



S U I C I D E

Quels liens avec le travail
et le chômage ?

Penser la prévention

et les systèmes d'information

4^E RAPPORT / JUIN 2020

S U I C I D E

Quels liens avec le travail
et le chômage ?

Penser la prévention

et les systèmes d'information

4^E RAPPORT / JUIN 2020

AVANT - PROPOS

L'Observatoire national du suicide, présidé par Monsieur le ministre des Solidarités et de la Santé, a été créé le 9 septembre 2013 et renouvelé le 1^{er} août 2018 pour cinq ans (voir annexe 2). Son animation scientifique et son secrétariat sont assurés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), dont le directeur assure la présidence déléguée. La composition et les missions de cet Observatoire sont définies par le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 et deux arrêtés en fixent la liste des associations et des experts membres. À l'occasion du renouvellement de l'Observatoire, ses missions ont été recentrées sur l'amélioration des systèmes d'information et celle des connaissances sur les conduites suicidaires par des travaux d'études et de recherche.

Le présent rapport est le quatrième que l'Observatoire publie depuis sa création et le premier depuis son renouvellement. Les trois premiers rapports ont été publiés respectivement en novembre 2014, février 2016 et février 2018. Ces rapports sont accompagnés de trois recueils bibliographiques numériques et d'une veille stratégique. Cette dernière est diffusée régulièrement par la DREES aux membres de l'Observatoire et aux professionnels intéressés, et reprend l'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide.

À partir de 2018, l'Observatoire s'est saisi de la question du suicide en lien avec la situation professionnelle des personnes. Le choix de cette thématique fait suite à l'avis du Conseil économique, social et environnemental de 2013 sur la prévention des risques psychosociaux et à celui de 2016 sur l'impact du chômage sur les personnes et leur entourage. Ces avis soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances sur ces enjeux de santé publique. Par ailleurs, la médiatisation de suicides sur le lieu de travail ou considérés comme liés au travail ainsi que l'ouverture du procès des dirigeants de France Télécom en mai 2019 ont conforté l'Observatoire dans l'importance d'éclairer les interactions entre risques psychosociaux, santé mentale et suicide.

Ce rapport fait état de ces travaux, conduits avant la crise sanitaire liée au Covid-19. Par conséquent, il ne propose pas d'analyse de l'impact psychologique de cette crise ni de ses effets sur les conduites suicidaires. L'ONS s'attachera dans la suite de ses travaux à analyser les effets de la pandémie et du confinement sur les conduites suicidaires des chômeurs, des professionnels et des personnes de tous âges.

Le présent rapport est composé de deux dossiers et de fiches.

Le **premier dossier** rappelle que les suicides liés au travail ou au chômage sont des phénomènes difficiles à saisir d'un point de vue statistique. Tout d'abord, l'imputabilité

des suicides ou des tentatives de suicide au contexte professionnel est complexe en raison du caractère multifactoriel des conduites suicidaires. Ensuite, il est actuellement impossible de systématiquement compter les décès par suicide et les hospitalisations pour tentatives de suicide ayant un lien avec le travail ou le chômage, ni même de connaître la profession de la personne concernée, en dehors de quelques professions pour lesquelles un dénombrement spécifique a été mis en place. Enfin, le raisonnement statistique mesurant la surmortalité par suicide, dans une profession ou une entreprise donnée, par rapport à la population générale française, est fragile, ceci en raison de la rareté du phénomène et des caractéristiques particulières de la sous-population au travail qui est étudiée. Ces difficultés contribuent pour partie à ce que, de façon récurrente, le geste suicidaire au travail soit attribué à une fragilité individuelle plutôt qu'à une cause professionnelle. Les travaux de recherche récents montrent néanmoins le rôle que peuvent jouer la surcharge de travail et des conditions de travail dégradées. La perte d'un emploi et le vécu du chômage peuvent aussi conduire au suicide, mais les travaux pour en comprendre les mécanismes psychiques précis sont plus rares.

Une des missions de l'Observatoire national du suicide est d'assurer une mise à jour régulière de l'état des lieux des sources d'information disponibles sur les comportements suicidaires (pensées suicidaires, tentatives de suicide, suicides), et de le porter à la connaissance de la communauté scientifique, comme du grand public. Dans cette perspective, le **second dossier** décrit les améliorations en cours ou à venir des sources administratives ou statistiques. Les principales sources médico-administratives sont désormais regroupées au sein du Système national des données de santé (SNDS) qui, en offrant des possibilités d'appariement entre elles et un suivi longitudinal, constitue une avancée considérable pour les exploitations possibles sur les thématiques des tentatives de suicide et des suicides aboutis. De plus, la certification électronique des décès et les évolutions du formulaire de déclaration devraient contribuer à améliorer les remontées de données sur les suicides. Enfin, différentes enquêtes statistiques récentes permettent de mesurer les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide telles que déclarées par les personnes ; la possibilité d'apparier certaines de ces enquêtes avec le SNDS enrichit considérablement l'apport de chacune des deux sources.

Les **18 fiches** du présent rapport permettent de saisir dans le détail le suicide en France. Ainsi sont présentés les chiffres disponibles pour la population dans son ensemble, puis pour la population active occupée et pour quelques professions spécifiques (personnel hospitalier, agriculteurs, entrepreneurs, policiers, agents de l'administration pénitentiaire). Enfin, s'ajoutent à cette présentation les chiffres pour les personnes âgées, les collégiens et lycéens, les personnes détenues, etc. Au-delà des données, certaines fiches sont l'occasion de montrer des dispositifs de prévention du suicide, d'initiatives publiques ou privées, dédiés à certaines professions, ou d'exposer des systèmes de remontées de données spécifiques, mis en place pour comptabiliser les suicides propres à un milieu ou une situation particulière et mieux connaître les caractéristiques des personnes concernées.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE

09

1. Les suicides liés au travail : à la croisée de la politique de prévention du suicide et de la politique de la santé au travail13
2. Les suicides liés au travail et au chômage, un lien de causalité difficile à appréhender et à mesurer16
3. Suicide et situation professionnelle : une complémentarité des travaux quantitatifs et qualitatifs17
4. Le développement de la prévention pour certaines professions améliore le décompte des suicides et tentatives de suicide.....19
5. Des systèmes d'information en cours d'amélioration21
6. Le taux de décès par suicide a tendance à baisser22
7. Des facteurs de risque spécifiques pour les personnes âgées, les adolescents et les personnes détenues23

DOSSIERS

25

Les suicides liés au travail et au chômage27

1. Un état des connaissances juridiques, scientifiques et statistiques 29
 - 1.1. Les risques psychiques de plus en plus pris en compte dans le cadre législatif de la santé au travail et de la prévention29
 - 1.2. Une reconnaissance légale des affections psychiques liées au travail toujours complexe30
 - 1.3. Les partenaires sociaux se saisissent de la prévention des risques psychiques liés au travail31
 - 1.4. Les acteurs de la prévention de la santé au travail et la santé mentale...32
 - 1.5. La souffrance psychique des chômeurs : un accompagnement législatif et médical à construire33
 - 1.6. Le travail, source de bien-être et cause de souffrance.....34
 - 1.7. La subjectivité des travailleurs au cœur des évolutions récentes de l'organisation du travail35
 - 1.8. Le suicide chez les actifs en emploi.....36

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.9. Le suicide chez les actifs sans emploi..... | 37 |
| 1.10. Dénombrer les suicides liés au travail : un exercice délicat..... | 39 |
| 1.11. Des programmes d'ampleur variée pour comptabiliser les suicides et tentatives de suicide en lien avec le travail | 39 |
| 1.12. Vers une comptabilisation plus large des suicides et des tentatives de suicide en lien avec le travail | 41 |
| 1.13. Malgré les limites des informations statistiques, des études confirment que certains secteurs présentent des taux de mortalité par suicide plus élevés | 41 |
| 2. Suicide au travail : portée et significations..... | 47 |
| 2.1. Les impasses du raisonnement statistique..... | 48 |
| 2.2. Des suicides particuliers | 49 |
| 2.3. Les risques psychosociaux..... | 50 |
| 2.4. Personnes vulnérables ? | 51 |
| 2.5. Imitation, médiatisation ? Le suicide vindicatif | 51 |
| 3. Chômage et suicide : construire la prévention | 53 |
| 3.1. Les situations suicidaires chez les chômeurs | 57 |
| 3.2. Pour mieux prévenir le suicide des chômeurs | 59 |
| 4. Suicides au travail et restructuration de l'entreprise : analyser les lettres de suicide..... | 61 |
| 4.1. Contexte | 61 |
| 4.2. Méthodologie | 62 |
| 4.3. Résultats | 64 |
| 4.4. Conclusion..... | 67 |
| 5. Le suicide lié au travail à la lumière du droit social | 68 |
| 5.1. Un sujet difficilement saisissable en droit du travail | 69 |
| 5.2. En droit de la Sécurité sociale : un sujet saisissable par le jeu de la réparation..... | 72 |

État des lieux des systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide en France

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Certification des décès : circuit de l'information et constitution de la base des causes médicales de décès | 78 |
| 2. Le déploiement de la certification électronique et du nouveau certificat de décès | 84 |
| 3. Expérimentation d'un système de surveillance des suicides, en lien potentiel avec le travail, à partir des données des instituts médico-légaux | 87 |
| 4. Le Système national des données de santé (SNDS) | 89 |
| 5. Les données du SNDS concernant le suicide et les tentatives de suicide | 92 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6. Quelles études sur le suicide à partir du SNDS ? | 95 |
| 7. Le projet EDP-santé | 96 |
| 8. Premier exemple d'enquête en population générale : les Baromètres santé | 98 |
| 9. Deuxième exemple d'enquête : le dispositif EnCLASS auprès des élèves de la sixième à la terminale | 100 |
| 10. Troisième exemple d'enquête : l'Enquête nationale de santé scolaire en classe de troisième | 102 |
| Conclusion | 104 |

FICHES

107

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Évolution générale du suicide et des tentatives de suicide | 109 |
| Fiche 1 • La stratégie multimodale de prévention du suicide | 111 |
| Fiche 2 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine | 114 |
| Fiche 3 • Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017 | 121 |
| Fiche 4 • Prévalences et évolutions des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2017 | 129 |
| Santé mentale, suicide et travail | 135 |
| Fiche 5 • Pensées suicidaires et risques psychosociaux..... | 137 |
| Fiche 6 • Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier..... | 149 |
| Fiche 7 • Pathologies psychiques en lien avec le travail : les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) - 2001-2017 | 155 |
| Fiche 8 • Pensées suicidaires en population active occupée en 2017 | 169 |
| Fiche 9 • Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale | 174 |
| Fiche 10 • La prévention du suicide en milieu agricole | 179 |
| Fiche 11 • Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole | 185 |
| Fiche 12 • Le dispositif APESA pour les chefs d'entreprise en souffrance aiguë | 190 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fiche 13 • Le programme de mobilisation contre le suicide dans la police nationale | 200 |
| Fiche 14 • Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire | 207 |
| Suicide chez les personnes âgées, les jeunes et les détenus | 213 |
| Fiche 15 • Suicide des personnes âgées | 215 |
| Fiche 16 • Risque suicidaire en classe de 3 ^e : une première analyse de l'auto-questionnaire de l'Enquête nationale sur la santé des élèves de 3 ^e | 228 |
| Fiche 17 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains – Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018..... | 238 |
| Fiche 18 • La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées..... | 250 |

ANNEXES 255

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexe 1 • Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide et recueils numériques..... | 257 |
| Annexe 2 • Textes réglementaires de l'Observatoire national du suicide | 260 |
| Annexe 3 • Liste des projets retenus pour financement dans l'appel à recherches « Santé mentale, et expériences du travail, du chômage et de la précarité » | 265 |

| | |
|----------------------------|------------|
| Contributeurs | 267 |
|----------------------------|------------|

SYNTHÈSE

DOSSIERS P.25

FICHES P.107

ANNEXES P.255

SYNTHÈSE

Valérie Carrasco, Monique Carrière,
Diane Desprat et Valérie Ulrich (DREES)

Si la thématique du suicide est amplement étudiée, les connaissances sur le suicide lié au travail et l'étude des professions les plus touchées par ce phénomène restent parcellaires, alors même que la préservation de la santé mentale au travail est devenue une priorité pour les pouvoirs publics et les acteurs du domaine. Des travaux complémentaires sont donc indispensables pour comprendre si et comment le travail est susceptible d'augmenter le risque suicidaire. Il est également important de combler le manque d'études sur les liens entre le suicide, la perte d'un emploi et la situation de chômage. Face à une actualité relatant régulièrement des suicides de personnes sur leur lieu de travail ou de chômeurs, faire progresser les savoirs est primordial.

Dans le présent rapport, l'Observatoire national du suicide (ONS) se penche sur ces questions pour réfléchir à des pistes d'études et aux progrès possibles des données disponibles. Les limites des systèmes d'information sont en effet manifestes lorsqu'il s'agit d'appréhender et de mesurer la nature et l'ampleur des liens entre la situation professionnelle des personnes et le risque suicidaire. Ces limites sont notamment liées à l'absence de données sur le lieu de survenue des suicides et à la difficulté d'imputer les gestes suicidaires au travail ou au chômage.

Dans ce contexte, l'Observatoire rappelle que le suicide est par nature multifactoriel et ne trouve pas son explication dans une cause unique. Le rôle joué par les conditions de travail ou un épisode de chômage dans le suicide d'une personne est difficile à isoler.

Toutefois, il est désormais bien documenté que des facteurs liés à l'organisation du travail ou certaines pratiques de management peuvent engendrer des conditions de travail stressantes et créer des risques psychosociaux. Malgré ce résultat clairement établi par les travaux de recherche en sciences sociales, la complexité du processus suicidaire ne permet pas pour autant d'établir un lien de causalité direct entre le travail et le suicide.

Un petit nombre d'études recense les décès par suicide enregistrés dans des professions spécifiques et calcule un ratio entre ce nombre et les décès par suicide

dans la population générale. L'Observatoire souligne que ce calcul de sur-risque de mortalité par suicide est fragile. Toutefois, la mise en évidence d'une surmortalité par suicide, dans une profession ou une entreprise donnée, doit alerter sur l'existence potentielle de risques psychosociaux importants pouvant conduire au suicide et appeler à la mise en œuvre d'une prévention dédiée. De la même manière, il reste difficile de valider un lien de causalité direct entre le chômage et le suicide, tant les mécanismes pouvant conduire un chômeur à se suicider sont méconnus. L'Observatoire rappelle enfin que la vulnérabilité individuelle ne peut pas être invoquée comme unique déterminant des suicides de professionnels ou de chômeurs. Si le travail et le chômage sont rarement le motif unique, ils peuvent être en cause dans le processus conduisant une personne à tenter de mettre fin à ses jours, en raison de la place importante de l'emploi et du travail dans la vie et l'identité des personnes.

Prenant en compte ces connaissances avec leurs limites, l'Observatoire préconise de poursuivre l'amélioration du recueil des données, administratives et statistiques, sur les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides. Comme le premier rapport de 2014 l'avait recommandé, il importe de renforcer la participation des services de médecine légale en tant qu'acteur de la surveillance des suicides, afin d'enrichir les remontées d'information sur les causes de décès. Le perfectionnement du codage des tentatives de suicide dans les bases d'information hospitalière s'avère également une priorité.

Concernant plus spécifiquement le lien avec le travail et le chômage, l'Observatoire considère que doivent être développés des travaux visant à démêler les interactions complexes entre les risques psychosociaux, les troubles de la santé mentale et les risques suicidaires. De même, les contextes dans lesquels les problèmes de santé mentale et les difficultés associées au vécu du chômage interagissent avec les risques suicidaires gagneraient à être davantage décrits. Pour ce faire, des données d'enquêtes longitudinales retraçant des trajectoires de santé et des parcours professionnels méritent d'être mobilisées. L'appariement de sources administratives regroupant des données de santé et des données sociodémographiques, comme l'EDP-Santé (échantillon démographique permanent), et la mise en place d'un système de recueils d'informations sur les suicides liés au travail, comme celui initié par Santé publique France avec les instituts de médecine légale, doivent être soutenus et pleinement exploités.

1. Les suicides liés au travail : à la croisée de la politique de prévention du suicide et de la politique de la santé au travail

La prévention des suicides liés au travail relève à la fois de la politique générale de prévention du suicide et de la politique de la santé au travail.

La politique de prévention du suicide

La politique générale de prévention du suicide a connu un tournant historique avec la conférence nationale de santé de 1996 qui a affiché l'objectif de prévenir les suicides, à égale importance, avec neuf autres priorités de santé. Depuis, plusieurs stratégies et programmes d'actions se sont succédé.

À la suite de l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide de 2011-2014, le Haut Conseil de la santé publique a recommandé de fonder davantage la politique de prévention du suicide sur des actions réputées efficaces dans la littérature scientifique internationale.

Depuis 2018, la Direction générale de la santé a ainsi proposé une stratégie multimodale de prévention du suicide qui tient compte de ces préconisations et se décline selon cinq actions complémentaires, en cours de déploiement : développer la prise en charge des suicidants en sortie d'hospitalisation, poursuivre les actions de formation au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire, veiller à un traitement médiatique du suicide responsable pour prévenir la contagion suicidaire, mettre en place une ligne d'appel d'urgence de prévention du suicide et informer le public sur les ressources existantes (voir fiche 1).

En parallèle de cette évolution vers une politique de prévention du suicide fondée sur des preuves scientifiques, l'ONS, créé en 2013, a vocation à améliorer les connaissances et à éclairer la décision publique par l'expertise de ses membres, sur des thématiques diverses autour du suicide.

La politique de santé au travail

Le cadre législatif de la santé au travail a évolué au début des années 2000 afin de lutter contre la souffrance au travail, notamment celle liée au harcèlement moral. De plus, la prévention en entreprise porte désormais aussi bien sur la santé mentale que sur la santé physique des travailleurs (voir dossier 1).

Les partenaires sociaux se sont également saisis de cette problématique et ont signé des accords interprofessionnels sur le stress au travail en 2008, sur le harcèlement et la violence au travail en 2010 et sur la qualité de vie au travail en 2013. En parallèle, le Plan santé au travail 2016-2020 (PST 3) a désigné les risques

psychosociaux¹ comme risques prioritaires. Ils font ainsi l'objet d'un certain nombre d'actions de prévention coordonnées, visant à améliorer les connaissances des acteurs de la prévention en entreprise. Par ailleurs, au-delà des structures générales de soins en psychiatrie, le développement de dispositifs spécialisés d'accueil et de prise en charge de la souffrance psychique liée au travail témoigne de la prise en compte du sujet.

Ces évolutions ont un effet sur la reconnaissance de la souffrance au travail, qui se développe. Le nombre de reconnaissances des pathologies psychiques en accident du travail ou en maladie professionnelle augmente depuis 2011. La reconnaissance en maladie professionnelle est néanmoins plus rare, les troubles psychiques étant absents des tableaux des maladies professionnelles entraînant la présomption d'imputabilité au travail². Ainsi, en 2016, plus de 10 000 affections psychiques, découlant d'un événement déclencheur ponctuel et daté, ont été reconnues au titre d'un accident du travail et seulement 600 en tant que maladie professionnelle (Assurance maladie, 2018). Par ailleurs, la jurisprudence sur le suicide lié au travail se développe, mais reste maigre (voir contribution de L. Lerouge dans le dossier 1). Cependant le verdict du procès France Télécom, rendu le 20 décembre 2019, fait entrer dans la jurisprudence la notion de « harcèlement moral institutionnel ». Cette notion renvoie à une stratégie d'entreprise passant par un plan de restructuration, qui a conduit à déstabiliser les salariés et à créer un climat professionnel anxiogène.

La disparition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et la mise en place des comités sociaux et économiques (CSE) ouvrent un nouveau chapitre dans la prévention de la santé au travail en général, et dans celle de la santé mentale, des risques psychosociaux et du suicide en particulier. La création des CHSCT en 1982 avait permis des avancées en matière de prévention des risques, en particulier des accidents du travail en milieu industriel, mais a pu montrer des limites dans les années récentes. Le découplage entre enjeux économiques, organisation du travail et santé au travail constituait une de ces limites. La constitution des CSE, par fusion des instances traditionnelles de représentation du personnel, introduite par les ordonnances dites Travail, de septembre 2017, a précisé pour objectif de pallier ce fonctionnement en silos.

Les CSE laisseraient ainsi entrevoir de nouvelles opportunités en matière de déploiement d'actions de prévention attentives aux enjeux de santé au travail. Le décloisonnement des questions économiques, d'organisation et de santé au travail et la potentielle amélioration du dialogue social, visés par les CSE, devraient

1. Les risques psychosociaux sont définis comme des risques pour la santé physique et mentale des travailleurs dont les causes sont à rechercher dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation et aux relations de travail.

2. Il s'agit de deux tableaux du régime général ou agricole de la Sécurité sociale répertoriant les maladies dites professionnelles. Pour être reconnue, la maladie doit, par ailleurs, être la conséquence directe de l'exposition du travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulter des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle (INRS).

permettre des discussions sur la santé au travail au niveau stratégique des entreprises et pourraient ainsi améliorer sa prise en compte.

Dans le même temps, la création des CSE occasionne de nouvelles inquiétudes en matière de prise en compte de la santé au travail dans les entreprises. La disparition des délégués du personnel et la centralisation de la représentation du personnel font craindre, chez certains acteurs, un éloignement de la réalité du terrain et du travail réel, même si la loi a introduit une possibilité nouvelle d'instituer des représentants de proximité par accord collectif. Des préoccupations s'expriment également sur la façon dont la prévention des risques psychosociaux au travail pourra être assurée dans ce nouveau contexte, par rapport à la situation précédente où cette question était traitée par une instance dédiée.

Ces questions ont été débattues au sein de l'ONS. Parce que le fonctionnement des CSE n'est pas encore stabilisé et faute de recul temporel, les toutes premières analyses des transformations induites par la mise en place des CSE ne sont pas suffisantes pour dresser un premier bilan, encore moins pour trancher entre les différents points de vue. L'ONS restera donc attentif, dans ses travaux à venir, aux effets de la fusion des instances de représentation du personnel sur la qualité de la prise en charge des questions de prévention des risques psychosociaux et de suicide dans les entreprises. Cette fusion pose en effet de nombreux enjeux, en particulier autour du mode de fonctionnement du CSE et de la façon dont les acteurs de la négociation collective se saisiront des possibilités d'innovation qui leur sont offertes. Les débats au sein de l'ONS reprendront sur ce point lorsque les travaux de recherche lancés sur ce sujet auront produit leurs résultats. Deux recherches financées dans le cadre de l'appel à recherche « santé mentale et expériences du travail, du chômage et de la précarité » apporteront des éléments de réponse à ces questions (annexe 3). De même, les travaux prévus par le comité d'évaluation des ordonnances Travail et portés par France Stratégie pour étudier la mise en place des CSE et leurs effets pourront apporter des éclairages sur ces questions.

Enfin, malgré des initiatives associatives, comme celle de Solidarités nouvelles face au chômage (2018) et la parution récente d'un avis du Conseil économique, social et environnemental sur les conséquences du chômage sur les personnes qui le subissent et leur entourage (Farache, 2016), la prise de conscience et la mobilisation autour de la santé mentale des chômeurs restent faibles.

2. Les suicides liés au travail et au chômage, un lien de causalité difficile à appréhender et à mesurer

Malgré une prise en compte accrue de la santé mentale au travail par l'ensemble des acteurs, les suicides liés au travail ou au chômage sont difficiles à identifier et à dénombrer.

Tout d'abord, l'établissement d'un lien de causalité direct n'est jamais patent. Il est en effet difficile à appréhender tant sont complexes les relations entre le bien-être ou, au contraire, le mal-être des personnes et leur situation vis-à-vis du travail et de l'emploi. De plus, le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel qu'il est difficile de rapporter à une cause unique. Ainsi, la situation professionnelle ou sociale d'une personne est rarement la seule explication possible au geste suicidaire. Des facteurs psychiques, familiaux ou personnels peuvent s'y ajouter (voir contribution de C. Baudelot dans le dossier 1).

Ensuite, il n'existe pas actuellement de données nationales qui permettent de suivre l'évolution du nombre de suicides, par profession, sur le lieu de travail et *a fortiori* liés au travail ou au chômage.

Les sources d'information administrative sur les causes de décès ou sur les hospitalisations pour tentatives de suicide comportent peu d'éléments sur la situation des personnes sur le marché du travail. Ainsi, en dehors de quelques professions, pour lesquelles un dénombrement spécifique a été mis en place, il est actuellement impossible de relier les décès par suicide ou les hospitalisations pour tentatives de suicide à la profession de la personne concernée ou de faire le lien avec le travail ou le chômage. Les systèmes d'information sont néanmoins en évolution pour répondre à ces besoins (voir dossier 2). Les résultats des enquêtes statistiques interrogeant les individus sur leurs pensées suicidaires ou les tentatives de suicide passées peuvent généralement être déclinés selon de nombreuses caractéristiques professionnelles, mais ne permettent d'analyser qu'une partie du phénomène.

Ainsi, pour savoir si les suicides sont plus fréquents dans une profession ou une entreprise donnée, on mesure les écarts de taux de suicide entre la population exerçant cette profession ou travaillant dans l'entreprise étudiée et la population générale française. Ce raisonnement statistique est cependant fragile. La significativité des écarts de taux de suicide dépend d'effectifs souvent trop faibles dans les données par profession ou par entreprise. De plus, les personnes exerçant une profession spécifique ou travaillant dans une entreprise donnée peuvent présenter des caractéristiques très différentes de la population française considérée dans son ensemble. Elles s'en distinguent par le fait d'être en emploi et par un niveau d'instruction différent du niveau moyen ; elles sont plus âgées ou plus jeunes ; elles ont

des trajectoires professionnelles particulières ; etc. Enfin, certaines professions ou entreprises sont plus masculines, d'autres plus féminines que la population générale en France. Trouver la population de référence adéquate pour établir la comparaison s'avère donc complexe.

L'établissement statistique d'une surmortalité par suicide dans certaines professions ou certaines entreprises ne permet pas de déduire que ces suicides sont liés aux conditions de travail ou à des facteurs organisationnels ou relationnels dans les entreprises. Ils peuvent dépendre en partie des caractéristiques individuelles des personnes qui choisissent d'exercer ces professions ou de travailler dans ces lieux. Une surmortalité par suicide constitue toutefois une indication forte que des causes professionnelles sont sous-jacentes et interagissent éventuellement avec des dimensions individuelles. En tout cas, elle est révélatrice d'une vulnérabilité particulière qui appelle des mesures de prévention spécifiques, quelle qu'en soit la cause.

3. Suicide et situation professionnelle : une complémentarité des travaux quantitatifs et qualitatifs

Les travaux en épidémiologie, en psychiatrie, en psychologie et en sciences humaines et sociales (sociologie, économie, droit, etc.) documentent largement le lien entre la santé mentale et les expériences du travail ou du chômage, même si des zones d'ombre subsistent (voir dossier 1). Dans chacune de ces disciplines, les recherches portant spécifiquement sur la question du suicide sont plus ou moins nombreuses.

Les travaux épidémiologiques adoptent une perspective quantitative en cherchant à établir un « sur-risque » statistique de suicide dans une catégorie de travailleurs donnée et à analyser les déterminants professionnels pesant sur la santé mentale et le suicide. De même, les études économiques s'intéressent au poids des différents facteurs sociaux et professionnels et à leurs interactions. Un des aspects communs à ces deux disciplines est de tenter de démêler l'effet sur la santé mentale des différents facteurs, fortement imbriqués les uns aux autres. Lorsque le risque suicidaire est étudié spécifiquement, l'effet important des troubles mentaux est questionné. Ces troubles ont-ils un effet propre sur le risque suicidaire ou un effet de médiation par rapport aux facteurs professionnels et sociaux ? En mobilisant des données, encore rares, de trajectoires professionnelles et de santé, ces travaux tentent, enfin, de tenir compte des effets réciproques, positifs ou négatifs, entre la santé psychique et la situation professionnelle ainsi que de la dynamique de leurs interactions. Plus précisément, le développement de ce type d'études est un enjeu majeur pour mieux comprendre les interactions entre risques psychosociaux, santé mentale et risque suicidaire. Des conditions de travail délétères nuisent en effet à la santé mentale, mais

à l'inverse des problèmes psychiques peuvent réduire les performances au travail. De même, le chômage peut détériorer la santé mentale, mais une mauvaise santé mentale peut, à terme, limiter la participation au marché du travail, la recherche et l'obtention d'un emploi. L'objectif est alors de clarifier d'un point de vue statistique le sens de la causalité entre santé mentale et travail ou entre santé mentale et chômage. Plus probablement, les problèmes de santé mentale et les épisodes de chômage sont favorisés par un parcours de vie globalement défavorable et dépendent d'un contexte social plus large, ce qui rend plus complexe encore d'établir une relation de causalité (Meneton *et al.*, 2017).

De manière générale, les travaux en psychologie et en sociologie sont davantage basés sur des méthodes qualitatives, mobilisant des enquêtes de terrain. En s'appuyant sur les approches de la clinique du travail développées par D. Lhuillier ou la psychodynamique du travail exposée par C. Dejours, ils mettent l'accent sur le vécu du travail ou du chômage par les personnes elles-mêmes. Ces travaux descriptifs des situations de travail ou de chômage telles qu'elles sont expérimentées ont établi que la souffrance n'est pas le seul résultat de fragilités individuelles, mais que certains facteurs organisationnels et certaines pratiques managériales dans les entreprises ou l'épreuve du chômage jouent un rôle dans l'altération de la santé mentale. Selon C. Dejours, les suicides au travail résultent de la surcharge de travail et de l'absence de coopération entre collègues ou avec la hiérarchie. Il a également mis en évidence que ceux qui se suicident à cause du travail sont souvent les plus investis et les plus performants dans leur travail. La conscience professionnelle est généralement un facteur de santé, mais lorsqu'elle est mise à mal, c'est tout le sens du travail qui s'en trouve impacté, ce qui peut expliquer ce phénomène *a priori* contre-intuitif. Le vécu subjectif du chômage peut également détériorer la santé mentale et conduire au suicide, mais les mécanismes psychiques précis restent à explorer. En particulier, l'enjeu serait d'étudier la diversité des expériences contemporaines de chômage et de précarité pour en évaluer l'impact sur le risque suicidaire. L'altération de la santé mentale doit sans doute être étudiée à l'aune d'une partie ou de l'ensemble de la trajectoire professionnelle des personnes, selon qu'elle se caractérise par un long épisode de chômage ou, au contraire, par une succession d'épisodes d'emplois précaires et de chômage.

Les travaux en psychiatrie ont mis en évidence que la majorité des suicides surviennent dans un contexte de troubles psychiatriques, en particulier de dépression ou de troubles anxieux. Ils ont mis en exergue également le rôle important des troubles survenus dans l'enfance. Les abus dans l'enfance en particulier peuvent causer des affections psychiatriques graves et avoir des conséquences psychiques et sociales à l'âge adulte (difficultés d'adaptation, de gestion du stress, etc.) et donc des conséquences sur la situation professionnelle.

Enfin, les travaux juridiques, encore rares, s'attachent à comprendre la prévention des risques liés au travail et la réparation des conséquences de la souffrance en rapport avec le travail.

L'approche par les risques psychosociaux a constitué un tournant, dans la mesure où elle permet de faire un pont entre les travaux quantitatifs et qualitatifs. En 2011, un rapport sur la mesure des facteurs psychosociaux de risque au travail, établi par un collège d'experts et présidé par Michel Gollac, identifie six types de facteurs de risques psychosociaux : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles³, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs⁴, l'insécurité de la situation de travail. Il définit également une série d'indicateurs pour mesurer ces risques et formule des recommandations pour la réalisation d'enquêtes statistiques, concrétisées par exemple dans l'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux 2016 de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). Ce rapport a ainsi contribué à étayer, par des résultats quantitatifs, les travaux qualitatifs des sociologues et des psychologues.

