

Liste des abréviations

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales

- 1.1. Catégories socioprofessionnelles et expériences professionnelles
- 1.2. Formation sur la prévention du suicide
- 1.3. Connaissance de l'évaluation du Risque, de l'Urgence et de la Dangereuseté
- 1.4. Parler du suicide
- 1.5. Tentative de suicide ou suicide au cours des cinq dernières années

2. Perception du suicide

3. Suivis des recommandations de la HAS

- 3.1. Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique
- 3.2. Evaluation du degré d'intentionnalité
- 3.3. Evaluation de l'impulsivité
- 3.4. Evaluation des éventuels éléments précipitants
- 3.5. Evaluation des moyens létaux
- 3.6. Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche
- 3.7. La prise en charge d'un patient ayant des idées suicidaires

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Les équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail peuvent être confrontées à des salariés en crise suicidaire. Le travail peut être protecteur mais aussi un facteur de décompensation de la santé mentale et physique. Certaines professions ont accès à des moyens létaux, ce qui peut favoriser le passage à l'acte. Face au risque suicidaire, nous avons cherché dans ce travail à savoir si les équipes pluridisciplinaires en santé au travail s'estiment suffisamment formées et si elles suivent les recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS).

Une étude descriptive quantitative et multicentrique sur trois services de santé au travail des Pays de la Loire a été réalisée. Un recueil d'informations (caractéristiques générales, formations, idées reçues, évaluation de la crise suicidaire et prise en charge) par questionnaire a été effectué. Pour l'évaluation de la crise suicidaire, ce questionnaire a été basé sur les recommandations HAS.

Trois cent trente-deux personnes (médecins du travail, collaborateurs, internes et infirmiers) ont été interrogées, cent trente-quatre ont été incluses soit 40.36% de l'échantillon. 41.04% des personnes de cet échantillon s'estiment « formées » dont environ un tiers estime ne pas l'avoir été initialement. Dans cette étude, les personnes « formées » recherchent plus et de manière significative la symptomatologie suicidaire.

Moins de la moitié des professionnels de santé au travail s'estiment formés. Les personnes estimant avoir reçu une formation sur la prévention du suicide suivent mieux les recommandations de la HAS. Il semble donc nécessaire de former l'ensemble des équipes pluridisciplinaires en santé au travail.

INTRODUCTION

Le suicide en France mais aussi dans le monde est un problème de santé publique majeur.

En France métropolitaine, le nombre de décès par suicide enregistré en 2014 par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm est de 8 885[1]. En 2015, 78 128 patients ont été hospitalisés après une tentative de suicide (TS) et en 2011, le suicide était la 1ère cause de mortalité en France pour les 25-34 ans (20 % du total des décès dans cette tranche d'âge) [1][2]. Beaucoup de ces patients, dans les jours précédant leur tentative ou leur suicide, ont eu une consultation avec un médecin, parfois un psychiatre, sans que le diagnostic de crise suicidaire ne soit porté [3]. Cette crise étant un état réversible, temporaire, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, il est possible d'intervenir pour éviter le passage à l'acte [3]. Il est donc important de savoir identifier une crise suicidaire afin de créer un espace de prévention et d'intervention [3].

Dans l'ouvrage de référence de l'Association américaine de psychiatrie, le suicide est fortement lié à la dépression et les idées suicidaires sont un des critères diagnostiques d'un trouble dépressif caractérisé [4].

D'après le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, « les problèmes de santé mentale, dont l'anxiété et la dépression constituent l'essentiel des troubles pour les populations au travail, ont, par leurs prévalences, un poids substantiel en terme de morbidité » [5]. On sait aussi que dans le cadre de la crise suicidaire, le travail peut être protecteur mais aussi un facteur de décompensation de la santé mentale et physique [6]. En effet, plus de 5 % des appels à SOS amitiés, par les 15-25 ans en 2014, évoque la souffrance au travail comme cause de souffrance [7]. La question du lien entre

suicide et travail a aussi été posée lors de la vague médiatisée de suicides sur le site de Renault à Guyancourt en 2006 et 2007 et puis à France Télécom [8]. Il a été montré que l'accès aux moyens létaux dans certains métiers (armes, drogues) peut être un facteur de risque spécifique au travail comme chez les policiers, les militaires, et le personnel médical [9][10]. Ainsi durant les différentes visites en santé au travail, les équipes pluridisciplinaires des services de la santé au travail (médecins du travail, médecins collaborateurs, internes en médecine du travail et infirmier.ières en santé au travail) sont amenées à voir des salariés en crise suicidaire du fait ou non de leur travail.

En 2000, la Haute autorité de Santé (HAS) a recommandé de reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire [3]. Elle recommande d'en apprécier la dangerosité et l'urgence en explorant six éléments : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, les éléments précipitants, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche [3].

Nous avons donc cherché dans ce travail à savoir si les équipes pluridisciplinaires de santé au travail s'estiment « formées ». De plus, nous voulions savoir si les recommandations de la HAS étaient connues et suivies par les équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail.

MÉTHODES

Afin de réaliser cette étude transversale, quantitative et multicentrique, nous avons effectué le recrutement auprès des équipes pluridisciplinaires de trois services de santé au travail (Santé au travail 72, Service Médical Interentreprises de l'Anjou, Santé Travail Cholet Saumur). Les équipes pluridisciplinaires sont composées par des médecins du travail, des infirmiers en santé au travail et infirmières en santé au travail (IDEST), des internes de médecine du travail et des médecins collaborateurs en santé au travail. Nous avons aussi recruté auprès des inscrits à la formation diplômes Interuniversitaires (DIU) Pratiques Médicales en Santé au Travail - diplôme d'études spécialisées (DES) Santé au Travail en 2017-2018. La formation est suivie par les internes de médecine du travail et par les médecins collaborateurs. Elle est commune au Grand Ouest (Angers, Brest, Nantes, Rennes)

Le recueil des informations a été réalisé par questionnaire anonyme en ligne avec l'outil Limesurvey mis à disposition des étudiants par l'Université d'Angers [Annexe 1]. Le questionnaire en ligne a été envoyé par mail aux directeurs des services de santé au travail. Il a aussi été envoyé aux référents des internes et des médecins collaborateurs du Grand-Ouest. Nous leur avons demandé de transmettre le mail à l'ensemble des équipes pluridisciplinaires et à ceux inscrits à la formation en 2017-2018. Nous avons envoyé trois mails espacés de deux semaines du 12 avril 2018 au 1 er juin 2018. Lors de l'envoi du dernier, il a été proposé la possibilité de répondre par écrit (questionnaire sous forme Word joint au mail). Le questionnaire a été construit en quatre parties. La première partie correspondait aux caractéristiques personnelles (âge, sexe, profession, formation sur la prévention du suicide, cas de salariés ayant fait une tentative de suicide ou un suicide). La deuxième partie évaluait la perception du suicide. La troisième partie concernait l'évaluation du risque suicidaire selon les recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS) : c'est-

à-dire les réponses sur l'évaluation de l'intensité de la souffrance psychique, du degré d'intentionnalité, de l'impulsivité, des éventuels éléments précipitants, des moyens létaux et de la qualité du soutien de l'entourage proche. Enfin, la quatrième partie s'intéressait à une évaluation de la prise en charge d'un salarié suicidaire. Nous avons décidé que les réponses « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord », pour la partie perception du suicide, correspondait à un désaccord avec les différentes affirmations. Les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord » correspondaient à un accord avec les différentes affirmations. De même, pour la partie évaluation du risque suicidaire, les réponses « jamais » et « parfois » étaient considérées comme le fait de ne pas suivre les recommandations de la HAS. Enfin les réponses « souvent » et « toujours » étaient considérées comme le fait de suivre ces recommandations.

Le comité d'éthique du Centre Hospitalier d'Angers a examiné l'étude le 21 mars 2018 et a émis un avis favorable [Annexe 2].

Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Les réponses entre les personnes « formées » et « non formées » à la prévention du suicide ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS avec un test khi-2 et un test exact de Fischer.

RÉSULTATS

La population cible a été de quatre-vingt-onze médecins du travail, soixante-six infirmiers en santé au travail et infirmières en santé au travail, soixante-dix internes de médecine du travail et cent cinq médecins collaborateurs en santé au travail. Au total, trois cent trente-deux personnes ont été interrogées. Il y a eu cent soixante et une réponses (48.5%) dont cent trente-quatre réponses complètes (40.4%) et vingt-sept réponses partielles (8.1%).

Pour réaliser l'analyse, nous avons seulement inclus les réponses complètes (Figure 1).

