires mentionnés aux articles L. 395 et L. 396 du même code ;

6° (abrogé par Loi n° 2008-492 du 26 mai 2008, JO du 27) ;

7° (abrogé par Loi n° 2008-492 du 26 mai 2008, JO du 27) ;

8° (abrogé par Loi n° 2008-492 du 26 mai 2008, JO du 27) ;

9° Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

10° Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

11° Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Le salaire des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et assimilés travaillant en milieu ordinaire de travail ne peut être inférieur à celui qui résulte de l'application des dispositions législatives et réglementaires ou de la convention ou de l'accord

collectif de travail. Une aide à l'emploi peut être attribuée à l'employeur, sur décision du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

### **III.6 Comment l'employeur peut-il s'acquitter de son obligation d'emploi ?**

L'employeur peut s'acquitter de son obligation en embauchant directement les bénéficiaires de l'obligation d'emploi, et ce, à hauteur de 6 % de l'effectif total de ses salariés (cet effectif est calculé selon les modalités définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail). Ces personnes peuvent être embauchées en contrat à durée indéterminée ou déterminée, à temps plein ou à temps partiel, mais également dans le cadre des contrats d'apprentissage, ou des contrats de professionnalisation.

L'employeur peut se libérer de son obligation d'emploi en versant une contribution financière à l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) ou conclure un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement.

Il peut enfin s'acquitter partiellement de son obligation en accueillant des personnes handicapées dans le cadre d'un stage (voir précisions ci-dessous), en concluant des contrats de sous-traitance, de fournitures ou de prestations de services avec des entreprises adaptées (anciennement « ateliers protégés »), des centres de distribution de travail à domicile ou des établissements et services d'aide par le travail (anciennement « centres d'aide par le travail »).

Toute entreprise qui entre dans le champ d'application de l'article L. 5212-1 et suivants relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, soit au moment de sa création, soit en raison de l'accroissement de son effectif, dispose d'un délai de trois ans à compter de cette date pour se mettre en conformité avec cette obligation.

#### **III.6.1 L'embauche directe de travailleurs handicapés**

Au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés des années 2009 (déclaration effectuée début 2010) et suivantes, pour le calcul du nombre de bénéficiaires de l'obligation

d'emploi, chaque personne est désormais prise en compte à due proportion de son temps de présence dans l'entreprise au cours de l'année civile, quelle que soit la nature ou la durée de son contrat de travail, dans la limite d'une unité et dans les conditions suivantes : les salariés dont la durée de travail est supérieure ou égale à la moitié de la durée légale ou conventionnelle sont décomptés dans la limite d'une unité comme s'ils avaient été employés à temps complet ; les salariés dont la durée de travail est inférieure à la moitié de la durée légale ou conventionnelle sont pris en compte pour une demi unité.

Pour le calcul du nombre de travailleurs handicapés dans l'effectif des entreprises au titre de l'année civile, chaque demi-unité est multipliée par le nombre de jours de présence du salarié dans l'entreprise, rapporté à l'année.

L'employeur qui recrute des travailleurs handicapés peut bénéficier d'aides de l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)

### **III.6.2 L'accueil de stagiaires**

L'employeur peut s'acquitter partiellement de l'obligation d'emploi en accueillant en stage, dans les conditions précisées ci-dessous (applicable au titre de l'obligation d'emploi des années 2009 et suivantes), des personnes handicapées, dans la limite de 2 % de l'effectif total des salariés de l'entreprise.

Pour l'application de cette disposition, sont prises en compte les personnes mentionnées à l'article L. 5212-13 du Code du travail (c'est-à-dire les bénéficiaires de l'obligation d'emploi, voir ci-dessus) qui effectuent l'un des stages suivants : un stage mentionné à l'article L. 6341-3 du Code du travail ; un stage organisé par l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du Code du travail (AGEFIPH) ; un stage prescrit par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du Code du travail (Pôle Emploi) ; un stage au titre de l'article L. 331-4 du code de l'éducation ; un stage au titre de l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

La durée du stage est égale ou supérieure à 40 heures. Pour chaque stagiaire accueilli, une convention est conclue entre l'entreprise d'accueil, le stagiaire et l'organisme de formation ou l'organisme oeuvrant pour l'insertion professionnelle.

Cette convention indique : le nom et l'adresse de l'entreprise d'accueil, de l'organisme de formation ou de l'organisme oeuvrant pour l'insertion professionnelle et du stagiaire ; la nature, l'objectif et les modalités d'exécution du stage ; le lieu, la durée en heures et les dates de début et de fin de stage ; le tuteur désigné pour accompagner le stagiaire au cours du stage ; les modalités d'assurance du stagiaire au titre des accidents du travail ; les modalités d'assurance au titre de la responsabilité civile en cas de dommage causé au stagiaire ou par le stagiaire.

La convention de stage doit être jointe à la DOETH. Ces personnes sont décomptées au titre de l'année où se termine le stage. Elles comptent pour un effectif calculé en divisant la durée du stage par la durée annuelle de travail applicable dans l'entreprise.

#### Exemple

Pour un stage commencé en novembre 2008 et achevé en mars 2009, le stagiaire est pris en compte pour l'année 2009. Il apparaîtra donc dans la déclaration d'emploi au titre de la période janvier/décembre 2009 envoyée à l'administration au plus tard le 15 février 2010 (ou à une date différente en cas de télé-déclaration).

### **III.6.3 La conclusion de contrats avec certaines entreprises ou structures**

L'employeur peut s'acquitter partiellement de son obligation d'emploi des travailleurs handicapés en passant des contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de services : soit avec des entreprises adaptées (anciennement « ateliers protégés ») ou des centres de distribution de travail à domicile créés et agréés dans les conditions prévues par l'article L. 5213-13 du Code du travail ; soit avec des établissements et services d'aide par le

travail (anciennement « centres d'aide par le travail ») autorisés dans les conditions prévues par les articles L. 313-1 à L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles.

Cette modalité n'entre en compte au maximum que pour 50 % de l'obligation légale d'emploi (soit 3 %). Les règles d'équivalence entre la passation de tels contrats et l'emploi de personnes handicapées sont définies par l'article R. 5212-6 du Code du travail.

#### **III.6.4 La conclusion d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement**

Les employeurs soumis à l'obligation d'emploi peuvent s'acquitter de cette obligation en faisant application d'un accord de branche, d'un accord de groupe, d'un accord d'entreprise ou d'établissement qui prévoit la mise en oeuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés comportant obligatoirement un plan d'embauche en milieu ordinaire et deux au moins des actions suivantes : plan d'insertion et de formation ; plan d'adaptation aux mutations technologiques ; plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement. L'accord doit être agréé par l'autorité administrative, après avis de l'instance départementale compétente en matière d'emploi et de formation professionnelle ou du Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés. Les modalités de cet agrément figurent aux articles R. 5212-15 et R. 5212-17 du Code du travail. L'agrément est donné pour la durée de validité de l'accord.

#### **III.6.5 Le versement d'une contribution à l' AGEFIPH**

Les employeurs tenus à l'obligation d'emploi peuvent s'acquitter de cette obligation en versant à l' Agefiph une contribution annuelle pour chacun des bénéficiaires qu'ils auraient dû employer.

Cette contribution est égale :

1° Au nombre de bénéficiaires manquants, calculé comme indiqué ci-dessous, déduction faite, le cas échéant, des coefficients de minoration applicables au titre des efforts consentis par

l'employeur en matière de maintien dans l'emploi ou de recrutement direct de bénéficiaires de l'obligation d'emploi ;

2° Multiplié, le cas échéant, par le coefficient de minoration applicable au titre des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières occupés par des salariés de l'établissement ;

3° Multiplié par des montants fixés pour tenir compte de l'effectif de l'entreprise.