Afin de combler les points aveugles de la recherche, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Dares ont lancé conjointement en 2019 un appel à projets de recherche autour du thème de la santé mentale et du lien avec le travail, le chômage et la précarité. Le but est d'encourager et de financer la réalisation de travaux scientifiques innovants sur l'impact des conditions de travail, des nouvelles pratiques managériales, des nouvelles formes d'emploi et de chômage sur le vécu subjectif des personnes et leur souffrance, ainsi que sur le risque suicidaire. Dix projets de recherche ont été retenus et font l'objet d'un financement par la Dares ou la DREES pour deux ans. Un projet bénéficie également d'un financement par le Conseil d'orientation des conditions de travail et un autre par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation (voir annexe 3).

4. Le développement de la prévention pour certaines professions améliore le décompte des suicides et tentatives de suicide

Si on ne dispose pas d'un comptage des suicides sur le lieu de travail ou liés au travail, de nombreuses données d'enquêtes statistiques ou collectées dans le cadre de dispositifs de prise en charge de la souffrance liée au travail permettent une analyse du lien entre la santé mentale et les conditions d'emploi et de travail. Ainsi, l'enquête

3. Les exigences émotionnelles correspondent à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit au travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant.

4. Les conflits de valeurs peuvent venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle.

Conditions de travail-Risques psychosociaux 2016 de la Dares permet d'étudier les relations entre les risques psychosociaux au travail, tels que définis par le rapport Gollac, les troubles de santé mentale et les pensées suicidaires. Un des résultats est que l'effet des risques psychosociaux sur la fréquence des pensées suicidaires peut être direct ou en partie lié à l'existence de troubles psychiques (voir fiche 5). Grâce à un échantillon de taille importante, l'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux 2016 permet en outre de cibler l'analyse sur le personnel hospitalier (voir fiche 6).

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) rassemble les 30 centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) et collecte les informations recueillies lors des consultations, permettant ainsi de repérer et de caractériser des situations à risque en milieu de travail. Entre 2001 et 2017, le nombre de pathologies psychiques considérées comme imputables au travail dans le cadre de ces consultations a considérablement augmenté, en partie en raison des modifications des pratiques d'adressage vers les CCPP (voir fiche 7). Le Baromètre santé 2017 de Santé publique France permet de mesurer la prévalence des pensées suicidaires selon le secteur d'activité. Il ressort que ces pensées suicidaires sont associées à des menaces verbales, des humiliations et des intimidations au travail, au fait d'avoir peur de perdre son emploi et au fait d'avoir connu récemment une période de chômage de plus de six mois (voir fiche 8).

Dans certains milieux de travail, des actions spécifiques de prévention du suicide ou des systèmes de remontées d'informations dédiés à un secteur d'activité ou à une profession donnée sont mis en place. Il en est ainsi du milieu agricole pour lequel le suicide constitue une préoccupation forte des pouvoirs publics (voir fiches 9, 10 et 11). Une surmortalité statistique par suicide pour les exploitants agricoles, comparés à la population générale, a été mise en évidence. Pour les salariés de la Mutualité sociale agricole (MSA), les chiffres montrent au contraire une sous-mortalité par suicide (voir fiche 9). Entre 2011 et 2014, le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation a ainsi confié à la MSA la mise en place d'un plan national de prévention du suicide qui s'est inscrit dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide du ministère des Solidarités et de la Santé. Ce plan s'est traduit notamment par l'ouverture de cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide dans les caisses de la MSA sur l'ensemble du territoire et par la création, en 2014, d'un numéro de téléphone, AGRI'ÉCOUTE, renforcé en 2018 (voir fiche 11). Dans la continuité, le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation a souhaité élargir les actions de prévention de la santé mentale et du suicide entre 2016 et 2020, *via* des dispositifs d'accompagnement social et d'aide économique pour soutenir les agriculteurs en situation d'épuisement professionnel ou connaissant des difficultés financières (voir fiche 10).

De leur côté, les entrepreneurs rencontrant des difficultés financières et exprimant une souffrance peuvent bénéficier, depuis 2013, d'un accompagnement par le dispositif Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA). Reposant sur un réseau de sentinelles, sensibilisées au risque suicidaire, dans les tribunaux de commerce, et sur un réseau national de psychologues, le dispositif a permis depuis sa création de prendre en charge 2 173 hommes et femmes entrepreneurs en souffrance (voir fiche 12).

Les policiers présentent également des risques spécifiques bien identifiés. Depuis les années 2000, la police nationale s'est fortement engagée dans la prévention du suicide (voir fiche 13). Un nouveau programme de mobilisation contre le suicide a été mis en œuvre en 2018 et une cellule d'alerte et de prévention du suicide (CAPS) a été créée le 29 avril 2019, dans un contexte de très forte hausse des suicides.

Depuis 2009, l'administration pénitentiaire a également multiplié les actions afin de prévenir la souffrance et la détérioration de la qualité de vie de ses agents. Ces interventions visent principalement le personnel de surveillance et assurent une offre soutenue d'accompagnement et de soutien, afin de diminuer le risque suicidaire (voir fiche 14).

5. Des systèmes d'information en cours d'amélioration

Le développement des connaissances sur les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides, en particulier ceux liés à la situation professionnelle, exige une amélioration des systèmes d'information (voir dossier 2).

La base des causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm) constitue la source d'information principale sur les décès par suicide. Dans ce domaine, le déploiement de la certification électronique des décès, la mise en place d'un nouveau certificat de décès depuis 2017 et la transmission d'un volet médical complémentaire par les instituts médico-légaux en cas d'autopsie ou d'examen complémentaire devraient permettre de réduire les délais de mise à disposition de l'information, mais aussi d'accroître la qualité de l'information transmise. Ces évolutions du système d'information sur les causes de décès, en améliorant le repérage des suicides, pourraient même conduire à une augmentation artificielle du nombre de suicides dans les prochaines années.

L'appariement de la base des causes de décès avec les autres sources de données médico-administratives, notamment les bases d'informations hospitalières

(le PMSI⁵) et de l'Assurance maladie (le Sniiram⁶), dans le cadre du Système national des données de santé (SNDS) ouvrent des voies prometteuses en matière d'études et de recherches sur la thématique des suicides, des hospitalisations pour tentatives de suicides et du recours aux soins. À cet égard, l'Observatoire national du suicide invite les différents acteurs de la production d'études et de recherches à coordonner leurs travaux, afin de couvrir l'ensemble des questionnements pertinents pour guider les politiques publiques de prévention du suicide.

Au-delà de ces progrès, la qualité du recueil des tentatives de suicides dans les bases d'informations hospitalières reste insuffisante. L'amélioration de leur codage doit ainsi constituer une priorité de réflexion du groupe de travail sur les données statistiques de l'ONS. De même, doit faire partie de ses priorités la production de données sur les suicides ou les tentatives de suicide selon la situation professionnelle des personnes, à travers l'appariement de sources administratives comme l'EDP-santé⁷, ou des expérimentations de systèmes de recueil d'informations sur les suicides liés au travail, comme celle initiée par Santé publique France avec la collaboration des instituts de médecine légale.

Les différentes enquêtes statistiques récentes permettant de mesurer les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide telles que déclarées par les personnes, et leurs potentiels appariements avec le SNDS, devront faire l'objet d'exploitations statistiques en nombre suffisant pour alimenter le débat public. Malgré leurs lacunes, les systèmes d'information actuels offrent une description de l'évolution générale des suicides, des tentatives de suicide et des pensées suicidaires en France.

6. Le taux de décès par suicide a tendance à baisser

Le taux de décès par suicide a diminué entre 2000 et 2016 et s'inscrit ainsi dans une tendance à la baisse depuis les années 1980. Malgré cela, la France compte encore environ 9 300⁸ décès par suicide au cours de l'année 2016 et fait partie des pays d'Europe où le taux de décès par suicide est élevé. Les comparaisons régionales et internationales, ainsi que les variations récentes, doivent être interprétées avec prudence, en raison de la disparité des remontées d'information sur les causes de décès (voir fiche 2). Il est difficile de dire dans quelle mesure les évolutions à la

5. Le PMSI pour Programme de médicalisation des systèmes d'information est l'outil de mesure médico-économique de l'activité hospitalière.

6. Le Sniiram pour Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie est la base de données française maintenue par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

7. L'EDP-santé apparie les données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP) et les données sur le recours aux soins, les hospitalisations et les causes de décès du Système national des données de santé (SNDS).

8. En 2016, 8 435 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les remontées des certificats de décès étant imparfaites et en faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction 9 279 décès par suicide.

baisse observées attestent de la solidité des dispositifs de prévention du suicide mis en place depuis les années 2000. De nombreux autres facteurs ont pu jouer de façon concomitante, sans qu'il soit possible de démêler les effets des uns et des autres : la diffusion de la consommation d'antidépresseurs, l'amélioration de l'offre de soins en psychiatrie, le développement des associations de prévention du suicide et de leurs actions, etc. (Baudelot et Establet, 2018).

Les hospitalisations pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont également diminué de 2010 à 2013 mais évoluent peu depuis. Elles ne comptabilisent toutefois qu'une partie des tentatives de suicide prises en charge à l'hôpital : elles ne prennent pas en compte les patients hospitalisés en psychiatrie, ni ceux passés aux urgences après une tentative de suicide n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation en MCO. Là aussi, la qualité des données transmises et les habitudes de codage dans les bases hospitalières rendent délicate l'analyse de cette source (voir fiche 3).

Les indicateurs de pensées suicidaires et de tentatives de suicide telles que déclarées par les personnes dans le Baromètre santé de Santé publique France ne permettent pas toutefois de dégager de tendance à la hausse ou à la baisse selon le sexe et l'âge (voir fiche 4).

7. Des facteurs de risque spécifiques pour les personnes âgées, les adolescents et les personnes détenues

Bien que les suicides soient concentrés en nombre parmi les personnes en âge d'être actives, il est nécessaire de rappeler que les personnes âgées de 75 ans ou plus présentent le taux de suicide le plus élevé ; 33,3 pour 100 000 habitants contre 15,4 pour les 25-54 ans et 18,1 pour les 55-74 ans (voir fiche 2). Beaucoup de zones d'ombre persistent dans la connaissance de ce phénomène. Les recherches récentes s'intéressent aux effets de la formation de sentinelles au repérage de ce risque parmi les professionnels accompagnant les personnes âgées, particulièrement en institution. La rupture de l'isolement social semble également être une mesure efficace pour réduire le risque suicidaire chez les personnes âgées. La prévention par l'amélioration de l'image de la vieillesse dans la société pourrait enfin être une piste de recherche.

À l'autre extrémité des âges, les adolescents ont un taux de suicide globalement faible, mais le suicide est la deuxième cause de mortalité des jeunes, après les accidents de la route. Les jeunes filles présentent le taux de tentative de suicide le plus élevé par rapport à toutes les autres classes d'âge, avec un pic étroit autour de 16 ans. Les travaux mettent en exergue le rôle primordial de l'état de santé psychique des adolescents sur le risque suicidaire (voir fiches 16 et 17). Néanmoins, de nombreux

comportements (atteintes corporelles auto-infligées, mauvais comportements alimentaires, consommation de tabac et de cannabis, etc.), dont certains apparaissent parfois anodins (« sécher » les cours, ne pas prendre de petit déjeuner, etc.), peuvent constituer des signes d’alerte du mal-être des élèves. Les travaux futurs devront s’intéresser au harcèlement, en particulier sur le Web et les réseaux sociaux.

Enfin, les personnes détenues sont particulièrement à risque. La prévention du suicide en milieu carcéral est en effet une priorité de santé publique. Elle fait l’objet d’une politique active depuis plusieurs années en France. La Direction de l’administration pénitentiaire (DAP) et Santé publique France mettent en place un système de remontées d’information qui vise à identifier les facteurs en cause dans le risque suicidaire des personnes détenues. Il distingue les facteurs liés à la détention elle-même et ceux associés aux parcours de vie des personnes détenues, afin d’essayer de faire la part entre les différents facteurs pour en améliorer la prévention (voir fiche 18).

Références bibliographiques

- **Assurance maladie** (2018, janvier). Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l’Assurance Maladie - Risques professionnels. *Santé travail : enjeux et actions. Rapport 2018*.
- **Baudelot, C., Establet, R.** (2006). *Suicide, l’envers de notre monde*, Paris, France : Le Seuil (Points Seuil, 2018).
- **Farache, J.** (2016). *L’impact du chômage sur les personnes et leur entourage, mieux prévenir et accompagner*. Avis du CESE, mai.
- **Meneton, P., Plessz, M., Courtin, et al.** (2017). Le chômage, un problème de santé publique majeur. *La Revue de l’Ires*, 91-92 (1).
- **Ministère du Travail** (2019). La négociation collective en 2018. *Bilan et rapports*.
- **Solidarités nouvelles face au chômage** (2018). *La santé des chercheurs d’emploi, enjeu de santé publique*. Rapport sur l’emploi et le chômage et ses impacts.

SYNTHÈSE P.09

DOSSIERS

FICHES P.107

ANNEXES P.255

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Dossier • Les suicides liés au travail et au chômage | 27 |
| Dossier • État des lieux des systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide en France | 77 |

LES SUICIDES LIÉS AU TRAVAIL ET AU CHÔMAGE

Diane Desprat, Christian Baudelot,
Michel Debout, Sarah Waters, Loïc Lerouge

En France, en 2013, un décès avant l'âge de 65 ans sur treize chez les hommes et un décès sur vingt chez les femmes est un suicide (DREES, 2017¹). Le suicide est ainsi une cause de mortalité fréquente parmi les personnes en âge d'être actives. En 2016, le suicide représente 10 % de la mortalité totale chez les hommes de 25 à 54 ans et plus de 20 % chez ceux de 25 à 34 ans, leur taux de suicide reste néanmoins plus faible que pour la population masculine totale (16,3 % pour les hommes de 25 à 34 ans contre 22,0 % pour les hommes de tous âges). Comme à tous les âges, les femmes en âge d'être actives décèdent moins par suicide, mais font davantage de tentatives de suicide que les hommes (voir fiches 2 à 4).

Cette part élevée des suicides et des tentatives de suicide parmi les personnes en âge de travailler conduit à s'interroger sur le lien entre le fait de se donner la mort et la situation professionnelle et sociale (Barlet et Marichalar, 2012). Le travail et l'emploi occupant une place importante dans la vie et l'identité des individus, dans quelle mesure les gestes suicidaires sont-ils liés aux conditions de leur activité professionnelle ou à leurs conditions de vie potentiellement dégradées par la perte d'un emploi ou la situation de chômage ?

Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel, qu'il est difficile de rapporter à une cause unique. Ainsi, des conditions de travail dégradées sont souvent en cause dans le suicide d'une personne, mais en sont rarement la seule explication. De même, la perte d'estime de soi engendrée par le chômage et ses conséquences sociales sont des déterminants du suicide qui s'ajoutent souvent à d'autres. Des facteurs d'ordre psychique, familial ou personnel peuvent venir se cumuler à la situation professionnelle et sociale et contribuer au mal-être des individus.

Néanmoins, le simple fait que le travail ou le chômage puissent conduire une personne à mettre fin à ses jours oblige à examiner le lien entre situation professionnelle et suicide. Explorer la relation entre la santé mentale, et plus spécifiquement le suicide, et le travail ou le chômage se révèle en effet primordial dans une perspective de prévention mais

1. DREES, Santé publique France (2017). *L'état de santé de la population en France*. Rapport, 434.

aussi de reconnaissance des conséquences d'un décès par suicide ou d'une tentative de suicide. À travers cinq contributions, ce dossier regroupe les réflexions actuelles sur cette thématique et propose des pistes de recherche qui restent à développer.

Diane Desprat propose d'abord un état des connaissances juridiques, scientifiques et statistiques sur les suicides liés à la situation professionnelle et sociale des personnes. La problématique de la santé mentale au travail occupe désormais une place centrale dans la législation, le dialogue social et les entreprises. Même si le travail peut être source de bien-être et être gratifiant, il est établi par de nombreux travaux quantitatifs et qualitatifs que la santé mentale est dégradée par des conditions de travail délétères, des changements organisationnels répétés et non accompagnés dans les entreprises ou certaines méthodes de management. De même, la perte d'estime de soi et les difficultés financières liées au chômage ou à la précarité professionnelle nuisent à la santé mentale, qui elle-même peut avoir un effet sur la recherche d'emploi. Malgré ces résultats, le suicide demeure fréquemment attribué à la fragilité intrinsèque des personnes, oubliant le rôle des conditions de travail et de vie. Cette occultation du phénomène tient sans doute en partie au fait que les suicides liés au travail ou au chômage sont difficiles à repérer et à dénombrer. Il est actuellement impossible de connaître les décès par suicide ou les hospitalisations pour tentatives de suicide ayant un rapport avec le travail ou le chômage, ou même de les relier à la profession de la personne concernée, en dehors de quelques professions pour lesquelles un comptage spécifique a été mis en place.

Christian Baudelot insiste ensuite sur la difficulté d'établir un lien de causalité direct entre le travail et le suicide. Il souligne notamment la fragilité du raisonnement statistique visant à démontrer la surmortalité ou, au contraire, la sous-mortalité par suicide dans une profession particulière ou dans une entreprise donnée. Il rappelle enfin que l'imitation ne peut pas provoquer à elle seule une vague de suicides dans une profession ou une entreprise, ce sont bien les conditions de travail dégradées, partagées par les professionnels ou les salariés de l'entreprise, qui sont déterminantes.

En écho, **Michel Debout** souligne l'urgence pour la recherche de mieux appréhender la santé mentale des chômeurs, et pour les pouvoirs publics de proposer des dispositifs d'accompagnement psychique des demandeurs d'emploi afin de prévenir le risque suicidaire de cette population particulièrement vulnérable. Il décrit les mécanismes psychiques par lesquels la santé mentale se dégrade lorsqu'on perd son emploi, puis lorsque l'épisode de chômage perdure, ce qui lui permet de distinguer différents types de suicides chez les chômeurs.

À travers les lettres de suicidés dans de grandes entreprises françaises, **Sarah Waters** confirme que les conditions de travail peuvent être délétères et porter atteinte à l'identité des personnes. Un éclairage sur la situation au Royaume-Uni souligne, par ailleurs, que la réglementation britannique, contrairement à celle en vigueur en France, ne permet pas de faire reconnaître un suicide en accident du travail.

Loïc Lerouge attire l'attention sur les avancées de la législation et de la jurisprudence en matière de prise en compte de la souffrance psychique au travail et du suicide. Il rappelle que la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a marqué un tournant dans ce domaine en ajoutant au Code du travail l'obligation pour l'employeur de protéger la santé mentale de ses salariés et non plus la seule santé physique.

1. Un état des connaissances juridiques, scientifiques et statistiques

Diane Desprat (DREES)

Après un rappel de l'évolution du cadre législatif de la prévention de la santé mentale au travail, cette contribution revient sur l'ambivalence du travail, à la fois source de bien-être et de souffrance, et son versant, le chômage, avec ses effets délétères sur la santé mentale. Seront également abordés les travaux scientifiques qui ont pointé les pratiques de management et les changements organisationnels à l'origine de la souffrance au travail et des suicides. Enfin, cette contribution fait le point sur les difficultés à dénombrer les suicides liés au travail.

1.1. Les risques psychiques de plus en plus pris en compte dans le cadre législatif de la santé au travail et de la prévention

La prise en charge de la santé mentale au travail s'est traduite par des évolutions législatives en France dès le début des années 2000. Depuis 2001, l'employeur a l'obligation de rédiger et de mettre à jour, tous les ans, un document unique d'évaluation des risques (DUER) – comprenant les risques psychosociaux – et de préciser un plan d'actions et de moyens pour les traiter.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002² a, par ailleurs, spécifié le harcèlement moral, les moyens de faire constater les éléments qui le constituent et de les faire sanctionner. Le harcèlement moral est défini comme le délit ou le fait

2. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 169.

de procéder à des « agissements répétés [...] qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Toute personne coupable de ces agissements est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Cette loi a ajouté au Code du travail l'obligation pour l'employeur de protéger la santé mentale de ses salariés, en sus de leur santé physique. Auparavant, le droit du travail français se focalisait uniquement sur l'aspect physique de la santé au travail, plus précisément sous l'angle de la maladie et de l'aptitude (Lerouge, 2009). Seuls certains événements traumatiques étaient pris en charge, comme les troubles psychiques après des hold-up. Désormais, l'obligation de prévention porte également sur la santé mentale. À cela s'ajoute l'obligation de sécurité de résultat.

Ce principe de l'obligation de sécurité de résultat constitue une interprétation forte par la loi française de l'obligation de résultat, instituée par le droit communautaire. L'employeur est non seulement tenu de prévenir tous les risques au travail, mais il doit aussi faire en sorte d'éviter la réalisation du risque. Si un risque se manifeste, l'employeur est considéré comme ayant failli à son obligation de sécurité en n'ayant pas pris les mesures de prévention adéquates. L'employeur est alors l'auteur d'une faute inexcusable et sa responsabilité est engagée. Cette obligation de sécurité de résultat entraîne le recours au juge pour prouver la responsabilité de l'employeur, selon L. Lerouge.

1.2. Une reconnaissance légale des affections psychiques liées au travail toujours complexe

En matière de réparation, une affection psychique peut être reconnue au titre d'accident du travail ou de maladie professionnelle mais cela n'engage pas les mêmes démarches. Est considéré comme accident du travail « un accident survenu au salarié par le fait ou à l'occasion de son travail, quelle qu'en soit la cause »³. Deux conditions sont nécessaires : que l'accident se soit déroulé sur le lieu de travail et qu'il donne lieu à l'apparition d'une lésion soudaine. Le caractère soudain est important : il permet de distinguer l'accident du travail de la maladie professionnelle. Cependant, il faut attendre l'arrêt datant du 10 décembre 2002 du tribunal des affaires de la Sécurité sociale (TASS) pour que les atteintes à la santé mentale, comme un choc émotionnel à la suite d'un malaise, une crise d'angoisse, une altercation ou une agression, puissent être reconnues en accident du travail (Blum Le Coat et Pascual, 2017).

3. Article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale.

Une maladie est dite professionnelle si « elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle et si elle figure dans un des tableaux du régime général ou agricole de la Sécurité sociale » (INRS⁴). Lorsqu'il n'existe pas de tableau pour la pathologie (INRS⁵) en question ou bien lorsque toutes les conditions du tableau ne sont pas remplies, les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), créés en 1993 et composés d'un médecin inspecteur du travail, d'un professeur d'université-praticien hospitalier et du médecin-conseil régional de l'Assurance maladie, sont chargés de statuer sur le lien causal entre le travail habituel du salarié et sa pathologie. Or les tableaux des maladies professionnelles n'incluent pas les atteintes à la santé mentale. Par ailleurs, avant 2015, le médecin-conseil ne pouvait se prononcer qu'une fois la maladie « stabilisée », c'est-à-dire lorsque celle-ci n'est plus susceptible de s'améliorer ou de s'aggraver, nécessitant un délai important entre le début de la maladie et sa reconnaissance. Enfin, seules étaient prises en compte les affections les plus sévères, c'est-à-dire celles pour lesquelles le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 25 % selon le barème établi. Plus récemment, la loi sur le dialogue social et l'emploi du 17 août 2015 a confirmé que des affections psychiques peuvent être reconnues comme maladies professionnelles *via* le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, lorsqu'il n'existe pas de tableau. Les modalités de traitement de ces dossiers par les CRRMP ont été précisées par le décret du 7 juin 2016. Celui-ci permet de faire appel à l'expertise d'un médecin psychiatre à tous les stades de la procédure de reconnaissance d'une affection psychique et comprend par ailleurs plusieurs mesures de simplification de la procédure d'instruction visant, à terme, à faciliter la reconnaissance des affections psychiques.

Ces évolutions marquent un tournant dans la prise en compte du bien-être psychique des travailleurs dans le cadre professionnel. Toutefois, les procédures pour la reconnaissance d'une atteinte à la santé mentale en accident du travail ou en maladie professionnelle sont complexes et peuvent décourager certains travailleurs. La jurisprudence sur la reconnaissance des suicides liés au travail reste succincte, selon L. Lerouge.

1.3. Les partenaires sociaux se saisissent de la prévention des risques psychiques liés au travail

Les deuxième et troisième plans nationaux Santé au travail (2010-2014 et 2016-2020)⁶ donnent une place particulière aux risques psychosociaux qui font l'objet d'un

4. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>

5. <http://www.inrs.fr/header/presse/cp-tableaux-maladies-pro.html>

6. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

certain nombre d'actions coordonnées de prévention : affiches et prospectus pour combattre certaines idées reçues sur la santé mentale au travail, « kit » d'outils d'accompagnement pour les entreprises⁷, renforcement des outils en faveur de la prévention dans les petites et moyennes entreprises, renforcement de l'offre régionale, etc.

Deux accords interprofessionnels, étendus et rendus obligatoires, encadrent d'une part le stress au travail (2 juillet 2008) et d'autre part le harcèlement et la violence au travail (26 mars 2010). Le premier propose des indicateurs pour dépister le stress au travail et un cadre pour le prévenir. Il rappelle que, dès qu'un problème de stress a été identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer, ou, à défaut, le réduire. L'employeur a la responsabilité de déterminer les mesures appropriées ; il doit associer les instances représentatives du personnel (ou à défaut les salariés) à leur mise en œuvre. Le second invite les entreprises à déclarer clairement que le harcèlement et la violence sur le lieu de travail ne sont pas tolérés et à prévoir des mesures appropriées de gestion et de prévention.

Par un accord national interprofessionnel (ANI) sur la qualité de vie au travail, signé le 19 juin 2013⁸, la qualité de vie au travail se définit comme le vécu propre à chaque salarié mais surtout par les conditions objectives de réalisation du travail. Cet accord a été étendu par un arrêté du 15 avril 2014 portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. Les questions relatives à la qualité de vie au travail font de plus en plus l'objet de négociations entre employeurs et salariés. Bien qu'au niveau des branches professionnelles le sujet soit peu saisi, les entreprises ont été très actives en 2018 sur ce thème (ministère du Travail, 2019). L'ANI du 19 juin 2013, étendu en avril 2014, a cessé d'être applicable au bout de trois ans d'expérimentation, mais semble donc continuer de produire ses effets.

1.4. Les acteurs de la prévention de la santé au travail et la santé mentale

Publics ou privés, les acteurs de la prévention, du conseil et de la prise en charge de la santé au travail sont nombreux : l'inspection du travail, les organismes de sécurité sociale, les caisses de retraite, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et son réseau en régions, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), les services de santé au travail (SST), les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), les centres de consultations pour

7. <https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux>

8. https://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2013/0041/boc_20130041_0000_0011.pdf

pathologies professionnelles (CCPP), les réseaux professionnels, les consultants en prévention, etc. Même si les partenariats entre ces acteurs sont nombreux, leur cloisonnement institutionnel et leur manque de coordination sont souvent déplorés (Lecocq *et al.*, 2018). Par ailleurs, actuellement, la disparition des CHSCT questionne l'évolution de la prise en compte de la prévention de la santé au travail dans les entreprises.

La place que prennent les problèmes de santé mentale dans les missions et les activités de ces acteurs est variable. Dans le présent rapport, une fiche est consacrée aux centres de consultations pour pathologies professionnelles qui ont pour but d'aider le médecin traitant ou le médecin du travail à poser le diagnostic de l'origine professionnelle d'une maladie. Une trentaine de centres existent actuellement en France et sont principalement implantés dans les centres hospitaliers universitaires. Les données recueillies alimentent le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Dans ce réseau, les pathologies psychiques sont les plus représentées parmi les nouveaux problèmes de santé identifiés (voir fiche 7). Par ailleurs, de nombreux dispositifs de prise en charge de la santé mentale, et du suicide lié au travail en particulier, ont été créés et mis en place par les réseaux professionnels, comme ceux destinés à la prévention du suicide dans le secteur agricole (voir fiches 10 et 11) ou celui d'aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA) [voir fiche 12].

1.5. La souffrance psychique des chômeurs : un accompagnement législatif et médical à construire

La santé mentale des personnes au chômage ou précaires retient moins l'attention des pouvoirs publics. La souffrance psychique des personnes qui font l'épreuve du chômage, des bénéficiaires des minima sociaux ou des personnes qui occupent des emplois précaires (emplois courts, mal rémunérés, alternant avec des épisodes de chômage) ne fait l'objet d'aucune loi. Un avis récent du Conseil économique social et environnemental concernant l'effet du chômage sur les personnes et leur entourage met en garde sur le choc psychologique que constitue la perte d'un emploi et sur l'urgence de développer un accompagnement des chômeurs (Farache, 2016). Le mouvement associatif, en particulier Solidarités nouvelles face au chômage, alerte l'opinion publique et développe l'accompagnement psychique des demandeurs d'emploi (Solidarités nouvelles face au chômage, 2018).

Au-delà du cadre législatif des suicides liés au travail, la prévention passe aussi par une connaissance approfondie des causes du suicide. Or, depuis les années 1980, des recherches en sciences humaines et sociales ont montré le lien entre l'impact du travail, et notamment les restructurations et réductions d'effectifs, l'augmentation

des exigences de flexibilité et de mobilité, l'intensification des cadences et l'effritement des collectifs de travail sur la santé mentale.

1.6. Le travail, source de bien-être et cause de souffrance

Un certain nombre d'études soulignent le rôle bénéfique du travail sur la santé mentale (Coutrot, 2018 ; Isaksen, 2000 ; CNRS, 1999 ; CNRS, 1997⁹). En effet, les travailleurs sont en meilleure santé que les chômeurs et les personnes sorties de l'emploi, car le travail participe de la structuration des rapports sociaux, de la construction des identités sociales et implique l'inscription des individus dans des réseaux de socialisation et des appartenances. Selon P. Molinier et A. Flottes, « le travail est pensé comme une activité sociale réalisée avec d'autres, pour d'autres, en fonction d'autres » (Molinier et Flottes, 2012). En cela, il peut être une source de satisfaction personnelle et de réalisation de soi. Ainsi, le travail « bien fait », le jugement de beauté et d'utilité participent de la reconnaissance du travail comme source d'émancipation individuelle et de plaisir (Bernoux, 2015).

D'après les résultats de l'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) 2016 conduite par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares), près d'un tiers des actifs en emploi se disent satisfaits de leur travail. Néanmoins, « la contribution du travail au bien-être psychologique respecte le gradient social habituel : les satisfaits se trouvent plutôt du côté des plus diplômés et des plus qualifiés. Toutefois, des professions relativement peu qualifiées et à grande majorité féminine, telles les assistantes maternelles, les coiffeurs ou les employés de maison, figurent parmi les métiers pour lesquels la contribution du travail au bien-être est forte » (Coutrot, 2018).

Néanmoins, lorsque le travail perd de son sens, ses dimensions positives s'estompent. Alors il devient difficile. Des troubles psychosomatiques et des formes de pathologies mentales peuvent apparaître. L'atteinte à la santé mentale liée au travail se traduit par une altération de l'état physique et psychologique pouvant aller de symptômes relevant de la sphère psychique à l'apparition de pathologies psychiatriques avérées.

Les premières recherches traitant des interactions entre santé mentale et travail sont apparues dès les années 1980¹⁰, avec notamment les travaux de C. Dejours. Ses recherches faisaient état de formes de mal-être occasionnées par le travail. La thématique de la souffrance psychique au travail émerge alors comme un nouveau

9. CNRS, enquête sur les valeurs des Européens (1999) et enquête Bonheur et travail (1997).

10. En réalité, la question du lien entre santé mentale et travail n'est pas nouvelle. Dès l'apparition du taylorisme, elle a été mise en évidence mais souvent de manière sporadique et sans réelle conceptualisation.

problème social bénéficiant des apports majeurs de la psychodynamique du travail, appelée auparavant psychopathologie du travail. Depuis, des travaux se sont développés en sociologie, psychologie du travail, ergonomie, épidémiologie, médecine du travail. Ils convergent pour établir que le travail peut être délétère pour la santé mentale. Les conditions de travail, les changements organisationnels et les méthodes de management ont, à des titres différents, des effets sur l'état psychique des travailleurs. Les conditions de travail, c'est-à-dire les contraintes de rythme et d'horaires, la demande émotionnelle, les contraintes physiques, se distinguent des changements organisationnels, comme le passage à un nouvel outil de travail, la création de nouvelles missions et des restructurations. Ces changements ont des conséquences sur la subjectivité des travailleurs, en particulier lorsqu'ils sont fréquents et non accompagnés. Enfin, les méthodes de management, comme l'incitation à la performance ou la fixation d'objectifs individuels qui peuvent conduire à la mise en concurrence des salariés, le harcèlement moral, le changement arbitraire d'affectation, la « mise au placard », l'atteinte aux avancements de grade et d'échelon jouent eux aussi un rôle (Coutrot, 2017a et 2017b ; Molinier et Flottes, 2012).