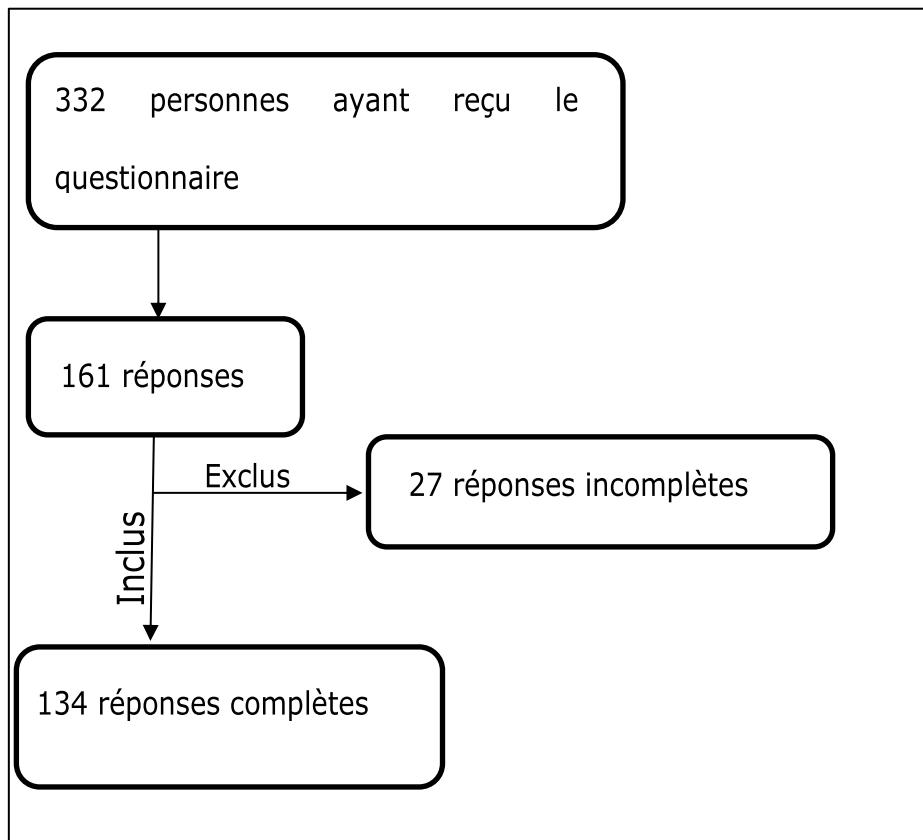


Figure 1 : Diagramme de flux (n)

1. Caractéristiques générales

1.1. Catégories socioprofessionnelles et expériences professionnelles

Au total, parmi les cent trente-quatre réponses, quarante infirmiers et infirmières, dix-huit internes en médecine du travail, quarante-deux médecins collaborateurs et trente-quatre médecins du travail ont répondu (Tableau I).

Tableau I : Catégories socioprofessionnelles et moyenne d'âge (années).

Catégorie	Age (années)		
	Moyenne	Minimum	Maximum
Infirmier	39,8	27	52
Interne	31,22	26	50
Collaborateur	49,1	34	64
Medecin du travail	51,82	28	67
Total	44,49	26	67

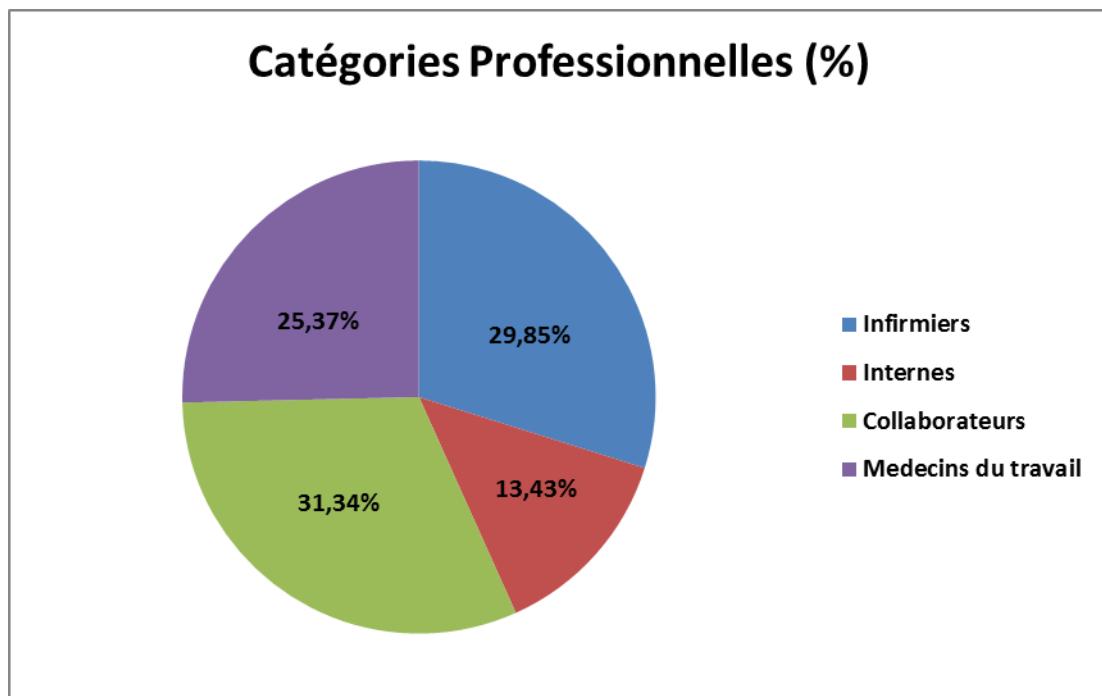


Figure 2 : Graphique en secteur des catégories professionnelles (%)

Trente-sept soignants ont moins de cinq années d'exercice au total et quatre-vingt-dix-sept soignants ont plus de cinq années d'exercice au total. A l'inverse, quatre-vingt-huit soignants

ont moins de cinq ans d'exercice dans la spécialité santé au travail et quarante-six soignants ont plus de cinq ans d'expérience en santé au travail (Figure 3).

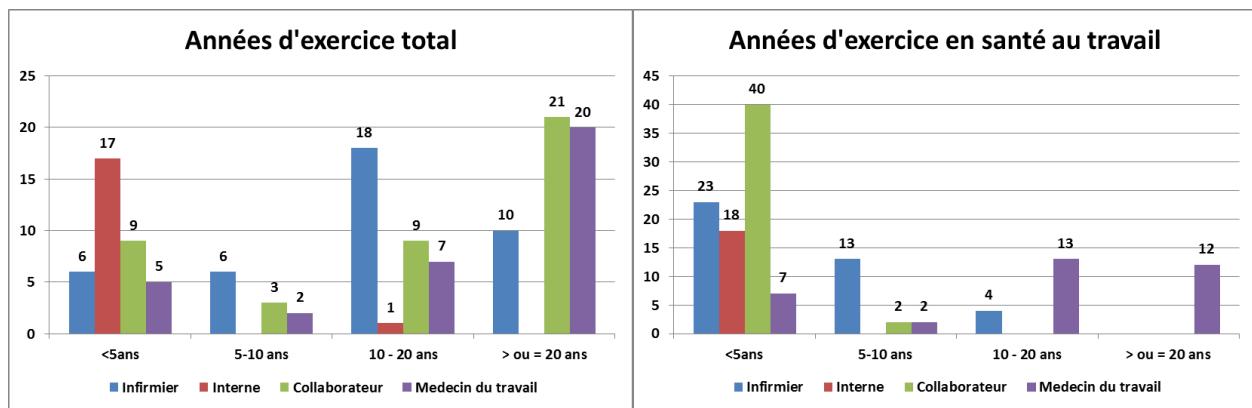


Figure 3 : Histogrammes en fonction des années d'exercices totales et en santé au travail par profession (n)

1.2. Formation sur la prévention du suicide

Le type et la forme de formation sur la prévention du suicide n'étaient pas détaillés. Nous cherchions à savoir si les personnes interrogées pensent être « formées » à la prévention du suicide. Seulement vingt et une personnes sur cent trente-quatre estiment avoir reçu une formation sur la prévention du suicide lors de leur formation initiale en santé au travail. Au total, seulement cinquante-cinq personnes sur cent trente-quatre s'estiment « formées » à la prévention du suicide initialement ou au cours de leur carrière (Tableau II et Figure 4).