### **III.7 Les aides de l'AGEFIPH**

Association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPH), l'Agefiph collecte les contributions financières des entreprises de 20 salariés et plus qui s'acquittent par ce moyen, en tout ou partie, de leur obligation d'employer des travailleurs handicapés. Les sommes ainsi collectées sont utilisées pour favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail.

L'Agefiph a mis en place une aide spécifique destinée à permettre aux entreprises de 1 à 500 salariés (sauf celles dont la finalité est de recevoir du public) de rendre leurs locaux accessibles à toute personne handicapée, quel que soit son handicap. Les entreprises intéressées peuvent prendre contact avec la délégation régionale de l' Agefiph ou consulter le site [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)

#### **III.7.1 Qui peut bénéficier d'une aide de l' AGEFIPH ?**

Selon l'action projetée (embauche, aménagement de poste de travail, formation...), sont susceptibles de recevoir une aide financière de l'Agefiph :

- les entreprises du secteur privé, y compris les artisans ;
- les organismes et établissements publics soumis au droit privé ;
- les travailleurs handicapés reconnus par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, commission qui a repris les compétences anciennement dévolues aux Cotorep) et les autres bénéficiaires de l'obligation d'emploi (accidentés du

travail dont l'incapacité permanente est au moins égale à 10 %, titulaires d'une pension d'invalidité, pensionnés de guerre et assimilés, titulaires de l'AAH...);

- les organismes de formation, les prestataires de bilans de compétences, les opérateurs de l'insertion et du reclassement...

Verser une contribution à l'Agefiph n'est pas une condition nécessaire pour bénéficier d'une aide de cette association. Il suffit que l'entreprise intéressée emploie ou embauche un(e) bénéficiaire de l'obligation d'emploi

### **III.7.2 Quelles sont les interventions de l' AGEFIPH ?**

L'Agefiph propose des subventions dans le cadre de mesures définies dans son programme d'intervention : information et sensibilisation ; diagnostic et conseil ; bilan d'évaluation et d'orientation ; mise à niveau et mobilisation ; maintien dans l'emploi ; création d'activité ; aménagement des situations de travail ; accessibilité des lieux de travail ; aides à la formation en alternance ; aides à l'apprentissage ; formation professionnelle ; soutien et suivi de l'insertion ; action préparatoire au placement ; détachement en entreprise ; rapprochement du milieu protégé et du milieu ordinaire ; réseau d'insertion et de placement ; prime à l'insertion ; soutien à l'intégration en milieu ordinaire de travail ; aides techniques et humaines ; aides aux innovations ; aide à l'aménagement du temps de travail, etc.

Ainsi, par exemple : dans le cadre de l'aide à l'insertion, pour la signature d'un CDI ou d'un CDD d'au moins 6 mois (durée ramenée de 12 mois à 6 mois au titre des embauches effectuées depuis le 1er juillet 2009), l'Agefiph accorde une prime de :

1 600 € à l'entreprise ; 900 € à la personne handicapée (avec une majoration possible de 800 € pour les personnes reconnues travailleurs handicapés, embauchées à compter du 1er janvier 2009 par un employeur du secteur privé et bénéficiaires, au jour de leur embauche, d'un minima social - AAH, RSA, ASS, ...), au titre de l'aménagement des situations de travail, l'Agefiph verse une subvention calculée en fonction de l'intérêt du projet, de la déficience de

la personne handicapée concernée et des obligations légales de l'employeur. L'aide peut couvrir la totalité des aménagements.

L'Agefiph intervient également afin d'aider les demandeurs d'emploi handicapés à se former aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et à s'équiper en conséquence (subvention de 700 € correspondant à l'achat d'un ordinateur et à la première année d'abonnement Internet) ; cette nouvelle aide sera disponible en août 2009 (pour plus de précisions, notamment sur les conditions d'accès à cette aide, on se reportera au site [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)).

L'État et l'Agefiph doivent conclure tous les trois ans une convention d'objectif dont le but est de fixer notamment leurs engagements réciproques afin de coordonner les mesures de droit commun en faveur de l'emploi et les mesures spécifiques prises par l'Agefiph. La dernière convention en date, signée le 20 février 2008, couvre la période 2008-2010.

Afin de faire jouer à plein l'effet des aides publiques et celles cumulées de l'Agefiph, cette dernière a mis en ligne un guide interactif des aides et services téléchargeable et imprimable.

En septembre 2009, un calculateur personnalisé des aides à l'insertion sera à disposition du réseau Cap emploi au bénéfice des employeurs et personnes handicapées. Cumulant les mesures publiques de l'emploi et celles de l'Agefiph, il calculera automatiquement les aides publiques et Agefiph disponibles pour chaque situation concrète rencontrée.

### **III.7.3 Quelles sont les conditions à remplir ?**

L'Agefiph fixe elle-même les conditions d'attribution des subventions. Ces conditions varient selon la nature du projet qui lui est soumis. En règle générale, la demande d'aide est formulée - avant le début de l'action envisagée - par le biais d'un dossier comprenant : un exposé détaillé du projet (motivation de la demande, objectif poursuivi...) ; les devis des éventuels prestataires extérieurs ; la liste des personnes handicapées concernées ; toute pièce complémentaire nécessaire eu égard à la nature du projet.

La demande de prime à l'insertion est, quant à elle, effectuée à partir d'un dossier cosigné par l'employeur et le salarié, composé notamment d'une copie du contrat de travail, du bulletin de salaire d'un premier mois de travail et de la copie du justificatif du statut de personne handicapée.

## **IV. EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU TRAVAIL D'UNE SALARIÉE HANDICAPÉE**

### **IV.1 Cas clinique : Madame F., 49 ans, a fait une TS sur son lieu de travail en juillet 2008**

Mme F., 49 ans, technicienne polyvalente dans un service administratif dans une PME depuis 2004, travailleur handicapé, en mi-temps thérapeutique depuis janvier 2009, avec probable demande de son médecin psychiatre pour une mise en invalidité en 1<sup>ère</sup> catégorie (ou 2<sup>ème</sup> catégorie) par le médecin-conseil de la sécurité sociale fin 2009 et 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. Le trajet domicile - travail en transports en commun dure 15 à 20 minutes.

#### **IV.1.1 ATCD médico-chirurgicaux :**

- 1) Née par forceps, coqueluche à l'âge de 2 mois.
- 2) Handicap auditif (surdité à 80 %) – port d'une prothèse auditive depuis l'âge de trois ans – communique par lecture labiale - scolarité difficile - CAP employée de bureau - Cotorep B / RQTH – carte d'invalidité délivrée depuis le 9/11/71 - A bénéficié d'un financement Agefiph pour ses prothèses auditives en 2005 mais nouvelle demande en 07/2009 pour avoir un nouvel

appareillage auditif (renouvellement du financement de la prothèse auditive par l'Agefiph conditionnée par des certificats médicaux signalant une aggravation de ses capacités auditives résiduelles et une aptitude au travail avec restriction).

3) Suivi depuis 1985 dans un centre médico-psychologique pour adultes de l'Ile-de-France.

*« Elle présente des épisodes dépressifs d'allure névrotiques centrés sur sa relation à sa mère et surtout son mari et sa fille (...). Elle dit ne pas supporter son domicile, notamment lorsqu'elle y est seule. Depuis qu'elle a repris le travail [après son séjour écourté d'une semaine pour une cure à cause de sa dépendance alcoolique et des psychotropes avec lesquels elle exerce un certain degré de chantage sur son entourage] mais son état d'angoisse et les excès médicamenteux ne rendent plus possible actuellement sa présence dans l'établissement que nous avons tolérée pour lui éviter la solitude [et les passages à l'acte qui y sont habituellement liés] La patiente est favorable à cette hospitalisation pour syndrome sérotoninergique mais elle nous a dit que sa fille habitant à Marseille, y était opposée et l'aurait menacé de rompre leur relation si cette hospitalisation avait lieu ; nous n'avons pas vérifié cette allégation. Le secteur est également d'accord pour la démarche d'hospitalisation qui devrait permettre : 1) un contrôle strict des prises médicamenteuses ; 2) une mise à distance du milieu familial et professionnel ; 3) une évaluation psychiatrique plus fine [un psychiatre évoquait une déstructuration ancienne et profonde de la personnalité ?] (cf. courrier de 10/2003 de son ancien médecin du travail, Dr T.). »* Son médecin psychiatre actuel est Dr F. (PH).