1.7. La subjectivité des travailleurs au cœur des évolutions récentes de l'organisation du travail

Le travail a connu des mutations profondes et structurelles depuis les années 1980. Il a changé de nature, passant pour une part du registre physique au registre psychique. Les emplois sont désormais moins « physiques » grâce à l'automatisation, la réduction du temps de travail et le développement du secteur des services. La mondialisation du marché du travail, ainsi que l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) et le développement de la flexibilité ont également participé à redéfinir le travail *via* la recomposition des organisations productives, des métiers et des qualifications. Ces évolutions se sont accompagnées d'exigences accrues en matière de flexibilité et d'intensité pour les travailleurs. De nouvelles formes d'emploi, plus précaires, se sont développées, qui modifient le rapport au travail et à l'emploi des individus et produisent de nouvelles formes de stress et de souffrance (Linhart, 2015 ; Baudelot et Gollac, 2003).

Depuis les années 2000, une nouvelle phase de modernisation managériale prend appui sur un discours valorisant le capital humain en tant que ressource pour l'organisation du travail. Les travailleurs, en plus de devoir gérer de nombreuses tâches et informations, sont ainsi enjoint à s'investir davantage et à faire preuve d'autonomie pour répondre à ces exigences. Alors qu'auparavant, les entreprises ont cherché à contrôler et à limiter l'implication des travailleurs dans leur activité, désormais la subjectivité du travailleur est convoquée et mobilisée au service de la productivité. Cette implication subjective, qui semble répondre aux souhaits et aux valeurs des

travailleurs, est mise au service de l'entreprise pour accroître la performance et la rentabilité. Ces formes d'organisation du travail s'appuient sur une logique d'individualisation et de mise en concurrence systématique des travailleurs fondée sur l'évaluation personnalisée (Coutrot, 2017a et 2017b). Elles tendent à introduire une « précarité subjective » qui peut être source de mal-être (Linhart, 2011). Celle-ci touche non seulement ceux qui travaillent sous contrats précaires (intérim, CDD, travail saisonnier), mais aussi ceux qui bénéficient d'emplois stables, tels les fonctionnaires et les détenteurs de contrat à durée indéterminée (CDI) dans les grandes entreprises.

Ces pratiques managériales renouvelées, qui mêlent injonctions et autonomie relative, s'accompagnent par ailleurs de changements organisationnels permanents : restructurations de services, redéfinition des métiers, externalisation de certaines activités, réorganisations multiples, déménagements, délocalisations, etc. En 2013, quatre salariés sur dix ont été concernés par des changements organisationnels et 21 % disent vivre des « changements imprévisibles et mal préparés » dans leur travail (Coutrot, 2017a et 2017b). Ces changements organisationnels fréquents et non accompagnés, en obligeant les travailleurs à s'adapter sans cesse, tendent à remettre en question les logiques de métier et à déconstruire les collectifs de travail.

Ces multiples évolutions du travail contribuent à engendrer de la souffrance, dont l'expression la plus dramatique est le suicide. En France, à partir des années 1990, des cas de suicide sur le lieu de travail ou en lien avec des situations de travail ont été rapportés par les médecins du travail puis relayés dans les médias, à la suite, notamment, de la série de suicides au milieu des années 2000 chez Renault, Peugeot, EDF ou encore France Télécom (Rabbatel, 2010).

1.8. Le suicide chez les actifs en emploi

Selon le psychiatre C. Dejours (2009), les suicides sur le lieu de travail étaient rares avant les années 1990. Jusqu'à cette date, dans les métiers traditionnellement masculins, une forte solidarité entre les travailleurs leur permettait de faire face à la souffrance, comme l'évoque C. Baudelot dans ce dossier.

De manière plus générale, le contenu du travail ou des conditions de travail délétères (charge de travail importante, multiplicité et complexité des tâches à réaliser, délai de réalisation court, faibles moyens techniques ou humains, horaires décalés) peuvent être source de stress et conduire, à terme, à des comportements suicidaires. D'autres facteurs sont également mis en avant et portent sur les relations interpersonnelles et l'ambiance de travail (qualité des échanges, coopération et collaboration de l'équipe, etc.). Une absence de soutien entre collègues ou une

faible reconnaissance professionnelle par la hiérarchie peuvent en effet engendrer une détresse psychologique (Coutrot, 2010). Enfin, selon A. Soares, les personnes victimes de harcèlement moral au travail présentent un risque élevé d'intention suicidaire. Ce risque serait d'autant plus important si la personne harceleur est un supérieur hiérarchique (Soares, 2005).

Certaines approches, considérant la vulnérabilité individuelle comme facteur de risque suicidaire, avancent que les traumatismes subis notamment dans l'enfance, tels que de la maltraitance physique ou psychologique ou encore des carences affectives, auraient des incidences sur la manière de surmonter des événements déplaisants ou sources de tension au travail. Parmi les caractéristiques personnelles considérées, on retrouve notamment une instabilité émotionnelle, une faible estime de soi et une timidité importante. Selon C. Dejours, ces analyses ont toutes l'inconvénient de polariser la discussion sur l'opposition entre causalité sociale et causalité privée. De ce fait, elles écartent de l'investigation l'analyse spécifique du rôle revenant en propre au travail, dans la santé aussi bien que dans la maladie mentale. Au contraire, la littérature constate que nombre de suicides sont le fait de sujets n'ayant aucun antécédent de symptôme prépathologique et affichant d'excellentes performances au travail, ce qui tend à contredire les approches individualisantes (Dejours, 2009 ; Barlet et Marichalar, 2012).

1.9. Le suicide chez les actifs sans emploi

Le risque de décès par suicide des chômeurs est supérieur à celui des actifs en emploi (Cohidon, 2010a et 2010b), en particulier chez les hommes entre 25 et 49 ans (Laanani, 2015). Ce risque augmente en cas de chômage de longue durée. En effet, le fait de connaître une longue période de chômage au cours des douze derniers mois est associé à des pensées suicidaires (Délézire, 2019 ; Beck, 2011).

Le chômage, souvent appréhendé comme le négatif du travail, marque une rupture pour les personnes qui y sont confrontées. Il s'accompagne d'un risque de désocialisation. Si des périodes sans emploi peuvent être l'occasion de se réinterroger sur la place du travail dans sa propre vie ou d'infléchir son parcours professionnel, elles peuvent aussi être vécues comme un événement traumatique. En cela, le chômage n'est pas simplement une perte d'emploi, il a des conséquences sur tous les domaines de la vie (famille, santé, relations sociales) [Lazarsfeld *et al.*, 1931]. L'incertitude du lendemain, la privation de revenus ou encore le sentiment de « honte sociale » (Demazière, 1995) jalonnent le parcours des chômeurs et peuvent avoir des incidences sur leur santé psychique (Mette, 2015 ; Herman, 2007). Le chômage entraîne ainsi une détérioration de la santé mentale pouvant aller de l'anxiété à la dépression voire, dans sa forme la plus dramatique, au suicide. Ainsi,

le chômage consécutif à la crise de 2008 influe sur la santé mentale des personnes en âge de travailler et entraîne un risque accru de suicide parmi elles (ONS, 2014). Ce risque augmente lorsqu'il est associé à d'autres facteurs tels que « des difficultés professionnelles, financières ou judiciaires, un manque de soutien social ou un trouble psychiatrique » (Nicolas, 2015). L'expérience du chômage a également des effets délétères au niveau physique (troubles du sommeil, alimentation déséquilibrée, moindre activité physique, etc.) et peut conduire à des comportements de dépendance (consommation d'alcool, de tabac, etc.) [Meneton, 2017]. Enfin, la perte de revenu peut conduire les individus à renoncer à consulter un professionnel de santé à la suite d'une dépression ou de troubles anxieux.

Actuellement, deux théories en psychologie questionnent les liens entre le chômage et la santé mentale. G. Herman les résume ainsi : « La première, dite hypothèse de sélection, avance que si des personnes sont sans emploi, c'est parce que leur santé mentale a posé ou pose problème. La seconde, appelée hypothèse d'exposition, propose la causalité inverse : une situation de privation d'emploi est source de détresse psychologique et handicape l'individu dans de nombreux aspects de sa vie » (Herman, 2007). Ces deux thèses appréhendent le chômage comme une problématique purement individuelle. G. Herman plaide au contraire pour une troisième approche attentive aux interactions et à la manière dont le regard et les jugements que pose la société sur la personne au chômage participent de sa stigmatisation et est source de souffrance pour elle.

Dans cette perspective, il importe de mentionner que le chômage n'atteint pas les individus de manière identique. De même qu'il existe plusieurs chômeurs (court, de longue durée, par intermittence, etc.), le sexe, l'âge ou encore la situation familiale influent sur les effets du chômage. Par exemple, à partir du cas des licenciés de l'usine Moulinex, M. Roupnel-Fuentes (2014) constate que les hommes et les femmes ne vivent pas le chômage de la même manière. Cette thèse s'oppose à celle défendue en général dans la littérature sur le sujet (Demazière, 2017). M. Roupnel-Fuentes montre notamment que les femmes souffrent davantage de troubles de santé et d'isolement social, quand les hommes parviennent à conserver, malgré tout, des liens sociaux. Selon C. Nicolas, plusieurs facteurs permettraient de réduire le risque de suicide en période de chômage. Au niveau individuel, les personnes ayant des activités extraprofessionnelles (association, loisirs, etc.) et attribuant une moindre importance au travail semblent moins affectées par les périodes de chômage. À un niveau macrosociologique, la tolérance à l'égard des chômeurs au sein de la société ainsi que les mesures d'aide à la reprise d'une activité professionnelle permettraient de réduire le sentiment de honte lié à cette situation chez les chômeurs. De manière générale, ces travaux soulignent la nécessité d'appréhender la singularité du vécu du chômage (Schnapper, 1981 ; Roupnel-Fuentes, 2011).

Une des principales difficultés pour comprendre le suicide en lien avec le travail (ou son pendant, le chômage) reste celle de la disponibilité des données.

1.10. Dénombrer les suicides liés au travail : un exercice délicat

En France, il n'existe pas de données fiables sur les suicides liés au travail, ce qui rend difficile toute quantification des suicides en lien avec le travail ou survenus sur un lieu de travail. De même, en dehors de quelques professions pour lesquelles un comptage spécifique a été mis en place, le nombre de suicides par profession n'est pas connu. Plusieurs pistes d'amélioration des remontées d'information sont toutefois en cours.

Plusieurs raisons expliquent cette difficulté à comptabiliser le nombre de suicides en lien avec le travail. Tout d'abord, relier un décès par suicide à une cause principale est toujours très complexe pour des raisons à la fois médicales, éthiques, culturelles et légales. En cela, « le suicide est un phénomène trop complexe pour pouvoir s'expliquer par un lien de causalité unique et linéaire », comme le rappelle C. Baudelot dans la deuxième contribution de ce dossier. À ce titre, il importe de distinguer le comptage des suicides par profession du dénombrement plus général des suicides en lien avec le travail. En effet, un nombre important de suicides dans une profession ne signifie pas que le travail en soit la cause, bien que cela puisse faire l'objet d'une forte suspicion. Des raisons exogènes (problèmes familiaux, addictions, traumatismes subis durant l'enfance, etc.) peuvent également expliquer ces conduites suicidaires. Les interprétations sur les causes de décès par suicide sont donc délicates et doivent faire l'objet d'une certaine prudence. De plus, pour les personnes inactives ou au chômage, aucune remontée n'est possible à l'heure actuelle. Enfin, la quantification se heurte également à des questions méthodologiques. Des controverses sont apparues concernant la fiabilité statistique des cas de suicides au sein d'une profession en raison de la rareté du phénomène suicidaire. Ainsi, pour certains chercheurs, il est actuellement impossible de repérer les catégories de travailleurs qui seraient plus exposés que d'autres au suicide (Vatin, 2016 ; Baudelot et Gollac, 2015).

1.11. Des programmes d'ampleur variée pour comptabiliser les suicides et tentatives de suicide en lien avec le travail

Une présentation détaillée des différents systèmes d'information existant en France dans le but d'appréhender les liens entre suicide ou tentative de suicide et travail a été publiée dans le premier rapport de l'Observatoire national du suicide, en 2014. Le dénombrement des suicides et des tentatives de suicide selon les caractéristiques

d'emploi nécessite de disposer conjointement d'informations sur les suicides ou tentatives de suicide et sur la profession, la catégorie socioprofessionnelle ou encore le secteur d'activité. Or la plupart des données disponibles au niveau national (données de mortalité CépiDC, PMSI-MCO, RIM-P, Oscour®, etc.) ne délivrent pas d'informations relatives à l'emploi des individus ou bien, lorsqu'elles existent, celles-ci manquent de précision ou présentent un niveau de qualité insuffisant.

Le dénombrement des suicides et des tentatives de suicide selon l'emploi s'appuie donc, au niveau national, sur des dispositifs ou études spécifiques couvrant de larges populations d'actifs dans la mesure du possible (l'ensemble des salariés par exemple) ou des populations spécifiques lorsque l'accès aux données professionnelles est facilité (les professions agricoles ou la police nationale, par exemple).

Trois programmes de comptabilisation de la mortalité selon l'emploi existent :

- Le **programme Cosmop**¹¹ (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession) initié en 2002 par Santé publique France. Ce dernier a pour objectif de mettre en place et de diffuser des indicateurs de mortalité par cause selon l'activité professionnelle.
- Le projet de **surveillance de la mortalité en entreprise ou en institution**, initié en 2004, repose sur un guide méthodologique à l'attention des entreprises. Il s'agit, pour ce projet, de disposer d'informations sur des groupes de travailleurs spécifiques pour lesquels des risques pour la santé sont présents. Par ailleurs, il permet aux entreprises de bénéficier de données fiables sur l'état de santé de leurs salariés.
- Enfin, Santé publique France a mis en place, en partenariat avec la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) à partir de 2007, une **surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants**, afin d'étudier la mortalité par suicide dans la population des salariés et des non-salariés agricoles. L'étude a été reconduite pour les années 2010 et 2011 et a fait l'objet d'un second rapport (Khiredine-Medouni, 2016).

Trois grandes enquêtes nationales ont également contribué à améliorer la connaissance du risque suicidaire selon l'emploi : le Baromètre santé de Santé publique France, les enquêtes Santé itinéraire professionnel (SIP) conçues par la DREES et la Dares et Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) de la Dares (voir dossier 2). Des programmes plus locaux existent. Ainsi, le programme **Samotrace** (Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes Centre) de Santé publique France a été implanté dans deux zones géographiques pilotes : en 2006, en régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire puis, en 2007, en région Rhône-Alpes. Ce programme, portant sur les prévalences de différents troubles et

11. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/articles/cosmop-surveillance-de-la-mortalite-selon-l-activite-professionnelle>

expositions professionnelles s'intéresse notamment au risque suicidaire de personnes salariées *via* le volet veille épidémiologique en entreprise. Ce volet est alimenté par le médecin du travail sur la base du questionnaire MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Dans une autre perspective, Santé publique France développe une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail, à partir des données des instituts médico-légaux (voir dossier 2).

1.12. Vers une comptabilisation plus large des suicides et des tentatives de suicide en lien avec le travail

Dans son premier rapport en 2014, l'Observatoire national du suicide a proposé plusieurs recommandations, dont la refonte du certificat de décès et l'accélération du déploiement de la certification électronique. Depuis le 21 avril 2017, un nouveau certificat de décès visant à améliorer le repérage du suicide a été mis en place par décret n° 2017-602. À terme, le système de remontées des informations sur les suicides par les instituts médico-légaux (IML) pourrait donner davantage d'informations sur le suicide par profession (voir dossier 2).

Par ailleurs, l'appariement des données de l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au Système national des données de santé (SNDS) est en cours de réalisation. Copiloté par la DREES et l'Insee, en collaboration avec la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), ce projet aboutira à la base de l'EDP-Santé (voir dossier 2). Cette base constituera une source inédite qui permettra de croiser les causes médicales de décès, mais aussi les consommations de soins ou les parcours hospitaliers, avec les caractéristiques socio-économiques individuelles (diplômes, profession et, plus largement, la catégorie sociale et les trajectoires professionnelles de chacune de ces personnes). En particulier, l'EDP-Santé permettra d'affiner les connaissances sur les liens entre certaines variables sociodémographiques et le suicide ou les tentatives de suicide.

1.13. Malgré les limites des informations statistiques, des études confirment que certains secteurs présentent des taux de mortalité par suicide plus élevés

Des études statistiques en France se sont toutefois penchées sur les liens entre suicide, pensées suicidaires et travail. Fondée sur les données du Baromètre santé de Santé publique France, datant de 2005, et portant sur un échantillon représentatif

de la population française active occupée et âgée de 15 à 65 ans entre 1976 et 2002, l'étude menée par C. Cohidon (2010b) constate des taux de mortalité qui diffèrent selon le secteur d'activité. Deux secteurs concentrent les taux de mortalité par suicide les plus importants, à savoir la santé et l'action sociale (34,3/100 000). Viennent ensuite l'administration publique (hors fonction publique d'État) et la construction. *A contrario*, les secteurs présentant les plus faibles taux sont la production et la distribution d'électricité de gaz et d'eau ainsi que l'éducation (hors enseignants de la fonction publique d'État). À l'échelle des groupes socioprofessionnels, certaines professions semblent davantage associées au risque suicidaire. Les agriculteurs, les employés et les ouvriers ont ainsi un risque deux à trois fois plus élevé de décéder par suicide que les cadres. Ce constat est confirmé par l'étude de B. Goeffroy-Perez datant de 2018.

Plus largement, l'étude de C. Cohidon (2010a) fait état d'une mortalité par suicide des hommes en emploi supérieure à celle des femmes en emploi. En revanche, ces dernières déclarent plus souvent avoir fait des tentatives de suicide. Concernant les seules pensées suicidaires, l'enquête de Santé publique France issue des données du Baromètre santé 2017 souligne des différences selon le sexe et le secteur professionnel. Il ressort que les hommes travaillant dans les secteurs de l'hébergement et de la restauration, des arts et spectacles, de l'enseignement et de la santé humaine/action sociale déclarent davantage de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Parmi les femmes, les arts et spectacles, l'enseignement, l'information-communication et l'hébergement-restauration sont les secteurs les plus concernés (voir fiche 8). De façon générale, les disparités de taux de suicide selon la catégorie sociale sont moins marquées pour les femmes que pour les hommes. Ces disparités de suicide selon le sexe suggèrent que « les hommes et les femmes d'une même société ne semblent pas construire leurs identités personnelles sur les mêmes bases » (Baudelot et Establet, 2006).

D'après l'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) de la Dares, en 2016, 5,3 % des actifs occupés déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Alors que les raisons professionnelles viennent seulement en troisième position des raisons avancées, elles sont le plus souvent énoncées comme unique raison par 13 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires (voir fiche 5). Parmi les facteurs de risque suicidaire recensés dans la littérature scientifique, on retrouve le stress occasionné par le travail, une insatisfaction à l'égard du contenu du travail, les conflits interpersonnels avec des collègues (Coutrot, 2010), des formes de harcèlement, ou encore l'isolement (Lourel, 2005). Plus généralement, les conditions de travail, les changements organisationnels répétés et la conjoncture économique du marché du travail sont des facteurs pouvant favoriser le développement de pensées suicidaires ou de comportements suicidaires (Nicolas, 2015). Toujours d'après l'enquête CT-RPS, les actifs occupés

les plus exposés à certains risques psychosociaux déclarent davantage des pensées suicidaires : 13 % en cas de mauvais rapports sociaux au travail, 10 % en cas de conflit de valeurs, d'exigences émotionnelles ou d'insécurité économique, un peu moins de 10 % en cas de mauvaise reconnaissance ou rémunération du travail, de manque d'autonomie et de forte charge de travail (voir fiche 5).

Outre des conditions de travail sources de stress et des formes de harcèlement, d'autres facteurs pourraient également expliquer en partie les taux de suicide importants dans certaines professions, comme l'accès facilité à des moyens létaux (armes à feu, médicaments, etc.) pour les policiers et les professions médicales et paramédicales (Stack, 2001 ; Hawton et Van Heeringen, 2009) mais aussi du fait de la solitude propre à l'exercice du métier. On sait que l'isolement et le sentiment de solitude chez les agriculteurs constituent un motif important de risque suicidaire (Spoljar, 2014).

Ces résultats nécessitent d'être interprétés avec précaution. En effet, d'autres recherches viennent les nuancer. En 2001, aux États-Unis, S. Stack a réalisé une étude sur les facteurs pouvant expliquer une surmortalité dans certaines professions. Après contrôle des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe ou encore le statut marital, il ressort que les hommes policiers ne sont pas associés à des taux de suicide plus élevés que l'ensemble des hommes du même âge. En revanche, le risque de surmortalité parmi les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux est confirmé (Stack, 2001).

Au sein du secteur agricole, des résultats différents sont par ailleurs observés selon le mode d'exercice de l'activité (indépendants *versus* salariés). Ainsi, alors qu'une étude menée sur les exploitants agricoles en activité en France métropolitaine de 2007 à 2011 met en évidence un excès de mortalité par suicide des exploitants par rapport à la population générale chez les hommes de 2008 à 2010 (ONS, 2018, fiche 4) Santé publique France fait état d'une sous-mortalité pour les salariés affiliés au régime agricole en activité par suicide entre 2007 et 2011, vraisemblablement expliquée par l'effet du travailleur sain (voir fiche 9).

Bien que la présence de troubles psychiques (trouble dépressif, consommation d'alcool ou de médicaments, etc.) soit fréquente dans les comportements suicidaires, leur interaction avec les facteurs professionnels reste à analyser. Il est en effet encore difficile de comprendre dans quelle mesure et de quelles manières les troubles de santé mentale interagissent avec les risques psychosociaux dans la compréhension des comportements suicidaires. Dans cette perspective, des recherches pourraient viser à appréhender de manière plus fine les interactions entre les risques psychosociaux et la santé mentale.

Références bibliographiques

- **Bahu, M., Coutrot, T., Herbet, J-B., et al.** (2010). Parcours professionnel et état de santé. DREES-Dares, *Dossiers solidarité et santé*, 14.
- **Barlet, B., Marichalar, P.** (2012). Suicide. Dans A. Bevort, A. Jobert, M. Lallement M., A. Mias (dir.), *Dictionnaire du travail*. Paris, France : Presses universitaires de France, 744-750.
- **Baudelot, C., Gollac, M.** (2015). Que peuvent dire les suicides au travail ? *Sociologie*, 6(2), 189-200.
- **Baudelot C., Gollac M., et al.** (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris, France : Fayard.
- **Beautrais, A.-L. Collings, S.C. D., Ehrhardt, P., et al.** (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand : Ministry of Health.
- **Beck, F., Guignard, R., Roscoät E., Saïas, T.** (2011, décembre). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 488-492.
- **Bernoux, P.** (2015). *Mieux-être au travail : appropriation et reconnaissance*. Paris, France : Octarès.
- **Blum Le Coat, J.-Y., Pascual, M.** (2017). La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé-PISTES*.
- **Clark, A.E.** (2015). What makes a good job? Job quality and job satisfaction. *IZA World of Labor*, article 215.
- **Cohidon, C., Rabet G., Caillet, É., Imbernon, E.** (2011, décembre). Risques suicidaires et activité professionnelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 501-504.
- **Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B., Imbernon, E.** (2010a). Suicide et activité professionnelle en France. *Revue épidémiologique de santé publique*, 58(2), 139-150.
- **Cohidon, C. et al.** (2010b). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles.
- **Coutrot, T.** (2018, mars). Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. Dares, *Document d'études*, 217.
- **Coutrot, T.** (2017a). Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ? Dares, *Dares Analyses*, 061.
- **Coutrot, T.** (2017b). Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ? Dares, *Document d'études*, 214.
- **Debout, M.** (2015). *Le traumatisme du chômage*. Paris, France : Les éditions de l'Atelier.
- **Dejours, C.** (1980) *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Montrouge, France : Bayard (2015).
- **Dejours, C., Bègue, F.** (2009). *Suicide et travail : que faire ?* Paris, France : Presses universitaires de France.

- **Dejours, C.** (dir.) (1988). *Plaisir et souffrance dans le travail*, tome I et II. Orsay, France : éditions de l'AOCIP.
- **Délézire, P., Gigonzac, V., Chérié-Challine L., et al.** (2019). Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *BEH*, 3-4, 65-73.
- **Demazière, D.** (2017). Les femmes et le chômage. Quelles spécificités et quelles variétés des expériences vécues ? *SociologieS*.
- **Demazière, D.** (1995). *La sociologie du chômage*. Paris, France : La Découverte.
- **Farache, J.** (2016, mai). *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage, mieux prévenir et accompagner*. Avis du CESE.
- **Gernet, I., Gaignard, L.** (2006). La psychopathologie du travail : du zèle à l'effondrement. Dans J. J., Chavagnat, *Prévention du suicide*. Montrouge, France : John Libbey Eurotext.
- **Gollac, M., Bodier, M.** (dir.) (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
- **Hawton, K., Van Heeringen, K.** (2009). Suicide. *The Lancet*, 373 (9672), 1372-81.
- **Herman, G.** (2007). *Travail, chômage et stigmatisation. Une analyse psychosociale*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- **Isaksen, J.** (2000). Constructing Meaning Despite the Drudgery of Repetitive Work. *Journal of Humanistic Psychology*, 40(3), 84-107.
- **Khiredine-Medouni, I., Breuillard, É., Bossard, C.** (2016). Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. *Saint-Maurice, France : Santé publique France*.
- **Laanani, M., Ghosn W., Jouglà, É., et al.** (2015). Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1-2, 2-6.
- **Lazarsfeld, P., Jahoda, M., Zeisel, H.** (1982). *Les chômeurs de Marienthal*. Paris, France : Les Éditions de minuit, 1982.
- **Lecocq, C., Dupuis, B., Forest, H.** (2018). *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*. Rapport fait à la demande du Premier ministre.
- **Lerouge, L.** (2009). *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris, France : L'Harmattan.
- **Lhuillier, D.** (2016). Peut-on établir un lien entre suicide et travail ? *Santé mentale*, 213, 24-31.
- **Linhart, D.** (2015). *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la surhumanisation managériale*. Paris, France : Erès.
- **Linhart, D.** (2011). Une précarisation subjective du travail ? *Annales des Mines-Réalités industrielles*, 1, 27-34.
- **Lourel, M.** (2005). L'interface « vie privée-vie au travail » : adaptation et validation française de l'échelle SWING. *Psychologie du travail et des organisations*, 11(4), 227-239.

- **Meneton, P., Plessz, M., Courtin, et al.** (2017). Le chômage : un problème de santé publique majeur. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1).
- **Mette, C.** (2015). Chômage et santé mentale, des liens ambivalents. *Dares, Dares Analyses*, 067, 1-6.
- **Ministère du Travail** (2019). La négociation collective en 2018. *Bilan & rapports*.
- **Molinier, P., Flottes, A.** (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 51-66.
- **Nicolas, C.** (2015). *Suicide et environnement organisationnel. Facteurs de risque et pistes de prévention*. Louvain, Belgique : De Boeck.
- **OMS** (2014). Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial, 89.
- **ONS** (2018). Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Paris, France : DREES, 218.
- **ONS** (2014). Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Paris, France : DREES, 219.
- **Rabatel, A.** (2010). Le traitement médiatique des suicides à France Télécom de mai-juin à mi-août 2009 : la lente émergence de la responsabilité du management dans les suicides en lien avec le travail. *Studia Universitatis Babe Bolyai - Studia Philologia, Universitatea Babe-Bolyai*, LV (1),31-52.
- **Roupnel-Fuentes, M.** (2014). Souffrances au chômage : histoire et devenir des femmes et des hommes licencié-e-s de Moulinex ». *Travail, genre et sociétés*, 2(32), 99-117.
- **Roupnel-Fuentes, M.** (2011). Les chômeurs de Moulinex. Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Schnapper, D.** (1981). L'Épreuve du chômage. Paris, France : Gallimard, coll. Folio actuel, 42 (1994).
- **Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., et al.** (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37(11), 1575-583.
- **Soares, A.** (2005). Vivre au travail quand tout lâche, quand tout casse, quand tout clache : harcèlement moral et pensées suicidaires. Dans J. J., Chavagnat (dir.), *Prévention du suicide*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- **Spoljar, P.** (2014). Problématique suicidaire en agriculture : une difficile évaluation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé-PISTES*, 16(3).
- **Stack, S.** (2001). Occupation and suicide. *Social Sciences Quarterly*, 82(2), 384-396.
- **Vatin, F.** (2016). « Épidémie » de suicide chez les infirmiers ? *Santé mentale*, 213, 38-43.
- **Warr, P.** (2007). *Work, Happiness and Unhappiness*. Mahwah, United States : Lawrence Erlbaum Associates.
- **Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C.** (2004). Work and mental health. *Social Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 866-873.

2. Suicides au travail : portée et significations

Christian Baudelot¹²

En dehors de quelques professions pour lesquelles le nombre de suicides est quantifié, les suicides supposés liés au travail ne font l'objet d'aucun comptage officiel. Pourtant, au cours des trente dernières années, plusieurs dizaines de salariés de grandes entreprises ont mis fin à leurs jours dans des contextes impliquant leurs conditions de travail. Certains se sont suicidés sur le lieu même de leur emploi, d'autres ont fait état, dans des lettres, des courriels, des appels téléphoniques ou des conversations avec des parents ou des collègues, de l'extrême souffrance que provoquaient chez eux les conditions de travail qui leur étaient imposées. Des suicides de ce type ont été observés au Technocentre Renault de Guyancourt, en 2006 et 2007, puis dans d'autres établissements de la même entreprise, à France Télécom, chez EDF-GdF-Suez, dans des hôpitaux de l'Assistance publique, à la Fnac, à l'Office national des forêts, à La Poste, auxquels s'ajoutent les nombreux suicides d'agriculteurs très souvent liés aux conditions d'exercice de leur profession.

Inconnus jusque-là ou non identifiés comme tels, ces suicides apparaissent dans une conjoncture économique où la montée en puissance des logiques financières impose aux entreprises de réduire leurs coûts, de s'adapter toujours davantage aux variations quantitatives et qualitatives de la demande et de mieux répondre aux exigences des actionnaires. Des plans de restructuration sont élaborés qui se traduisent par des réductions substantielles d'effectifs. Il est alors exigé, à tous les niveaux, que les salariés s'adaptent eux aussi à ces rythmes nouveaux, en faisant preuve de plus d'autonomie, d'initiative et de flexibilité (Coutrot, 2017a et 2017b). De nouvelles formes de management réclament un engagement personnel de plus en plus intense de la part des travailleurs. C'est dans ce contexte qu'apparaît, dès les années 1990, l'expression *souffrance au travail* ainsi que d'autres substantifs renvoyant à la même réalité : *stress*, *harcèlement moral*, *burn out*, *risques psychosociaux*, *épuisement professionnel*, etc. Jusque dans les années 1990, dans les métiers traditionnellement masculins, toute forme de faiblesse, de peur ou de souffrance était dénoncée comme indigne d'un homme et donc tue. Dès lors, l'acte suicidaire, lorsqu'il survenait, était pratiqué en dehors du milieu professionnel. Les travailleurs élaboraient des stratégies de défense spécifiques pour lutter contre la souffrance. Lorsqu'un travailleur ne parvenait pas à dissimuler sa souffrance, il était pris en charge par le collectif de travail. L'apparition de suicides au travail est le signe que ces stratégies et formes de solidarité entre collègues se sont effritées (Dejours et Begue, 2010 ; Clot et Lhuillier, 2010). Les médecins du travail et les « psys » au sens large, psychologues, psychiatres, psychanalystes sont

12. Professeur émérite de sociologie à l'École normale supérieure et membre de l'Observatoire national du suicide.

les premiers à avoir mis en évidence et analysé la dimension mentale comme étant la composante majeure de la souffrance au travail (Dejours, 1998 ; Clot, 1999).