Tableau II : Formations sur la prévention du suicide selon la catégorie socioprofessionnelle

Formation prévention suicide:			
Estimez vous être formé :		Non n (%)	Oui n (%)
Infirmier	Lors de la formation initiale en santé au travail	34 (85,00)	6 (15,00)
	Autres formations	28 (70,00)	12 (30,00)
	Toutes formations confondues	25 (62,50)	15 (37,50)
Interne	Lors de la formation initiale en santé au travail	12 (66,67)	6 (33,33)
	Autres formations	13 (72,22)	5 (27,78)
	Toutes formations confondues	9 (50,00)	9 (50,00)
Collaborateur	Lors de la formation initiale en santé au travail	38 (90,48)	4 (9,52)
	Autres formations	19 (45,24)	23 (54,76)
	Toutes formations confondues	18 (42,86)	24 (57,14)
Médecin du travail	Lors de la formation initiale en santé au travail	29 (85,29)	5 (17,71)
	Autres formations	28 (82,35)	6 (17,65)
	Toutes formations confondues	27 (79,41)	7 (20,59)
Total	Lors de la formation initiale en santé au travail	113 (84,33)	21 (15,67)
	Autres formations	88 (65,67)	46 (34,33)
	Toutes formations confondues	79 (58,96)	55 (41,04)

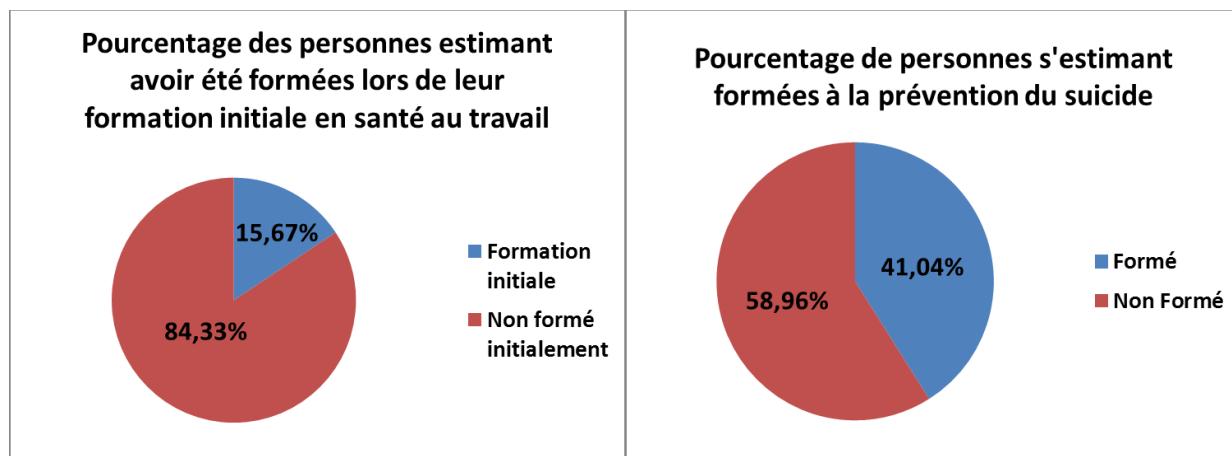


Figure 4 : Graphiques en secteur de la formation sur la prévention du suicide (%)

1.3. Connaissance de l'évaluation du Risque, de l'Urgence et de la Dangerosité

Sur les cent trente-quatre personnes incluses, quarante personnes connaissaient l'évaluation par le Risque, de l'Urgence et de la Dangerosité (RUD). Il existe une différence significative entre les personnes « formées » et celles « non formées » à la prévention du suicide ($p<0.002$) (Tableau III). 45% des personnes se disant « formées » connaissent le RUD versus 19% des personnes s'estimant « non formées » (Figure 5).

Tableau III : Connaissance de l'évaluation du Risque, de l'Urgence et de la Dangerosité (R.U.D)

Recommandations de la HAS :			
Connaissez-vous le RUD (Risque – Urgence – Dangerosité) ?	Non n (%)	Oui n (%)	<i>p</i>
Formé à la prévention du suicide	30 (54,55)	25 (45,45)	0,002
Non formé à la prévention du suicide	64 (81,01)	15 (18,99)	
Total	94 (70,15)	40 (29,85)	

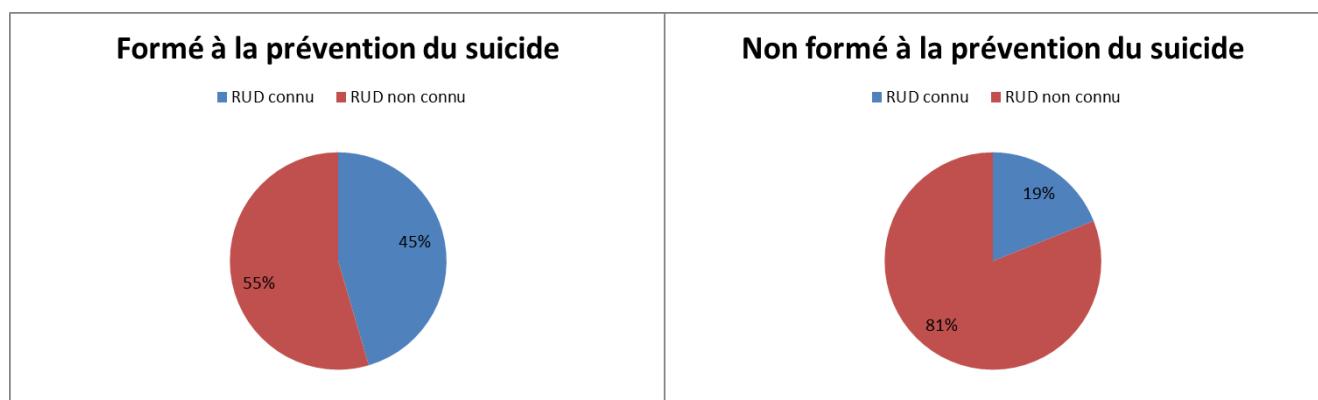


Figure 5 : Graphiques en secteur de la connaissance du RUD selon la formation sur la prévention du suicide (%).

1.4. Parler du suicide

A la question « avez-vous des difficultés à parler du suicide ? », dix-sept personnes ont répondu oui sur cent trente-quatre. Il n'y a pas de différence significative entre celles

« formées » et celles « non formées » à la prévention du suicide (Tableau IV). Parmi ceux « formés », ils évoquent des difficultés en lien avec leur propre situation familiale ou le fait d'être mal à l'aise sur ce sujet. Parmi ceux « non formés », ils rapportent leurs difficultés à parler du suicide par manque de formation, par difficulté à aborder un sujet considéré comme tabou et par la spécificité de la relation salarié-santé au travail (visite imposée).

Tableau IV : Les difficultés à parler du suicide selon que le professionnel s'estime « formé » ou « non » sur la prévention du suicide.

Avez-vous des difficultés à parler du suicide ?	Non n (%)	Oui n (%)	p
Formé à la prévention du suicide	51 (92,73)	4 (7,27)	0,186
Non formé à la prévention du suicide	66 (83,54)	13 (16,46)	
Total	117 (87,31)	17 (12,69)	

1.5. Tentative de suicide ou suicide au cours des cinq dernières années

54.5% des répondants disent avoir été confrontés à un ou des cas de tentatives de suicide au cours des cinq dernières années. Parmi eux, 65.8% estiment que la tentative de suicide était liée à une souffrance au travail.

Il y a eu 26.1% de personnes confrontées à un ou des cas de suicide au cours des cinq dernières années. Ils estiment que parmi ces cas de suicide la moitié était liée à une souffrance au travail (Figure 6).

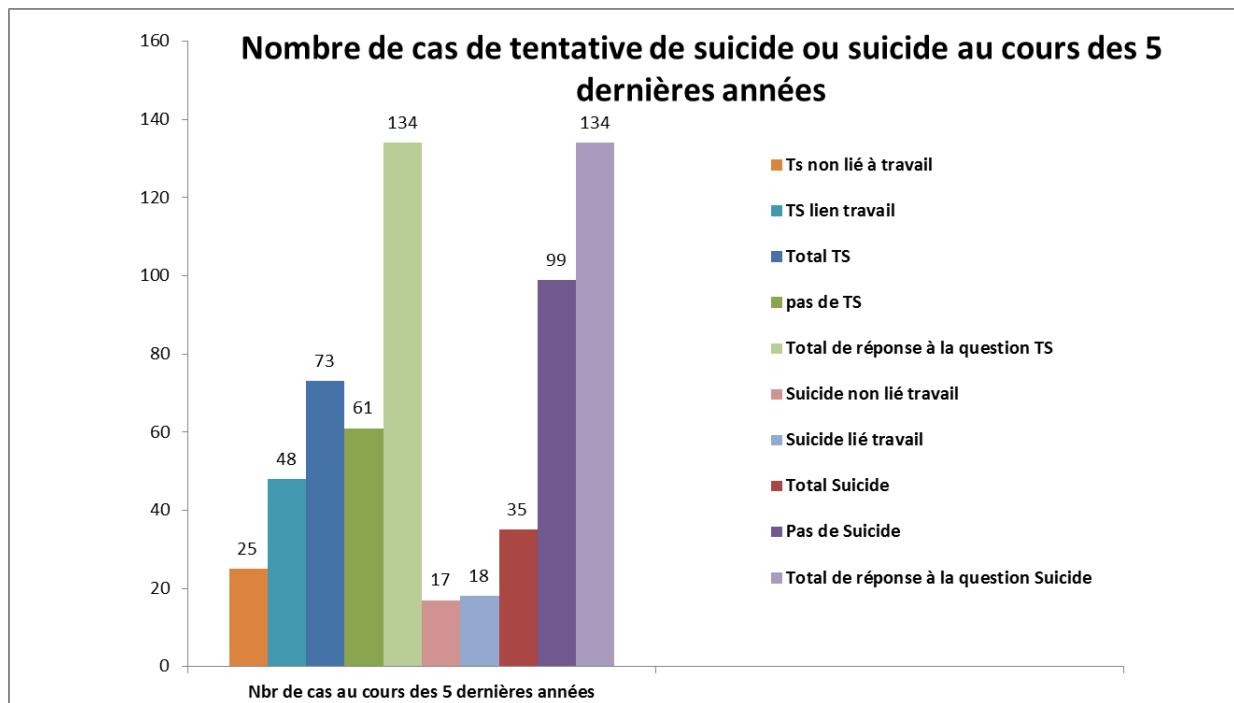


Figure 6 : Histogramme du nombre de cas de tentative de suicide ou suicide vu en santé au travail au cours des 5 dernières années.