4) Nombreuses tentatives (et chantage de suicide) (IMV + alcool + hospitalisation en 1985 et 1988) et gestes autoagressifs récurrents (frottements cutanés, scarifications des membres supérieurs à la pierre ponce, ...) depuis plusieurs années (Cf. Courrier du 13/10/03 par Dr T., son ancien médecin du travail du temps où elle travaillait pour une multinationale pharmaceutique de 1984 à 2004), elle donnait des coups de poing contre le mur courant juillet

2008. Elle a fait un chantage au suicide à son employeur si licenciement pour faute professionnelle en avril 2008 (instances représentatives du personnel et inspectrice du travail informées). Peut ne pas manger pendant plusieurs jours. Troubles mnésiques aggravés en situation de stress.

5) Lors d'une conversation téléphonique avec son médecin psychiatre courant juillet 2008, Dr F. était d'accord pour une mise en longue maladie puis mise en invalidité mais résistance de la salariée et pression de son mari pour garder son emploi (car il ne souhaite pas la savoir seule à son domicile notamment). Ses droits à la subrogation se terminent après 3 mois d'arrêt-maladie (arrêt-maladie avec conservation intégrale de son salaire dès le premier jour d'arrêt pendant 3 mois), maintenant elle ne bénéficie plus que de ses droits sociaux habituels. Depuis 2005, elle a toujours refusé de faire des cures en milieu hospitalier et autres séjours en maison de repos malgré les recommandations de son médecin psychiatre et de son médecin du travail. A fait une cure de désintoxication alcoolique en 2003.

Est suivie toutes les semaines par une psychologue et 2 fois par mois par son médecin psychiatre et pendant son arrêt – maladie de juillet-septembre 2008 elle est allée tous les jours au CMP pour avoir sa dose de médicaments et pour discuter avec les infirmières.

#### **IV.1.2 Mode de vie :**

1) Née de père inconnu, sa mère restée célibataire l'a élevée seule. Mariée à l'âge de 20 ans. Elle peut vivre seule occasionnellement en semaine lorsque son mari (chauffeur PL) est en déplacement. A 2 enfants (un fils né en 1981 et une fille née en 1985). A quatre petits enfants. Aime retrouver un de ses petits-enfants à Marseille où il y vit actuellement avec un de ses 2 enfants (sa fille). A part une cousine qu'elle voit peu et habitant en région parisienne, le reste de sa famille habite en province. A un chien. S'est déjà plainte de sa solitude « *je n'ai personne à qui parler, je n'ai personne de ma famille dans banlieue ni à Paris sauf une cousine qui travaille à l'hôpital mais elle est surchargée* », et parle au téléphone à sa mère.

2) A changé trois fois de service depuis ces 2 dernières années (problème relationnel avec certains collègues). Travaille jusqu'en juillet 2008 au service de réception avec un collègue homme. Poste qui consiste à recevoir les chauffeurs-livreurs externes et réception des colis commandés par la vingtaine d'entreprises locataires d'un parc de biotechnologies. Régulièrement son collègue homme la laisse seule pour partir faire des livraisons sur le site. Il peut y avoir une certaine « pression » des livreurs hommes sur une salariée femme seule et fragile psychologiquement pour pouvoir quitter dès que possible le site pour faire d'autres livraisons, ce qui est source de stress élevé pour elle et de cause d'erreurs dans son travail.

3) Alcool occasionnel et façon compulsive, tabac = 5 à 10 cigarettes / jour depuis 1995.

Diagnostic psychiatrique établi par Dr F. : *syndrome dépressif sévère, névrose sévère, névrose de conversion, addition occasionnelle et récurrente (alcool, médicaments psychotropes...), mais pas de psychose.*

Traitement médicamenteux actuel :

- Risperdal 2 mg (1 cp le soir) / Lepticur (1 cp le matin) / Xanax 0,25 (1 cp 4X/J),
- Noctran 10 : (1/2 cp le matin) / Fenoxetine (2 cps le matin) / Aotal (2 X 3 /J),
- Atarax 100 (1/2 cp 3X/J) / Stresam (1 gel 3X/J).

Problème récurrent de mauvaise compliance thérapeutique (stockage, automédication...). Depuis ces derniers mois, elle vient chercher son traitement médicamenteux 1 fois par semaine au CMP, auparavant c'était deux fois par semaine et en période de crise, soit entre le 3/07/08 et septembre 2008 par exemple, elle devait venir quotidiennement le chercher.

#### **IV.1.3 Histoire de sa maladie**

Elle est en arrêt-maladie le 3/07/08 jusqu'au 30/09/08 suite à une tentative de suicide (TS) sur son lieu de travail par ingestion médicamenteuse volontaire (sapeurs-pompiers, hospitalisation et sortie le jour même). Elle s'est retrouvée seule à son poste de travail au moment de l'IMV.

Je l'ai vu en visite occasionnelle de médecine du travail et à ma demande le 2/07/08 et j'avais émis l'avis suivant : « Apte avec restriction. Eviter une charge mentale élevée. A revoir dans deux semaines. » Depuis 2005, j'émetts régulièrement l'avis de lui éviter des charges mentales élevées sur sa fiche de visite. Ses motifs de TS restent flous : d'après ses déclarations à son entourage « elle n'aurait pas compris la recommandation [Eviter une charge mentale élevée] ». Sa visite de reprise du travail a été faite le 1<sup>er</sup> octobre 2008 en présence de notre psychologue du travail (Mme W.) et de notre infirmière (Mme H.). Elle était affectée au service de réception. Son médecin psychiatre propose une reprise du travail à mi-temps thérapeutique. Elle déclare au cours de cette consultation : « Ne plus être capable de retravailler dans le service de réception ». Son employeur me déclare le 1er/10/08 ne plus avoir de poste de travail pérenne à lui proposer dans cette entreprise compte tenu de ses qualifications/compétences professionnelles et de mes restrictions médicales. Il pourrait juste lui proposer un poste temporaire pour un à 2 mois consistant à faire des rangements de papiers/documents non faits pendant les périodes de congé juillet-août (période en sous effectif). A cette visite de reprise, j'ai donc émis un avis d'inaptitude temporaire et je lui ai proposé une consultation pour avis spécialisé le 07/10/08 auprès du Dr S. médecin psychiatre dans un service de consultation de pathologies professionnelles de l'Ile-de-France. Elle a déclaré au Dr S. : « (...) *des collègues disent des choses désagréables sur elle alors qu'elle est incapable de répondre, elle se culpabilise de ne pas être à la hauteur pour répondre à des réflexions telles que [à 48 ans, on dirait que tu es un bébé...], sa TS était un appel, (...) elle a souffert des absences répétées de son mari, cet homme brutal la maltraiterait, alors qu'elle cherchait en lui un substitut paternel, (...)* ». Dr S. a conclu dans son courrier : « *Madame F. veut conserver son emploi, et c'est aussi le vœux de son époux. Une inaptitude aggraverait un état psychologique fragilisé par un handicap mal compensé par le port de prothèse auditive, et elle provoquerait une rechute de son état dépressif récurrent. Aussi, nous pensons, comme*

*vous le préconisez, qu'une reprise de travail à temps partiel sur le moyen terme sur un poste aménagé, serait dans ce cas indiqué. »*

Dr G. (Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main-d'œuvre ou MIRTMO) est informée de ce dossier depuis juillet 2008. Elle donne une consultation de « souffrances au travail » dans un service de pathologies professionnelles de l'Ile-de-France. Elle travaille habituellement à la DRTEFP Ile-de-France.