Un lien de causalité direct entre ces suicides et les conditions de travail dans les établissements concernés, ou les formes de management en vigueur dans ces entreprises, n'est pourtant jamais simple à établir et cela pour au moins deux raisons. Le suicide est un phénomène trop complexe pour pouvoir s'expliquer par un lien de causalité unique et linéaire. Sociologues, statisticiens et psychiatres convergent sur ce point. La causalité d'un suicide est toujours multifactorielle : s'y enchevêtrent des composantes organiques, psychiques et sociales liées à la personne et à son histoire (Baudelot et Establet, 2006 ; Baudelot et Gollac, 2015 ; ONS, 2016). Comment expliquer, sinon, que l'immense majorité des personnes soumises aux mêmes conditions de vie ou de travail ne passent pas à l'acte ? Le lien de causalité est, d'autre part, d'autant plus délicat à établir qu'il va devenir, parfois jusque devant les tribunaux, un enjeu moral et financier. Le préjudice peut se révéler très lourd pour l'entreprise si le lien de causalité est avéré. D'où l'intérêt pour ses responsables de nier l'existence de tout lien en imputant, en général, le geste suicidaire à un « terrain » dépressif ou psychopathologique propre au suicidant, ou à des conflits affectifs dans la sphère privée.

Toutefois, ce n'est pas parce que le suicide est un phénomène complexe que le travail ne peut pas y jouer dans certains cas un rôle important. Le travail ne saurait être la cause unique et principale d'un suicide, mais pour certains suicides, le travail est bel et bien en cause. Comment mettre ce lien en évidence ?

2.1. Les impasses du raisonnement statistique

La tentation est grande de s'en remettre aux chiffres pour tester l'existence de ce lien. Les taux de suicides observés au sein d'une entreprise, à une période donnée sont-ils supérieurs, égaux ou inférieurs à ceux d'une population nationale de référence à la même époque ? La question est simple mais la réponse, toujours complexe, alimente à l'infini les querelles d'experts et débouche toujours sur des doutes. Le suicide est un phénomène heureusement assez rare pour qu'il soit nécessaire de disposer d'un très grand nombre de cas afin d'assurer la validité d'un traitement statistique. Les conditions favorables à un tel raisonnement sont réunies à l'échelon national, régional, voire départemental. Mais tel n'est pas le cas au sein d'une entreprise où, si nombreux qu'ils soient, les salariés sont loin de représenter la population générale de la société française. Ils s'en distinguent, dans la plupart des cas, par au moins trois traits. Les salariés de l'entreprise sont tous actifs en emploi, par définition ; les hommes y sont souvent plus nombreux que les femmes ; le niveau d'instruction y est en général supérieur à celui de la population française. Or si les hommes se suicident en France trois fois plus que les femmes, le suicide diminue à

mesure que s'élève le niveau d'instruction et il est plus fréquent chez les inactifs que chez les actifs. Comment alors trouver la population de référence adéquate pour établir la bonne comparaison ? En sachant que plus on multiplie les variables pertinentes, plus on réduit les effectifs ; les écarts observés entre les deux populations deviennent ainsi de moins en moins significatifs d'un point de vue statistique.

Un taux de suicide n'est pas non plus la mesure la plus pertinente. Étudiant le suicide chez les policiers, N. Bourgoïn montre que même si, à âge et sexe égal, le taux global de suicides dans la police diffère peu de celui de sa population de référence, il culmine dans les tranches d'âge 35-39 ans. Ce qui n'est pas le cas dans la population globale. Il note encore des particularités du suicide policier : l'influence de l'état matrimonial, une saisonnalité différente, le pic de suicides ayant lieu en septembre (et non plus en juin comme c'est le cas dans la population générale), le mode de suicide (avec l'arme de service) et des régions plus suicidaires que d'autres (Bourgoïn, 1997). D. Monjardet note par ailleurs que la tranche d'âge 35-39 ans correspond à celle où la fréquence des fautes professionnelles dans la police est la plus élevée (Monjardet, 2008). Tous ces traits suggèrent que l'environnement professionnel exerce une influence sur le suicide policier, même si, à l'époque de l'étude, ce taux de suicide se distinguait peu du taux national.

Néanmoins, les raisons techniques ne sont pas les seules à rendre le plus souvent inopérant le recours à la statistique. Le suicide d'une personne est un événement assez dramatique en soi pour qu'un seul cas de suicide, provoqué au sein d'une entreprise par des conditions de travail, suffise pour constituer à lui seul un fait significatif.

2.2. Des suicides particuliers

Le fait de choisir le lieu de travail comme scène du suicide, comme s'immoler sur le parking d'une entreprise ou se défenestrer d'un bureau, est un signal indiquant le sens que les victimes entendent donner à leur acte. Ce signal est, la plupart du temps, corroboré par des lettres, des sms, des courriels, des échanges avec la famille, les amis, les collègues ou par des témoignages de proches. Il exprime la volonté de la victime d'indiquer un lien entre l'acte commis et le lieu de travail. Ce type de suicide, public et argumenté, tranche avec le suicide ordinaire. Ce dernier est le plus souvent silencieux, commis plutôt au domicile de la victime, quel que soit le moyen de se donner la mort, par pendaison, arme à feu ou barbituriques. Le choix du lieu et le lien revendiqué entre la souffrance et le travail transforment un acte privé en un geste public et spectaculaire. Ces suicides intervenus sur le lieu de travail rendent ainsi visibles des souffrances ressenties par des salariés dans l'exercice de leurs activités professionnelles.

2.3. Les risques psychosociaux

La médiatisation de nombreux suicides liés au travail au cours des dernières années, les enquêtes judiciaires auxquelles certains ont donné lieu et les investigations approfondies menées par des bureaux d'études permettent aujourd'hui d'en savoir plus sur la nature des liens existant entre des conditions de travail particulières, d'un côté, et des souffrances endurées par les salariés dont certaines sont susceptibles de conduire au suicide, de l'autre.

Depuis É. Durkheim, les sociologues s'accordent pour considérer que le défaut d'intégration de l'individu à un groupe social et le déficit de lien social sont les facteurs principaux d'un passage à l'acte (Durkheim, 1897). La solitude, l'isolement, l'individualisation des tâches et des évaluations, l'anonymat, les pressions souvent très violentes exercées sur la mobilité réduisent l'intégration et la solidarité entre les personnes. Ces nouvelles formes de management ont ainsi exacerbé ce qu'on appelle aujourd'hui les risques psychosociaux au travail (voir fiche 5). Les nouvelles formes de management développées à France Télécom par le plan Next, acronyme de « Nouvelle expérience des télécoms », semblent avoir eu pour effet de limiter les processus d'intégration des individus au groupe et du groupe lui-même. Cela a été aussi le cas dans d'autres grandes entreprises procédant à des restructurations, des réductions d'effectifs et des transformations brutales de la gestion des ressources humaines, comme dans l'entreprise de maintenance aéronautique étudiée par F. Bègue où cinq salariés ont mis fin à leurs jours en 1998 (Dejours et Bègue, 2011).

Les travaux du collègue d'expertise sur le suivi et la mesure de ces risques psychosociaux ont montré qu'on pouvait regrouper ces facteurs en six catégories (Gollac, 2012) : la charge de travail, la charge émotionnelle, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux (incluant le manque de soutien, l'injustice et le défaut de reconnaissance), les conflits de valeur (valeurs morales, mais aussi valeurs professionnelles) et, enfin, l'insécurité de la situation de travail. L'enquête menée par le bureau d'études Technologia auprès de l'ensemble du personnel de France Télécom au second semestre de 2009 a permis de dresser un état assez complet du niveau atteint par chacun de ces facteurs de risques psychosociaux à France Télécom (Technologia, 2010). Ils sont tous les six très élevés et largement supérieurs à ceux observés pour l'ensemble des salariés français dans l'enquête sur les conditions de travail menée par le ministère du Travail et l'Insee en 2013. Les écarts les plus forts concernent les conflits de valeurs et la mauvaise qualité des rapports sociaux.

2.4. Personnes vulnérables ?

Les personnes mettant fin à leur vie dans un cadre professionnel seraient-elles des personnes vulnérables en raison de problèmes personnels et psychologiques antérieurs ? Les analyses approfondies de suicides survenus sur le lieu de travail montrent que la personnalité de ces personnes diffère de celle qui est classiquement décrite dans la plupart des suicides. C. Dejours, psychiatre, estime que le suicide au travail est bien lié à des failles dans la personnalité, mais que ces failles n'ont rien en soi de pathologique. Elles n'entraînent pas de troubles mentaux. L'enquête menée avec F. Bègue montre en effet que celles et ceux qui se suicident au travail se comptent parmi les hommes et les femmes qui se sont le plus intensément « investis » dans leur activité professionnelle, dans l'attente d'une reconnaissance tangible de leur activité par la hiérarchie et ce, d'autant plus qu'ils sont généralement des professionnels confirmés (Dejours et Bègue, 2011). Ce qui conduit le psychologue Y. Clot à considérer que le suicide serait alors provoqué par un « drame de la conscience professionnelle » induit par un bouleversement des normes régissant leur travail (Clot, 2013 ; Clot et Gollac, 2014). La grande vulnérabilité à ces changements des personnes concernées provient de la rupture d'un équilibre qui leur permettait de vivre leur profession comme une passion, à travers une grande implication et un niveau très élevé d'exigence à l'égard d'eux-mêmes. Il leur est désormais impossible d'accepter des changements contraires à leurs valeurs ou de tolérer un défaut de reconnaissance.

2.5. Imitation, médiatisation ? Le suicide vindicatif

Cette façon de mettre fin à ses jours rappelle un type de suicide découvert par un ethnologue britannique, B. Malinowski, qui en a offert la première description aux îles Trobriand en 1926 et lui a donné son nom : suicide vindicatif (Malinowski, 1926). Le terme vindicatif doit être pris au sens de « vengeur ». Une personne montait tout en haut du palmier de la place publique et désignait, avant de se lancer dans le vide, le ou la responsable de son acte parmi les villageois attroupés. Cette vengeance visait à faire d'une ou de plusieurs personnes du village les responsables directs de sa mort. Elle annonçait également que son fantôme hanterait toutes les nuits la conscience de cette personne et de ses complices.

On retrouve aujourd'hui cette forme de suicide en Chine où les jeunes femmes mariées à la campagne, contraintes de vivre au domicile de la famille du mari se vengent ainsi de leur belle-mère qui les traite souvent comme des esclaves. Par ce geste, elles font des membres de la belle-famille des assassins indirects. Tout le monde est désormais au courant du sort injuste que leur réservaient

leurs belles-mères. Cette forme de suicide existe aussi en Inde (Elisseeff, 1988 ; Vandermeersch, 2002).

Dans le cadre du suicide sur le lieu de travail, ce n'est ni l'imitation ni la médiatisation qui produit le phénomène. Les salariés d'une entreprise passant à l'acte éprouvent eux-mêmes, en tout ou en partie, en fonction de leurs propres configurations psychiques, les mêmes souffrances que les collègues qui les ont devancés, souffrances insupportables au point de leur faire préférer la mort à la vie. « L'exemple est la cause occasionnelle qui fait éclater l'impulsion, mais ce n'est pas elle qui la crée », écrivait déjà Durkheim en 1897 à propos de « vagues » de suicide observées à son époque dans des prisons et dans certains régiments. Cependant l'imitation et la médiatisation peuvent jouer un rôle, non sur le fait de passer à l'acte mais sur la façon de l'exécuter. En se produisant sur la scène publique, au sein même de l'entreprise ou en déclarant que cette dernière en est la responsable, le suicide individuel, provoqué par un haut degré de souffrances, devient une forme ultime de protestation sociale. Ce n'est pas le suicide d'un autre qui incite un collègue à passer lui aussi à l'acte, puisqu'il a lui-même ses propres raisons de se suicider, mais l'exemple de l'autre l'incite à donner à sa mort la même forme de protestation, qui devient, de ce fait, collective. Les souffrances individuelles, à l'origine du geste, se transmutent alors en une accusation portée contre la politique de l'entreprise.

Références bibliographiques

- **Baudelot, C., Establet, R.** (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : Le Seuil (Points Seuil, 2018).
- **Baudelot, C., Gollac, M.** (2015). Que peuvent dire les suicides au travail ? *Sociologie*, 6(2), 195-206.
- **Bourgoin, N.** (1997). Le suicide dans la Police nationale. *Population* 52(2). 431-440.
- **Clot, Y.** (1999). *La Fonction psychologique du travail*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Clot, Y.** (2013). Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? *Activités*, 10(2), 39-53.
- **Clot, Y., Gollac, M.** (2014). *Le Travail peut-il devenir supportable ?* Paris, France : Armand Colin.
- **Clot, Y., Lhuillier, D.** (dir.) (2010). *Agir en clinique du travail*. Clinique du travail, Ramonville, France : Érès, coll. Clinique du travail.
- **Coutrot, T.** (2017a). Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ? *Dares, Dares Analyses*, 61.

- **Coutrot, T.** (2017b). Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ? Dares, *Document d'études*, 2014.
- **Dejours, C., Bègue, F.** (2011). *Suicide et travail : que faire ?* Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Dejours, C.** (1998). *Souffrance en France - La banalisation de l'injustice sociale*. Paris, France : Le Seuil.
- **Durkheim, É.** (1897). *Le suicide*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Elisseeff, D.** (1988). *La femme au temps des empereurs de Chine*. Paris, France : Stock.
- **Gollac, M.** (dir.) (2012, janvier-mars). Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. *Travail et emploi*, 129.
- **Malinowski, B.** (1926). *Crime and Custom in Savage Society*. Laham, États-Unis : Rowman & Littlefield (revised 1985).
- **Monjardet, D.** (2008). *Notes inédites sur les choses policières, 1999-2006*. Paris, France : La Découverte.
- **Observatoire national du suicide** (2016). *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2^e rapport*. Paris, France : DREES.
- **Technologia** (2010). France Télécom, état des lieux sur le stress et les conditions de travail. Rapport Principal.
- **Vandermeersch, L.** (2002). Le suicide en Chine. Dans Geneviève Morel (dir.) *Clinique du suicide*. Ramonville, France : Érès, 53-63.

3. Chômage et suicide : construire la prévention

Michel Debout¹³

Les relations entre chômage et santé font l'objet de peu de recherches scientifiques (Meneton *et al.*, 2017) et n'ont suscité que peu d'intérêt de la part des pouvoirs publics jusqu'au récent avis du Conseil économique, social et environnemental (Farache, 2016). Le mal-être des chômeurs, et plus globalement leur santé mentale et physique, est ainsi un sujet trop peu débattu dans la société et la sphère publique.

Pourtant, les chômeurs présentent des états de santé moins bons que les personnes en emploi. En particulier, l'espérance de vie moyenne des chômeurs est réduite d'un

13. Professeur de médecine légale et de droit de la santé, ancien membre du Conseil économique social et environnemental et membre de l'Observatoire national du suicide.

an par rapport à celle des travailleurs qui n'ont pas connu de période sans emploi (Amossé, 2009). Plusieurs autres indicateurs de santé sont dégradés pour les chômeurs par rapport aux actifs occupés : santé perçue, accidents cardio-vasculaires, suicides, etc. (Bellamy, Caria, Roelandt, 2004).

Parmi les causes de cette surmortalité, le suicide est la conséquence la plus visible, parce que la plus violente et la plus tragique, de la dégradation de l'état de santé globale des chômeurs. Cette contribution a ainsi pour objectif d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le risque de suicide lié au chômage et sur la nécessité de produire des recherches scientifiques sur le sujet.

Avec 5 millions de chômeurs en France, le chômage constitue un grave problème de santé publique (Farache, 2016). L'inactivité forcée constitue une menace et un risque pour la santé de chaque chômeur pris individuellement, cette épreuve ayant également des répercussions négatives sur l'entourage familial (Minonzio, 2000). Les périodes de chômage font de plus en plus partie du parcours des individus, ce qui a amené S. Paugam à parler de « précarité » (2002). Ces périodes, plus ou moins longues et parfois répétées, pouvant survenir au début de la vie professionnelle mais plus souvent encore dans sa dernière étape, vont progressivement installer la personne dans une réalité quotidienne qui peut dégrader tous les facteurs habituellement sources de bien-être : relations familiales et sociales, sentiment d'utilité, projection dans l'avenir, etc.

Bien plus, l'effet du chômage sur la santé sera majoré par l'événement déclencheur : le licenciement, dans le cas par exemple d'un plan social, le dépôt de bilan pour l'artisan, le commerçant, ou la fermeture de l'exploitation pour l'agriculteur. Ce moment, parfois d'une rare violence par son caractère brutal et la mise en cause du travailleur dans ses compétences, provoque alors un véritable état de sidération, voire de désespoir, que l'on retrouve dans les paroles mêmes des personnes concernées : « Je suis en deuil d'avoir perdu mon travail que j'aimais, les collègues que j'aimais, je ne retrouverai jamais ça ailleurs » (Allain, 2013). Cette violence inaugure une évolution vers un véritable état de stress post-traumatique (Debout, 2015). Un sentiment de honte (Cyrulnick, 2010) pourra s'ajouter à la culpabilité souvent ressentie, la perte de l'emploi étant perçue comme relevant de la responsabilité individuelle, comme si les chômeurs seuls étaient en cause et non la réalité économique ou une certaine gestion de l'entreprise. Une véritable rumination sur les derniers événements vécus dans l'entreprise, les relations avec les collègues et la hiérarchie, accompagnée d'un sentiment d'échec et d'impuissance, pourra se transformer progressivement en une « perte d'estime de soi », l'un des premiers symptômes de l'état dépressif.

Les chômeurs peuvent aussi chercher à échapper à ce climat de perte et d'échec par la consommation de plus en plus marquée de substances psychotropes, au premier rang desquelles l'alcool et le tabac (Beck, 2008). Cette consommation est d'ailleurs différenciée selon le genre, avec une prédominance de l'alcool chez les hommes et du tabac chez les femmes (Hammarström et Janlert, 2006). Le recours aux médicaments – somnifères, anxiolytiques, voire antidépresseurs – souvent prescrites à petite dose au départ, pour faciliter le sommeil, stabiliser les humeurs, diminuer les angoisses, peut se transformer en une véritable addiction avec un phénomène de dépendance qui ajoutera ses effets à la dégradation de la santé globale (Roupenel-Fuentes, 2011).

Les chômeurs peuvent également avoir le sentiment de passer leur temps à le perdre. L'un des premiers signes s'exprime *via* une moindre attention portée à l'apparence et à la présentation de soi : les chômeurs n'éprouvent plus le besoin de changer de tenue après le réveil, et peuvent même faire preuve d'un certain laisser-aller corporel dans les cas extrêmes. Le risque de rupture familiale, très fréquemment rencontré, est d'autant plus menaçant pour la santé des chômeurs que c'est dans leur famille qu'ils vont puiser le plus souvent le soutien affectif et social qui leur permettra de garder espoir et de rebondir (Farache, 2016). Le licenciement et le chômage mettent toujours à l'épreuve la solidité affective et matérielle du lien familial. De plus, face à la baisse de ses revenus, le couple sera menacé par le surendettement, qui ajoutera ses propres effets délétères à ceux du chômage (Debout, 2015).

Une étude de la fondation Jean-Jaurès datant de 2016 montre que le chômage apparaît clairement comme un critère fragilisant, augmentant de façon significative les pensées suicidaires (**graphique 1**). L'impact de la perte d'emploi se révèle déterminant, puisque le fait de se trouver au chômage – situation qui peut certes durer mais qui est en général transitoire – tend à augmenter la proportion d'actifs ayant sérieusement songé à se suicider ; passant de 19 % pour les actifs occupés à 30 % pour les chômeurs. Ramené à la tranche de vie que constitue le chômage, ceci témoigne des dégâts psychologiques que provoque la perte d'emploi.



GRAPHIQUE 1 • Proportion d'actifs ayant sérieusement songé à se suicider en fonction de leur statut



Source • Debout, M., Fourquet, J., Merceron, A. (2016, février). *Les Français et le suicide*. Fondation Jean-Jaurès, Note, 293.

Au total, on observe que la hausse du chômage et la pression accrue sur les salariés, occasionnées par la crise économique profonde et persistante, contribuent à fragiliser psychologiquement des pans entiers de la société, qui deviennent des terrains favorables à l'augmentation des suicides. Ce lien entre le chômage et le risque suicidaire a été établi dès la grande crise de 1929, notamment aux États-Unis qui ont vu alors le nombre de suicides augmenter de façon significative au cours des années 1931 et 1932.

M. Halbwachs, disciple d'É. Durkheim, notait à cette époque que « Ce n'est pas que la misère des ouvriers qui chôment, les banqueroutes, les faillites et les ruines soient la cause immédiate de beaucoup de suicides, mais un sentiment obscur d'oppression pèse sur toutes les âmes parce qu'il y a moins d'activité générale, que les hommes participent moins à une vie économique qui les dépasse, leur attention n'étant plus tournée vers le dehors, se porte davantage, non seulement sur leur détresse ou leur médiocrité matérielle, mais sur tous les motifs individuels qu'ils peuvent avoir de désirer la mort » (1930, 374). M. Halbwachs insiste sur les effets collectifs du chômage, et non pas seulement individuels, qui déstabilisent l'ensemble de la population et transforment l'espoir en l'avenir en une source de peur. Tous les travailleurs sont concernés, aussi bien les salariés que les artisans, les commerçants et les agriculteurs. Il s'agit d'un grand nombre de personnes dont la situation financière et sociale se dégrade brutalement, ce qu'elles vivent alors comme un véritable déclassement personnel.

La crise financière de 2008 a eu des effets analogues, comme l'ont montré les publications internationales (Karanikolos, 2013) qui ont rendu compte d'une augmentation du nombre de suicides notamment chez les chômeurs, en Angleterre et bien sûr dans les pays d'Europe du Sud – Grèce, Italie, Espagne, Portugal – plus encore marqués par la récession économique et les politiques d'austérité que ne l'ont été les

pays de l'Europe du Nord. Dans une réalité de chômage de masse, la perte d'emploi peut être vécue comme une sentence définitive : la fin du travail. C'est cette spirale psychique négative qui envahit progressivement les pensées des chômeurs puis se transforme en pensées suicidaires.

Le passage à l'acte dépendra des facteurs de protection personnelle (étayage familial, soutien amical, réseau social) ou de risque dont les principaux sont les ruptures de couple et les situations de surendettement qui, trop souvent, compliquent la vie quotidienne de ces travailleurs sans emploi (Debout, 2016).

Toutes ces raisons qui vont peu à peu s'additionner, contribuent à l'installation de véritables scénarios suicidaires dont on propose de retenir trois situations spécifiques : le suicide retrait, le suicide protestation, le suicide sacrifice (Debout et Clavairoly, 2012).

3.1. Les situations suicidaires chez les chômeurs

Les suicides des chômeurs ne se réalisent pas tous selon le même mode opératoire : si la pendaison est le mode le plus fréquent, les passages à l'acte traduisent souvent le rapport des suicidés avec le vécu qu'ils éprouvent. Le renoncement s'exprime à travers une série de comportements extrêmes : prise médicamenteuse ou agressivité au travers d'un acte violent comme l'usage d'une arme à feu, etc.

Le suicide retrait

Certains chômeurs vont mettre fin à leurs jours après une période parfois longue, pendant laquelle ils se sont retirés du monde et ont réduit leur relation aux autres. Ces éléments constituent une involution dépressive, d'autant que les modifications de l'humeur viendront souvent s'ajouter à la difficulté d'agir sur leur situation. Lorsque le passage à l'acte survient, il viendra clore cette période de retrait et d'absence au monde : c'est alors l'isolement et la désocialisation, occasionnés par le chômage, qui provoquent le suicide. Parfois, une parole, un échange, l'annonce encourageante de trouver une formation ou un nouvel emploi, même précaire, constitueront des facteurs de résilience, d'autant plus que l'entourage familial ou la solidarité amicale pourront accompagner celui ou celle dont la santé se dégrade.

Le suicide protestation

À travers leur geste suicidaire, les chômeurs expriment leur colère et leur refus de la situation qui leur est imposée et qui paraît inadaptée, injuste et même insupportable. Le suicide constitue une protestation contre tout ce qui, en amont, a provoqué

le licenciement : la mauvaise gestion de l'entreprise par ses dirigeants, les rapports dégradés avec la direction et/ou certains collègues, etc.

Chargé d'agressivité, ce geste suicidaire vise à faire porter la responsabilité sur la ou les personnes désignées comme ayant contribué à sa perte d'emploi. Sur le plan symbolique, n'ayant pas pu se venger en éliminant ceux qui les ont amenés dans cette impasse, les chômeurs retournent ce geste contre eux-mêmes. La réalisation de l'acte est alors souvent en adéquation avec le message qu'ils veulent faire passer : le choix du lieu, souvent l'entreprise d'où ils ont été licenciés ou une zone proche comme le parking, devient significatif. Le mode suicidaire est violent, pour marquer les esprits et notamment ceux des personnes visées (suicide avec l'arme de service d'un policier au sein même du commissariat, par exemple).

Le suicide sacrificie

Les suicidés feront en sorte que la plus grande publicité soit faite à leur acte, qui devient un véritable acte de dénonciation, le prix à payer pour que les choses changent. Le suicide sacrificie est le refus de l'impuissance face à la réalité économique et financière. Les suicidés veulent « faire bouger les lignes », à travers un acte qui doit provoquer la plus grande émotion possible. Ils mettent ainsi en scène leur colère et leur ressentiment.

À Nantes, un chômeur cherchait, par son auto-immolation, à dénoncer devant l'agence Pôle emploi, la pratique de cet organisme visant à lui réclamer le remboursement d'allocations indûment payées, au prétexte qu'il avait effectué dans la même période un nombre d'heures excessif. Il donna à son geste la plus grande médiatisation, en informant lui-même la presse et la police du jour, de l'heure et du lieu de son passage à l'acte ; il put déjouer la surveillance qui avait été mise en place pour s'immoler devant l'ensemble des témoins et les agents de Pôle emploi réduits à l'impuissance.

Ce visage sacrificiel du suicide ne peut se comprendre que si l'on a bien saisi l'impasse dans laquelle les chômeurs, à tort ou à raison, se sont sentis relégués par tout un système économique et social. Le suicide n'est plus seulement un problème de soi avec soi, mais de soi avec les autres, avec la société tout entière. Cette dimension nous rappelle combien l'acte suicidaire, souvent présenté comme le paradigme du choix individuel, renvoie la personne à son « être social » qui détermine en vérité beaucoup de conduites que l'on considère, à tort, comme relevant uniquement de l'individu.

C'est bien à « l'être social » que s'adresse la violence générée par la perte d'emploi, les licenciements, les plans sociaux et les dépôts de bilans. Il convient d'abord de rappeler le sens et l'intérêt du travail : qu'est-ce qui se rompt quand un salarié

quitte brutalement, contraint et forcé, son milieu de travail habituel ? I. Gernet et C. Dejours précisent : « Chaque règle de travail, en fait, a non seulement une visée technique mais elle est également une règle "sociale" dans la mesure où elle organise le "vivre-ensemble". Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est également vivre ensemble » (Gernet et Dejours, 2009).

3.2. Pour mieux prévenir le suicide des chômeurs

Si le lien entre chômage et risque suicidaire est maintenant établi, de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour mieux connaître le moment où le chômage s'est installé dans le parcours professionnel, la réalité familiale et sociale des chômeurs, les conduites addictives présentes, le recours à des instances de soins ou d'accompagnement médico-social.

Ces recherches doivent être menées par des équipes de recherche s'appuyant sur le travail clinique des médecins traitants, des équipes hospitalières, des associations et des syndicats amenés à accompagner ces trop nombreux travailleurs sans emploi. Notons ici que les médecins généralistes auxquels s'adressent souvent ces personnes en détresse doivent être sensibilisés aux problèmes de santé des chômeurs : encore trop de praticiens ignorent la situation de travail de leurs patients sans rappeler qu'ils évaluent trop rarement le risque suicidaire que les chômeurs présentent (Ouali, 2019 ; Bonne, 2006). Notons aussi la place indispensable des associations, comme Solidarités nouvelles face au chômage (SNC), qui contribuent à resocialiser les chômeurs et à les aider à reprendre leur place au sein de la société, place qu'ils pensaient avoir perdue en même temps que leur travail. Cela nécessite une véritable mobilisation de la société, les pouvoirs publics devant considérer que la santé des chômeurs, véritables oubliés des programmes de prévention, constitue une grande cause nationale.

Références bibliographiques

- Allain, P.-H. (2013). Fabienne et Frédéric Vourc'h. Abattus. *Libération*, 28 octobre 2013.
- Amossé, T. (2009, juillet). Des chômeurs et inactifs mal en point. *Santé et Travail*, 67.
- Beck, F., Legleye, S., Maillochon, F., de Peretti, G. (2008). Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. *Regards sur la parité*, 65-82.
- Bellamy, V., Roelandt, J.-L., Caria, A. (2004, octobre). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. DREES, *Études et Résultats*, 347.

- **Bonne, E.** (2006). *La santé des suicidés*. Thèse de médecine, Faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Saint-Etienne.
- **Cyrulnik, B.** (2010). *Mourir de dire. La honte*. Paris, France : Odile Jacob.
- **Debout, M., Clavairoly, G.** (2015). *Le traumatisme du chômage*. Ivry-sur-Seine, France : Les Éditions de l'atelier.
- **Debout, M., Clavairoly, G.** (2012). *Le suicide, un tabou français*. Paris, France : Pascal, coll. Tapages.
- **Debout, M., Fourquet, J., Merceron, A.** (2016, février). *Les Français et le suicide*. Paris, France : fondation Jean-Jaurès, Note, 293.
- **Debout, M., Chaynesse, K.** (2016, octobre). *Vie à crédit. Prévenir le surendettement*. Paris, France : fondation Jean-Jaurès.
- **Farache, J.** (2016). L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. Paris, France : La Documentation française, coll. Les avis du Conseil économique, social et environnemental.
- **Gernet, I., Dejours, C.** (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle Revue de psychosociologie*, 2(8), 27-36.
- **Halbwachs, M.** (1930). *Les causes du suicide*. Paris, France : Alcan, 374.
- **Hammarström, A., Janlert, U.** (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *J Epidemiol Community Health*, 56(8), 624-630.
- **Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., et al.** (2013, mars). Financial Crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381.
- **Meneton, P., Plessz, M., Courtin, et al.** (2017). Le chômage : un problème de santé publique majeur. *La Revue de l'Ires*, 1-2(91-92), 141-154.
- **Minonzo, J.** (2000). Solidarités familiales et chômage. *Recherches et Prévisions*, 60, 35-47.
- **Paugam, S.** (2002). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Ouali, I. et al.** (2019, juin). Consulter un patient en situation de perte d'emploi. *Revue Médecine*, 15(3), 131-7.
- **Roupnel-Fuentes, M.** (2014). *Les chômeurs de Moulinex*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- **Solidarités nouvelles face au chômage (2018)**, *La santé des chercheurs d'emploi, enjeu de santé publique*, Rapport sur l'emploi et le chômage et ses impacts.