2. Perception du suicide

En comparant les réponses des personnes « formées » et de celles « non formées » à la prévention du suicide sur leur perception du suicide, nous n'avions pas de différence significative. En dehors des affirmations suivantes « Pour se suicider il faut être courageux ou lâche » et « Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien », les réponses entre les groupes « formés » et « non formés » sont quasi-identiques. 7.3% des personnes « formées » pensent que « Pour se suicider il faut être courageux ou lâche » versus 17.7% des personnes « non formées ». Et 32.7% des personnes « formées » pensent que « Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien » versus 45.6% des personnes « non formées ». Au total sur les cent trente-quatre répondants, 16.42% pensent que « Le suicide est héréditaire ». Environ 65% des personnes estiment que « Les personnes tentant de se suicider recommenceront ». 43.28% croient que « Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indications sur leurs intentions avant de passer à l'acte. Elles n'en parlent

pas. ». 24.63% des personnes sont d'accord avec l'affirmation que « Les personnes qui parlent d'idées suicidaires et qui menacent de se suicider veulent seulement attirer l'attention ». Pour 28.36% des interrogés « Le geste suicidaire résulte bien d'un choix ». A l'affirmation « Pour se suicider il faut être courageux ou lâche », 13.43% personnes répondent positivement. 4.48 % des sondés estiment que « Parler de suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire ». Seulement, 1.49% des réponses montrent un accord avec le fait de dire « Il faut être fou pour vouloir se suicider. ». Pour l'affirmation « Les personnes joviales sont à l'abri du suicide », 6.49% des questionnés le pensent. « La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter » est approuvé par 7.46% des répondants. 33.58% des personnes pensent que « Les antidépresseurs augmentent le risque suicidaire » et 40.30% que « Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien ». « Une personne suicidaire veut réellement mourir. » pour 24.63% des sondés. Il n'y a que 0.75% de réponses en faveur de l'affirmation suivante : « Les personnes suicidaires ont une faible personnalité. ». Pour finir, 7.46% des participants pensent que « Le suicide se produit dans les milieux défavorisés économiquement » (Tableau V).

Tableau V : Perception du suicide

Perception suicide :				
Pensez vous que :		Désaccord n(%)	Accord n(%)	p
Le suicide, c'est héréditaire.	Formé	46 (83,64)	9 (16,36)	1,000
	Non Formé	66 (83,54)	13 (16,46)	
	Total	112 (83,58)	22 (16,42)	
Les personnes tentant de se suicider recommenceront.	Formé	20 (36,36)	35 (63,64)	0,855
	Non Formé	27 (34,18)	52 (65,82)	
	Total	47 (35,07)	87 (64,93)	
Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indications sur leurs intentions avant de passer à l'acte. Elles n'en parlent pas.	Formé	30 (54,55)	25 (45,45)	0,725
	Non Formé	46 (58,23)	33 (41,77)	
	Total	76 (56,72)	58 (43,28)	
Les personnes qui parlent d'idées suicidaires et qui menacent de se suicider veulent seulement attirer l'attention	Formé	42 (76,36)	13 (23,64)	1,000
	Non Formé	59 (74,68)	20 (25,32)	
	Total	101 (75,37)	33 (24,63)	
Le geste suicidaire résulte bien d'un choix.	Formé	40 (72,73)	15 (27,27)	0,848
	Non Formé	56 (70,89)	23 (29,11)	
	Total	96 (71,64)	38 (28,36)	
Pour se suicider il faut être courageux ou lâche.	Formé	51 (92,73)	4 (7,27)	0,121
	Non Formé	65 (82,28)	14 (17,72)	
	Total	116 (86,57)	18 (13,43)	
Parler de suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.	Formé	53 (96,36)	2 (3,64)	1,000
	Non Formé	75 (94,94)	4 (5,06)	
	Total	128 (95,52)	6 (4,48)	
Il faut être fou pour vouloir se suicider.	Formé	54 (98,18)	1 (1,82)	1,000
	Non Formé	78 (98,73)	1 (1,27)	
	Total	132 (98,51)	2 (1,49)	
Les personnes joviales sont à l'abri du suicide.	Formé	51 (92,73)	4 (7,27)	1,000
	Non Formé	74 (93,67)	5 (6,33)	
	Total	125 (93,28)	9 (6,72)	
La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter.	Formé	51 (92,73)	4 (7,27)	1,000
	Non Formé	73 (92,41)	6 (7,59)	
	Total	124 (92,54)	10 (7,46)	
Les antidépresseurs augmentent le risque suicidaire.	Formé	37 (67,27)	18 (32,73)	1,000
	Non Formé	52 (65,82)	27 (34,18)	
	Total	89 (66,42)	45 (33,58)	
Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien.	Formé	37 (67,27)	18 (32,73)	0,155
	Non Formé	43 (54,43)	36 (45,57)	
	Total	80 (27,61)	54 (72,39)	
Une personne suicidaire veut réellement mourir.	Formé	42 (76,36)	13 (23,64)	1,000
	Non Formé	59 (74,68)	20 (25,32)	
	Total	101 (75,37)	33 (24,63)	
Les personnes suicidaires ont une faible personnalité.	Formé	54 (98,18)	1 (1,82)	0,410
	Non Formé	79 (100)	0 (0)	
	Total	133 (99,25)	1 (0,75)	
Le suicide se produit dans les milieux défavorisés économiquement.	Formé	52 (94,55)	3 (5,45)	0,525
	Non Formé	72 (91,14)	7 (8,86)	
	Total	124 (92,54)	10 (7,46)	

3. Suivi des recommandations de la HAS

3.1. Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique

Nous avons comparé les réponses sur l'évaluation de l'intensité de la souffrance psychique entre les personnes « formées » et celles « non formées » à la prévention du suicide. Il existe une différence significative pour la recherche des troubles du sommeil ($p<0.041$) et du désarroi-désespoir ($p<0.029$). Celles « formées » sont plus nombreuses à rechercher ces troubles lorsqu'un patient présente un risque suicidaire. 100% des « formés » recherchent les troubles du sommeil versus 91.14% des « non formés » et 83.64% des « formés » recherchent le désarroi-désespoir versus 65.82% des « non formés ».

Il n'y a pas de différence significative pour les troubles alimentaires (87.27% des « formés » versus 74.68% des « non formés »), le sentiment de culpabilité (72.73% des « formés » versus 64.56% des « non formés »), le repli sur soi (96.36% des « formés » versus 88.61% des « non formés »), mais aussi les troubles de l'estime de soi (83.64% des « formés » versus 75.95% des « non formés »).

Les symptômes suivants, l'asthénie (96.36% des « formés » versus 96.20% des « non formés »), la perte d'intérêt (92.73% des « formés » versus 91.14% des « non formés ») et l'anxiété (96.36% des « formés » versus 96.20% des « non formés »), semblent être recherchées de manière équivalente entre les personnes « formées » et « non formées ». Il n'y a pas de différence significative (Tableau VI).

Tableau VI : Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
Des troubles du sommeil	Formé	0	55 (100)	0,041
	Non Formé	7 (8,86)	72 (91,14)	
	Total	7 (5,22)	127 (94,78)	
Des troubles alimentaires	Formé	7 (12,73)	48 (87,27)	0,084
	Non Formé	20 (25,32)	59 (74,68)	
	Total	27 (20,15)	107 (79,85)	
Une asthénie (fatigue)	Formé	2 (3,64)	53 (96,36)	1,000
	Non Formé	3 (3,8)	76 (96,20)	
	Total	5 (3,73)	129 (96,27)	
Une perte d'intérêt	Formé	4 (7,27)	51 (92,73)	1,000
	Non Formé	7 (8,86)	72 (91,14)	
	Total	11 (8,21)	123 (91,79)	
Un désarroi ou désespoir	Formé	9 (16,36)	46 (83,64)	0,029
	Non Formé	27 (34,18)	52 (65,82)	
	Total	36 (26,87)	98 (73,13)	
Un sentiment de culpabilité	Formé	15 (27,27)	40 (72,73)	0,352
	Non Formé	28 (35,44)	51 (64,56)	
	Total	43 (32,09)	91 (67,91)	
Un repli sur soi / Un isolement social	Formé	2 (3,64)	53 (96,36)	0,199
	Non Formé	9 (11,39)	70 (88,61)	
	Total	11 (8,21)	123 (91,79)	
Une anxiété	Formé	2 (3,64)	53 (96,36)	1,000
	Non Formé	3 (3,8)	76 (96,20)	
	Total	5 (3,73)	129 (96,27)	
Des troubles de l'estime de soi	Formé	9 (16,36)	46 (83,64)	0,388
	Non Formé	19 (24,05)	60 (75,95)	
	Total	28 (20,90)	106 (79,10)	