Sur le conseil du Dr G., une réunion a eu lieu le 6/10/08 avec Mme F., Mr Z. (directeur de cette PME), Mr. P. (responsable HQSE de cette PME et président du CHSCT), Mme H. (infirmière), Mme S. (chargée de mission dans un SAMETH départemental [service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, une structure départementale d'Axe Maintien dans l'Emploi] dans le cadre du PDITH [ou Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés]) et de moi-même. Ces services (Sameth) permettent d'obtenir des aides de l'Agefiph pour le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés afin d'éviter le licenciement d'un salarié devenu inapte à son poste. Mme S. propose un « montage financier » suivant : une mise en invalidité + un travail à temps partiel + indemnités de la Prévoyance de cette PME = 90 % du salaire de Mme F.

Mme S. a également proposé un accompagnement et une aide personnalisés par une structure extérieure le « Club Axxxx » pour préparer à une reprise d'un travail dans cette PME, prestation prise en charge par l'Agefiph.

Ces deux propositions semblent convenir à Mme F. et à nous tous également.

Mr. Z. s'est alors engagé à essayer de lui trouver un poste de travail pérenne à temps partiel consistant à l'exécution de tâches administratives peu stressantes et sous encadrement par deux ou trois personnes. Il a cependant besoin de temps pour construire ce poste et souhaite un prolongement de l'arrêt maladie jusqu'à fin novembre 2008. J'ai informé Dr F. de cette réunion et lui ai demandé de prolonger l'arrêt-maladie.

*« Personnellement, elle ne me semble pas/plus apte à reprendre un travail à temps complet dans cette entreprise. Elle a eu de graves problèmes relationnels avec certains collègues de travail (querelles, propos [calomnieux]...) ou a commis des erreurs/fautes dans les 3 services où ses qualifications/compétences pouvaient correspondre. Les autres services de cette PME requièrent des qualifications/compétences qu'elle ne possède pas actuellement. Le risque qu'elle fasse d'autres tentatives de suicide, notamment sur son lieu de travail, me semble actuellement non négligeable. Au cours de la réunion du 06/10/08, elle se plaint de période de grande fatigue en fin de journée et souhaite travailler qu'à mi-temps et de préférence le matin.*

*Actuellement, il me semble un peu difficile de lui trouver un poste de travail adapté dans cette PME de 70 salariés afin elle ne se retrouve pas/plus seule à son poste de travail.*

*Son employeur déclare avoir besoin de temps pour essayer de lui proposer un poste de travail aménagé et à temps partiel sinon on s'orienterait au mieux vers une inaptitude temporaire et prolongée afin d'obtenir une mise en invalidité sur le moyen ou le long terme et au pire vers un licenciement pour cause médicale ou non (cf. : extrait du courrier daté du 08/10/08 que j'ai envoyé au médecin psychiatre du Club Axxxx pour un accompagnement et aide à la reprise d'un travail dans son entreprise actuelle )»*

#### **IV.2 CLUB Axxxx**

Le Club Axxxx a été créé à l'initiative conjointe de médecins psychiatres, de praticiens en psychologie et de responsables d'entreprise pour mener des actions concrètes qui répondent aux difficultés psychologiques et relationnelles dans le monde du travail. Ces actions sont menées, pour les salariés dans le respect de la déontologie médicale, et pour les entreprises dans la prise en compte de leurs objectifs. Depuis 20 ans, le Club Axxxx développe des savoirs faire qui font leurs preuves dans nombre d'entreprises et de collectivités.

Ses interventions ont pour but de restaurer individuellement ou collectivement les aptitudes professionnelles. Pour faire face aux besoins croissants des entreprises et collectivités (prévention des risques psychosociaux, diagnostics, ingénierie d'insertion et d'aide au maintien dans l'emploi, intégration des personnes bénéficiaires de la loi « Handicap » du 11 février 2005...) le Club Axxxx donne naissance à « Axxxx Conseil ». Les actions de maintien dans l'emploi et d'évaluation que mènent les équipes d'Axxxx Conseil sont effectuées en étroite concertation avec les médecins du travail suivant les salariés concernés. Ainsi, nous pouvons fournir, dans le respect du secret médical, des compléments d'information sur l'évaluation de l'aptitude destiné spécifiquement au Médecin du Travail. Pendant toutes les phases des actions concernant le salarié, nous informons systématiquement les Médecins du Travail de la progression dans les actions. Plus largement, nous intervenons sur le champ de la Prévention des Risques Psychosociaux.

#### **IV.2.1 Les équipes Axxxx Conseil**

De composition pluridisciplinaire (médecins spécialisés, psychologues, consultants RH, comportementalistes, formateurs) les équipes d'Axxxx Conseil interviennent selon un cahier des charges défini préalablement à la mission, dans un esprit de concertation et avec un souci permanent de discrétion et de respect des règles déontologiques.

À leur expertise personnelle de l'intervention psychologique dans le monde du travail, s'ajoute une méthodologie propre d'échange sur les sujets traités qui optimise les résultats obtenus dans le double respect de la relation au salarié et à sa hiérarchie.

Les intervenants « Axxxx Conseil » proposent des protocoles de progrès en cohérence maximale avec les problématiques psychologiques des salariés et la réalité des situations vécues par les équipes de travail.

#### **IV.2.2 Le schéma des interventions d' « Axxxx Conseil » à destination des salariés**

#### **IV.2.2.1 Une prise en charge pluridisciplinaire**

A votre arrivée dans un programme d'accompagnement, il vous est remis un guide d'accueil explicatif des parcours que nous mettons en place. Vous serez suivi par un binôme de consultants et pourrez avoir à rencontrer d'autres intervenants selon les orientations de votre programme

#### **IV.2.2.2 Une prise en charge personnalisée**

Parce que chaque personne et chaque histoire sont différentes, les parcours que nous proposons sont individualisés. L'accompagnement qui vous sera proposé sera construit, avec votre accord, selon vos besoins et vos objectifs, en correspondance avec ceux de l'entreprise.

#### **IV.2.2.3 Une stricte charte de confidentialité**

Dans le respect de la déontologie médicale, nous garantissons totalement la confidentialité des informations que vous nous communiquerez. De même, les documents et informations que nous serons amenés à transmettre à votre employeur sont toujours soumis à votre approbation préalable avant d'être communiqués.

#### **IV.2.3 Bilan d'évaluation et diagnostique (avril 2009) du Club Axxxx concernant Madame F.**

(Axe au Maintien dans l'Emploi – Prestation Ponctuelle Spécifique PPS4 – Financement Agefiph)

Phase d'évaluation du 28 octobre 2008 au 27 avril 2009 suite à une demande formulée par Mme S. du 6 octobre 2008 « *Aider Mme F. à préparer son retour à l'emploi dans l'entreprise. Son employeur est disposé à rechercher une activité administrative qu'elle pourrait tenir et souhaite également le soutien du Club Axxxx dans cette démarche* », demande que j'ai relayée par un courrier daté du 08/10/08.