4. Suicides au travail et restructuration de l'entreprise : analyser les lettres de suicide

Sarah Waters¹⁴

Le premier rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) recommandait des études qualitatives sur les trajectoires de vie des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide (ONS, 2014). Cette contribution présente une étude sur des suicides au travail dans trois entreprises françaises entre 2005 et 2015. L'étude privilégie les points de vue des suicidés et de leurs proches exprimés à travers des lettres et des témoignages écrits. Quelles sont les causes attribuées au suicide par les suicidés eux-mêmes ? Comment ces lettres peuvent-elles nous aider à comprendre la souffrance provoquant les pensées suicidaires ? Pourquoi le suicide est-il perçu comme un recours ultime face à la souffrance au travail ? Les lettres de suicide offrent un aperçu unique et singulier des pensées et des motivations du suicidé dans la période précédant le passage à l'acte suicidaire et permettent de comprendre le suicide lié au travail. Cette recherche a été soutenue par l'*Arts and Humanities Research Council* (AHRC)¹⁵ en Grande-Bretagne. Ses résultats seront publiés sous la forme d'un livre à paraître en 2020.

4.1. Contexte

Le suicide au travail est un phénomène difficile à saisir d'un point de vue scientifique, objectif et statistique, aussi bien en Grande-Bretagne qu'en France (voir encadré). Cette étude s'inscrit dans un champ de recherches qui s'intéresse aux liens entre le suicide et l'organisation du travail. Elle souhaite apporter une perspective méthodologique alternative susceptible d'enrichir ce champ de recherches.

Notre projet se focalise sur le rapport entre le suicide et les effets de la restructuration de l'entreprise, à travers une étude des cas de suicide dans trois entreprises françaises (France Télécom/Orange, La Poste et Renault). Dans chaque cas, les suicides ont eu lieu dans une période précise et bien délimitée qui a suivi la mise en vigueur d'un plan de restructuration ayant profondément transformé les conditions de travail et, simultanément, le sens et la valeur du travail. Nous avons analysé un recueil de 40 lettres, dont 32 lettres de suicide et 8 témoignages écrits laissés par des proches des suicidés. Parmi les 32 lettres de suicide, 13 ont été écrites par des employés de France Télécom, 10 par des personnels de La Poste et 3 par ceux de Renault. Le recueil comprend aussi 6 lettres écrites par des suicidés

14. Professor of French Studies, University of Leeds.

15. Arts and Humanities Research Council Fellowship (AH/N004299/1).

d'autres entreprises pendant la même période. La forme des lettres est très variée et comprend des notes brèves, des dossiers officiels, des courriels, des textos ou des enregistrements audio ou visuels. Les destinataires sont des proches, comme les conjoints ou les enfants, les parents ou les amis, mais aussi les managers, les patrons, les représentants syndicaux ou les collègues.

4.2. Méthodologie

Cette recherche s'inscrit dans une approche sociologique qui s'inspire de l'œuvre d'É. Durkheim (1897). Elle considère le suicide comme un phénomène social – dont les causes dépassent l'individu – résultat de multiples facteurs sociaux. Tout comme É. Durkheim, nous traitons le suicide comme un fait social qui souligne un dysfonctionnement du lien social. L'objectif de cette étude est d'élucider les déterminants sociaux et structurels du suicide dans l'organisation du travail. Tout en s'inscrivant dans une approche sociologique, l'individu est replacé au centre de l'analyse : les causes sociales du suicide sont examinées du point de vue de l'individu suicidaire et de ses proches.

Le projet s'inspire plus particulièrement de la méthodologie post-durkheimienne du sociologue américain J. Douglas. Ce dernier critique le déterminisme de É. Durkheim qui, selon lui, réduit l'individu à un objet passif faisant face à des forces sociales le dépassant (Douglas, 1967). Le suicide n'est pas un fait objectivé ou objectif. Sa signification est à trouver dans l'analyse de cas concrets et plus particulièrement dans l'interprétation qui lui est accordée par le suicidé et par ses proches. Selon J. Douglas, pour comprendre le sens du suicide, il faut partir de la signification attribuée à leurs gestes par les acteurs eux-mêmes.

D'autres chercheurs ont mis en évidence la valeur des lettres de suicide dans l'analyse des causes du suicide. Pour le psychologue américain, E. Shneidman, avant-gardiste de la recherche sur les lettres de suicide aux États-Unis, ces dernières représentent des documents très précieux. En effet, elles nous donnent accès directement aux suicidés car elles sont le produit de leurs propres pensées et de leurs sentiments à la fin de leur vie (Shneidman, 1976, 1996). Le suicide devient ainsi une construction discursive : les sens donnés au geste suicidaire prennent forme dans la parole, les mots et les gestes des acteurs sociaux. D'autres chercheurs ont examiné les lettres de suicide sous l'angle du genre (Canetto et Lester, 2002), des relations interpersonnelles (Sanger, McCarthy et Veach, 2008 ; Fincham *et al.*, 2011) ou de l'attribution de la faute (McClelland, Reicher et Booth, 2000).

En examinant le recueil des lettres de suicide, cette recherche aborde les questions suivantes : qui est désigné coupable du suicide et pourquoi ? Quelles sont les causes

sociales liées à l'organisation du travail ? Pourquoi le suicide est-il perçu comme le recours ultime à la souffrance au travail ?

ENCADRÉ - STATISTIQUES DU SUICIDE AU TRAVAIL : UNE PERSPECTIVE COMPARATISTE

En France, il est actuellement impossible de dénombrer les suicides au travail. Il n'existe aucun système permettant de repérer les suicides qui pourraient avoir un rapport avec le travail ou avec la situation professionnelle. Quelques enquêtes locales ont été menées – notamment l'enquête par questionnaire réalisée auprès des médecins du travail, en 2002, dans le département de Basse-Normandie – mais la fiabilité d'une extrapolation nationale de ces résultats est limitée. Il existe pourtant des sources d'information importantes, telles que les données du Régime général de la Sécurité sociale qui enregistre les suicides déclarés en accident du travail. Selon l'article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». Ainsi, « pour qu'il y ait accident de travail, deux conditions doivent être remplies ; il faut qu'il y ait un fait ayant entraîné une lésion immédiate ou différée ; que cet accident survienne à l'occasion ou par le fait du travail. Tout accident survenant pendant et sur le lieu de travail est présumé "accident du travail". Cela signifie que, les conditions étant réunies, la victime n'a pas à apporter la preuve du lien entre son accident et son travail. » (INRS, 2017)¹. L'Institut national de Veille sanitaire (ou Santé publique France, depuis 2016) a mené une enquête en 2013 visant à améliorer le système de surveillance des suicides, en développant un système multisource pour en estimer le nombre (Bossard, Cohidon et Santin, 2013).

Au Royaume-Uni, les suicides au travail ne font pas actuellement l'objet de données statistiques. Un rapport publié par l'Institut national de la statistique (*Office for National Statistics*) en 2017 a enregistré pour la première fois les suicides par profession en Angleterre entre 2011 et 2015. Ce rapport confirme que certaines professions ont un risque élevé de suicide, notamment le secteur de la construction qui présente un taux de suicide trois fois plus élevé que la moyenne nationale pour les hommes. Pourtant, le rapport n'établit pas un lien de causalité entre le suicide et le travail : « Bien que notre étude indique le risque relatif de suicide dans les différents groupes professionnels, elle ne fournit aucune preuve directe concernant la causalité » (Windsor-Shellard et Gunnell, 2019). Selon les auteurs, il n'est pas possible de dire si le taux élevé de suicide

1. <http://www.inrs.fr/demarche/atmp/principales-definitions.html>

dans certaines professions est lié aux conditions de travail ou bien aux caractéristiques personnelles ou psychologiques des salariés qui choisissent ces professions.

Le suicide n'est pas reconnu en tant qu'accident du travail dans la réglementation britannique. Ainsi, le Bureau pour la santé et la sécurité (*Health and Safety Executive*), l'organisme responsable de toute la réglementation de la sécurité au travail, définit une liste de tous les accidents qui doivent lui être obligatoirement communiqués. Cette liste exclut de façon explicite le suicide : « Tout décès d'un salarié ou d'une personne externe résultant d'un accident mortel de travail doit être déclaré aux autorités à l'exception des suicides ». Alors qu'en France, un suicide sur le lieu de travail est présumé être un accident de travail, au Royaume-Uni, un suicide, même survenant sur le lieu de travail, est présumé être un acte volontaire n'ayant pas de lien avec le travail.

4.3. Résultats

Les lettres de suicide sont des documents contestés, qui s'inscrivent dans une bataille d'interprétation quant aux causes et aux motivations du suicide. Dans la jurisprudence française, lorsqu'un suicide survient en dehors du lieu de travail, une lettre de suicide qui met en cause les conditions de travail peut servir comme preuve matérielle d'un lien avec le travail. Alors que les entreprises tendent souvent à renvoyer les causes à des problèmes personnels (psychologiques ou familiaux), les lettres de suicide mettent en évidence des causes structurelles qui dépassent l'individu et prennent leur origine dans l'organisation du travail. L'objectif de la lettre est souvent de désigner de manière explicite le travail comme une cause unique du geste et de signaler une injustice sociale ressentie. Cette volonté de pointer du doigt le travail est évidente, comme le soulignent ces extraits de lettres : « Mon activité professionnelle est la première cause ; elle m'a broyé, englouti au point de ne voir aucune issue pour en réchapper » (décembre 2005) ; « Je vous informe que mon suicide est en totalité dû à La Poste » (15 janvier 2008) ; « Je me suicide à cause de mon travail à France Télécom. C'est la seule cause » (14 juillet 2009) ; « France Télécom est grandement responsable de ce qui m'arrive » (10-11 août 2009) ; « La Poste m'a tué » (4 mars 2013).

La lettre de suicide permet un processus de *negotiation of blame* (attribution de la faute) qui vise à désigner les fautifs (souvent les chefs de l'entreprise, les managers ou les collègues) et à écarter la responsabilité des proches (McClelland, Reicher et Booth, 2000). Plusieurs lettres se présentent sous la forme d'une accusation qui nomme ceux tenus pour responsables et les obligent ensuite à s'expliquer et à se

justifier. Pour A. Giddens, le suicide peut exprimer un désir de renverser des rapports de force et d'affirmer un pouvoir ou un contrôle vis-à-vis d'un autre (Giddens, 1971).

La lettre permet également de déculpabiliser certaines personnes et de les décharger de la responsabilité du suicide. Il s'agit principalement de la famille ou de proches : « Je vous aime, vous n'y êtes pour rien, je ne peux plus rien assumer, ce boulot est trop pour moi ! Ils vont me licencier et je suis fini » (16 février 2007) ; « Je devrais avoir tout néanmoins pour être heureux, une femme aimante, une fille adorable. Néanmoins, toute cette anxiété professionnelle a réussi à prendre le pas sur ma vie privée » (29 février 2012) ; « Je veux que vous respectiez ma femme et ma fille. Elles n'y sont pour rien. Je les ai fait souffrir énormément à cause de mon boulot » (12 octobre 2013).

Plusieurs facteurs liés à l'organisation du travail sont évoqués dans les lettres :

Une restructuration chaotique

Certaines lettres dénoncent une restructuration de l'entreprise qui entraîne, pour l'employé, une déstabilisation profonde de la vie quotidienne, des habitudes, des valeurs et des rapports sociaux. Elles évoquent une « situation de stress permanent » (17 mai 2008), une « désorganisation totale de l'entreprise » (13 au 14 juillet 2009), des « réorganisations inutiles » (18 septembre 2009) ou des « changements mis en place dans une précipitation totale » (1^{er} septembre 2013). Alors que la restructuration est imposée par l'entreprise au nom de la nécessité et de l'efficacité, elle est souvent vécue par les employés comme une rupture du lien subjectif et du collectif au travail.

L'intensité du travail

Les suicidés pointent du doigt l'intensité du travail et les objectifs impossibles à atteindre. Ils décrivent des situations d'épuisement physique et psychique face à un travail qui déborde sur chaque dimension de la vie privée. Plusieurs lettres évoquent un désir d'échapper à cette pression quotidienne : « J'en pouvais plus tu sais d'être dans cet enfer » (2 juillet 2008) ; « Certes, en mettant fin ce soir à mes tortures et angoisses de chaque jour, je règle mon problème » (29 février 2012) ; « Me tuer, c'était une façon de tout arrêter, d'en finir avec les problèmes » (1^{er} juin 2012).

Un conflit de valeurs

Pour certains employés, la restructuration constitue une rupture culturelle qui porte atteinte aux valeurs sur lesquelles ils ont bâti leur vie professionnelle et personnelle. Ils vivent un conflit entre une logique commerciale quantifiant l'activité

professionnelle et une logique de service public basée sur le principe de l'intérêt général, qui définit souvent l'identité subjective. Les lettres décrivent une souffrance liée à cette trahison des valeurs : « J'ai tout perdu, mes repères, mes croyances » (5-8 janvier 2012) ; « Je considère que la hiérarchie de La Poste (à tous niveaux) est à l'origine de ma perte de repères, de la remise en cause des valeurs profondes sur lesquelles j'avais construit ma vie » (11 mars 2012) ; « Depuis quelques années, La Poste a petit à petit détruit ses employés, les vrais postiers, ceux qui avaient le contact avec les gens » (17 juillet 2016). D'autres lettres manifestent ce qu'Y. Clot définit comme un drame de la conscience professionnelle (Clot, 2015) : « Le métier tel qu'il est devenu, au moins dans ma spécialité, ne m'est plus acceptable en conscience » (1^{er} septembre 2013).

L'absence de structures de représentation

La lettre de suicide est souvent perçue comme un mode de communication désespéré, les instances de représentation collective se révélant absentes ou inopérantes. Dans certains cas, des suicidés ont préparé des dossiers très détaillés qui contiennent des comptes rendus ou des enregistrements des réunions qu'ils ont eues avec leurs managers afin de mettre en évidence les efforts qu'ils ont fournis pour transmettre leurs difficultés. D'autres lettres font référence à une répression syndicale : « Merci Renault. Merci de ces années de pression, chantage aux nuits. Où le droit de grève n'existe pas. Ne pas protester sinon gare » (21-22 avril 2013).

Le harcèlement moral

Des expériences de harcèlement moral sont également évoquées dans les lettres : « Je suis tout et rien. On m'humilie. C'est une descente aux enfers chaque jour » (5 janvier 2008) ; « Je m'appelle X. J'ai 50 ans et je mets fin à ma vie ce jour. Pourquoi ? Pour harcèlement et humiliation » (6 janvier 2009) ; « La pression et le harcèlement moral qu'ils me font subir depuis le 1^{er} octobre 2008 est devenu insupportable » (24 mars 2009) ; « Mon job me fait souffrir. X m'a harcelé et France Télécom n'a rien fait, trois ans après il me persécute toujours » (10-11 août 2009) ; « J'ai été victime de harcèlement... c'est bien de mettre un mot sur le mal » (17 janvier 2014). Pour certains, leur suicide est l'aboutissement pervers des stratégies d'entreprise qui visent à réduire les coûts salariaux : « Mieux vaut laisser crever les agents (car malheureusement je ne suis pas le seul), ça fait toujours un de moins, sûrement bon pour leurs objectifs » (2 juillet 2008).

L'impact social

Certains suicidés voudraient que leur geste produise un effet positif pour les autres sur le lieu de travail : « Si tu pouvais en parler autour de toi ou faire remonter, que

les autres sachent et se rendent compte » (2 juillet 2008) ; « Si vous pouviez essayer de faire que “tout ça” débouche sur quelque chose de positif et de constructif pour l’entreprise et nos collègues » (11 mars 2012) ; « J’espère que mon geste servira à quelque chose et que mes collègues seront écoutés » (13 mars 2013).

4.4. Conclusion

Si chaque suicide est une tragédie individuelle, celui au travail est un fait social mettant en évidence les effets néfastes des transformations d’entreprise. Celles-ci ne prennent pas en considération la dimension humaine du travail et surtout son importance pour le lien social et l’identité subjective.

Alors que les plans stratégiques des entreprises mettent en évidence la nécessité, l’efficacité et la logique des transformations, les modalités de leur mise en œuvre peuvent souvent entraîner, pour les employés qui les vivent, souffrance, pression et détresse.

Les lettres de suicide démontrent que les restructurations ne concernent pas seulement les conditions matérielles du travail mais constituent un choc culturel portant atteinte aux liens sociaux et aux valeurs culturelles à travers lesquels l’individu définit sa subjectivité et construit sa personne.

Références bibliographiques

- **Baudelot, C., Gollac, M.** (2015). Que peuvent dire les suicides au travail ? *Sociologie*, (6)2, 195-206.
- **Bossard, C., Cohidon, C., Santin, G.** (2013). *Mise en place d’un système de surveillance des suicides en lien avec le travail*. Étude exploratoire. Institut de veille sanitaire.
- **Canetto, S. et Lester, D.** (2002). Love and Achievement Motives in Women’s and Men’s Suicide Notes. *The Journal of Psychology*, 136(5), 573-576.
- **Clot, Y.** (2015). *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, France : La Découverte.
- **Douglas, D.** (1967). *The Social Meanings of Suicide*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press (2016).
- **Durkheim, É.** (1897). *Le suicide*. Paris, France : Presses universitaires de France (2013).
- **Fincham, B., Langer, S., Scourfield, J., Shiner, M.** (2011). *Understanding Suicide. A Sociological Autopsy*. New York, États-Unis : Palgrave Macmillan.

- Giddens, A. (dir.) (1971). *The Sociology of Suicide*. Londres, Royaume-Uni : Cassier.
- McClelland, L., Reicher, S. et Booth, N. (2000). A last defence: the negotiation of blame within suicide notes. *Journal of Community & Applied Psychology*, 10, 225-240.
- Observatoire national du suicide (2014). *Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche*. Paris, France : DREES.
- Sanger, S., McCarthy Veach, P. (2008). The Interpersonal Nature of Suicide: A Qualitative Investigation of Suicide Notes. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 352-365.
- Shneidman, E. (1976). *Suicidology : Contemporary Developments*. New York, États-Unis : Grune & Stratton.
- Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Windsor-Shellard, B., Gunnell, D. (2019). Occupation-Specific Suicide Risk in England : 2011-2015. *The British Journal of Psychiatry*.

5. Le suicide lié au travail à la lumière du droit social

Loïc Lerouge¹⁶

Le suicide touche à la fois individuellement le travailleur, ses proches et le collectif de travail. Le travail participe à la dignité de la personne et comporte une dimension positive qu'il faut préserver ou retrouver. Mais le travail peut aussi être le théâtre et la source d'une extrême souffrance poussant au geste suicidaire. Preuve en est l'affaire France Télécom. Du 6 mai au 11 juillet 2019, deux mois de procès se sont ponctués de 46 audiences et ont permis d'entendre 120 parties civiles. L'entreprise, l'ancien PDG ainsi que deux directeurs adjoints étaient poursuivis en correctionnelle pour le délit de harcèlement moral (collectif ou institutionnel) ayant entraîné une retentissante série de suicides liés au travail. Lors de la privatisation de l'entreprise, et devant la nécessité de la rendre très rapidement plus performante, la direction déclina une politique de restructuration entre 2006 et 2010 avec l'objectif d'obtenir 22000 départs et 10000 mobilités sur un effectif de 120000 salariés.

Le 20 décembre 2019, la chambre correctionnelle du tribunal de grande instance (TGI) de Paris a confirmé les peines maximales requises par le Parquet et retenu l'incrimination de « harcèlement moral institutionnel au travail » entendu comme une « politique générale d'entreprise déstabilisant et stressant une collectivité »¹⁷. Le fait que le tribunal ait retenu la peine maximale (15000 euros d'amende et un

16. Directeur de recherche au CNRS, COMPTRASEC, université de Bordeaux.

17. TGI de Paris, 31^e ch. correctionnelle, 20 déc. 2019, n° 09357090257.

an d'emprisonnement contre les ex-dirigeants et 75 000 euros d'amende pour l'entreprise) est hautement symbolique. Ce verdict confirme que la réalisation d'objectifs managériaux ne peut se faire à n'importe quel prix et coût humain. Les ex-dirigeants ont interjeté appel tandis que l'entreprise France Télécom, devenue Orange, a accepté le jugement afin de tourner cette page douloureuse de l'histoire de l'entreprise.

La question du suicide est difficilement saisissable par le droit du travail et de la Sécurité sociale. En France, l'employeur a l'obligation de protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Cette obligation de sécurité est complétée par l'obligation de respecter des principes généraux de prévention. Du côté du droit de la Sécurité sociale, le suicide peut être reconnu en accident du travail. En outre, dès lors qu'il est prouvé que l'employeur avait conscience ou aurait dû avoir conscience du danger, sa faute inexcusable peut être retenue par le juge. De nombreux acteurs interviennent dans la prévention du suicide : l'employeur, les représentants du personnel au comité social et économique (CSE)¹⁸, le médecin du travail, les salariés, les Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les juridictions de droit social à travers leur jurisprudence. Cette dernière s'est en effet développée sur le suicide au travail, principalement en lien avec le harcèlement. La jurisprudence concerne l'application de la législation professionnelle, c'est-à-dire la reconnaissance ou non du suicide en accident du travail ou bien celle des dépressions liées au harcèlement au travail en accident du travail ou en maladie professionnelle.

Peu de littérature juridique est produite sur le suicide lié au travail, même parmi les écrits dédiés au droit de la santé-sécurité au travail. Les articles juridiques portent essentiellement sur le droit de la Sécurité sociale. Le suicide lié au travail est donc un sujet difficile à appréhender en droit social, mais il existe dans le débat juridique. Tout d'abord, il s'agit de comprendre les raisons des difficultés à saisir le suicide au travail par le droit du travail, pour aborder ensuite la réparation en cas de suicide en droit de la Sécurité sociale.

5.1. Un sujet difficilement saisissable en droit du travail

Le droit de la prévention des risques pour la santé au travail

Le cadre juridique du droit de la prévention des risques au travail s'appuie sur la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au

18. En raison des ordonnances du 22 septembre 2017 portant réforme du droit du travail, les institutions représentatives du personnel (délégués du personnel, comité d'entreprise et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) ont fusionné en un « comité social et économique » (CSE) composé de représentants du personnel.

travail. En vertu de l'article 5 §1 de la directive, « l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail ». La transposition en droit français par la loi du 31 décembre 1991 a permis de reconnaître une obligation générale à la charge de l'employeur de prévenir tous les risques liés au travail, mais, dans la pratique, la prévention portait surtout sur la santé physique.

Il fallut attendre la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, avec un chapitre consacré à la lutte contre le harcèlement moral au travail, pour que l'obligation de prévention porte sur la santé physique et la santé mentale. Le juge a su se saisir de cette loi pour développer une jurisprudence visant à prévenir le risque lié à la santé physique et mentale. Cette évolution a permis également d'introduire plus aisément la question du suicide dans le droit de la prévention des risques pour la santé au travail.

L'année 2002 est aussi une année charnière en raison de la consécration, le 28 février 2002, par la Cour de cassation, de l'obligation de sécurité de résultat. L'employeur est dès lors non seulement tenu de prévenir tous les risques au travail, mais il doit aussi faire en sorte d'éviter la réalisation du risque. Si un risque se manifeste, l'employeur est considéré comme ayant failli à son obligation de sécurité en n'ayant pas pris les mesures de prévention adéquates et engage ainsi sa responsabilité. D'autres parlent de « responsabilité sans faute ». Seuls la force majeure ou les agissements d'un tiers peuvent exonérer l'employeur de sa responsabilité. Toutefois, la Cour de cassation a évolué en matière d'obligation de sécurité de résultat et peut conduire à l'exonération de la responsabilité de l'employeur en matière de harcèlement moral. En effet, le 25 novembre 2015, un nouvel éclairage est donné à l'obligation de sécurité à la charge de l'employeur tirée de l'article L. 4121-1 du Code du travail. Les juges de cassation introduisent le visa de l'article L. 4121-2 relatif aux principes généraux de prévention pour statuer sur le respect de l'obligation de sécurité. Cette décision amorce un mouvement de repli de la référence à l'obligation de sécurité de résultat. Le président de la chambre sociale, J.-Y. Frouin, explique que cette obligation n'est désormais « ni plus ni moins qu'une obligation de moyens » (Frouin, 2017). Il est ainsi désormais possible pour l'employeur de s'exonérer de sa responsabilité en apportant la preuve que toutes les mesures de prévention ont été prises. Il s'agit de la prévention des risques à la source, de l'adaptation du travail à l'homme, de la prévention des harcèlements et de la prise en compte de la santé dans les organisations du travail. Cette nouvelle approche est aussi appliquée au harcèlement moral par la Cour de cassation le 1^{er} juin 2016.

Depuis 2002, à l'échelle collective, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) avait pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés. Cette compétence se retrouve dans les comités sociaux et économiques (CSE) mis en place par les ordonnances du 22 septembre 2017, mais avec des interrogations quant à sa mise en pratique au regard de la fusion des instances représentatives du personnel.

Le médecin du travail a pour mission d'éviter « toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail » (article L. 4622-2 du Code du travail), d'assurer le suivi médical individuel des salariés lors des différentes visites, et de développer des actions en milieu de travail, par l'évaluation des risques professionnels. S'il l'estime nécessaire, le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale du salarié. De manière plus collective, il participe à l'amélioration des conditions de travail. Il possède, enfin, un droit d'alerte.

D'autres acteurs ont un droit d'alerte :

- Un droit d'alerte permet au salarié de « signaler immédiatement à l'employeur ou à son représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (...) » (article L. 4131-1 al. 1^{er} du Code du travail).
- Les représentants au CSE, en cas de danger grave et imminent, ont également un droit d'alerte quand ils constatent, « notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, qu'il existe une atteinte aux droits des personnes, à leur santé physique et mentale ou aux libertés individuelles dans l'entreprise qui ne serait pas justifiée par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnée au but recherché, il en saisit immédiatement l'employeur. Cette atteinte peut notamment résulter de faits de harcèlement sexuel ou moral ou de toute mesure discriminatoire en matière d'embauche, de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de classification, de qualification, de promotion professionnelle, de mutation, de renouvellement de contrat, de sanction ou de licenciement » (article L. 2312-59 du Code du travail).

Le droit de la prévention des risques au travail confronté au suicide

Le lien de causalité entre « suicide » et « travail » est une question très sensible et difficile à traiter. Le droit de la prévention des risques au travail est davantage applicable, dans la pratique, aux risques classiques qu'aux risques liés à la santé mentale. Le lien entre la théorie juridique et les hypothèses d'application du droit à la prévention des suicides au travail est, le plus souvent, établi par le juge. Ce dernier est confronté à la réalité du terrain tout en étant le gardien de l'application du droit.

La jurisprudence concernant la prévention du suicide lié au travail est encore peu développée. Dès lors qu'un suicide intervient pendant le temps et sur le lieu de travail ou sous la subordination de l'employeur, au regard de ses obligations de sécurité et de prévention, cela peut signifier que des mesures de prévention adaptées n'ont pas été prises. On peut également supposer que l'employeur est responsable quand le travail a été l'élément déclencheur d'un état préexistant ou encore quand le travail a aggravé l'état dépressif qui conduit en définitive à l'acte suicidaire.

Toutefois, l'imputabilité est parfois difficile à prouver. Le droit de la prévention des risques au travail reste à développer et à encourager dans le sens d'une prévention des facteurs de risque de suicide liés au travail. Le droit français est cependant encore trop centré sur une approche curative du suicide au travail par une action en réparation, qui n'est pas une réponse mais une compensation.

5.2. En droit de la Sécurité sociale : un sujet saisissable par le jeu de la réparation

La reconnaissance du caractère d'accident du travail

Selon l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». Toutefois, cette définition étant trop générale, la jurisprudence s'est forgé sa propre interprétation : tout au long du processus de définition par la jurisprudence de l'accident du travail, les critères d'extériorité et de violence ont été abandonnés progressivement.

Selon l'arrêt du 2 avril 2003 de la chambre sociale de la Cour de cassation, l'accident du travail peut se définir comme « un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci ».

La définition de l'accident du travail de 2003 retient donc deux critères décisifs qui sont le caractère soudain et le préjudice corporel résultant de l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

La Cour de cassation a reconnu à plusieurs reprises l'application de la législation professionnelle à des suicides. Cependant, la reconnaissance d'un acte suicidaire en accident du travail s'oppose à la question de l'intentionnalité qui fait perdre le caractère fortuit de l'accident. La Cour de cassation refusait déjà, en 1982, de qualifier le suicide en accident du travail lorsque l'acte était volontaire et réfléchi. En revanche, si le harcèlement moral est prouvé comme ayant concouru à provoquer une situation suicidaire, la faute intentionnelle est rejetée, la dégradation des conditions de travail ayant eu des conséquences sur la santé de la victime.

Pour ouvrir l'accès à la législation professionnelle, les actes suicidaires éligibles seraient le résultat d'une impulsion irraisonnée d'une personne n'ayant plus la pleine possession de ses facultés mentales, de telle sorte que sa volonté de résistance est aliénée : geste désespéré survenant à la suite de « remontrances de

l'employeur dans un moment de désespoir ». Le suicide peut aussi être la conséquence directe de troubles neuropsychiques ou d'« une dépression grave réactionnelle et progressive » dus à un accident (par exemple, suicide au moment de l'audience pour la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur quatre ans après l'amputation d'un bras de la victime).

Le suicide est complexe, il est aussi l'aboutissement d'un processus. Le lien avec le travail est parfois difficile à prouver ; le travail peut n'être qu'un des facteurs d'une situation personnelle difficile ou être l'élément qui a déclenché le geste. Le rôle du travail comme facteur du suicide est difficile à établir. À ce titre, la Cour de cassation a pu être amenée à refuser la qualification d'accident du travail à un suicide lié au surmenage et à des difficultés professionnelles, car la personne concernée était atteinte d'une dépression depuis un certain temps et son suicide n'était pas imputable au travail qu'elle exécutait le jour des faits. La Cour de cassation a considéré, le 18 octobre 2005, que la tentative de suicide d'une salariée, qui trouve son origine dans des difficultés privées et personnelles et non dans l'activité professionnelle, revêt un caractère l'empêchant d'être qualifiée d'accident du travail.

Le lien de causalité peut être alors écarté ou retenu en fonction de l'enchaînement temporel des événements ou bien selon le rapport qui peut être établi entre un choc émotionnel et les conséquences psychologiques sur la victime. La principale difficulté de la qualification d'un acte suicidaire en accident du travail est son imputation au travail.

La présomption d'imputabilité pose le principe que toute lésion apparue au temps et au lieu de travail constitue un accident imputable au travail. Il s'agit d'une présomption simple, l'employeur peut donc la renverser en démontrant que l'origine de l'accident est totalement étrangère au travail (par exemple, si le travail ne fait qu'aggraver une dépression). Il appartient alors à la victime d'une tentative de suicide ou aux ayants droit du suicidé de prouver le lien de causalité (expertise, témoignages, etc.).

La reconnaissance de la présomption d'imputabilité en matière de suicide causé par le travail est récente. Elle découle de l'arrêt de la cour d'appel de Riom, rendu le 22 février 2000. Cette décision a fait grand bruit en tirant du suicide intervenu, pendant le temps et sur le lieu de travail, une présomption d'imputabilité. Dans le cas d'un suicide sur le lieu de travail, la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) est chargée d'enquêter afin de déterminer le caractère professionnel de l'acte suicidaire. Le contentieux se développera si elle refuse de reconnaître l'origine professionnelle de l'acte ou bien si l'employeur s'oppose à la reconnaissance par la CPAM de l'origine professionnelle. L'origine de l'acte suicidaire peut être multifactorielle, mais, très souvent, l'accent est porté sur la vie personnelle comme cause unique du passage à l'acte pour ne pas le reconnaître comme un accident du travail. Toutefois,

il n'est pas nécessaire que le lien avec le travail soit essentiel pour déterminer l'origine du suicide.