3.2. Evaluation du degré d'intentionnalité

Dans la partie du questionnaire évaluation du degré d'intentionnalité, les idées suicidaires sont évaluées à 96.36% par les personnes « formées » et à 81.01% par celles « non formées ». Il y a une différence significative ($p<0.008$). La question de savoir quand le patient va passer à l'acte est posé à 76.36% par les personnes « formées » versus 56.96% pour les « non formées » ($p<0.021$). Le plan d'action suicidaire est recherché par 80% des « formés » et par seulement 50.63% des « non formés » ($p<0.001$). La mise en ordre des affaires est peu recherchée, 34.55% des « formés » et 17.72% des « non formés » la recherchent ($p<0.041$). Pour les autres questions, il n'y a pas de différence significative. La fréquence des idées suicidaires est questionnée par 80% des « formés » et 69.62% des « non formés ». 21.82% des « formés » demandent si une lettre a été rédigée contre 13.92% des « non formés ». Les antécédents de troubles psychiatriques sont recherchés par 78.18% des « formés » et par 75.95% des « non formés ». Les évènements de vie négatifs sont définis comme par exemple les pertes parentales précoces, les maltraitances, les abus sexuels, les violences, l'hostilité, l'humiliation, l'injustice, Ceux-ci sont demandés par 83.64% des « formés » et 77.22% des « non formés ». Lorsqu'il s'agit de savoir si le patient recherche ou non de l'aide, 79.75% des « non formés » le font versus 72.73% des « formés » (Tableau VII).

Tableau VII : Evaluation du degré d'intentionnalité.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation du risque suicidaire : (degré d'intentionnalité) :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
Des idées suicidaires	Formé	2 (3,64)	53 (96,36)	0,008
	Non Formé	15 (18,99)	64 (81,01)	
	Total	17 (12,69)	117 (87,31)	
La fréquence de ses idées suicidaires (envahissantes, rumination, ...)	Formé	11 (20,00)	44 (80,00)	0,231
	Non Formé	24 (30,38)	55 (69,62)	
	Total	35 (26,12)	99 (73,88)	
L'intentionnalité du passage à l'acte (quand ?)	Formé	13 (23,64)	42 (76,36)	0,027
	Non Formé	34 (43,04)	45 (56,96)	
	Total	47 (35,07)	87 (64,93)	
Un plan d'action suicidaire (comment et où ?)	Formé	11 (20,00)	44 (80,00)	0,001
	Non Formé	40 (50,63)	39 (49,37)	
	Total	51 (38,06)	83 (61,94)	
Une mise en ordre de ses affaires	Formé	36 (65,45)	19 (34,55)	0,041
	Non Formé	65 (82,28)	14 (17,72)	
	Total	101 (75,37)	33 (24,63)	
La rédaction d'une lettre	Formé	43 (78,18)	12 (21,82)	0,252
	Non Formé	68 (86,08)	11 (13,92)	
	Total	111 (82,84)	23 (17,16)	
Des antécédents de troubles psychiatriques	Formé	12 (21,82)	43 (78,18)	0,837
	Non Formé	19 (24,05)	60 (75,95)	
	Total	31 (23,13)	103 (76,87)	
Une recherche ou non d'aide	Formé	15 (27,27)	40 (72,73)	0,407
	Non Formé	16 (20,25)	63 (79,75)	
	Total	31 (23,13)	103 (76,87)	
Des évènements de vie négatifs	Formé	9 (16,36)	46 (83,64)	0,391
	Non Formé	18 (22,78)	61 (77,22)	
	Total	27 (20,15)	107 (79,85)	

3.3. Evaluation de l'impulsivité

Il existe une différence significative pour la recherche des antécédents personnels ou familiaux de passage à l'acte, de fugues, d'actes violents ou de suicides. En effet, les personnes « formées » les recherchent à 70.91% contre 50.63% pour les « non formées » ($p<0.021$). L'état de panique (63.29% vs 56.36%) et les conduites à risques (mésusage médicamenteux, alcool, drogues,...) (92.41% vs 85.45%) sont plus questionnés par celles « non formées » à la prévention du suicide sans différence significative. A l'inverse, l'instabilité comportementale (69.09% vs 58.23%), l'agitation motrice (58.18% vs 51.90%) et l'impulsivité (65.45% vs 53.16%) sont plus recherchées par celles « formées » sans différence significative.

La tension psychique (73.42% vs 72.73%) et l'irritabilité (74.68% vs 74.55%) sont demandées de manière équivalente entre les personnes « formées » et celles « non formées » (Tableau VIII).

Tableau VIII : Evaluation de l'impulsivité.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation de l'impulsivité :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
Une tension psychique	Formé	15 (27,27)	40 (72,73)	1,000
	Non Formé	21 (26,58)	58 (73,42)	
	Total	36 (26,87)	98 (73,13)	
Une instabilité comportementale	Formé	17 (30,91)	38 (69,09%)	0,211
	Non Formé	33 (41,77)	46 (58,23%)	
	Total	50 (37,31)	84 (62,69%)	
Une agitation motrice	Formé	23 (41,82)	32 (58,18%)	0,487
	Non Formé	38 (48,10)	41 (51,90%)	
	Total	61 (45,52)	73 (54,48%)	
Un état de panique	Formé	24 (43,64)	31 (56,36)	0,474
	Non Formé	29 (36,71)	50 (63,29)	
	Total	53 (39,55)	81 (60,45)	
Des antécédents personnels ou familiaux de passage à l'acte, de fugues, d'actes violents ou de suicides	Formé	16 (29,09)	39 (70,91)	0,021
	Non Formé	39 (49,37)	40 (50,63)	
	Total	55 (41,04)	79 (58,96)	
Une irritabilité	Formé	14 (25,45)	41 (74,55)	1,000
	Non Formé	20 (25,32)	59 (74,68)	
	Total	34 (25,37)	100 (74,63)	
Des conduites à risques (mésusage médicamenteux, alcool, drogues,...)	Formé	8 (14,55)	47 (85,45)	0,253
	Non Formé	6 (7,59)	73 (92,41)	
	Total	14 (10,45)	120 (89,55)	
Une impulsivité	Formé	19 (34,55)	36 (65,45)	0,213
	Non Formé	37 (46,84)	42 (53,16)	
	Total	56 (41,79)	78 (58,21)	

3.4. Evaluation des éventuels éléments précipitants

Les éventuels éléments précipitants sont définis comme les conflits, les échecs, une rupture, une perte ou des difficultés financières. Entre les personnes « formées » et celles « non formées » à la prévention du suicide, il ressort une différence significative ($p<0.026$) pour les échecs. Les patients sont interrogés sur leurs échecs par 85.45% des « formés » et par 67.09% des « non formés ». Les conflits sont recherchés par les personnes « formées »

(90.91%) et celles « non formées » (87.34%). La question de la rupture, de la perte et des difficultés financières est davantage posée par ceux « formés » sans différence significative. La rupture et la perte sont demandées par 85.45% des « formés » versus 78.48% des « non formés ». 78.18% des « formés » versus 62.03% des « non formés » cherchent des difficultés financières (Tableau IX).

Tableau IX : Evaluation des éventuels éléments précipitants.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation des éventuels éléments précipitants :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
Des conflits	Formé	5 (9,09)	50 (90,91)	0,588
	Non Formé	10 (12,66)	69 (87,34)	
	Total	15 (11,19)	119 (88,81)	
Des échecs	Formé	8 (14,55)	47 (85,45)	0,026
	Non Formé	26 (32,91)	53 (67,09)	
	Total	34 (25,37)	100 (74,63)	
Une rupture	Formé	8 (14,55)	47 (85,45)	0,371
	Non Formé	17 (21,52)	62 (78,48)	
	Total	25 (18,66)	109 (81,34)	
Une perte	Formé	8 (14,55)	47 (85,45)	0,371
	Non Formé	17 (21,52)	62 (78,48)	
	Total	25 (18,66)	109 (81,34)	
Des difficultés financières	Formé	12 (21,82)	43 (78,18)	0,059
	Non Formé	30 (37,97)	49 (62,03)	
	Total	42 (31,34)	92 (68,66)	

3.5. Evaluation des moyens létaux

60% des personnes « formées » et 40.51% de celles « non formées » cherchent à savoir si le patient en crise suicidaire a à disposition des moyens létaux. Il existe une différence significative ($p<0.035$) (Tableau X).

Tableau X : Evaluation des moyens létaux.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation des moyens létaux :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc...	Formé	22 (40)	33 (60,00)	0,035
	Non Formé	47 (59,49)	32 (40,51)	
	Total	69 (51,49)	65 (48,51)	

3.6. Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche

Il est demandé aux patients par 98.18% des « formés » et 96.20% des « non formés » si leur entourage est soutenant. Il n'y a pas de différence significative. Un renforcement du risque (cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ») n'est recherché que par 45.45% des « formés » et 26.58% des « non formés » ($p<0.028$) (Tableau XI).

Tableau XI : Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche.