#### **IV.2.3.1 Entretiens d'évaluation psycho-pathologique avec Dr T., médecin psychiatre**

Objectif : Évaluation des problématiques psychologiques et psycho-socioprofessionnelles

Dates : 28 octobre 2008 – 11 février 2009

Conclusion : *« Mme F. a bien investi l'action d'Axxxx Conseil qu'elle a suivi avec assiduité et intérêt. Il semble que cette période lui a fait du bien. Ce qu'elle attend actuellement, c'est d'être renforcée dans son nouveau poste. Pour cela, si une aide devait être entreprise, nous pourrions proposer, outre des entretiens psychologiques, une redynamisation comportementale et cognitive, et un atelier d'affirmation de soi. La réunion bilan [du 27/04/09], sera l'occasion de discuter ces indications. »*

#### **IV.2.3.2 Bilan psychologique et psychométrique avec Mr F., psychologue**

Objectif : Identifier le niveau général actuel et les capacités de fonctionnement psychologique de Mme F.

Passation : 8 décembre 2008 – 20 janvier 2009 - Restitution : 26 janvier 2009

Tests utilisés : Échelle d'intelligence de Wechsler (WAIS – R), Ed. ECPA ; Inventaire Psychologique de Californie (CPI-R), Ed. ECPA ; Copie et reproduction de mémoire d'une figure géométrique de A. REY, Ed. ECPA.

Conclusions : *« Les résultats de cette évaluation nous permettent d'évoquer un faible niveau intellectuel général dans les diverses domaines d'activités mentales et pratiques. Mme F. possède une forme d'intelligence pratique lui permettant d'intégrer des nouvelles tâches directement sur le tas et à partir de données concrètes. Son état psychologique s'avère encore marqué par des symptômes d'anxiété qui entraînent un faible niveau de confiance en elle et en ses capacités à travailler. Mme F. reste encore vulnérable pour faire face aux situations de stress. Par exemple, lorsqu'elle doit faire face à des impératifs de temps ou de production ou lorsqu'elle doit s'adapter aux situations nouvelles. Les facteurs de stress risquent donc de la rendre improductive. Mme F. semblerait être plus à l'aise et productive dans un rôle de deuxième ordre au sein d'un petit groupe, avec des tâches relativement simples lui permettant de travailler dans une certaine autonomie. Un encadrement rapproché s'avère pertinent, au*

*moins dans un premier temps, afin de l'aider dans son organisation et dans la gestion des priorités. Elle a en effet besoin d'être rassurée et encouragée dans son évolution et par rapport à ses capacités à travailler. »*

#### **IV.2.3.3 Double évaluation du niveau de stress et des stresseurs avec Mme L., psychologue**

Objectif : Évaluer à l'aide d'un double questionnaire, d'une part l'importance des situations auxquelles le sujet a été soumis (les stresseurs) et d'autre part, la réaction globale du sujet face aux stresseurs (le niveau de stress).

Au niveau des résultats, les scores mettent en évidence : 1) un niveau de stress très supérieur à celui de la population générale et même significativement plus élevé que celui des personnes souffrants d'un stress important ; 2) un niveau de stress très supérieur à celui de la population générale et même significativement plus élevé que celui des personnes souffrants d'un stress important.

#### **IV.2.3.4 Évaluation des compétences sociales (affirmation de soi) avec Mme L., psychologue**

Objectif : Évaluer à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation (RAS de Rathus) le niveau global d'affirmation de soi et les capacités à communiquer de façon adaptée avec les autres.

Au niveau des résultats, *« le score obtenu met en évidence un manque extrêmement important d'affirmation de soi allant dans le sens d'une tendance à l'inhibition et au repli sur soi dans des situations sociales de la vie quotidienne comme oser exprimer ses idées, ses opinions, ses attentes et sentiments, savoir faire une demande, un refus, faire valoir ses droits... »*

#### **IV.2.3.5 Évaluation du niveau d'estime de soi avec Mme L., psychologue**

Objectif : Évaluer à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation (SEI de Rosenberg) l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Nb. Cette échelle ne rend pas compte de la stabilité de l'estime de soi.

Au niveau des résultats, « *le score obtenu met en évidence une estime de soi suffisante pour entreprendre, exprimer des besoins, faire des projets tant au niveau personnel que professionnel. Mais se dégage une tendance à l'autodépréciation, un manque de confiance en soi, et une image de soi dévalorisée. Ces résultats seront éventuellement à rediscuter en entretien pour connaître l'avis subjectif du sujet.* »

#### **IV.2.3.6 Information collective préalable au Bilan d'Orientation Professionnelle avec Mme U, psychologue**

Objectif : Descriptif du BOP ne vue d'une intégration éventuelle

Date : 10 /02/ 2009

Conclusion : « *Mme F. a bien assisté à la réunion d'information collective sur le bilan d'orientation professionnelle. Il semble que Mme F. ait changé de poste récemment, et que ce dernier paraît lui convenir ; c'est la raison pour laquelle je ne pense pas que le BOP corresponde à sa demande actuelle. En effet, il semble que Mme F. nécessite d'un travail orienté vers ses aptitudes d'affirmation de soi. Je me tiens à sa disposition pour un éventuel accompagnement.* »

#### **IV.2.3.7 Évaluation comportementale et cognitive par Mme C., responsable formation**

Objectif : Évaluation des aptitudes comportementales et cognitives

Date : 22 décembre 2008

- 1) Constat : « *Mme F. est malentendante. Trop de bruit et trop de va et vient au bureau la fatiguent. La communication avec ses collègues risque d'être difficile car elle a du mal à comprendre des fois. Elle a une très bonne mémoire visuelle, mais son attention et concentration restent fragiles. A partir du 5 janvier 2009, Mme F. va changer de poste et sera en soutien dans un service administratif. Elle travaillera à temps partiel.* »
- 2) Besoin : « *Afin d'améliorer son niveau cognitif et comportemental Mme F. a besoin d'une Redynamisation Comportementale et Cognitive avec une remise à niveau en informatique.* »

3) Autorisation : « Mme F. m'autorise à transmettre ce document aux personnes présentes lors de la réunion de Bilan. »

Il est important que les questions éthiques et de consentement soient respectées (34). Le Conseil national de l'Ordre des médecins a par ailleurs souhaité rappeler un certain nombre de principes réglementaires et déontologiques, aux services interentreprises de santé au travail, par ses « Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux » (35).

#### **IV.2.4 Réunion Bilan du 27 avril 2009 dans les locaux du Club Axxxx :**

Personnes présentes à cette réunion : médecin psychiatre Dr. T, Mme C. responsable formation, Mme S. chargée de mission au Sameth, Mr Z. directeur de la PME, et le médecin du travail, Dr P.

Mme F. nous a rejoint en fin de cette réunion pour connaître les décisions la concernant et pour qu'elle nous donne son accord pour la poursuite de ce projet « Redynamisation Comportementale et Cognitive ».

#### **Décisions prises au cours de cette réunion du 27/04/09**

Constat : 1) reprise à un poste du travail à plein temps est difficile en terme d'aptitude médicale ; 2) poste actuel à mi-temps thérapeutique de « secrétariat » sous tutorat mais il n'est pas encore budgétisé de façon pérenne.

Propositions : 1) Redynamisation Comportementale et Cognitive de mai à juin 2009 et remise à niveau en informatique -> audit de son poste de travail avec un psychoergonome + coaching trois fois par mois (formation à l'usage de Word\*, Excel\* + exercices pratiques de mise en situation et 2 entretiens ; 2) Ateliers d'affirmation de soi ; 3) trois rendez-vous avec la psychologue sur 6 mois et bilan global en janvier 2010 ; 4) Mise en valeur du tutorat interne (1 heure/J que Mme M. consacre à Mme F. avec recherche d'un financement de compensation par l'Agefiph).