Quant au droit de la Fonction publique, ce dernier a évolué sur la reconnaissance d'un acte suicidaire en accident de service. Dans un arrêt en date du 16 juillet 2014¹⁹, le Conseil d'État a assoupli le régime de la preuve de l'accident de service résultant d'une tentative de suicide ou d'un suicide. Cet arrêt « met l'accent sur l'imputabilité au service du geste suicidaire sur le lieu et pendant les horaires de travail au sein de la fonction publique » (Lerouge, 2014). La preuve contraire est alors supportée par l'administration qui employait l'agent, notamment quand le geste découle d'une situation de harcèlement moral. La victime ou ses ayants droit voient alors la reconnaissance du lien entre ce geste et le suicide facilitée afin de faire droit à réparation. À noter que, selon un arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 10 mars 2015, dès lors qu'il n'est pas démontré que le décès consécutif à un suicide est la conséquence directe et certaine d'un accident de trajet, il n'a pas à être pris en charge au titre de la législation professionnelle²⁰.

Il arrive que l'on reconnaisse en accident du travail un suicide qui a eu lieu en dehors du travail et donc en dehors du lien de subordination. Par exemple, la Cour de cassation a rendu un arrêt, le 22 février 2007, qualifiant d'accident du travail une tentative de suicide d'un salarié survenue lors d'un arrêt maladie consécutif à des troubles anxio-dépressifs causés par la dégradation continue des relations de travail et du comportement de l'employeur. La faute inexcusable de l'employeur avait également été retenue.

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur en cas de suicide

Deux enjeux autour de la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur en cas de suicide sont à noter :

- l'ouverture d'un droit à une réparation complémentaire en plus de la réparation forfaitaire habituellement versée une fois l'accident du travail reconnu (art. L. 452-1 du Code la Sécurité sociale) ;
- la reconnaissance du fait que l'employeur savait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposée la victime et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ; cette reconnaissance peut même sanctionner son attitude après la survenance du suicide vis-à-vis des proches. L'enjeu est ici symbolique.

Depuis la reconnaissance de l'obligation de sécurité de résultat concomitante à la redéfinition de la faute inexcusable de l'employeur, la portée de cette dernière a changé. La faute inexcusable de l'employeur est en effet facilitée par le jeu de la reconnaissance de l'obligation de sécurité de résultat « qu'en vertu du contrat de

19. CE, 16 juillet 2014, M^{me} A, n° 361820.

20. Civ. 2^e, 22 janvier 2015, n° 13-28.368.

travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les accidents du travail, et que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable » [Cass. AP 24 juin 2005, n° 03-30.038].

La grande difficulté en cas de suicide est d'apporter la preuve que l'employeur avait conscience, ou aurait dû avoir conscience, du danger auquel le salarié était exposé ou qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. L'arrêt du 19 mai 2011 de la cour d'appel de Versailles, dit affaire Touzet²¹, est fondateur. Dans cette affaire, un ingénieur du Technocentre Renault de Guyancourt se jette d'une passerelle après que sa hiérarchie lui a signifié la limitation à une semaine d'une formation prévue initialement sur trois semaines. Le suicide est alors reconnu en accident du travail. En outre, l'état de souffrance de la victime était connu et l'employeur n'a pas rattaché cet état à l'activité professionnelle, repoussant l'origine des symptômes vers la vie personnelle. Aucun dispositif destiné à prévenir les risques psychosociaux n'était véritablement en œuvre dans l'entreprise ; la question de la souffrance au travail était ignorée. Un employeur peut ainsi être condamné pour faute inexcusable lorsqu'il a provoqué et/ou négligé l'état dépressif d'un salarié. En résumé, selon l'arrêt du 19 mai 2011, « lorsqu'un employeur ne fait pas preuve de réactivité devant la dégradation de l'état de santé mental d'un salarié et en l'absence d'un système de prévention "performant" du stress au travail, il commet une faute inexcusable en cas de suicide » [Humbert, 2011]. Si la chambre sociale de la Cour de cassation a évolué depuis l'arrêt du 25 novembre 2015 sur Air France, concernant la portée de l'obligation de sécurité à la charge de l'employeur, cette jurisprudence s'applique en droit du travail. Elle ne s'applique pas en droit de la Sécurité sociale en matière de faute inexcusable de l'employeur. Cette dernière jurisprudence est portée par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation et a été confirmée par un arrêt de l'assemblée plénière de la Cour de cassation en date du 24 juin 2005²². En d'autres termes, l'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur n'est plus revendiquée par la chambre sociale de la Cour de cassation qui statue en droit du travail, alors qu'elle existe toujours au titre de faute inexcusable de l'employeur auprès de la deuxième chambre qui statue en droit de la Sécurité sociale. Cette approche des juges de la Sécurité sociale est intéressante, car elle facilite l'application du droit des accidents du travail ou des maladies professionnelles au suicide lié au travail ou aux troubles psychiques qui y ont conduit.

21. CA Versailles, 5^e ch., 19 mai 2011, RG no 10/00954.

22. AP 24 juin 2005, n° 03-30.038.

Références bibliographiques

- **Frouin, J.-Y.** (2017, 11 octobre). Un an de jurisprudence sociale 2016/2017 vu par J.-Y. Frouin, président de la chambre sociale, *Liaisons sociales quotidien*, 17423.
- **Humbert, T., Godet, T.** (2011, 22 juillet). La difficile mission de l'employeur de veiller au « bien-être mental » de ses salariés, *Jurisprudence Sociale Lamy*, 0303.
- **Lerouge, L.** (2014, septembre). Tentative de suicide et accidents de service : un assouplissement de la jurisprudence. *Revue de droit sanitaire et social*, 5, 945-952.

ÉTAT DES LIEUX DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LES SUICIDES ET LES TENTATIVES DE SUICIDE EN FRANCE

Grégoire Rey, Diane Martin, Virginie Gigonzac, Javier Nicolau, Naïla Boussaid, Valérie Carrasco, Philippe Tuppin, Claire-Lise Dubost, Christophe Léon, Stanislas Spilka, Nathalie Guignon

Dans la continuité du travail initié dans son premier rapport (ONS, 2014), l'Observatoire national du suicide a réalisé un état des lieux actualisé des systèmes d'information existant en France sur les suicides et les tentatives de suicide, au niveau national. Ce bilan s'appuie sur les travaux du groupe de travail « données statistiques », qui s'est réuni trois fois entre novembre 2018 et mai 2019, et propose une synthèse des présentations réalisées dans ce cadre et des principales questions qu'elles ont soulevées.

Ce groupe de travail s'est donné deux objectifs : la connaissance et l'amélioration du système d'information français sur le suicide et les tentatives de suicide, et la réalisation et la diffusion d'études statistiques sur le même thème.

La connaissance des suicides, des tentatives de suicide et des pensées suicidaires repose sur des sources d'informations de différentes natures, qui vont des données administratives aux enquêtes statistiques auprès de la population. La base des causes médicales de décès constitue le point central du système d'information sur les suicides¹. Elle devrait bénéficier de la certification électronique des décès, en cours de déploiement², et d'un nouveau certificat de décès, permettant un dénombrement plus rapide et plus précis des suicides. Au-delà de ces évolutions, le cadre des données en santé a été complètement révisé par la mise en place du Système national des données de santé (SNDS) en avril 2017. Les perspectives de travaux

1. Voir les résultats présentés dans la fiche 2.

2. « Après plusieurs phases de déploiement de la certification électronique des décès au sein d'établissements pilotes (2007/2008) et d'un échantillon élargi de 100 établissements en 2009, l'application web de certification électronique "CertDc" a été ouverte en 2010 à l'ensemble des médecins ». Carton I, Cuzin Y. Présentation et bilan de l'expérimentation de dématérialisation totale des certificats de décès dans six communes en France en 2017-2018. B.E. H. 2019; (29-30):594-601.

d'études sur les suicides et tentatives de suicides s'en trouvent considérablement enrichies. La mise en place de l'« EDP-santé » par la DREES, appariement du SNDS et de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee, permettra par ailleurs de pallier l'absence de variables socio-économiques dans le SNDS.

Les enquêtes en population générale, dont trois exemples sont présentés³, interrogent les personnes sur les tentatives de suicide et pensées suicidaires et permettent, elles aussi, de disposer de nombreuses informations complémentaires à celles fournies par les bases médico-administratives, en particulier des variables socio-économiques. Elles renseignent ainsi sur les facteurs liés à ces comportements suicidaires et permettent également d'évaluer leur prévalence.

1. Certification des décès : circuit de l'information et constitution de la base des causes médicales de décès

Grégoire Rey⁴

Le contexte légal

Depuis 1968, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) est officiellement chargé de la production de la statistique des causes de décès. Le Code général des collectivités territoriales stipule qu'un certificat doit obligatoirement être établi pour qu'un cercueil puisse être fermé, ce qui en théorie garantit l'exhaustivité de cette déclaration. Le certificat comporte un volet administratif, destiné à l'Insee, et un volet médical, destiné à l'Inserm. Le rôle spécifique du CépiDc, service de l'Inserm chargé de produire la base nationale des causes de décès et centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les classifications en santé, est ainsi complémentaire de celui de l'Insee, responsable de la statistique de l'état civil. Les données finales sont le fruit d'une collaboration entre ces deux instituts. Le CépiDc est également chargé de fournir des données harmonisées à Eurostat sur les causes de décès.

Le circuit de transmission de l'information

Les différentes étapes du processus de production de la base nationale des causes de décès devraient théoriquement s'étaler sur 18 mois mais, du fait de retards

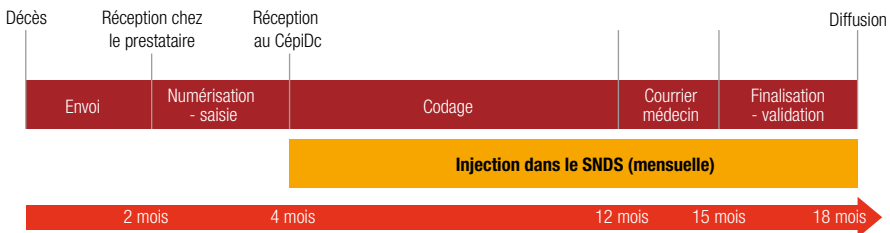
3. Le Baromètre santé 2017 (de Santé publique France), qui concerne l'ensemble des personnes de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires ; le dispositif d'enquêtes EnCLASS (de l'OFDT), qui concerne les collégiens et lycéens et enfin l'Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième (de la DREES).

4. Directeur du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc-Inserm.

cumulés, elles atteignent actuellement 30 mois (circuit majoritaire actuel). La certification électronique en cours de déploiement (circuit cible) devrait à terme réduire considérablement ce délai, sans pouvoir toutefois descendre en dessous de 9 mois, mais elle ne concerne pour l'instant que 17 % des décès fin 2018 (schéma 1).

SCHEMA 1 - Étapes et délais de production de la statistique des causes de décès

Circuit majoritaire actuel



Circuit cible



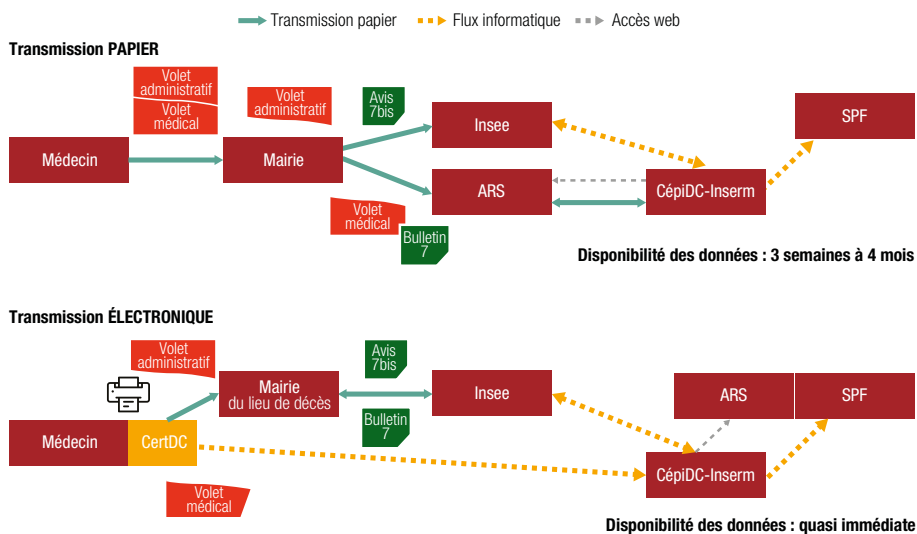
TAL : traitement automatique du langage.

Source • CépiDc-Inserm.

Les deux volets du certificat de décès ne suivent pas le même circuit et comportent des informations de nature différente. Le volet administratif est la partie haute et nominative du certificat de décès. Le décès de la personne est officiellement reconnu quand ce document est rédigé et signé par un médecin. Il constitue la constatation du décès. La partie basse constitue le volet médical et mentionne les causes du décès. Elle doit être fermée et scellée par le médecin. Bien qu'elle soit non nominative, elle donne des informations suffisamment détaillées pour identifier la personne, puisqu'elle précise la commune du décès, le code postal, la commune de domicile, la date de décès et la date de naissance. Ainsi les données de la partie basse sont considérées comme des données à caractère personnel. Une fois établi, le certificat de décès suit différents circuits de transmission, selon qu'il s'agit du volet administratif ou médical, selon l'existence ou non d'un obstacle médico-légal (cas de mort violente, suspecte ou de cause non déterminée) et selon le support de

transmission, papier ou dématérialisé (schéma 2). Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2018, en cas de recherche médicale ou scientifique des causes du décès, telle qu'une autopsie, un volet médical complémentaire au certificat de décès doit être établi par voie électronique.

SCHEMA 2 – Circuit de transmission des certificats de décès



ARS : agence régionale de santé ; SPF : Santé publique France ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.

Note • Le médecin remplit le volet administratif et le volet médical du certificat et scelle le second. En cas de certification papier, le certificat est transmis à la mairie. En cas de certification électronique, seule la partie administrative est transmise à la mairie, la partie médicale est transmise par un flux informatique directement au CépIdC-Inserm. La mairie rédige deux documents :

L'« avis 7bis » qui comporte le nom de la personne décédée et les informations d'état civil qui sont envoyées à l'Insee. Ces informations lui permettront de mettre à jour le Répertoire national d'identification des personnes physiques.

Le « bulletin 7 » comprend les mêmes informations individuelles sur la personne décédée mais sans le nom. En cas de certification papier, il est transmis, accompagné du volet médical toujours clos, à l'ARS. L'ARS ouvre le certificat et prend connaissance des causes de décès. Ce certificat est ensuite envoyé au CépIdC-Inserm, accompagné du bulletin 7.

Le CépIdC transmet les données sur les causes de décès à SPF pour la surveillance de la mortalité.

Source • CépIdC-INSERM.

D'importantes évolutions sont encore nécessaires pour arriver à une dématérialisation complète. La possibilité de recourir à une plateforme d'échanges sécurisés est désormais ouverte et un plan de déploiement auprès de l'ensemble des acteurs

(médecins, mairies, Insee, Inserm, etc.) va pouvoir commencer, afin d'accélérer le développement de la certification électronique.

Le codage de la cause initiale de décès

Outre les opérations de transmission, la deuxième phase importante est celle des opérations de codage des causes de décès à l'aide de la classification internationale des maladies, de leur validation et de la détermination de la cause initiale de décès. En cas d'informations manquantes, des relances sont effectuées auprès des médecins ayant rédigé le certificat (**schéma 1**). La définition de la cause initiale dépend de la nature du décès, de la position des causes sur le certificat, de leurs relations causales plausibles ou certaines, et elle est établie à l'aide de tables de causalité. Celles-ci sont définies par consensus international au sein de réunions qui ont lieu tous les six mois avec les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition de la cause initiale est un peu différente dans le cas d'un traumatisme ou d'une mort violente pour lesquels on recherche plutôt l'intention ou la circonstance qui a conduit à cette mort violente. Ainsi, le cas échéant, on ne codera pas en cause initiale les causes d'un suicide, mais le fait qu'il s'agit d'un suicide, pas plus qu'on ne retiendra comme cause initiale la dépression éventuellement à l'origine du suicide.

Quand les informations du certificat ne suffisent pas à coder les causes du décès, un courrier est envoyé au médecin qui l'a établi pour obtenir un supplément d'information. La personne décédée pour laquelle un complément d'information est demandé ne peut alors être décrite qu'à partir des informations contenues dans la partie basse du certificat (commune du décès, code postal, commune de domicile, date de décès et date de naissance). Sur les 3 000 courriers envoyés aux médecins chaque année, la moitié reçoivent une réponse, qui s'avère informative dans les deux tiers des cas. En particulier, lors d'une mort violente d'intention indéterminée, le médecin n'est pas toujours conscient de l'intérêt de préciser s'il s'agit d'un homicide, d'un suicide ou d'un accident. Cette information est alors intégrée dans la base, ce qui peut avoir un impact non négligeable sur la statistique des suicides. Il faut donc être prudent dans l'analyse des évolutions du nombre de suicides, très dépendant des moyens alloués à la qualité de la collecte. On estime entre 300 et 400 le nombre annuel de suicides repérés grâce à cette relance auprès des médecins, qui ne peut pas toujours être réalisée, faute de moyens.

Synchronisation avec les données de l'Insee (état civil)

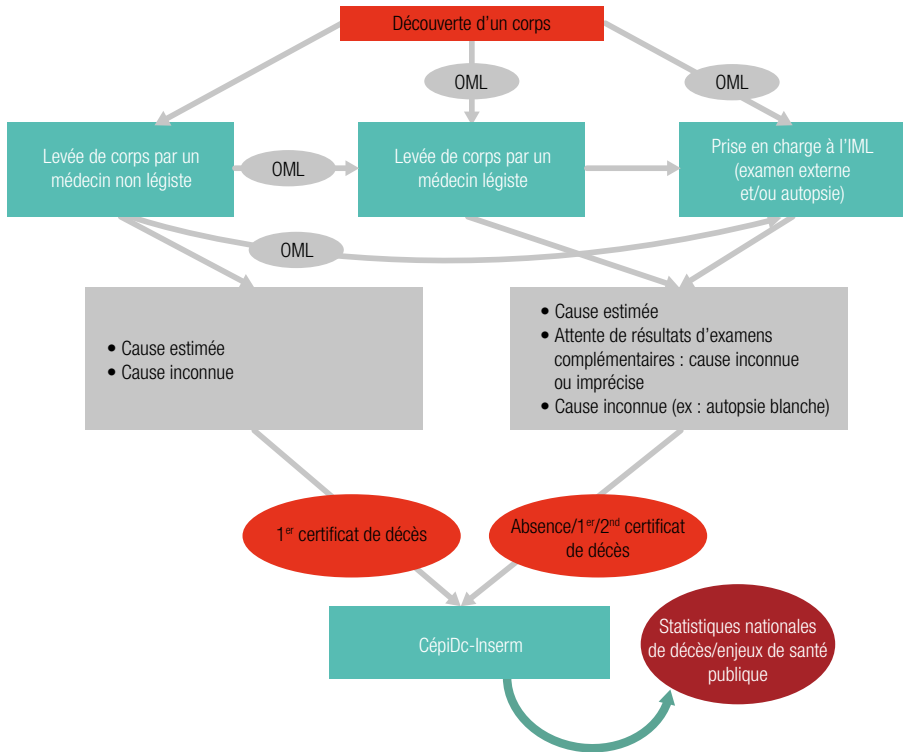
À l'issue de la phase, longue et complexe, de codage de la cause initiale de décès une opération de synchronisation des données est réalisée avec celles de l'état civil. Il s'agit de récupérer, d'une part, les certificats manquants, dans le cas où le volet médical du certificat de décès n'a pas été envoyé au CépiDc, alors que le décès a bien été déclaré à l'état civil (ce qui est quasiment systématique) et, d'autre part, toutes les données déclarées à l'état civil : la profession au moment du décès, la commune de domicile, le statut matrimonial. La qualité de ces informations est cependant très variable. S'il n'y a pas de non-réponse pour l'état matrimonial, moins de 10 % des certificats mentionnent la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) notamment, car elles ne sont pas renseignées pour les personnes inactives. L'alignement des données du CépiDc sur celles de l'Insee se fait à la fois mensuellement et annuellement.

Existence d'un obstacle légal ou médico-légal

La certification des causes de décès et la transmission de cette information suivent un circuit particulier en cas de mort violente et notamment de suicide qui explique en partie la sous-estimation de ce type de décès (**schéma 3**). Dans ce cas, le médecin qui certifie le décès doit déclarer si un obstacle médico-légal empêche la levée du corps et nécessite l'intervention d'un institut médico-légal (IML), qui pourra réaliser un examen externe ou une autopsie. Il est possible qu'un premier certificat ait été établi et que, à la suite d'une autopsie, un second le soit. Il est aussi possible que le volet médical du certificat ne soit rempli ni par le médecin ayant constaté le décès, ni par l'IML en charge de la détermination de la cause du décès et que le CépiDc ne reçoive donc aucune information. Ce cas de figure ne devrait cependant plus être possible avec la nouvelle législation, le décret n°2017-602 du 21 avril 2017 imposant désormais explicitement aux médecins de rédiger un volet médical complémentaire en cas d'autopsie médico-légale ou d'examens complémentaires⁵.

5. À côté des expertises médico-légales physiques, l'autopsie psychologique est une méthode d'investigation scientifique s'inscrivant dans le cadre de travaux de recherche, qui vise à identifier les facteurs de risque, les événements précipitants ainsi que les interactions complexes entre les différents facteurs successibles d'être impliqués dans le geste suicidaire. Son principe repose sur l'analyse rétrospective du parcours psychologique, social et médical de sujets décédés par suicide. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/79>

SCHEMA 3 – Certification d'un décès en cas de mort violente



OML : obstacle médico-légal ; IML : institut médico-légal.

Note • Lorsque la cause du décès n'a pu être déterminée lors de l'autopsie médico-légale, on parle d'autopsie blanche.

Source • CépiDc-INSERM.

Dans le cadre d'une transmission électronique, l'information sera directement transmise au CépiDc, sans ces possibles blocages. Ainsi, un alignement direct avec les données de l'Insee sera possible grâce à l'utilisation d'un identifiant commun aux deux parties du certificat de décès. La transmission électronique se heurte cependant à des difficultés de mise en œuvre.

La comparaison avec d'autres sources de données permet une validation externe de certaines statistiques sur les morts violentes. Concernant les accidents de la route, la corrélation est de 99 % avec les statistiques de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière. L'écart est nettement plus important avec celles du ministère de l'Intérieur concernant le nombre d'homicides (écart d'environ 50 %

en 2013⁶). De façon générale, les résultats divergent d'autant plus que les autopsies sont fréquentes ; de ce point de vue, le suicide représente une situation intermédiaire entre les deux exemples précédents.

La sous-estimation des suicides est en partie due à l'absence de transmission d'un certificat de décès par les IML ou les agences régionales de santé (ARS). Si le défaut de transmission des premiers est constant, celui des ARS s'est accentué entre 2011 et 2015 et semble se résorber depuis. Le retard de transmission des certificats par les ARS n'est pas spécifique aux morts violentes. Il est par ailleurs rappelé que le certificat de décès reste confidentiel et n'est transmis ni à la famille ni aux assurances, ces dernières pouvant seulement demander un certificat de mort naturelle. Une partie de la sous-estimation des suicides ne saurait donc être attribuée aux conditions restrictives de versement de la prime d'assurance-vie en cas de décès par suicide.

Les comparaisons régionales ou internationales sur les suicides (voir fiche 2) nécessitent donc la plus grande prudence du fait de la qualité très variable de l'information produite lors des différentes étapes et des différences entre les définitions légales du suicide d'un pays à l'autre.

2. Le déploiement de la certification électronique et du nouveau certificat de décès

Diane Martin⁷

Le déploiement de la certification électronique des décès sur le territoire a progressé très lentement depuis 2014 pour concerner environ 17 % des décès fin 2018. Cette part est très variable d'une région à l'autre : elle dépasse 20 % dans le Centre-Val de Loire, La Réunion et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais est inférieure à 6 % en Bretagne, dans les Pays de la Loire, en Martinique et dans les Hauts-de-France.

Outre cette évolution du mode de transmission, deux nouveaux modèles de certificat de décès, général et néonatal (pour les décès des nouveau-nés de moins de

6. Entre 2011 et 2016, l'écart entre le nombre d'homicides issu de la base des causes de décès et celui fourni par le ministère de l'Intérieur est fluctuant et a tendance à augmenter (70 % en 2016). Cependant, la série statistique corrigée, certifiée par le service statistique du ministère de l'Intérieur, n'est disponible qu'à compter de 2015.

7. Responsable qualité, CépiDC-Inserm.

28 jours), ont été instaurés par un décret en date du 21 avril 2017⁸. Le remplissage d'un volet médical complémentaire est désormais obligatoire en cas d'une demande de recherche, médicale ou médico-légale, de la cause du décès. Certaines informations figurant déjà sur l'ancien modèle ont été enrichies et des informations nouvelles ont été ajoutées.

Ainsi, il est précisé sur le nouveau certificat si la date du décès est la date réelle ou constatée. On ne renseigne plus si une autopsie a eu lieu, mais si une recherche de la cause du décès a été demandée. On ne demande plus simplement en cas d'accident s'il s'agit d'un accident du travail mais systématiquement si le décès est survenu lors d'une activité professionnelle. La mention « établissement pénitentiaire » a été ajoutée aux modalités décrivant le lieu du décès. Une rubrique permet de préciser les circonstances apparentes du décès, parmi lesquelles figure le suicide. Enfin, en cas de mort violente, il faut préciser le lieu de l'événement déclencheur (donc, le cas échéant, le lieu du suicide). Le volet complémentaire comporte les mêmes informations (à l'exception bien sûr de l'information sur la recherche de la cause du décès, puisque c'est forcément le cas).

Ce nouveau modèle, entré en application au 1^{er} janvier 2018, se déploie progressivement. Il est en effet utilisé pour tous les décès déclarés en certification électronique, mais les anciens modèles de certificats « papier » resteront dans le circuit jusqu'à écoulement des stocks. Compte tenu du délai de traitement plus lent du certificat « papier », la montée en charge de l'utilisation des nouveaux certificats s'est ralentie et, fin 2018, seulement un peu plus de la moitié des certificats de l'année parvenus au CépIdc étaient établis à partir du nouveau modèle.

Les nouveaux certificats de décès contenant plus d'information que les anciens, les contrôles de qualité prennent plus de temps et sont encore en cours. À titre illustratif, quelques statistiques peuvent être établies à partir des données brutes des nouveaux certificats. Elles sont toutefois à analyser avec beaucoup de prudence.

L'indication de la circonstance apparente du décès comporte moins de 2 % de non-réponses. La modalité « mort naturelle » est cochée dans 91 % des cas, les modalités « suicide » et « accident » dans 1,4 % des cas chacune et la modalité « indéterminée » dans 1,3 % des cas.

La rubrique « lieu de survenue de l'événement déclencheur du décès en cas de mort violente » est renseignée pour 5,5 % des certificats. Dans la moitié des cas, le lieu est le domicile, la modalité « autre lieu ou indéterminé » ne représentant que 6 % de cas.

8. Décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès disponible sur Légifrance.

Comme indiqué ci-dessus, la variable indiquant le lien avec le travail a changé (« accident du travail » *versus* « décès survenu lors d'une activité professionnelle ») et est beaucoup mieux remplie qu'avant : seulement 6,8 % de données manquantes contre 23,6 % auparavant, la réponse « non » passant de 75,7 % à 92 %.

La formulation de la question concernant la recherche de la cause du décès a également changé et la qualité de l'information s'est améliorée. La part de données manquantes est ainsi passée de 6 % à 4 % et pour la part de « recherche ou autopsie demandée » de 1,6 % à 3,2 %.

Concernant plus spécifiquement les 3 708 décès dont la circonstance apparente déclarée sur les nouveaux certificats est le suicide, le lieu de survenue est indiqué dans 85 % des cas et il s'agit le plus souvent du domicile (codé pour 61 % des suicides) ; l'information sur la survenue du décès lors d'une activité professionnelle est fournie dans 91 % des cas de suicides. Elle se répartit en 85 % de « non », 1 % de « oui » et 5 % de « ne sait pas ».

Même si ces premiers résultats semblent prometteurs pour le remplissage des différentes rubriques du nouveau certificat de décès, une certaine inquiétude demeure quant à la remontée du volet médical complémentaire. Le CépiDc en a reçu très peu : 56 seulement en février 2019. Son déploiement semble connaître des difficultés car les remontées sont de moins en moins nombreuses. Il semblerait qu'une communication plus large soit nécessaire et que des solutions doivent être apportées aux difficultés d'utilisation des outils informatiques mis à disposition dans le cadre de la certification électronique. Des moyens conséquents sont donc à mettre en œuvre pour encourager la certification électronique.

Son développement devrait permettre non seulement de réduire les délais de mise à disposition de l'information, mais également d'améliorer la qualité de l'information, notamment concernant le repérage des suicides. Dans un premier temps, cette amélioration pourrait se traduire par une augmentation artificielle du nombre de suicides, ne correspondant pas forcément à la réalité. Durant cette période transitoire d'évolution du système de certification des décès, les analyses des résultats devront donc être menées avec prudence.

3. Expérimentation d'un système de surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail à partir des données des instituts médico-légaux

Virginie Gigonzac⁹

Les systèmes d'information actuels ne permettent pas de repérer les cas de suicide en lien potentiel avec le travail en France. Aussi, Santé publique France a mené, en collaboration avec le CépiDc-Inserm et des médecins légistes de huit instituts médico-légaux (IML) volontaires, une étude de faisabilité pour tester la mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail, à partir des données des IML, conformément aux recommandations faites en 2014 dans le premier rapport de l'ONS. Un premier bilan de cette expérimentation est présenté ici, les résultats complets feront l'objet d'un rapport qui sera mis en ligne sur le site de Santé publique France en 2020¹⁰.

Lors de cette étude de faisabilité, les IML participants ont recueilli des informations de façon exhaustive sur tous les décès par suicide ou d'intention indéterminée survenus en 2018. L'étude a bénéficié d'un avis favorable du Conseil en éthique pour les recherches en santé¹¹ (CERES) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Le recueil de données a été effectué au moyen d'un questionnaire standardisé électronique, rempli par les médecins légistes *via* une application informatique, à laquelle ils se connectaient en s'identifiant avec leur carte de professionnel de santé. Les données étaient ensuite transmises de façon sécurisée à Santé publique France. Le questionnaire comportait 6 parties :

- 1 - caractéristiques sociodémographiques (sexe, date de naissance, situation familiale, contexte de séparation ou non lors du décès, présence d'enfants dans le foyer, etc.) ;
- 2 - caractéristiques du décès (date, lieu, circonstance apparente du décès, causes du décès) ;
- 3 - investigations médico-légales (réalisation d'une autopsie, d'exams complémentaires) ;

9. Chargée d'études scientifiques, Santé publique France.

10. www.santepubliquefrance.fr

11. Le CERES, mis en place sous l'égide de l'Université Paris-Descartes, propose aux chercheurs qui le souhaitent d'examiner les aspects éthiques de leur protocole de recherche.

4 - informations sur les addictions et les comorbidités connues (addictions, état d'alcoolisation aiguë/prise de toxiques au moment du décès, troubles mentaux, pathologies somatiques, traitements médicamenteux, antécédents de tentatives de suicide, etc.) ;

5 - informations sur la situation professionnelle (situation par rapport à l'emploi au moment du décès, profession, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité, situation des personnes sans emploi) ;

6 - informations sur le lien potentiel du suicide avec le travail : décès sur le lieu de travail ou pendant les heures de travail ; lettre laissée par la victime mettant clairement en cause ses conditions de travail ; utilisation de son outil de travail comme moyen létal ; victime en tenue de travail ; difficultés liées au travail, telles qu'une perte d'emploi récente, des difficultés financières, une situation d'épuisement professionnel ou encore des conflits avec ses collègues ou sa hiérarchie ; recueil du témoignage de proches mettant en cause les conditions de travail de la victime.