Recommandations de la HAS :				
Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche :		Non suivies n (%)	Suivies n (%)	p
Une capacité de soutien	Formé	1 (1,82)	54 (98,18)	0,644
	Non Formé	3 (3,80)	76 (96,20)	
	Total	4 (2,99)	130 (97,01)	
Un renforcement du risque (cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »)	Formé	30 (54,55)	25 (45,45)	0,028
	Non Formé	58 (73,42)	21 (26,58)	
	Total	88 (65,67)	46 (34,33)	

3.7. La prise en charge d'un patient ayant des idées suicidaires

11.59% des personnes « non formées » et 14.55% de celles « formées » disent avoir un protocole pour les patients ayant des idées suicidaires (Tableau XII et Figure 7). Il n'y a pas de différence significative.

Tableau XII : Avez-vous un protocole ?

Avez-vous un protocole ?	Non n (%)	Oui n (%)	p
Formé à la prévention du suicide	47 (85,45)	8 (14,55)	0,607
Non formé à la prévention du suicide	70 (88,61)	9 (11,39)	
Total	117 (87,31)	17 (12,69)	

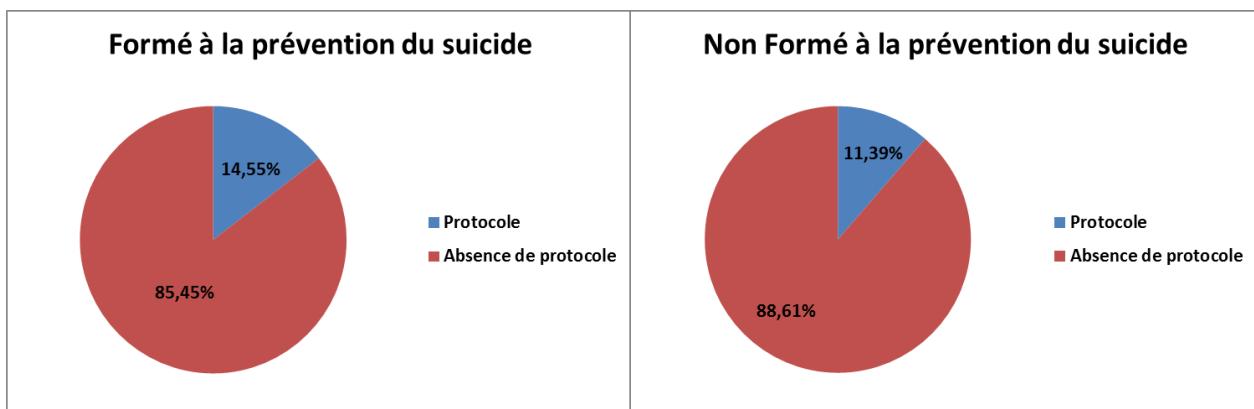


Figure 7 : Graphiques en secteur du pourcentage de protocole en fonction de la formation à la prévention du suicide

69.62% des « non formés » et 69.09% des « formés » proposent une hospitalisation à un patient ayant des idées suicidaires (Tableau XIII et Figure 8).

Tableau XIII : Proposez-vous une hospitalisation à un salarié ayant des idées suicidaires ?

Proposez-vous une hospitalisation à un salarié ayant des idées suicidaires ?	Non n (%)	Oui n (%)	p
Formé à la prévention du suicide	17 (30,91)	38 (69,09)	
Non formé à la prévention du suicide	24 (30,38)	55 (69,62)	
Total	41 (30,60)	93 (69,40)	1,000

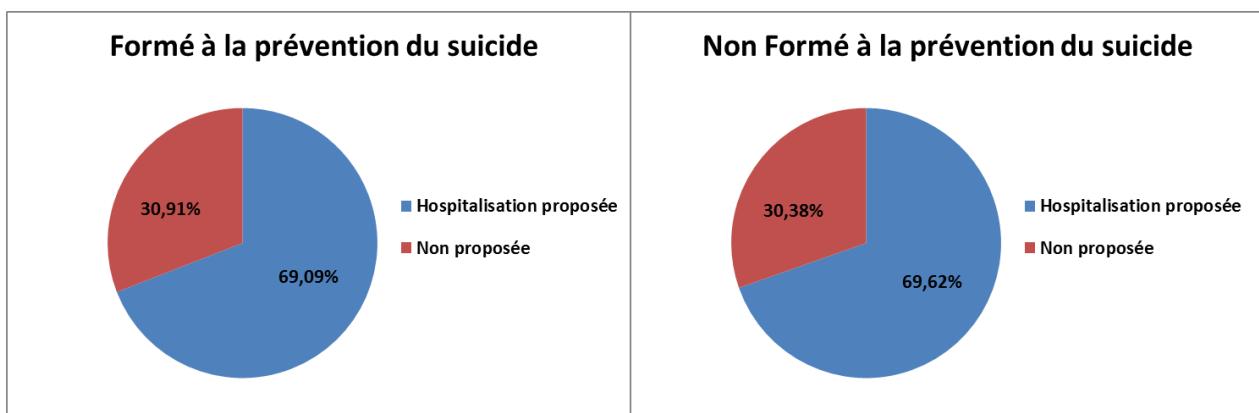


Figure 8 : Graphiques en secteur du pourcentage d'hospitalisations proposées aux salariés ayant des idées suicidaires en fonction de la formation à la prévention du suicide.

Les trois principales orientations d'un patient ayant des idées suicidaires sont le médecin traitant, les urgences et le psychiatre. Le centre médico-psychologique, le psychologue et le groupe de travail viennent ensuite. 37 infirmières et infirmiers sur 40 soit 92.5% orientent vers le médecin du travail (Figure 9).

DISCUSSION

L'étude a permis d'interroger un échantillon de participants d'âge, de sexe, de lieux d'exercice et de niveaux d'études différents. Les questions portaient notamment sur les éléments cliniques recherchés chez des salariés potentiellement en crise suicidaire. Ces éléments cliniques recherchés étaient basés sur les recommandations de l'HAS.

Dans cette étude, il existe un biais d'information par manque d'effectifs. Sur les trois cent trente-deux interrogés, il y a eu cent trente-quatre participants soit 40.36% répondeurs et 59.64% de non répondeurs. Les résultats non significatifs peuvent être dus au fait que l'étude manque de puissance par manque d'effectifs. Par exemple, les difficultés financières ont été significatives avec un test de khi-deux mais pas avec le test exact de Fischer. On peut se demander si cela aurait été significatif avec un plus grand effectif.

Nous sommes étonnés de voir que plus de la moitié des professionnels, dans le cadre de la santé au travail, disent avoir été confrontés à des salariés ayant fait une tentative de suicide ou un suicide en lien ou non avec le travail. Alors que seulement 41.04% s'estiment « formés » à la prévention du suicide dont un tiers seulement estime avoir été « formés » durant leur formation initiale en santé au travail. La HAS recommande pourtant aux professionnels de santé « confrontés dans leurs pratiques respectives à des signes d'appel » de les identifier et d'orienter le patient vers une structure de soins [3].

Nous avons retrouvé une différence significative entre les personnes « formées » et « non formées » pour la connaissance du RUD. Parmi celles « formées », il n'y a que 45% des personnes qui disent connaître le RUD. Pour l'HAS, il faut savoir reconnaître la crise et en apprécier la gravité (urgence faible, moyenne et élevée) [3].

Les idées reçues circulent encore auprès du grand public mais aussi des professionnels de santé [4][11][12][13]. Dans notre étude, nous avons montré que ces idées persistent même chez celles s'estimant « formées ». Par exemple, ils étaient 63% des répondants à penser

qu'une personne ayant fait une tentative de suicide recommencera. Alors qu'entre 2004 et 2007, sur un total de 279 843 patients, 84,1% (n=235 405) ont été hospitalisés une seule fois pour TS et seulement 15,9% des patients (n=44 438) ont effectué plusieurs séjours [14].

Un autre exemple, 45.45% des personnes « formées » ayant répondu à l'étude pensaient que les personnes voulant se suicider n'en parlent pas. Pourtant plusieurs études montrent qu'environ 80 % de ces personnes ont consulté un médecin avant leur passage à l'acte dans l'année et environ 40% dans le mois précédent [15][16][17]. Un quart des « formés » pense même que les personnes qui parlent d'idées suicidaires cherchent seulement à attirer l'attention. Une menace de suicide doit toujours être prise au sérieux et ne doit pas être considérée comme de la manipulation [11].

27% des personnes « formées » pensaient que « le suicide résulte d'un choix ». En réalité, la personne suicidaire ne choisit pas de mourir mais elle cherche à ne plus souffrir, car ses souffrances sont devenues intolérables et sa vie insupportable [11].

32% des répondants « formés » pensaient que les antidépresseurs augmentent le risque de suicide. Alors que les études épidémiologiques montrent que les patients suicidaires traités par antidépresseur ont moins de risque de passer à l'acte [18]. Ceci est probablement lié au fait que le risque d'augmenter le passage à l'acte suicidaire en début de traitement a été enseigné pendant des décennies, alors qu'aucune étude n'étaye cette affirmation [18]. « Limiter l'accès aux moyens létaux » est souvent perçu comme sans efficacité. Pour rappel, à travers notre enquête, 32% des répondants « formés » sont d'accord avec cette affirmation et 40% des « formés » ne cherchent pas l'accès aux moyens létaux chez les patients ayant des idées suicidaires. Les actions conduites dans différents pays ou localités pour limiter l'accès aux moyens létaux démontrent pourtant le contraire. Par exemple, en

Suisse, la réforme de l'armée XXI a été suivie d'une diminution du taux général de suicide [19].