### **IV.3 Examen clinique du 30/06/09**

**IV.3.1 Signes généraux :** Taille = 1,69 m ; Poids = 108 Kg en juin 2009 (79 Kg en 10/2005 ; 83 Kg en 12/2005 et 02/2006; 89 Kg en 10/2006 ; 97 Kg en 04/2007 ; 99 Kg en 07/2007 ; 101 Kg en 07/2008)

#### **IV.3.2 Signes fonctionnels :**

-Neuro-psychiatrie : se sent très fatiguée l'après-midi (effet du traitement ?) ; pas de trouble du sommeil (dort de 21h à 6h45 et sieste de 15h à 17h, soit dort plus de 9 h/nuit) mais gênée par la chaleur en ce moment ; est satisfaite de son poste de travail aménagé (fait des classements de documents administratifs) mais elle s'inquiète au niveau financier si elle reprend un poste de travail à temps partiel et qu'elle ne sera plus à mi-temps thérapeutique => explication sur le montage financier que va tenter de faire par Mme S. (chargée de mission au Sameth) avec les certificats médicaux des médecins psychiatre et du travail et l'accord de son entreprise, soit « pension d'invalidité » si accord du médecin conseil + salaire à temps partiel dans un poste aménagé + mutuelle de son entreprise. La recherche et le diagnostic différentiel entre la dépression et les états limites n'est pas contributive (36).

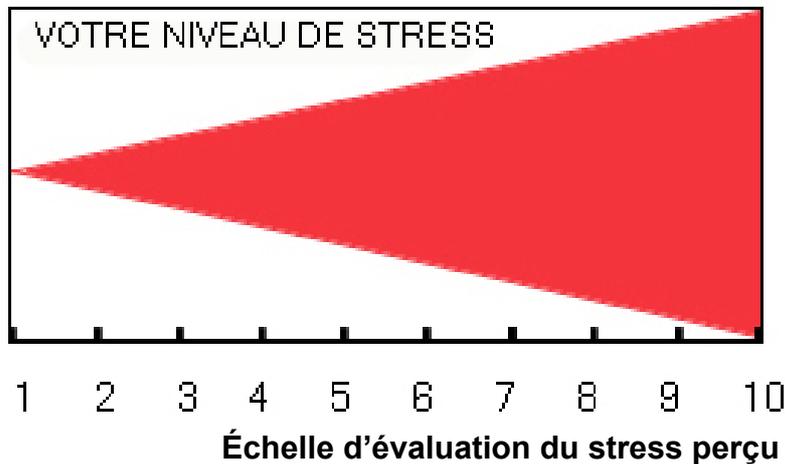
A l'IB-Stress (11), elle déclare un niveau du stress perçu de 3 (cf. fig. 5 et 6).

L'intervention brève d'évaluation du stress perçu (ou IB-Stress) comporte trois questions (cf. fig. 5 et 6). Son utilisation nécessite moins de 5 minutes. Il permet des comparaisons intra-individuelles au décours temporel (comparaison et suivi de l'évolution des valeurs données au cours des entretiens et/ou autres consultations médico-professionnelles par exemple) et interindividuelles au niveau temporo-spatial (comparaison des valeurs données entre les salariés d'un même service ou comparaison entre les différents services ou branches d'activités...) et elles sont associées à un suivi au cours du temps).

### 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 de stress perçu et 10 étant le niveau maximal de stress perçu) ?

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
---------------------	--------------------

Fig. 5. Intervention brève d'évaluation du stress perçu (IB-Stress).

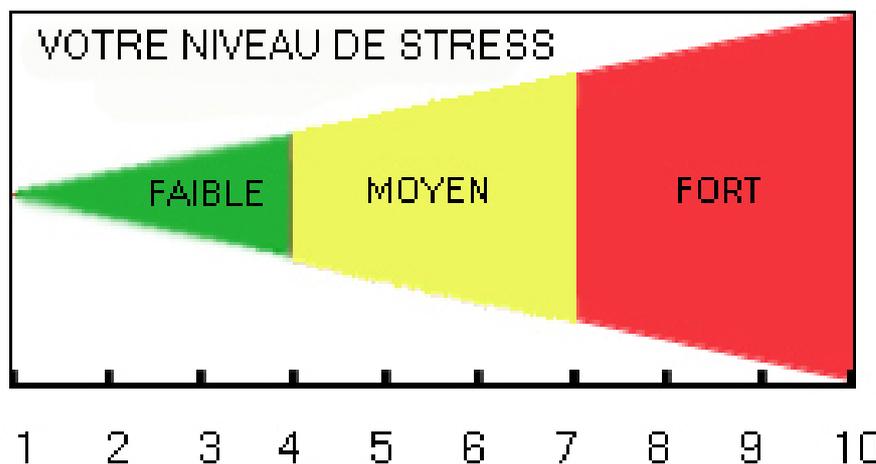


Figure 6. Echelle d'interprétation du niveau de stress perçu.

Les personnes qui se disent « non ou peu stressées » déclarent habituellement un faible niveau de stress perçu (1 à 4), alors que les personnes s'autoproclamant « anxieuses de nature

» déclarent souvent au minimum un niveau moyen de stress perçu (5 à 7). Un fort niveau de stress perçu (8 à 10) déclaré par le salarié doit alerter le préventeur et des investigations plus approfondies sont à discuter au cas par cas. Des tests mentaux et autres protocoles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie existent abondamment dans la littérature (37 ; 38). Une classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise est également proposée par certains auteurs (39).

- Digestif : ne prend plus qu'un repas par jour, le soir (régime et chaleur) mais repas déséquilibré avec beaucoup de grignotages le soir en regardant la télévision.
- Pas d'autres doléances à part une hypoacousie malgré l'appareillage (une demande de renouvellement du financement Agefiph pour un nouvel appareillage vient d'être fait).

#### **IV.3.3 Signes physiques :**

- Cardiovasculaire : TA = 110 / 90 mmHg ; fréquence cardiaque = 72 bpm.
- Dermatologie : n'a plus de signes de scarifications sur ses deux avant-bras et ne déclarent pas d'autres endroits corporels où il y a des signes autoagressifs.
- Psychosomatique : pas de signes/symptômes patentes actuellement (10 ; 40 ; 41 ; 42 ; 43 ; 44 ; 45).

Conclusion indiquée sur la fiche de la visite médicale du 30/06/2009 pour un poste occupé au « Service administratif » : « *Apte à un poste aménagé (port de prothèse auditive adaptée notamment). Apte au mi-temps thérapeutique. A revoir le 21/07/09.* »

## V. CONCLUSION

Les situations de travail avec un niveau de stress perçu élevé sont déclarées par un nombre important de salariés. Ces données sont habituellement retrouvées dans les grandes enquêtes actuelles (8 ; 9 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49). Les risques psychosociaux et les phénomènes de violence au travail sont des facteurs de risques 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 (6 ; 8 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53). Les suicides liés à l'activité professionnelle ne font pas qu'engendrer l'émotion dans l'entreprise, ils entraînent des conséquences juridiques graves (54 ; 55). Leur éventualité nécessite la mise en place d'une politique efficace de prévention.

En terme de prévention des risques professionnels, les partenaires sociaux européens ont conclu le 8 octobre 2004, un accord-cadre sur le stress lié au travail. L'accord national interprofessionnel signé le 2 juillet 2008 entre les partenaires sociaux sur le stress au travail transpose l'accord européen en droit français et de prendre en compte les évolutions de la société sur ce sujet (56). Cet accord engage la responsabilité des parties concernées.

La prévention des tentatives de suicide et/ou du suicide en lien avec le travail ou non, est un enjeu de santé publique (57) tout autant que les troubles du sommeil (58), un de symptômes présents lors des situations de stress chronique (10), un facteur de risque de dépression et donc de suicide. Les situations de handicap (59 ; 60) majorent le niveau de détresse des salariés concernés et leur insertion et/ou maintien dans l'emploi (61) est un enjeu sociétal et le volet social des politiques des entreprises en faveur du développement durable.