Les analyses statistiques en cours de réalisation doivent tout d'abord permettre d'étudier la faisabilité et la pertinence du développement d'un système de surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail, à partir des données des IML, en fonction de la participation des déclarants et de leurs retours d'expérience, du taux de remplissage des variables, de la qualité et de la cohérence de ce remplissage et de la pertinence des variables à recueillir pour répondre aux objectifs de l'étude. Outre la description des décès par suicide recueillis dans le cadre de cette étude, l'exploitation de ces données permettra de calculer la part des suicides en lien potentiel avec le travail. Afin d'élaborer une définition collégiale d'un suicide en lien potentiel avec le travail à partir de données pouvant être recueillies par les IML, un Comité d'appui thématique en santé mentale et travail, constitué d'experts de différentes disciplines, a été créé par Santé publique France. Dans un second temps, un appariement avec les données de mortalité 2018 du CépiDc-Inserm sera réalisé afin de comparer la concordance des causes de décès rapportées dans les deux sources de données. Cela permettra notamment d'estimer la part des décès par suicide échappant au circuit des IML et la part des décès par suicide non repérés comme tels dans les bases du CépiDc-Inserm.

La publication des résultats est attendue pour l'année 2020 et la comparaison avec les données du CépiDc-Inserm pour 2021, en fonction de la disponibilité des données de mortalité 2018.

Sur la base de ces résultats, Santé publique France proposera les variables, jugées pertinentes par l'étude pilote et possibles à renseigner, pour améliorer la connaissance des suicides en lien potentiel avec le travail. Une solution pour recueillir ces

données serait l'ajout d'un questionnaire adossé au volet médical complémentaire du certificat de décès. Cette proposition ainsi que son éventuelle mise en œuvre devront être discutées avec la Direction générale de la santé (DGS) en lien avec le CépiDc-Inserm.

Cette étude de faisabilité constitue une voie prometteuse d'amélioration et d'enrichissement des connaissances sur les suicides en lien potentiel avec le travail. Toutefois, la mise en place d'un système d'information reposant sur le volet médical complémentaire nécessitera une montée en puissance du remplissage et de la transmission de celui-ci par les IML.

4. Le Système national des données de santé (SNDS)

Javier Nicolau (DREES)

Le Système national des données de santé (SNDS) est géré par la Caisse nationale de l'Assurance maladie, mais sa gestion est en cours d'évolution suite à l'adoption de l'article 41 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dont les textes d'application sont en cours de finalisation. Il est à l'origine de changements considérables permettant :

- **l'enrichissement des données de santé**, grâce à l'appariement des principales bases médico-administratives entre elles et à la possibilité offerte de pouvoir appairer ces données à d'autres bases et données d'enquêtes ;
- **l'accès aux données de santé**, ouvert à tous les utilisateurs, de différents profils publics et privés, grâce à la mise en place d'une procédure garantissant, en parallèle, la sécurité et la confidentialité des données et contrôlant leur utilisation.

Le SNDS est né de l'article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il a pour finalité la mise à disposition de ces données afin de favoriser les études, recherches ou évaluations présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'une des finalités suivantes : information sur la santé, mise en œuvre des politiques de santé, connaissance des dépenses de santé, information des professionnels et des établissements sur leurs activités, innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale, surveillance, veille et sécurité sanitaire¹².

12. Voir informations sur le site internet du SNDS.

Cette contribution décrit les composantes du SNDS, les finalités autorisées de traitement des données issues du SNDS et les conditions de sécurité de traitement de ces données.

Le SNDS regroupe les bases de données de l'Assurance maladie, les bases de données hospitalières à savoir le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les bases des causes de décès et à terme, les bases de données du handicap issues du système d'information centralisé des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et un échantillon de données des organismes d'assurance maladie complémentaire (**schéma 4**). Après la mise en œuvre de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, le SNDS sera progressivement élargi aux données cliniques (dossier médical, résultats d'examens, etc.), aux données du service de protection maternelle et infantile (PMI), aux données de la médecine scolaire et de la médecine du travail, aux données d'enquêtes dans le domaine de la santé et aux données relatives aux groupes iso-ressources (GIR). Des premiers travaux sont entrepris pour constituer un catalogue de ces données qui recensera les sources existantes, les caractéristiques des bases, les interlocuteurs et le type d'informations.

L'appariement entre les différentes bases du SNDS repose sur un système de pseudonymisation non réversible à deux niveaux des identifiants des bénéficiaires. Les données mises à disposition depuis la loi de 2016 sont de différentes natures :

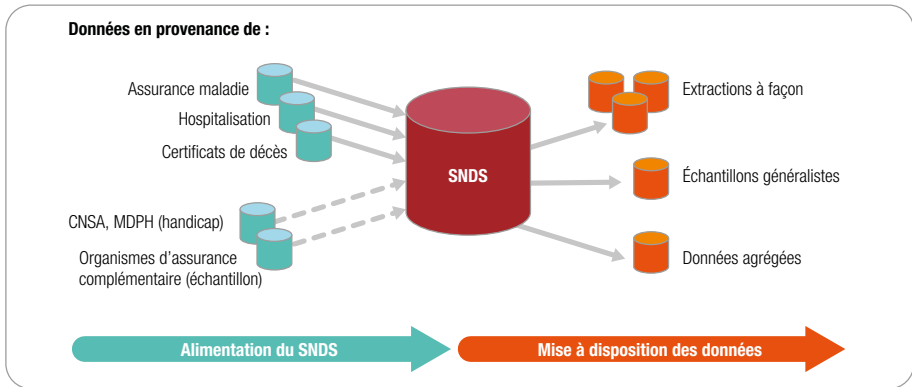
- caractéristiques des patients (sexe, mois et année de naissance, bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire¹³ [CMU-C], aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], dispositif d'affectation de longue durée [ALD], département et commune de résidence, date et cause de décès, le cas échéant) ;
- consommation de soins en ville et à l'hôpital ;
- pathologies traitées (déduites des diagnostics indiqués dans les données d'hospitalisation ou d'ALD, ou de certaines consommations de soins).

Ces données sont accessibles aux acteurs publics comme privés, pour la réalisation d'un projet, sous certaines conditions :

- répondre à un motif d'intérêt public ;
- ne pas relever d'une finalité interdite (promotion commerciale des produits de santé, objectif de sélection des risques ou de tarification au risque dans les contrats d'assurance) ;
- respecter les règles de protection de la vie privée (ne pas essayer d'identifier une personne), de transparence (publier la méthodologie et les résultats des études).

13. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C est étendue aux bénéficiaires de l'ACS avec la mise en place de la complémentaire santé solidaire (CSS).

SCHEMA 4 – Le système national des données de santé issu de la loi de 2016



Source • DREES.

L'accès aux données s'effectue dans des conditions qui garantissent la confidentialité et l'intégrité des données et la traçabilité des accès et des autres traitements (respect du référentiel de sécurité).

À l'exception des accès permanents octroyés à certains organismes dotés d'une mission de service public dans le domaine de la santé, chaque demande d'accès au SNDS doit suivre une procédure qui aboutit à la décision d'autorisation d'accès aux données rendue par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dans un délai relativement court (5 mois au plus). Durant la première année de fonctionnement, 560 dossiers ont été déposés à l'Institut national des données de santé (INDS)¹⁴ dont 130 concernaient des données du SNDS. 45 % de ces dossiers ont été déposés par des acteurs privés ; le délai médian de la procédure, depuis le dépôt du dossier à l'INDS jusqu'à l'obtention de l'autorisation est de 70 jours. Les jeux de données ne présentant aucun risque de réidentification (données anonymes) sont accessibles à tous en open data.

La procédure actuelle va évoluer dans les prochains mois avec la création, le 29 novembre 2019, du Health Data Hub (ou plateforme des données de santé). Cette structure a été créée pour faciliter et élargir la réutilisation des données de santé, tout en assurant une gouvernance unique sur l'ensemble de ces données et en mettant à disposition une plateforme technologique qui comporte un niveau de sécurité élevé pour le traitement et le stockage de ces données. La première version de cette plateforme technologique de mise à disposition des données de santé est en construction et sera

14. L'INDS est le guichet unique des demandes d'accès aux données du SNDS et plus largement de toutes les études, recherches ou évaluations nécessitant l'utilisation de données de santé n'impliquant pas la personne humaine. Ses missions ont été reprises par le Health Data Hub, créé le 29 novembre 2019.

opérationnelle à partir de 2020, au travers notamment des premiers projets accompagnés. Pour le suicide, comme pour d'autres domaines, ce dispositif ouvre des possibilités d'appariement de bases de données cliniques ciblées, notamment hospitalières, avec l'ensemble des bases de données médico-administratives disponibles.

5. Les données du SNDS concernant le suicide et les tentatives de suicide

Naïla Boussaid et Valérie Carrasco (DREES)

Le SNDS regroupe un vaste ensemble de données qui dépasse largement les thématiques du suicide et des tentatives de suicide. Deux bases les concernent plus spécifiquement : la base des causes de décès pour les suicides et le PMSI pour les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation. Dans les deux cas, le critère de repérage est la présence d'un code diagnostic de lésions auto-infligées (codes CIM 10 X60 à X84).

Les bases des causes de décès 2013 à 2015 sont disponibles dans le SNDS depuis juin 2018. Pour chaque année, on dispose de la table des circonstances et de la cause initiale de décès ainsi que de la table de l'ensemble des causes de décès. Le lien avec les autres tables du SNDS est effectué grâce à un appariement probabiliste sur l'année, le mois et le jour de décès, le sexe, l'année et le mois de naissance, le département et la commune de résidence et, le cas échéant, le département de l'hôpital du décès.

Au sein de la table des circonstances et de la cause initiale de décès figurent :

- l'identifiant de la personne décédée, ses caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le sexe, la date de décès, l'état matrimonial, la commune de décès et la catégorie socioprofessionnelle) ;
- des variables descriptives de la cause et des circonstances du décès (code CIM 10 de la cause initiale de décès, lieu du décès, recherche des causes de la mort, accident du travail, type et version du certificat) ;
- et, le cas échéant, les identifiants de la personne dans le SNDS et un indicateur d'appariement.

La table de l'ensemble des causes de décès contient les identifiants de la personne et fournit pour toutes les causes de décès (une ligne par cause) :

- le code CIM 10 ;
- le rang de la cause ;

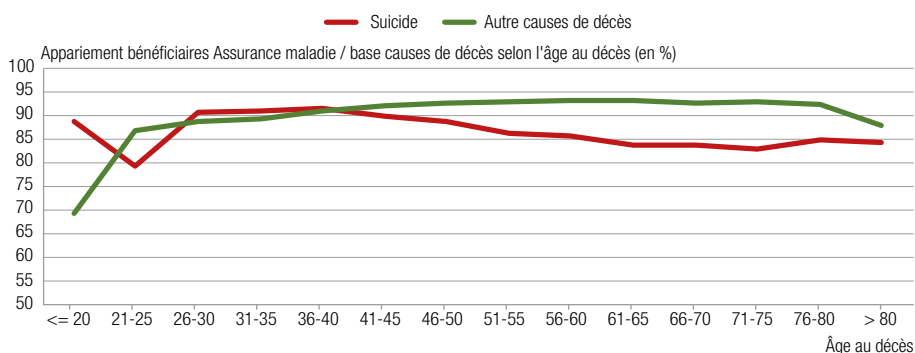
- le numéro de ligne du certificat de décès ;
- le libellé de la cause.

Globalement, 90 % des personnes décédées dans les données du CépiDC ont été appariées avec un bénéficiaire de l'Assurance maladie et 83 % avec un bénéficiaire repéré comme décédé la même année. En cas de décès par suicide, ces proportions sont d'environ 86 % et 83 %. Ces pourcentages varient selon l'âge et la cause de décès de la personne (**graphique 1a**). Parmi les variables sociodémographiques, seul l'état matrimonial est de très bonne qualité ; *a contrario*, la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) n'est que très rarement renseignée.

Le décès des individus est par ailleurs une information remontée dans les bases de l'Assurance maladie. 94 % des personnes connues comme décédées dans les bases de l'Assurance maladie de 2013 à 2015 peuvent être appariées avec la base des causes de décès. On constate peu de disparités d'appariement selon les grandes catégories de régimes d'Assurance maladie : cette part varie de 92 % pour le régime spécial des indépendants (RSI) à 94 % pour le régime général (RG) et 98 % pour le régime agricole (**graphique 1b**), mais la part des décès de chaque régime correctement repérée dans les bases de l'Assurance maladie n'est pas connue.

Pour l'année 2015, on comptabilise un peu plus de 9 100 suicides dans la base des causes médicales de décès figurant dans le SNDS, dont près de 8 000 (87 %) sont également présentes dans le référentiel des bénéficiaires et 7 900 ont une date de décès en 2015.

GRAPHIQUE 1A – Appariement entre la base des causes de décès 2013-2015 et les données de l'Assurance maladie



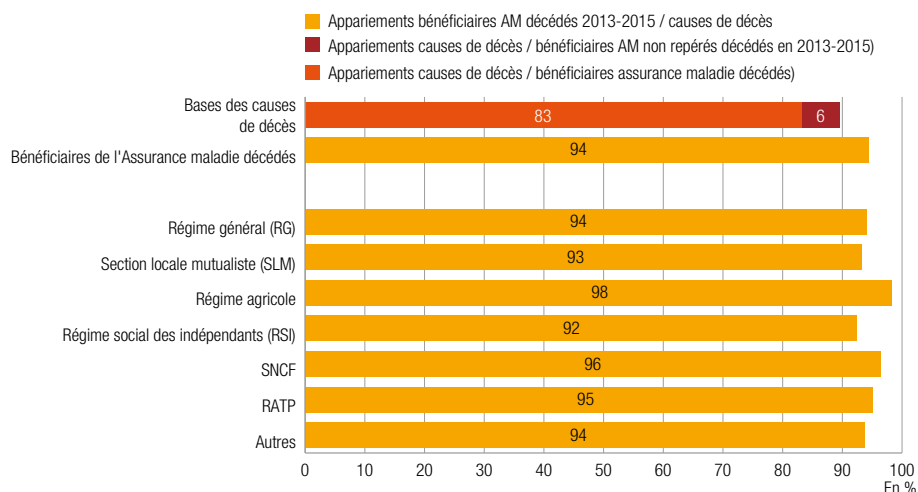
Lecture • Parmi les bénéficiaires de l'Assurance maladie étant décédés entre 2013 et 2015, entre 21 et 25 ans, le taux d'appariement avec la base des causes de décès est de 79 % quand la cause du décès est un suicide et de 87 % pour les autres causes de décès.

Champ • Bénéficiaires de l'Assurance maladie décédés entre 2013 et 2015.

Source • SNDS : DCIR et base des causes de décès.



GRAPHIQUE 1B – Taux d'appariement des bénéficiaires de l'Assurance maladie et de la base des causes de décès, selon le régime d'Assurance maladie du bénéficiaire



Lecture • Parmi les personnes décédées entre 2013 et 2015 dans les données du CépiDc, 83 % sont appariées avec des personnes repérées comme décédées entre 2013 et 2015 dans les bases de l'Assurance maladie et 6 % sont appariées avec des personnes non repérées comme décédées entre 2013 et 2015. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie (AM) décédés entre 2013 et 2015, 94 % ont été appariés avec la base des causes de décès du CépiDc. Ce taux s'élève à 94 % pour les seuls bénéficiaires du régime général.

Champ • Ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie et bénéficiaires de l'Assurance maladie repérés comme étant décédés entre 2013 et 2015.

Source • SNDS, DCIR et base des causes de décès.

Le SNDS permet également d'identifier les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation. Elles donnent théoriquement lieu à un codage de diagnostic associé de lésions auto-infligées (X60 à X84) et à un code de diagnostic principal de lésions traumatiques (S00 à T35) ou d'intoxications par des médicaments et substances biologiques (codes T36 à T50). Dans la pratique, ne sont codées comme telles que les tentatives de suicide hospitalisées en médecine ou chirurgie (au moins concernant le codage du diagnostic associé), celles ayant seulement donné lieu à un passage aux urgences sans hospitalisation ou à une hospitalisation en psychiatrie étant très mal repérées¹⁵.

Plusieurs explications peuvent être avancées notamment la complexité des modalités de codage préconisées, peu adaptées à la réalité du terrain, à commencer par

15. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour © 2007-2011. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 51 p.

l'utilisation du diagnostic associé. Pour beaucoup de psychiatres, le suicide est une conséquence de la maladie mentale et, à ce titre, cela n'aurait pas de sens, ni d'intérêt de le coder en diagnostic. Ce positionnement constitue un obstacle aux recherches actuelles sur l'identification des spécificités des patients suicidaires parmi ceux atteints d'une même pathologie mentale. À ceci s'ajoute la réticence à coder un événement sur lequel pèse souvent une grande incertitude. Par ailleurs, le repérage au niveau du passage aux urgences pose également problème : les seules recommandations de codage appliquées sont celles de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) qui n'utilisent pas la CIM 10 et ne prévoient pas le codage des tentatives de suicide. Enfin, les codes CIM 10 de lésions auto-infligées qui ne recouvrent pas que des suicides et ne sont pas complètement adaptés à leur repérage doivent être utilisés avec prudence. Les expérimentations consistant à simplifier les consignes et à essayer de recueillir les circonstances de la venue dans les logiciels d'accueil des urgences ne se sont pas non plus avérées satisfaisantes. Elles se sont heurtées au manque de temps dans ces services et à une incompréhension de l'intérêt de l'information à saisir. Même quand les psychiatres interviennent dans les services d'urgences, l'information sur le suicide peine à remonter. En effet, le codage des psychiatres ne s'appuie pas sur les mêmes critères que celui des urgentistes et n'est alors pas pris en compte.

Il est important de trouver une solution acceptable de codage des suicides aux urgences, plusieurs canaux de remontée de l'information étant utilisables, comme les résumés de passages aux urgences (RPU) *via* le PMSI ou le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des données (réseau OSCOUR) mis en place par Santé publique France. En effet, nombre d'utilisateurs des bases de données médico-administratives estiment qu'en l'état actuel, elles ne sont pas utilisables pour une veille épidémiologique efficace dans le cadre du déploiement de dispositifs de prévention du suicide, même si localement une expertise précise de la qualité des données peut permettre de trouver des solutions ponctuelles¹⁶. Il est également indispensable de sensibiliser et de former au codage les étudiants en médecine et en particulier les urgentistes.

6. Quelles études sur le suicide à partir du SNDS ?

Philippe Tuppin¹⁷

Comme la mise à disposition du SNDS est récente, elle ne permet pas d'analyser avec recul son exploitation concernant la thématique du suicide. L'ouverture plus ancienne des bases de données de l'Assurance maladie à des acteurs extérieurs

16. <https://www.f2rsmpsy.fr/090-lretude-tspsy-quel-codage-tentative-suicide-psychiatrie.html>

17. Épidémiologiste, Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM).

permet de rendre compte de la multiplicité des exploitations qui en sont faites, tant au niveau national que local. Une tentative de recensement de ces études permet de faire apparaître deux objectifs à atteindre :

- la construction d'une véritable expertise collective sur la façon d'exploiter ces données en partageant les nombreux écueils et limites auxquels se sont heurtés les premiers utilisateurs ;
- la nécessaire coordination à mettre en place pour éviter de répéter des travaux déjà réalisés à plusieurs reprises, alors que certaines problématiques restent inexploitées.

Deux d'études exploitant la récente intégration des bases de causes de décès dans le SNDS peuvent être citées en exemple.

La première étude¹⁸, réalisée par M. Coldefy et C. Gandré (Irdes), analyse la surmortalité des patients suivis pour des troubles psychiques sévères. Elle utilise conjointement la possibilité offerte par le SNDS de repérer les patients ayant certaines pathologies, grâce à des algorithmes construits sur la consommation de soins et la prise en charge des patients, et de disposer des indicateurs de mortalité issus des bases des causes de décès. Un focus spécifique a été réalisé sur la mortalité par suicide qui confirme le rôle limité de la surmortalité par suicide dans la surmortalité globale très marquée des patients suivis pour des troubles psychiques sévères.

La seconde étude en cours, réalisée par M. Laanani (Inserm), s'inscrit dans la continuité d'une étude précédente portant sur le recours aux soins durant l'année qui précède le décès avec, pour focale, les décès par suicide. Il s'agira, d'une part, de décrire les pathologies et le recours aux soins des personnes décédées par suicide en France ; d'autre part, d'identifier des facteurs associés au risque de décès par suicide.

7. Le projet EDP-santé

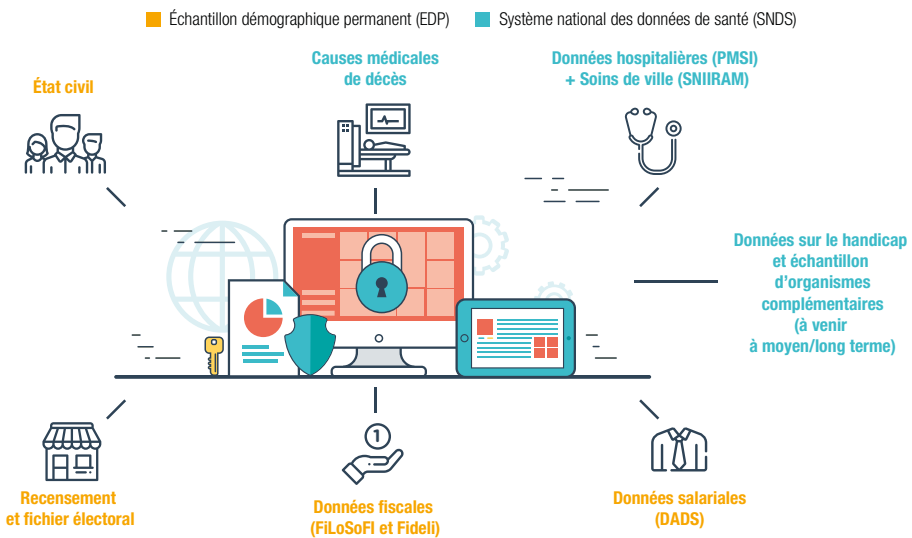
Claire-Lise Dubost (DREES)

L'exhaustivité de la source est une qualité déterminante dans l'analyse d'un phénomène comme le suicide, à la fois rare et très inégalement réparti. Il est cependant également primordial de disposer de déterminants socio-économiques permettant de mieux comprendre et donc de prévenir le phénomène. Le projet « EDP-santé » permet de pallier l'absence de ce type d'information au sein du SNDS. Il s'agit d'un rapprochement

18. Coldefy, M. et Gandré, C. (septembre 2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Irdes, *Questions d'économie de la Santé*, 237.

de deux sources administratives, l'échantillon démographique permanent (EDP) et le SNDS. L'EDP est une base longitudinale élaborée par l'Insee, à partir de l'appariement de sources administratives (état civil, fichiers électoraux, fichiers fiscaux et, le cas échéant, données salariales) et, d'une enquête, le recensement de la population, exhaustif jusqu'en 1999 puis réalisé sous forme d'enquêtes annuelles depuis 2004 (schéma 5). L'EDP constitue un échantillon qui représente 4 % de la population française actuelle, la profondeur historique variant selon le champ et les sources (de 1968 pour l'état civil et le recensement à 2011 pour les données fiscales). Le champ couvert est celui des personnes résidant, travaillant ou connaissant un événement d'état civil sur le territoire national. Les données collectées renseignent sur de très nombreuses problématiques : fécondité, mortalité, nuptialité, origines sociales, situation familiale, lieu de résidence, inscription sur les listes électoraux, logement, qualification et niveau de diplôme, profession, situation d'activité, niveau de vie et revenu salarial.

SCHÉMA 5 – L'EDP santé : 9 sources rapprochées pour 3,6 millions d'individus



Source • DREES.

L'appariement entre l'EDP et le SNDS sera réalisé à partir du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR). Il permettra de disposer d'un échantillon de 3,6 millions de personnes, dont on connaît l'historique des données de santé et de recours aux soins *via* le SNDS ainsi que les trajectoires sociales et économiques. Le volume de la source, bien supérieur à celui des enquêtes réalisées habituellement, rend *a priori* possible l'analyse d'événements rares comme le suicide.

Un projet pilote est en cours de mise en œuvre visant dans un premier temps, à la constitution d'un premier appariement destiné à la DREES afin d'évaluer la stratégie nationale de santé. L'ouverture de l'accès à l'EDP-santé hors DREES sera envisagée dans une deuxième étape de finalisation du projet.

8. Premier exemple d'enquête en population générale : les Baromètres santé

Christophe Léon¹⁹

Différentes éditions du Baromètre santé se sont succédé de 1992 à 2017, dernier exercice disponible. Ces enquêtes périodiques réalisées par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), puis l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) devenu Santé publique France (SPF) en 2016, ont pour objectif de mesurer et suivre les connaissances, opinions et comportements des Français en matière de santé, les déterminants de ces comportements, d'évaluer les inégalités sociales et territoriales de santé et de participer à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques. Certaines années, elles peuvent être centrées sur une thématique particulière, qui change régulièrement. Six éditions du Baromètre ont concerné plus spécifiquement la santé mentale ou les conduites suicidaires :

- 2000 : multithématique avec un module « conduites suicidaires » ;
- 2005 et 2010 : multithématique avec des modules « conduites suicidaires », « repérage des états dépressifs caractérisés » et des « recours aux soins » ;
- 2014 : thématique « addictions/jeux d'argent » avec un module « conduites suicidaires » ;
- 2017 : thématique « addictions/santé mentale » avec un module « conduites suicidaires ».

En 2017, 25 319 personnes de 18 à 75 ans ont été interrogées par téléphone en France métropolitaine. Le taux de réponse s'élevait à 49 % et les données ont été repondérées par calage sur l'enquête Emploi 2016 de l'Insee.

Un des principaux objectifs du Baromètre santé 2017 consistait à actualiser les indicateurs relatifs à la santé mentale en France et le recours aux soins pour raisons de santé mentale. Plusieurs dimensions liées à la santé mentale ont été retenues : santé mentale positive avec quatre questions portant sur la participation sociale, degré de bien-être (échelle de Cantril), détresse psychique (score MH5), présence

19. Épidémiologiste, Santé publique France.

de troubles psychiques, état dépressif caractérisé (questionnaire Cidi SF) et trouble anxieux généralisé (échelle HAD, Hospital, Anxiety and Depression Scale).

Les comportements suicidaires sont évalués au moyen des questions suivantes :

Pour les pensées suicidaires :

- Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?
- Était-ce plutôt en rapport avec des raisons professionnelles ? Liées à la scolarité (si étudiant) ? Des raisons sentimentales ? Des raisons familiales ? Des raisons de santé ? Des raisons financières ? D'autres raisons ?
- (Si a pensé à se suicider) Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ?
- (Si a pensé à se suicider) En avez-vous parlé à quelqu'un ?
- Si oui, à qui en avez-vous parlé ? (professionnels de santé, personne faisant partie d'un groupe d'aide, d'une association, membre de votre famille, un ami, autre)

Pour les tentatives de suicide :

- Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?
- Combien de fois cela vous est-il arrivé ?
- Cette (ou la dernière) tentative a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ?
- Quel âge aviez-vous lors de cette (ou la dernière) tentative ?
- Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir ?
- Êtes-vous allé à l'hôpital ?
- Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » ?
- Les raisons qui ont poussé à la tentative de suicide (TS) : professionnelles, liées à la scolarité, sentimentales, familiales, liées à la santé

De plus, outre les caractéristiques socio-économiques des personnes, des variables permettent d'évaluer l'état de santé global et les addictions et de repérer certains événements de vie survenus avant 18 ans, au cours de la vie ou les 12 derniers mois (climat parental / gros problèmes d'argent / séparation / perte d'un proche / violences subies / intimidations, menaces / événements professionnels, en particulier licenciement et chômage).

Des questions abordent les thématiques de la sexualité, du sommeil et des réseaux sociaux. Enfin, des facteurs personnels, culturels, sociaux, environnementaux étaient relevés afin d'analyser des sous-groupes spécifiques (migrants, minorités sexuelles, handicap).

5 % des Français âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois et 7 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (voir fiche 4). Parmi les différentes études réalisées à partir du Baromètre santé 2017, un numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* a été consacré au suicide²⁰. Dans ce numéro, les évolutions des pensées suicidaires et tentatives de suicide ont été calculées pour les hommes et les femmes par comparaison avec les résultats des Baromètres santé réalisés en 2000, 2005, 2010 et 2014. Parmi les facteurs les plus fortement associés aux pensées suicidaires, on retrouve la dépression, les graves problèmes d'argent, le fait d'avoir vécu une séparation et le fait d'avoir subi des humiliations ou des intimidations. Les facteurs les plus liés aux tentatives de suicide sont le divorce, les climats familiaux violents et les violences sexuelles.

Les deux autres exemples d'enquêtes concernent un champ populationnel complémentaire à celui couvert par le Baromètre santé, celui des adolescents scolarisés, de la sixième à la terminale.

9. Deuxième exemple d'enquête : le dispositif EnCLASS auprès des élèves de la sixième à la terminale

Stanislas Spilka²¹

Le nouveau dispositif d'enquêtes en population générale adolescente, l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS), remplace en les fusionnant les deux enquêtes internationales en milieu scolaire réalisées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et SPF, placées sous la coresponsabilité scientifique du Dr E. Godeau et de S. Spilka, à savoir les enquêtes Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans et European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) auprès des élèves de 16 ans. Cette évolution a été rendue possible grâce au rapprochement progressif sur le fond et la méthode des deux enquêtes initiales (schéma 6).

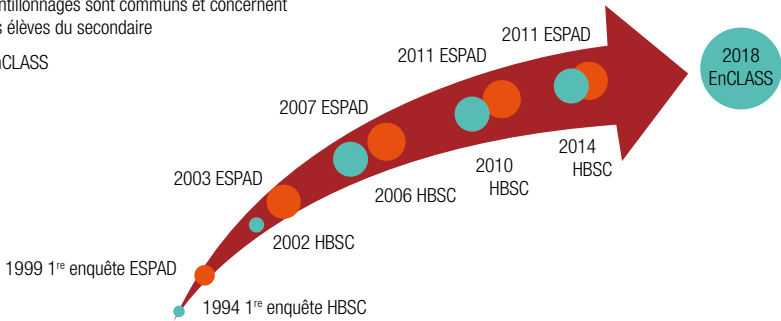
20. Chan-Chee C., du Roscoât E. Suicides et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. *BEH*, 3-4, février 2019.

21. Responsable du pôle Enquêtes et analyses statistiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).



SCHEMA 6 – Historique des enquêtes santé scolaire de l'OFDT

- 2006 l'OFDT contribue financièrement au dispositif HBSC et les questions sur les usages sont partagées
- 2008 première publication commune des résultats
- 2010 les échantillonnages sont communs et concernent l'ensemble des élèves du secondaire
- 2018 projet EnCLASS



Source • OFDT.

Il sera désormais possible de développer le suivi d'indicateurs de santé sur toute la période d'adolescence, de la sixième à la terminale. Le questionnaire anonyme est auto-administré en ligne dans les classes informatiques des établissements. Il aborde de nombreux thèmes tels que :

- la santé (symptomatologie psychosomatique, qualité de vie, régime, taille, poids, corpulence perçue...);
- les comportements de santé (habitudes alimentaires, activité physique, sédentarité...);
- le vécu scolaire (résultats, perception de l'institution et ses acteurs, brimades, violences...);
- la vie affective (famille, amis, sexualité);
- le contexte socio-économique;
- les usages de produits psychoactifs;
- la santé mentale (comportements suicidaires, dépression...);
- ou encore les activités sportives et loisirs.

Au total, 12 973 collégiens et 7 155 lycéens ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de respectivement 79 % et 67 %. Deux modules distincts sont passés au collège et au lycée. La santé mentale est évaluée par une échelle de repérage de la dépression chez les adolescents, l'échelle Adolescent Depression Rating Scale (ADRS), à partir de la quatrième ainsi qu'une mesure du bien-être/mal-être par l'échelle de Cantril de la satisfaction de vie. Les questions sur le suicide ne sont

posées qu'à partir de la seconde (module lycée). Trois questions concernent les tentatives de suicide :

- Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?
- Si oui, quel âge aviez-vous (la première fois) ?
- Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené à l'hôpital ?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

L'ensemble des résultats sera publié au cours de l'année 2020 par fiches thématiques par l'OFDT et Santé publique France (SPF). La fiche 17 du présent rapport présente les résultats disponibles concernant les pensées suicidaires et tentatives de suicide (élèves de lycée uniquement).