Les idées suicidaires, le plan d'action, la date du passage à l'acte et la mise en ordre des affaires sont plus recherchés par les personnes « formées » de manière significative. Pour quelles raisons, 20 % des personnes s'estiment « formées » ne cherchent ni la fréquence des idées suicidaires ni le plan d'action suicidaire ? Et on s'étonne aussi que 23% des personnes s'estiment « formées » ne cherchent pas non plus l'intentionnalité du passage à l'acte. Pourtant ces questions font partie du degré d'intentionnalité à explorer selon la HAS [3].

Globalement, l'impulsivité est recherchée à moins de 75% sauf pour les conduites à risques. Etonnamment, les « non formés » recherchent plus les conduites à risques que les « formés » sans que cela soit significatif (92% vs 85%). Il pourrait être intéressant de voir si cela se confirme avec plus d'effectifs. On pourrait l'expliquer par le fait qu'en dehors du risque suicidaire, les conduites à risques sont à évaluer en santé au travail car possiblement accidentogènes.

Nous avons montré qu'il y a très peu de protocoles mis en place. L'orientation de ces patients se fait vers le médecin traitant, les urgences, le psychiatre ou les centres médico-psychologiques. Dans le monde agricole, la surmortalité par suicide a été mise en évidence dans plusieurs études françaises et internationales [20]. Face à ce constat, le réseau de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) a élaboré un plan national d'actions contre le suicide en agriculture [20]. L'objectif est de détecter, d'accompagner, de suivre et d'orienter les personnes en crise [20]. Pour répondre à cet objectif, la MSA a donc mis en place des cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide [20]. Ces cellules mettent en lien les travailleurs sociaux, les médecins du travail, les médecins conseils, les conseillers en prévention et les agents techniques [20]. Pour aider ces équipes, la MSA a constitué un « Réseau sentinelle » [20]. Les sentinelles ont été formées au risque suicidaire et à sa

prévention [20]. Elles doivent détecter et alerter [20]. Le réseau comporte des élus, des associations, des organismes professionnels ainsi que toute personne désireuse de participer au dispositif [20].

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons vu que les équipes pluridisciplinaires de santé au travail s'estiment peu formées. En effet, 15.67% des cent trente-quatre répondants estiment avoir reçu une formation à la prévention du suicide durant leur formation initiale en santé au travail et 41.04% des cent trente-quatre répondants s'estiment « formés » à la prévention du suicide. Ces résultats sont étonnantes. Pour quelles raisons, les répondants s'estiment si peu formés alors que plus de la moitié disent avoir été confrontés à une TS ou un suicide ? Sont-ils effectivement « non formés » initialement à la prévention du risque suicidaire ? La formation continue ou initiale sur le thème de la prévention du suicide ne correspond-elle pas à leurs attentes ? Les équipes pluridisciplinaires manquent elles de temps pour suivre ces formations ?

Nous avons pu voir si les recommandations de la HAS étaient connues et suivies par les équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail. Globalement, la dangerosité et l'urgence à travers le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, les éléments précipitants, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche sont plus recherchés par ceux « formés ». Cependant, même si dans une consultation, il est difficile de tout rechercher, il existe des oubli importants comme l'accès aux moyens létaux chez les personnes « formées ». Si les idées reçues circulent parmi les professionnels de santé, nous avons aussi montré que ces idées reçues sur le suicide peuvent persister chez des professionnels de santé « formés » à la prévention du suicide.

Il serait aussi intéressant de savoir si tous les résultats de cette étude se confirmeraient avec un effectif plus important.

D'après cette étude, il serait important d'améliorer la formation initiale afin que plus de professionnels s'estiment suffisamment « formés » et il serait aussi intéressant de favoriser

la formation médicale continue sur le thème de la prévention du suicide. Nous devrions axer cette formation sur les idées reçues, sur l'évaluation des risques, de l'urgence et de la dangerosité et sur la prise en charge du salarié en crise.

Pour finir, il n'existe pas dans le régime général de système identique à la MSA. Nous pourrions imaginer la mise en place de cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide dans le régime général. Ces cellules seraient évidemment accompagnées d'un « réseau sentinelles ». L'objectif serait le même c'est-à-dire détecter, accompagner, suivre et orienter les salariés en grande souffrance.

BIBLIOGRAPHIE

1. L'Observatoire national du suicide (ONS). Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Internet]. France: Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018. 221 p. 3e rapport.
2. CépiDc-Inserm. État des lieux du suicide en France [Internet]. France: Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2011.
3. Darcourt G, Barbail A, Belmin M, et al. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Paris: Haute Autorité de Santé (ANAES) Conférence de consensus; 2000. 31 p.
4. American Psychiatric Association (APA). Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. France : Elsevier Masson ; 2015. 1176 p. 5e édition.
5. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. France: Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ; 2011. 223 p.
6. Géhin M, Raoult-Monestel M. Geste suicidaire et travail : enquête aux urgences psychiatriques du CHU de Caen (France). Arch. mal. prof. environ. ; 2013;74(4):359-68.
7. L'Observatoire national du suicide (ONS). Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives [Internet]. France: Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2016. 481 p. 2e rapport.
8. Lhuilier D. Suicide et travail. Rev Prat 2011;61:198.

9. Mahon MJ, Tobin JP, Cusack DA, et al. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry* 2005;162(9):1688-96.
10. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med* 2007;37(8):1131-40.
11. Infosuicide.org. (page consultée le 10/07/2018). Dépasser les idées reçues, [en ligne].
<https://www.infosuicide.org/guide/depasser-les-idees-recues/>
12. Centre de prévention du Suicide. (page consultée le 10/07/2018). Mythes ou réalités, [en ligne]. <https://www.preventionsuicide.be/fr/je-cherche-des-infos/mythes-et-realites.html>
13. Bouchard G. Le suicide à l'adolescence – Mythes et réalités sur le suicide. Psychomédia [en ligne]. 11 Février 2006. 4e partie. [consultée le 10/07/2018]. Disponibilité sur Internet :
<http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/mythes-et-realite-sur-le-suicide>
14. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *BEH*; 2011; 47-48: 493-7
15. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *The American journal of psychiatry*. 2002; 159(6):909-916.
16. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*; 2017;
17. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 1998;173(6):462-74.
18. Terra JL. Prévenir le suicide. *adsp* 2003 ; 45:19-30
19. Reisch T, Steffen T, Habenstein A, Tschacher W. Change in suicide rates in 66 Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American journal of psychiatry* 2013; 170 (9), S. 977-984.

20. Maeght-Lenormand V, Berson N, Macquart C et al. Plan national MSA de prevention du suicide 2016-2020. [en ligne].

<http://ssa.msa.fr/lfr/documents/21447876/0/11344%20Plan%20national%20pr%C3%A9vention%20du%20suicide%202016-2020/51fb9e4c-824f-4f4b-ad2a-0fbf01d0adc1>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux (n)	6
Figure 2 : Graphique en secteur des catégories professionnelles (%)	7
Figure 3 : Histogrammes en fonction des années d'exercices totales et en santé au travail par profession (n)	8
Figure 4 : Graphiques en secteur de la formation sur la prévention du suicide (%)	9
Figure 5 : Graphiques en secteur de la connaissance du RUD selon la formation sur la prévention du suicide (%).	10
Figure 6 : Histogramme du nombre de cas de tentative de suicide ou suicide vu en santé au travail au cours des 5 dernières années.	12
Figure 7 : Graphiques en secteur du pourcentage de protocole en fonction de la formation à la prévention du suicide	23
Figure 8 : Graphiques en secteur du pourcentage d'hospitalisations proposées aux salariés ayant des idées suicidaires en fonction de la formation à la prévention du suicide.....	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Catégories socioprofessionnelles et moyenne d'âge (années).....	7
Tableau II : Formations sur la prévention du suicide selon la catégorie socioprofessionnelle .	9
Tableau III : Connaissance de l'évaluation du Risque, de l'Urgence et de la Dangerosité (R.U.D).....	10
Tableau IV : Les difficultés à parler du suicide selon que le professionnel s'estime « formé » ou « non » sur la prévention du suicide.	11
Tableau V : Perception du suicide	14
Tableau VI : Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique.	16
Tableau VII : Evaluation du degré d'intentionnalité.	18
Tableau VIII : Evaluation de l'impulsivité.	20
Tableau IX : Evaluation des éventuels éléments précipitants.	21
Tableau X : Evaluation des moyens létaux.	22
Tableau XI : Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche.....	22
Tableau XII : Avez-vous un protocole ?	23
Tableau XIII : Proposez-vous une hospitalisation à un salarié ayant des idées suicidaires ?.	24