Le repérage d'une crise suicidaire au travail 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. Certains types d'organisations du travail peuvent impacter sur la santé-

sécurité au travail de certains salariés (62 ; 63 ; 64). La démarche de prévention des risques psychosociaux via une approche collective est donc essentielle. Cependant elle est complémentaire de la démarche centrée sur l'individu illustrée par le cas clinique rapporté dans ce mémoire. La prise en charge d'une tentative de suicide au travail d'une salariée handicapée en situation de stress élevé, illustre l'intérêt du travail en réseau pluridisciplinaire centré sur les besoins spécifiques des parties concernées. Cependant, au nom de la pluridisciplinarité, des intervenants aux statuts, parcours, formations initiales et missions disparates, sont recrutés par les employeurs qui président les services de santé au travail (65). Ces intervenants n'ont pas les barrières qui sont celles que les médecins du travail tiennent de la loi (secret médical et de fabrique, indépendance, statut protégé, code de déontologie de façon plus générale) (65). Une charte ou une accréditation garantissant du sérieux et de la compétence de leurs acteurs et surtout de leur indépendance réelle et de leur éthique, seraient une attente légitime des médecins du travail et des salariés (66). Il est essentiel que le médecin du travail reste le pivot autour duquel s'articule l'équipe pluridisciplinaire comme l'a récemment rappelé le professeur Paul Frimat le 2 avril 2009 aux « Journées de la Prévention » organisées les 2 et 3 avril 2009 par l'INPES à Paris : « Il ne faut pas que les services de santé au travail séparent l'activité médicale et les actions de prévention. (67) »

Le cas clinique relaté dans ce mémoire est exemplaire. Tous les intervenants, professionnels de santé ou non, par leur professionnalisme, ont contribué dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire, à œuvrer vers une solution durable pour l'ensemble des parties concernées. Une démarche de prévention globale (primaire, secondaire et tertiaire), pluridisciplinaire et transversale, avec en perspective la préservation d'une santé durable au travail au fil de l'âge dans un environnement favorable à la santé, est donc fondamentale (68).

## VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Minois G (1995). Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire, Paris, Fayard.
2. Bachelot-Naquin R (2008) - Intervention de Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. In : 12<sup>ème</sup> Journées Nationales pour la Prévention du Suicide, Paris, le 5 février 2008 ([www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)).
3. Inserm. - Connaissance des décès par suicide (2008. In : Inserm –Instituts thématiques. Autopsie psychologique – Mise en oeuvre et démarches associées, 1-5, Paris, Les éditions Inserm, Paris (Expertise opérationnelle). (<http://ist.inserm.fr/basisrapports/autopsie.htm>)
4. Jouglu E (2008) – Caractéristiques des décès par suicide (évolutions dans le temps, comparaisons internationales, intérêt et limites des données). In : Journée organisée par la Société Franco-Algérienne de Psychiatrie « Le suicide : Modèles physiopathologiques et thérapeutiques » – Paris, 24 octobre 2008 ([www.sfapsy.com/HEGP-2008/HEGP-2008.htm](http://www.sfapsy.com/HEGP-2008/HEGP-2008.htm))
5. Drees (2008). Suicides. In : Drees. L'état de santé de la population en France –Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, 228-229, Paris (Rapport Drees 2007). ([www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop20076.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop20076.htm))
6. Debout M. (1993). Le suicide. Rapport au Conseil économique et social, Paris, n° 4227.
7. Gournay M., Laniece F., Kryvenac I. (2003). Étude des suicides liés au travail en basse-normandie. SMSTN. ([www.federationsantetravail.org/publications/m28SuicideTravail.html](http://www.federationsantetravail.org/publications/m28SuicideTravail.html))
8. Facy F. (2009). Environnement professionnel et suicide. In : Colloque INMA «Risque psychosocial au travail – Des enjeux à la prise en charge » : Tours, 23 janvier 2009.
9. Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail – Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. *Documents pour le Médecin du Travail*, 115, 389-398. ([www.dmt-prevention.fr](http://www.dmt-prevention.fr))

10. Thurin J.-M., Baumann N. (2003) (sous la direction). Stress, pathologies et immunité. Paris, Médecine-Sciences Flammarion (formation permanente).
11. Phan Chan The E. (2008) Intervention brève d'évaluation du stress perçu : IB-Stress. *Préventique Sécurité*, 99, 88-92.
12. Eurogip (2004). Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? Paris, Eurogip (Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles). ([www.eurogip.fr/fr](http://www.eurogip.fr/fr))
13. Cuerq A., Païta M., Ricordeau P. (2008). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repère (Cnamts)*, 16, 1-8. ([www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_\\_16.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__16.pdf))
14. Site du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la famille, de la Solidarité et de la Ville : Rubrique « Handicap » ([www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/handicap](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/handicap))
15. INRS (2009). Handicap et travail. *Les dossiers web de l'INRS*, dernière mise à jour : 04/06/2009. (Dossiers web / [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr))
16. Phan Chan The E (2008). Repérage de la crise suicidaire et prévention du suicide au travail. *Préventique Sécurité*, 101, 84-88. ([www.preventique.org/edition](http://www.preventique.org/edition))
17. Durkheim E. (1897) (introduction de Serge Paugam, édition 2007). Le suicide. Paris, PUF (Quadrige – Grands textes).
18. Chappert J.-L. et al. (2003). Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes déterminées quant à l'intention. Paris, CépiDc Inserm – Drees (Séries Études – Document de travail).
19. Lecomte D. et al. (1994). Les suicides en Ile-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans, *BEH*, 2, 5-6.
20. Morasz L., Danet F. (2008). Comprendre et soigner la crise suicidaire. Paris, Dunod (Psychothérapies).

21. Shea C.S. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, USA / trad. par Pranal G. *Évaluation du potentiel suicidaire – Comment intervenir pour prévenir*. Terra J.-L., Seguin M. (sous la coordination scientifique). Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, 2008.
22. Halbwachs M. (2002). *Les causes du suicide*. Paris, PUF (Le lien social).
23. Debout M. (2002) *La France du suicide*. Paris, Stock.
24. Fédération Française de Psychiatrie (2001). *La crise suicidaire – Reconnaître et prendre en charge*. Montrouge, John Libbey Eurotext (Conférence de consensus : Paris, 19 et 20 octobre 2000).
25. Lemperière Th. (sous la direction) (2000). *Dépression et suicide*. Paris, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham (Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression).
26. Lejoyeux M. (2004). *Revue bibliographique en Alcoologie*. Lyon, Merck Lipha Santé (Merck Alcoologie).
27. Kandel D.-B., Huang F.-Y., Davies M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Dependence*, 64, 233-241.
28. Stephen E., Gilman E., Abraham H.D. (2001) A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and Dependence*, 63, 277-286.
29. Pegula S. (2004) An analysis of workplace suicides, 1992-2001, *Bureau of Labor Statistics*.
30. Krivochiev M. (2007) *Suicides et tentatives de suicide sur le lieu de travail – A propos de 85 cas chez des salariées*. Thèse de doctorat de médecine, Paris, Université de Paris 6.
31. Laporte L., Debard A. (2008). Risques suicidaires. In : Bachelard O., Billon Grand J., Debard A. & al. *Risques psychosociaux au travail : Vraies questions – Bonnes réponses*, 141-153, Rueil-Malmaison, Éditions Liaisons (Violences, Travail, Environnement).

32. Patterson W., Dohn H., Bird J., Patterson G. (1983) Evaluation of suicidal persons : The SAD PERSONS Scale. *Psychosomatics*, 24, 4.
33. Brandibas J. (2009). Les conduites suicidaires – Reconnaître et prendre en charge. In : D.U. « Prévention et prise en charge des conduites suicidaires », Université de Paris 8.
34. Thurin M., Thurin J.-M. (2007). Les questions éthiques et de consentement. In : Thurin J.-M., Thurin M. *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, 215-227, Paris, Dunod, (Psychothérapies).
35. CNOM. (2008). Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux. Paris, 24 octobre 2008 ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr))
36. Bergeret J. (1998, réimpression 2008). *La dépression et les états limites – Points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Paris, Éditions Payot et Rivages (Sciences de l’homme Payot).
37. Bouvard M., Cottraux J. (2008). *Protocoles et échelles d’évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS (Pratiques en psychothérapie).
38. Pichot P. (1999). *Les tests mentaux*. Paris, PUF (Que sais-je ?).
39. Delaunois M. (2001). *Classification des méthodes d’évaluation du stress en entreprise*. Université catholique de Louvain - Faculté de Médecine, École de Santé Publique – Unité Hygiène et Physiologie du Travail, Mémoire soutenue en vue de l’obtention du Diplôme d’Études Spécialisées en Médecine du Travail, Belgique (114 p.).
40. Kipman S.-D., Amslem-Kipman A., Thurin M., Torrente J. (sous la direction de) (2005). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Rueil-Malmaison, Doin – Groupe Liaisons SA.
41. Ferreri M., Ferreri F. (2004). Trouble psychosomatique. *La Revue du Praticien*, 54, 657-664.
42. Dantzer R. (2001). *L’illusion psychosomatique*. Paris, Odile Jacob (Poches Odile Jacob).

43. Kamieniecki H. (1994). Histoire de la psychosomatique. Paris, PUF (Que sais-je ?).
44. Bonfils S. (1993). Impertinence psychosomatique. Montrouge, John Libbey Eurotext (Sélection Médecine / Sciences).
45. Alexander F. (1950). Psychosomatic medicine, New-York, W.W. Norton and Co, Inc., / trad. franç. par Horinson S., Stern E. (+ un chapitre supplémentaire de Benedick T.). La médecine psychosomatique, Paris, Éditions Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot).
46. Nasse P., Légeron P. (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité le mercredi 12 mars 2008).
47. Estry-Béhar M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes, Presses de l'EHESP.
48. Légeron P. (2006). Le stress au travail. Paris, Odile Jacob (Odile Jacob Poches).
49. Méreau M.-A., Fantoni S. (2009). Risques psychosociaux et stress au travail. ISTNF, fiche pratique.
50. Facy F. (2009). Suicide et comorbidités. In : D.U. « Prévention et prise en charge des conduites suicidaires », Université de Paris 8.
51. Alfest (2004). La violence au travail. *Revue francophone du stress et du trauma*, 4 (3), 133-236.
52. Sass C., Moulin J.-J., Guéguen R. et al. (2006). Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH*, 14, 93-96 ([www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh\\_14\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf))
53. Tursz A. (2006). Violence et santé – Rapport préparatoire au plan national. Paris, la documentation Française (Collection des rapports officiels).

54. Caron V., Delassault X., Richon J.-P., Strebelle-Beccaert G. (2009). Risque suicidaire : enjeux et responsabilités. *Les Cahiers du DRH*, 152, 15-23.
55. Dequiret J., Fantoni S. (2008). La responsabilité de l'employeur en raison du suicide du salarié. ISTNF, Point Jurisprudence ([www.istnf.fr/\\_admin/Repertoire/Fichier/2008/14-080911100837.pdf](http://www.istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2008/14-080911100837.pdf))
56. Dequiret J., Fantoni S. (2008). L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail. ISTNF, Actualité Juridique (Le point sur). ([www.istnf.fr/\\_admin/Repertoire/Fichier/2008/14-081127100340.pdf](http://www.istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2008/14-081127100340.pdf))
57. Haut Comité de la Santé Publique (2003). La prévention du suicide. In : Actualités et dossier en santé publique, Paris, la documentation Française, 45, 19-62.
58. Institut du Sommeil et de la Vigilance (2005). Sommeil : un enjeu de santé publique. Monaco, Alpen Éditions.
59. Geder (2003). Situations de handicap – Quelles pratiques pour quelles interventions ? Toulouse, Octarès Éditions (Collection Colloques).
60. Ait-Ali B., Lesieur G. (2008). Guide pratique pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques. Toulouse, Octarès Éditions (Guide Pratique).
61. Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (2007). Guide pratique : L'emploi des personnes handicapées. Paris, la documentation Française (Les indispensables).
62. Thévenet M., Dejoux C., Marbot É., Bender A.-F. (2007). Fonctions RH – Politiques, métiers et outils des ressources humaines. Paris, Pearson Education France.
63. Gaulejac de V. (2005). La société malade de la gestion. Paris, Éditions du Seuil (Économie humaine).
64. Askenasy P. (2004). Les désordres du travail – Enquête sur le nouveau productivisme. Paris, Éditions du Seuil et la République des Idées.
65. Rapilly B. (2009). L'avenir de la médecine du travail. *Préventique Sécurité*, 106, 72-73.

66. Ley F.-X. (2009). L'ordre des médecins et les risques psychosociaux. *Préventique Sécurité*, 105, 82-83.
67. Frimat P. (2009). « Santé au travail et promotion de la santé : quelles stratégies ? » Introduction à la session n°6 consacrée à la santé en entreprises lors des « Journées de la prévention » organisées par l'INPES à Paris, le 2 avril 2009 ([www.istnf.fr/\\_admin/Repertoire/Fichier/2009/12-090418092910.pdf](http://www.istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2009/12-090418092910.pdf))
68. Phan Chan The E. (2009). Développement durable et santé au travail (2 numéros). *Préventique Sécurité*, 107 - 108, (sous presse).

# RÉSUMÉ

La prévention des tentatives de suicide et/ou du suicide est un enjeu de santé publique qu'il soit en lien avec le travail ou non. Comme les autres sciences humaines, la « suicidologie » est pluridisciplinaire, sa démarche de prévention l'est également. Le repérage d'une crise suicidaire au travail est un angle d'attaque du problème des suicides en général très intéressant et à mieux valoriser. La prévention des risques psychosociaux en général et de celle du stress professionnel en particulier sont devenues une priorité pour les partenaires sociaux. L'insertion ou le maintien en milieu professionnel des travailleurs handicapés est devenu un enjeu sociétal et une responsabilité sociale des entreprises en faveur du développement durable. La prise en charge d'une tentative de suicide au travail d'une salariée handicapée en situation de stress élevé, illustre l'intérêt du travail en réseau pluridisciplinaire autour du médecin du travail. Une démarche de prévention globale (1<sup>aire</sup>, 2<sup>aire</sup> et 3<sup>aire</sup>) est pertinente pour promouvoir une santé durable au travail pour chaque salarié en général et de celle du travailleur handicapé en particulier.

Mots clés : *crise suicidaire, pluridisciplinarité, prévention, risques psychosociaux, santé durable, stress professionnel, tentative de suicide au travail, travailleur handicapé*

# SUMMARY

## **Marks and prospects of the prevention and taking care of a suicide attempt at work of a handicapped salaried employee under a high level of stress.**

The prevention of suicide attempts and/or suicide is a public health challenge, whether it is related to work or not. As well as other Human Sciences, the « suicidologie » is multidisciplinary, and so is its prevention process. The detection of a suicidal crisis at work is a very interesting angle of attack for the suicide problem in general and has to be enhanced.

The prevention of psychosocial risks in general and the prevention of occupational stress in particular have become a priority for the social partners. Integrating or keeping handicapped workers in an occupational environment has become a society challenge and a corporate social responsibility in favor of sustainable development. The taking care of a suicide attempt at work of a handicapped salaried employee under a high level of stress illustrates the value of work in a pluridisciplinary network around the occupational physician. A global prevention approach is relevant to promote a durable/ sustainable health at work for each salaried employee in general and for the handicapped worker in particular.

Keywords : *suicidal crisis, pluridisciplinarity, prevention, psychosocial risks, durable/ sustainable health, occupational stress, suicide attempt at work, handicapped worker*