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	6
1. Caractéristiques générales.....	7
1.1. Catégories socioprofessionnelles et expériences professionnelles	7
1.2. Formation sur la prévention du suicide	8
1.3. Connaissance de l'évaluation du Risque, de l'Urgence et de la Dangereux.....	10
1.4. Parler du suicide	10
1.5. Tentative de suicide ou suicide au cours des cinq dernières années	11
2. Perception du suicide.....	12
3. Suivi des recommandations de la HAS.....	15
3.1. Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique	15
3.2. Evaluation du degré d'intentionnalité	17
3.3. Evaluation de l'impulsivité	19
3.4. Evaluation des éventuels éléments précipitants	20
3.5. Evaluation des moyens létaux.....	21
3.6. Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche	22
3.7. La prise en charge d'un patient ayant des idées suicidaires	23
DISCUSSION	25
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES FIGURES.....	34
LISTE DES TABLEAUX	35
TABLE DES MATIERES.....	36
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Questionnaire :

UNIVERSITÉ D'ANGERS

UFR SANTÉ - DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

Ce questionnaire est partagé en 4 parties :
Caractéristiques et informations
Évaluation des idées reçues
Évaluation du risque suicidaire
Prise en charge d'un salarié suicidaire
Il y a 23 questions dans ce questionnaire

Caractéristiques et informations

[]Sexe : * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

[]Age : * Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

[]Profession * Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin du travail
 Médecin collaborateur
 Infirmier.ère
 Interne

[]Service * Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- SMIA
 ST72
 STCS
 DIU ou DES

[]Depuis combien de temps êtes-vous Infirmier.ère ou Médecin ? *Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 5 ans ou en cours de formation
 5 à <10 ans
 10 à <20 ans
 > ou = 20 ans

[]Depuis combien d'années exercez-vous en santé au travail ? *Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 5 ans ou en cours de formation
 5 à <10 ans
 10 à <20 ans
 > ou = 20 ans

[]Si vous êtes encore en formation en quelle année êtes vous ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 ère année
 2 ème année
 3 ème année
 4 ème année

Faites le commentaire de votre choix ici :

Avez-vous des difficultés à parler du suicide ? Si oui, pourquoi ? *Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Avez-vous suivi une formation sur la prévention du suicide durant votre formation initiale en santé au travail ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été formés sur la prévention du suicide ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous l'évaluation RUD (Risque – Urgence – Dangerosité) ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Parmi les salarié-e-s suivis, avez-vous déjà eu un ou des cas de suicides au cours des 5 dernières années ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Parmi les salarié-e-s suivis, avez-vous déjà eu une ou des cas de tentative de suicide au cours des 5 dernières années ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Parmi les salarié-e-s suivis, avez-vous déjà eu un ou des cas de suicides en lien avec une souffrance au travail au cours des 5 dernières années ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Parmi les salarié-e-s suivis, avez-vous déjà eu une ou des cas de tentative de suicide en lien avec une souffrance au travail au cours des 5 dernières années ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Perception du geste suicidaire

||Pensez vous que * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le suicide, c'est héréditaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes tentant de suicider recommenceront	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indications sur leurs intentions avant de passer à l'acte. Elles n'en parlent pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes, qui parlent d'idées suicidaires et qui menacent de se suicider, veulent juste attirer l'attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le geste suicidaire résulte bien d'un choix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour se suicider il faut être courageux ou lâche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parler de suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut être fou pour vouloir se suicider.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes joviales sont à l'abri du suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les antidépresseurs augmentent le risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une personne suicidaire veut réellement mourir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes suicidaires ont une faible personnalité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le suicide se produit dans les milieux défavorisés économiquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Évaluation du risque suicidaire

Devant un salarié présentant un trouble dépressif caractérisé ou tout autre trouble psychiatrique caractérisé ou une souffrance au travail

||Evaluation de l'intensité de la souffrance psychique :

Recherchez-vous : *Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Des troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des troubles alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une asthénie (fatigue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une perte d'intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un désarroi ou désespoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un sentiment de culpabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un repli sur soi / Un isolement social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des troubles de l'estime de soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

]]Evaluation du risque suicidaire : (degré d'intentionnalité) :

Recherchez-vous : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Des idées suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fréquence de ses idées suicidaires (Idées envahissantes, rumination, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intentionnalité du passage à l'acte (quand ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un plan d'action suicidaire (comment et où ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mise en ordre de ses affaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rédaction d'une lettre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des antécédents de troubles psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une recherche ou non d'aide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des événements de vie négatifs *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* événements de vie négatifs : perte parentale précoces, maltraitance, abus sexuel, violence, hostilité, humiliation, injustice, ...

]]Evaluation de l'impulsivité :

Recherchez-vous : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Une tension psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une instabilité comportementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une agitation motrice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un état de panique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des antécédents personnels ou familiaux de passage à l'acte, de fugue, d'actes violents ou de suicides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une irritabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des conduites à risques (abus de médicamenteux, alcool, drogues, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une impulsivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

]] Evaluation des éventuels éléments précipitants :

Recherchez-vous : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Des conflits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des échecs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une rupture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une perte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés financières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

]]Evaluation des moyens létaux

Recherchez-vous : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

]] Evaluation de la qualité du soutien de l'entourage proche

Recherchez-vous : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Une capacité de soutien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un renforcement du risque (cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prise en charge d'un salarié suicidaire

Avez-vous un protocole ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Proposez-vous une hospitalisation à un patient ayant des idées suicidaires ?* Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Vers qui l'adressez-vous ? * Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Médecin traitant
 Urgence
 Psychologue
 Psychiatre
 Centre médico-psychologique
 Médecin du travail
 Groupe de parole
 Autre:

Que faites-vous au niveau de l'entreprise ? * Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Etude de poste
 Fiche d'entreprise
 Courrier d'alerte
 Intervention psychologue du travail
 Visites médicales pour les autres salarié.es
 Autre:

Avez-vous des remarques générales sur le questionnaire ?

Merci de votre participation

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Si besoin, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante.

Comité d'éthique :



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 5 avril 2018

Dr Aurore Armand

Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

A Mr Gaetan CORBEAU
Service Médecine du Travail

Monsieur,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 21 mars 2018 votre étude « **Connaissance sur le risques et les conduites suicidaires des équipes pluridisciplinaires en santé au travail** » enregistrée sous le numéro **2018/34**.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

Etat des lieux des connaissances des équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail (SMIA, ST72 et STCS), des internes et des médecins collaborateurs en cours de formation en santé au travail dans le grand ouest sur les risques et les conduites suicidaire.

Les équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail peuvent être confrontées à des salariés en crise suicidaire. Nous savons que le travail peut être protecteur mais aussi un facteur de décompensation de la santé mentale et physique. Certaines professions ont accès à des moyens létaux, ce qui peut favoriser le passage à l'acte. Face au risque suicidaire, nous avons cherché dans ce travail à savoir si les équipes pluridisciplinaires s'estiment suffisamment formées et si elles suivent les recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS). Une étude descriptive quantitative et multicentrique sur trois services de santé au travail des Pays de la Loire a été réalisée. Un recueil d'informations (caractéristiques générales, formations, idées reçues, évaluation de la crise suicidaire et prise en charge) par questionnaire a été effectué. Pour l'évaluation de la crise suicidaire, ce questionnaire a été basé sur les recommandations HAS.

Trois cent trente-deux personnes (médecins du travail, collaborateurs, internes et infirmiers) ont été interrogées, cent trente-quatre ont été incluses soit 40.36% de l'échantillon. 41.04% des personnes s'estiment « formées » dont environ un tiers estime ne pas l'avoir été initialement. Dans cette étude, les personnes « formées » recherchent plus et de manière significative la symptomatologie suicidaire.

Moins de la moitié des professionnels de santé au travail s'estiment formés. Les personnes estimant avoir reçu une formation sur la prévention du suicide suivent mieux les recommandations de la HAS. Il semble donc nécessaire de former l'ensemble des équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

Mots-clés : Santé au travail – Crise suicidaire – Prévention du suicide

The multidisciplinary occupational health teams may be faced with employees in a suicidal crisis. We know that work can be protective but also a decompensation factor for mental and physical health. Some professions have access to lethal means and they can attempted suicide with those. In this study, toward suicidal risk, we tried to find if the multidisciplinary teams consider themselves enough trained and if they follow the recommendations of High Authority of the Health (HAS).

A quantitative and multicentric descriptive study on three occupational health services in a west region of France was conducted. Data as (general characteristics, training, received ideas, evaluation of the suicidal crisis and medical care) were collected through questionnaires based on the HAS recommendations.

Three hundred and thirty-two people (occupational physicians, collaborators, medical interns and nurses) were interviewed ; one hundred and thirty-four were included, which is 40.36% of the sample. 41.04 % of people consider themselves as "trained", among which one-third consider they were not initially. In this study, "trained" people are significantly more likely to look for suicidal symptomatology.

Less than half of occupational health professionals consider themselves as "trained". Those who think that they have received suicide prevention training are more responsive the HAS's recommendations. It seems necessary to train all the multidisciplinary occupational health teams.

Keywords : Occupational Health – Suicidal crisis – Suicide prevention