Le dispositif d'enquêtes EnCLASS a l'intérêt majeur de présenter des résultats homogènes et comparables de la sixième à la terminale, mais il ne permet guère d'approfondir spécifiquement les informations d'un niveau donné et repose uniquement sur la déclaration des jeunes. Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire de la DREES reposent sur un protocole différent et sont complémentaires sur ces deux aspects : chaque enquête ne concerne qu'un seul niveau scolaire (Grande section de maternelle, CM2 et troisième) et repose sur un questionnaire passé par les infirmières scolaires et des mesures objectives de certains indicateurs (poids, taille, examen de la vision, de l'audition et bucco-dentaire).

10. Troisième exemple d'enquête : l'Enquête nationale de santé scolaire en classe de troisième

Nathalie Guignon et Valérie Carrasco (DREES)

Depuis une vingtaine d'années, la DREES a mis en place le dispositif d'enquêtes de santé en milieu scolaire. Trois niveaux scolaires (Grande section de maternelle, CM2 et troisième) sont alternativement enquêtés, annuellement avant 2012 et tous les deux ans ensuite (soit un niveau tous les six ans). Le protocole d'enquête est identique pour les trois niveaux :

- réalisation d'un bilan de santé (poids, taille, examen bucco-dentaire, etc.) par une infirmière ou un médecin scolaire ;
- questionnaire passé en face à face par le professionnel de santé, avec l'élève pour les classes de CM2 et troisième, avec les parents pour la Grande section de maternelle ;

- collecte d'informations dans le carnet de santé.

L'échantillon cible est de 10 000 élèves en CM2 et troisième et 30 000 en Grande section de maternelle, en France métropolitaine et dans les départements ou régions françaises d'Outre-mer (DROM). Ces enquêtes ont pour objectifs :

- de mieux connaître la santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- de décrire l'évolution des indicateurs de santé, en particulier sous l'angle des inégalités sociales ;
- de fournir des indicateurs régionaux, notamment aux agences régionales de santé, pour mener des actions au niveau local (uniquement pour l'enquête en Grande section de maternelle).

Le questionnaire comporte des données sociales ainsi que sur les conditions de vie. Enfin, il aborde différentes thématiques de santé telles que le surpoids, l'hygiène de vie, la santé bucco-dentaire, les troubles sensoriels, l'asthme et les accidents de la vie courante.

En 2017, un auto-questionnaire sur la santé mentale des élèves de troisième a été ajouté au questionnaire principal. Plusieurs domaines sont explorés comme la détresse psychique, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, les problèmes de comportements alimentaires, les actes auto-agressifs, les atteintes subies, l'absentéisme ou encore la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. La confidentialité et l'anonymat des réponses des élèves leur sont garanties. Il leur est par ailleurs systématiquement proposé, par oral et par écrit, une aide ou une écoute si besoin. Environ 7 000 élèves ont répondu à l'auto-questionnaire.

Trois questions portent spécifiquement sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide :

- Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ?
- Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait une tentative de suicide ?
- Si oui, es-tu allé à l'hôpital suite à cette tentative de suicide ?

Outre les modalités de réponses « oui » et « non », il était proposé une troisième modalité « refus de répondre », alors même qu'existait de fait la possibilité de ne pas répondre. Cette troisième modalité a été aussi souvent choisie que la modalité « oui » en réponse à la question sur les pensées suicidaires (5 % chacune) et plus souvent en réponse à la question sur les tentatives de suicide (respectivement 2,6% et 1,3 %). Pour ces deux questions, une analyse statistique des 3 groupes de répondants (« oui », « non », « refus ») a permis d'assimiler le refus de répondre à un

« oui », la faiblesse des effectifs ne permettant pas de garder ce détail dans la suite de l'étude (voir fiche 16).

L'étude des déterminants du risque suicidaire à partir de l'exploitation de l'auto-questionnaire de l'enquête de santé scolaire en classe de troisième fait l'objet de la fiche 16 du présent rapport et une étude plus globale sur la santé mentale des élèves de troisième est en cours de réalisation.

Un consensus se dégage concernant l'intérêt des enquêtes en population générale permettant de mieux connaître les facteurs en lien avec le suicide et la santé mentale aux différents âges, en particulier à l'adolescence. Il est nécessaire d'approfondir certains résultats et de disposer d'informations supplémentaires sur des problématiques encore mal prises en compte, comme le harcèlement et l'échec scolaire. Les différentes sources ne pouvant toutes approfondir les différentes thématiques, au risque d'alourdir excessivement leur questionnement, il est essentiel que les différents services producteurs se rapprochent pour organiser la complémentarité des enquêtes sur les thématiques et les champs populationnels couverts et se répartir les différents domaines de spécialisation.

Il est également pertinent de disposer de questions sur le suicide dans des enquêtes hors du champ de la santé, comme c'est le cas dans l'enquête Virage, conduite par l'Institut national d'études démographiques (Ined), sur les violences et les rapports de genre mais aussi les enquêtes de la Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques (Dares) sur les conditions de travail et les risques psychosociaux.

Conclusion

Les travaux du groupe de travail « données statistiques » de l'ONS confirment la nécessité d'informer régulièrement les différents acteurs de la prévention du suicide de l'évolution des systèmes d'information et des sources mobilisables, afin qu'ils s'en saisissent plus largement. Le potentiel des bases de données médico-administratives ne cesse de s'accroître. Le recours aux nouvelles technologies numériques ouvre des voies prometteuses d'amélioration de la qualité du repérage des suicides.

Cependant, parallèlement à ces progrès réels, les informations issues des enquêtes médico-légales ne sont pas systématiquement remontées à l'heure actuelle. Comme le premier rapport de l'Observatoire paru en 2014 l'avait préconisé, il importe de renforcer la participation des services de médecine légale en tant qu'acteurs de la surveillance des suicides. De même, il reste des lacunes importantes dans les données issues des bases d'information hospitalières concernant le codage

des tentatives de suicide. La poursuite des travaux de l'Observatoire devra donc en priorité ouvrir la réflexion sur les possibilités d'améliorer la qualité de ce recueil.

Une autre voie encore trop peu avancée est celle de la production de données sur le suicide en fonction de la situation par rapport au travail et par profession. Là encore, le suivi des expérimentations de systèmes permettant de progresser dans ce domaine, globalement ou ponctuellement, fera nécessairement partie des préoccupations de premier ordre de l'Observatoire.

Enfin, une information régulière sur les principales études et recherches réalisées ou en cours sur la thématique du suicide apparaît nécessaire pour identifier les besoins non couverts et inciter les différents acteurs à se coordonner pour éviter la redondance des travaux sur les mêmes problématiques.

SYNTHÈSE P.09

DOSSIERS P.25

FICHES

ANNEXES P.255

SOMMAIRE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| Évolution générale du suicide et des tentatives de suicide..... | 109 |
| Fiches 1 à 4..... | 111 |
| Santé mentale, suicide et travail..... | 135 |
| Fiches 5 à 14..... | 137 |
| Suicide chez les personnes âgées, les jeunes et les détenus..... | 213 |
| Fiches 15 à 18..... | 215 |

ÉVOLUTION GÉNÉRALE

DU SUICIDE

ET DES TENTATIVES

DE SUICIDE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fiche 1 • La stratégie multimodale de prévention du suicide | 119 |
| Fiche 2 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine | 122 |
| Fiche 3 • Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017 | 129 |
| Fiche 4 • Prévalences et évolutions des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2017 | 137 |

FICHE 1

La stratégie multimodale de prévention du suicide

Dr Pascale Fritsch (Direction générale de la santé)

Enjeu de santé publique, la prévention du suicide est au cœur des priorités de la feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie » présentée en 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé, et du plan national de santé publique Priorité prévention. Elle s'appuie sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) qui préconise d'intervenir par des actions réputées efficaces (HCSP, 2016).

Depuis les années 1980, on observe une baisse progressive de la mortalité par suicide, mais cette baisse est faible et très lente. Les conséquences psychologiques mais aussi économiques sont considérables : le coût sociétal d'un suicide est évalué à 350 000 euros (impact sur l'environnement familial, sur l'emploi, sur la santé des personnes) et le coût d'une prise en charge sanitaire d'une tentative de suicide s'élève à près de 15 000 euros (Vinet *et al.*, 2014).

Pourtant des actions, repérées dans la littérature internationale, ont fait leurs preuves. Promues par l'Organisation mondiale de la santé, elles se déclinent à différents niveaux, allant des populations les plus à risque à la population générale, conformément aux recommandations du HCSP.

Les études sur les facteurs de risque du suicide confirment qu'un antécédent de tentative de suicide est le facteur de risque le plus important : il multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur, par 20 dans l'année suivant la tentative. Les travaux expérimentaux démontrent que le cœur d'une stratégie nationale de prévention du suicide doit être basé sur l'organisation du suivi et du maintien d'un contact avec les suicidants après leur hospitalisation ou leur passage aux urgences, au plus près de leur lieu de vie. En effet, selon la littérature scientifique, cette action a un impact avéré sur la diminution du suicide, et ce d'autant plus qu'elle est combinée avec d'autres actions (du Roscoät et Beck, 2013).

La stratégie nationale de prévention du suicide prend donc en compte ces différents constats et repose sur les principes suivants :

- inscrire la prévention du suicide dans la stratégie globale de la santé mentale ;
- promouvoir la prévention visant une réduction *effective* du nombre de suicides ;
- cibler les personnes les plus à risque : les personnes qui ont fait une tentative de suicide et celles souffrant de troubles mentaux à forte suicidabilité (dépression, schizophrénie, toxicomanie) ;
- fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide.

Cinq actions innovantes complémentaires¹, associant largement associations, experts, chercheurs, usagers et professionnels de première ligne, ont été définies :

- généraliser à l'ensemble du territoire français le dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, dans les suites de leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation ;
- actualiser la formation à l'intervention sur la crise suicidaire et former les médecins généralistes à la prise en charge de la dépression ; trois rôles différents ont ainsi été identifiés : le rôle de sentinelle (qui a une fonction de repérage et d'orientation), celui d'évaluateur (qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'orientation) et celui d'intervenant de crise (qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'intervention pour désamorcer une crise en urgence) ;
- prévenir la contagion suicidaire en formant les médias, en intervenant dans les réseaux sociaux et en réduisant l'accès aux moyens létaux, notamment l'accès aux *hot spots*² ;
- mettre en place un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême ;
- informer le public sur ces ressources.

Une évaluation de l'impact de Vigilans est en cours de réalisation par Santé publique France.

Références bibliographiques

- **Haut Conseil en santé publique.** (2016, mars). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-20114. Rapport.
- **du Roscoät, E., Beck, F.** (2013). Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Vol 61, Issue 4, p. 363-374.

1. Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide.

2. Un *hot spot* suicidaire ou « site emblématique » est un site spécifique, généralement public, fréquemment utilisé comme lieu de suicide compte tenu de sa facilité d'accès et de sa létalité perçue.

- **Vinet, M.-A., Le Jeanic, A., Lefèvre, T., Quelen, C., Chevreul, K.** (2014, janvier). Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Vol. 62.

FICHE 2

Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine

Grégoire Rey (CépiDc-Inserm)

L'indicateur du nombre de décès par suicide est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès 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 ne sont toutefois pas identifiés dans cette statistique nationale des décès. Les personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou celles pour qui l'origine de la mort violente est restée indéterminée n'y sont pas comptabilisées.

Il est ainsi possible que le nombre de suicides soit sous-évalué. Cette sous-évaluation a été estimée à 10 % des données nationales en 2006 (Aouba *et al.*, 2011). Les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent néanmoins proches avant et après correction. La hausse du nombre de certificats pour décès de cause inconnue, notamment à partir de 2011, suggère une sous-estimation plus marquée du nombre réel de décès par suicide en France à partir de cette date.

Les causes de ce biais ne sont toutefois pas strictement constantes dans le temps. Aux cas de morts violentes sans précision de l'intentionnalité de l'acte et à l'absence de retour de certains instituts médico-légaux se sont ajoutés deux autres facteurs à partir de 2011 : la moindre remontée des données de la partie confidentielle des certificats de décès, contenant les causes médicales¹, par les agences régionales de santé au CépiDc-Inserm, d'une part, et une refonte du système de synchronisation des données avec l'Insee, d'autre part. Ces deux facteurs sont à l'origine d'une hausse du nombre de décès de cause inconnue, susceptible de masquer un suicide.

1. Le circuit de remontée des certificats de décès a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès. Ainsi, l'Insee reçoit les informations civiles de la personne décédée mais ne connaît pas les causes médicales du décès, alors que le CépiDc-Inserm reçoit les causes du décès mais pas le nom de la personne décédée.

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2016², 8 435 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (tableau 1), soit un taux global de suicide de 14 pour 100 000 habitants. En faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction près de 9 279 décès.

TABLEAU 1 • Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2016

| | Hommes | | | Femmes | | | Ensemble | | |
|-----------------------|--------------|-------------|----------------------|--------------|-------------|----------------------|--------------|-------------|----------------------|
| | Nombre décès | Taux | Mortalité totale (%) | Nombre décès | Taux | Mortalité totale (%) | Nombre décès | Taux | Mortalité totale (%) |
| 1-14 ans | 13 | 0,3 | 2,1 | 13 | 0,2 | 2,8 | 26 | 0,3 | 2,4 |
| 15-24 ans | 258 | 6,5 | 15,6 | 94 | 2,6 | 14,4 | 352 | 4,5 | 15,2 |
| 25-54 ans | 2 991 | 24,4 | 10,4 | 805 | 6,4 | 5,7 | 3 796 | 15,4 | 8,9 |
| 25-34 ans | 623 | 16,3 | 21,5 | 150 | 3,8 | 12,2 | 773 | 10,0 | 18,8 |
| 35-44 ans | 957 | 23,3 | 16,0 | 231 | 5,5 | 7,9 | 1 188 | 14,4 | 13,4 |
| 45-54 ans | 1 411 | 32,8 | 8,9 | 424 | 9,6 | 5,0 | 1 835 | 21,2 | 7,5 |
| 55-74 ans | 1 913 | 27,5 | 2,2 | 675 | 8,8 | 1,5 | 2 588 | 18,1 | 2,0 |
| 55-64 ans | 1 167 | 30,0 | 3,2 | 396 | 9,4 | 2,2 | 1 563 | 19,7 | 2,8 |
| 65-74 ans | 746 | 24,5 | 1,4 | 279 | 8,0 | 1,0 | 1 025 | 16,3 | 1,2 |
| 75 ans ou plus | 1 275 | 55,7 | 0,8 | 398 | 10,9 | 0,2 | 1 673 | 33,3 | 0,4 |
| 75-84 ans | 750 | 44,4 | 1,0 | 240 | 10,7 | 0,4 | 990 | 27,5 | 0,7 |
| 85-94 ans | 486 | 82,2 | 0,6 | 146 | 11,5 | 0,1 | 632 | 46,9 | 0,3 |
| 95 ou plus | 39 | 120,1 | 0,4 | 12 | 9,9 | 0,0 | 51 | 65,0 | 0,1 |
| Tous âges | 6 450 | 22,0 | 2,2 | 1 985 | 5,9 | 0,7 | 8 435 | 14,0 | 1,5 |

Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA (année de référence : 2013).

Lecture • En 2016, 8 435 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Le taux standardisé de décès par suicide est de 14,0 pour 100 000 habitants. La part du suicide dans le total des décès est de 1,5 %.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, respectivement 6 450 et 1 985. Le taux de décès standardisé par âge³

2. L'année 2016 est l'année la plus récente disponible.

3. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat EU & EFTA), c'est-à-dire taux de suicide obtenus en appliquant les taux de suicide par âge à une population qui aurait la même structure par âge que la population de référence.

révèle la même différence : respectivement 22,0 et 5,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux de suicide 3,7 fois supérieur chez les hommes.

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. En 2016, il s'élève à 6,5 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 55,7 après 74 ans, toujours chez les hommes. Cependant, la part du suicide dans la mortalité globale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées : entre 15 et 24 ans, le suicide s'élève à 15,2 % du total des décès ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 0,5 % du total des décès.

Variation du taux de décès par suicide entre 2000 et 2016

Globalement, le taux de décès par suicide a tendance à diminuer : -33,5 % entre 2000 et 2016 (**tableau 2**). Cette baisse est plus importante au cours de la période 2008-2016 (-23,5 %) qu'entre 2000 et 2008 (-13,0 %). Les taux diminuent pour toutes les classes d'âge à l'exception des 45-54 ans entre 2000 et 2008 et des 95 ans ou plus au cours de la période 2008-2016.

Taux de décès par suicide selon les régions

Les taux de décès par suicide par région doivent être comparés avec prudence. En effet, les données relatives au nombre de décès par suicide présentent un défaut d'exhaustivité global estimé à 10 % en France métropolitaine par le CépiDc-Inserm. Cette sous-estimation varie selon les régions et atteint 46 % en Île-de-France. Ainsi les différences de taux de suicide sont vraisemblablement en partie imputables à la qualité de la remontée de l'information et ne reflètent pas la situation épidémiologique réelle (voir le 2^e rapport de l'ONS, p. 185).

Les taux standardisés moyens de décès par suicide entre 2014 et 2016 varient fortement selon les régions (**tableau 3**). Le taux de la Bretagne dépasse de 52,0 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Pays de la Loire, Normandie et Hauts-de-France, avec des taux supérieurs de plus de 30 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, et Île-de-France enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 14 % au taux moyen de France métropolitaine).

Entre 2000-2002 (période de référence) et 2014-2016, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer de façon significative quelle que soit la région considérée.

TABEAU 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2000, 2008 et 2016

| | Taux standardisés ¹ | | | Variation du taux (en %) | | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------|-------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-------|--------------|
| | 2000 | 2008 | 2016 | 2000-2008 ² | 2008-2016 ³ | 2000-2016 ⁴ | | |
| 1-14 ans | 0,4 | 0,3 | 0,3 | -37,5 | | 6,7 | -33,3 | |
| 15-24 ans | 8,1 | 6,8 | 4,5 | -15,4 | * | -33,4 | * | -43,7 |
| 25-54 ans | 22,9 | 20,8 | 15,4 | -9,1 | * | -26,0 | * | -32,8 |
| 25-34 ans | 16,4 | 13,5 | 10,0 | -18,0 | * | -25,5 | * | -38,9 |
| 35-44 ans | 25,9 | 21,5 | 14,4 | -17,0 | * | -33,0 | * | -44,4 |
| 45-54 ans | 25,8 | 26,7 | 21,2 | 3,8 | | -20,6 | * | -17,6 |
| 55-74 ans | 25,4 | 22,8 | 18,1 | -10,2 | | -20,3 | * | -28,4 |
| 55-64 ans | 22,4 | 22,1 | 19,7 | -1,3 | | -11,0 | * | -12,1 |
| 65-74 ans | 28,9 | 23,5 | 16,3 | -18,5 | * | -30,7 | * | -43,6 |
| 75 ans ou plus | 54,6 | 42,0 | 33,3 | -23,0 | * | -20,7 | * | -39,0 |
| 75-84 ans | 45,0 | 35,7 | 27,5 | -20,7 | * | -22,8 | * | -38,8 |
| 85-94 ans | 81,3 | 58,9 | 46,9 | -27,5 | * | -20,5 | * | -42,4 |
| 95 ans ou plus | 59,5 | 53,9 | 65,0 | -9,4 | | 20,5 | | 9,2 |
| Total tous âges | 21,0 | 18,3 | 14,0 | -13,0 | * | -23,5 | * | -33,5 |

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA (année de référence : 2013).

2. $(\text{Taux } 2008 - \text{Taux } 2000) \times 100 / \text{Taux } 2000$.

3. $(\text{Taux } 2016 - \text{Taux } 2008) \times 100 / \text{Taux } 2008$.

4. $(\text{Taux } 2016 - \text{Taux } 2000) \times 100 / \text{Taux } 2000$.

Lecture • En 2016, en France métropolitaine, le taux standardisé de décès par suicide est de 14,0 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 33,5 % entre 2000 et 2016.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

Modes de suicide

En 2016, comme les années précédentes, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (58 % des suicides), loin devant les armes à feu (13 %), les prises de médicaments et autres substances (10 %) et les sauts d'un lieu élevé (8 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 62 % des suicides et les armes de 16 %. Pour les femmes, la pendaison (44 %) et la prise de médicaments et autres substances (21 %) sont les modes les plus utilisés.

Taux de décès par suicide par pays de l'Union européenne

Les données internationales doivent être comparées avec prudence, en raison d'éventuelles différences en matière de définition du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations. Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 10,3 pour 100 000 habitants en 2016. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide (13,2 pour 100 000 habitants), après la Belgique, la Finlande, l'Autriche et la plupart des pays de l'Est (graphique 1).

TABLEAU 3 • Taux standardisés de décès par suicide selon les régions en 2014-2016, variations par rapport à la moyenne métropolitaine et par rapport aux taux de 2000-2002

| Région du domicile | Taux standardisés ¹ 2000-2002 | Taux standardisés ¹ 2014-2016 | Variations régionales ² 2014-2016 (en %) | Évolutions 2000-2002 / 2014-2016 ³ (en %) | |
|----------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 19,1 | 12,6 | -14,0 | -34,1 | * |
| Bourgogne-Franche-Comté | 24,4 | 16,9 | 15,6 | -30,7 | * |
| Bretagne | 31,7 | 22,2 | 52,0 | -29,9 | * |
| Centre-Val de Loire | 25,1 | 16,7 | 14,4 | -33,4 | * |
| Corse | 15,3 | 9,4 | -35,8 | -38,7 | * |
| Grand-Est | 18,1 | 15,1 | 3,5 | -16,4 | * |
| Hauts-de-France | 26,8 | 19,0 | 30,2 | -28,9 | * |
| Île-de-France ⁴ | 10,9 | 7,4 | -49,2 | -31,7 | * |
| Normandie | 26,3 | 19,0 | 30,2 | -27,6 | * |
| Nouvelle-Aquitaine | 22,8 | 17,0 | 16,3 | -25,6 | * |
| Occitanie | 17,5 | 13,6 | -7,2 | -22,7 | * |
| Pays de la Loire | 25,9 | 19,1 | 30,5 | -26,4 | * |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 18,4 | 13,1 | -10,3 | -28,8 | * |
| France métropolitaine | 20,3 | 14,6 | 0,0 | -28,0 | * |

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU & EFTA (année de référence : 2013).

2. Variation régionale = (taux régional – taux France métropolitaine) * 100 / taux France métropolitaine (à partir des taux standardisés). Les variations régionales sont à interpréter avec prudence, en raison de différences de remontées d'information selon les régions.

3. Variation temporelle = (taux standardisé 2014-2016 – taux standardisé 2000-2002) * 100 / (taux standardisé 2000-2002).

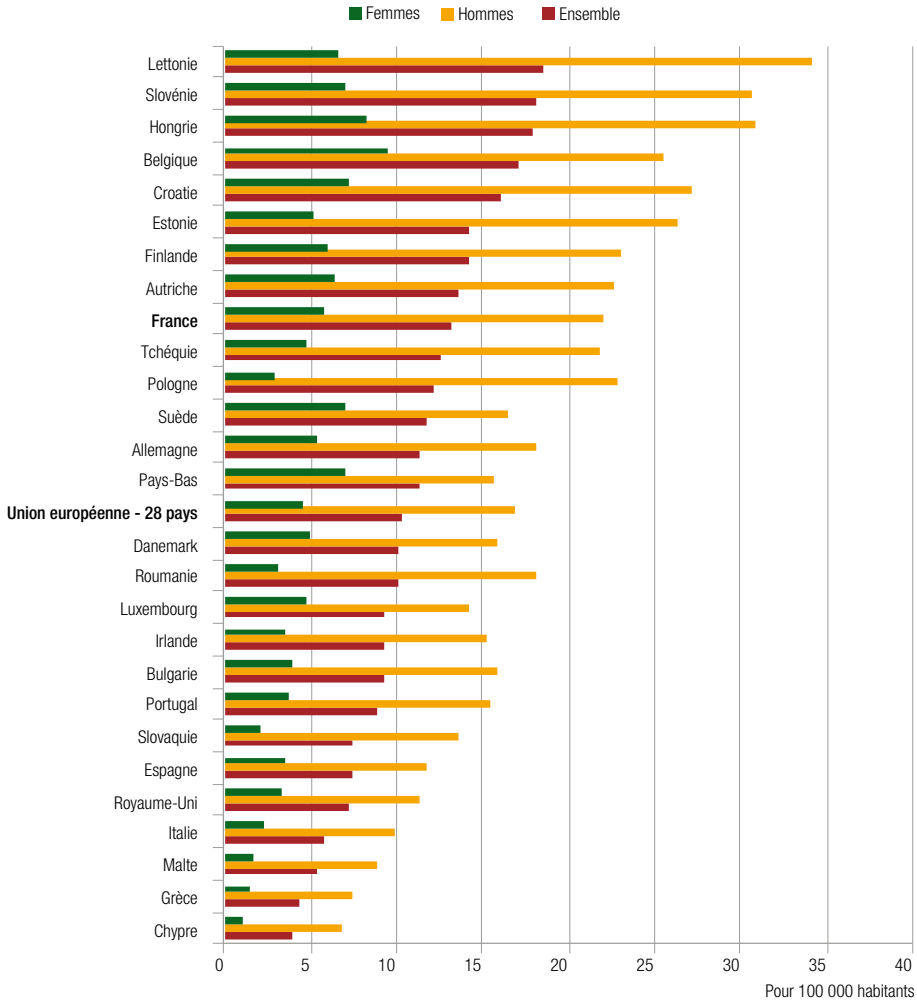
4. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris.

Lecture • En 2014-2016, en France métropolitaine, le taux standardisé de décès par suicide est de 14,6 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 28,0 % entre 2000-2002 et 2014-2016. En Bretagne, le taux est supérieur de 52,0 % au taux moyen en France.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

GRAPHIQUE 1 • Taux de décès par suicide en 2016 dans l'Union européenne



Note • Les taux de décès correspondent au taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par âge de la population Eurostat EU & EFTA (année de référence : 2013). Pour la France, l'estimation d'Eurostat inclut les départements et régions d'outre-mer. Par ailleurs, la base des causes de décès envoyée à Eurostat diffère légèrement de celle exploitée par le CépiDc dans cette fiche. Enfin, le CépiDc calcule un taux standardisé par sexe et âge, ce qui explique un léger écart entre le taux standardisé global du CépiDc (14,0 pour 100 000 habitants) et celui calculé dans ce graphique par Eurostat (13,2 pour 100 000 habitants).

Source • Eurostat.

Synthèse

La France se situe en Europe parmi les pays dont la fréquence de suicides est élevée, malgré une baisse du taux de suicide observée entre 2000 et 2016. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, et en particulier chez les hommes âgés. Les comparaisons régionales et internationales, ainsi que les variations récentes, doivent être interprétées avec prudence, en raison de la disparité des modalités de déclaration du suicide et de transmission de l'information auprès des organismes responsables de l'enregistrement des causes de mortalité et de leurs statistiques.

Références bibliographiques

- **Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Jouglu, E.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 497-500.
- **Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Laurent, F., Jouglu, E.** (2009, septembre). La mortalité par suicide en France en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 702.
- **Laanani, M., Ghosn, W., Jouglu, E., Rey, G.** (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- **Richaud-Eyraud, E., Rondet, C., Rey, G.** (2018). Transmission des certificats de décès au CépiDc-Inserm en cas de mort suspecte en France, depuis 2000. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 66(2), 125-33.
- **Richaud-Eyraud, E., Gigonzac, V., Rondet, C., Khireddine-Medouni, I., Chan-Chee, C., Chérié-Challine, L., Ludes, B., Rey, G.** (2018). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La Revue de médecine légale*, (1), 1-9.

FICHE 3

Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017

Christine Chan-Chee (Santé publique France)

En France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) a comptabilisé 88 762 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans les services de médecine et de chirurgie en 2017¹. Ces hospitalisations ont concerné 77 066 patients âgés de 10 ans ou plus, dont 29 956 hommes et 47 110 femmes.

L'analyse des données du PMSI-MCO est circonscrite aux tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. En effet, les hospitalisations en établissement psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide sont très mal renseignées dans le système d'informations hospitalier (Chan-Chee et Paget, 2017).

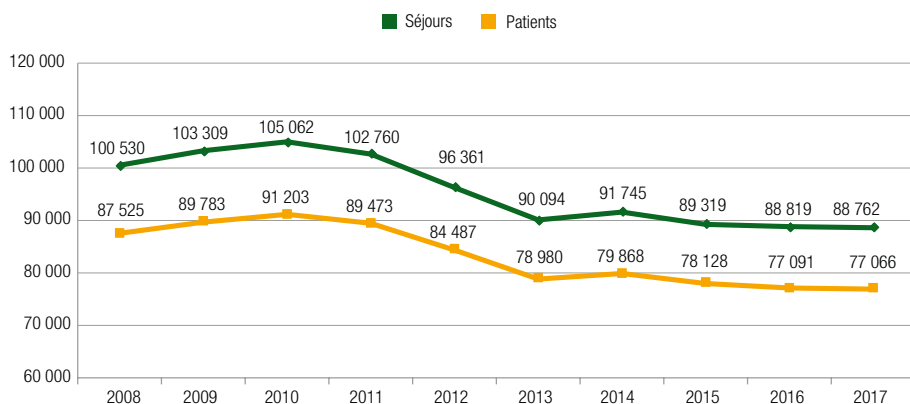
Évolution du nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide et de patients en France entre 2008 et 2017

Les évolutions annuelles du nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide et du nombre de patients entre 2008 et 2017 sont parallèles (**graphique 1**). Le nombre d'hospitalisations augmente entre 2008 et 2010 puis baisse jusqu'en 2013 pour se stabiliser ensuite. Dans les années 2008-2011, le nombre annuel de séjours pour tentative de suicide est supérieur à 100 000 et le nombre de patients hospitalisés se situe autour de 89 000. En 2017, on compte moins de 90 000 séjours effectués par un peu plus de 77 000 personnes.

1. Séjours comportant un diagnostic associé de lésion auto-infligée, code CIM-10 compris entre X60 et X84.



GRAPHIQUE 1 • Nombre de séjours et de patients, âgés de 10 ans ou plus, hospitalisés pour tentative de suicide en MCO par année, entre 2008 et 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2017, 77 066 personnes ont été hospitalisées pour tentative de suicide au cours de 88 762 séjours hospitaliers.

Champ • France entière.

Source • ATIH, PMSI-MCO, traitements Santé publique France.

Évolution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2017

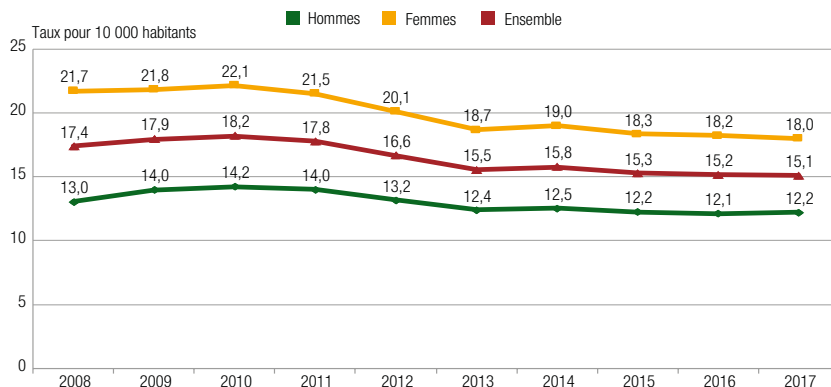
Entre 2008 et 2017, la part relative des séjours masculins pour tentative de suicide a augmenté passant de 36,4 % à 38,7 % de l'ensemble des séjours, réduisant légèrement l'écart entre les taux d'hospitalisation féminin et masculin.

Globalement, le taux d'hospitalisation² en France pour tentative de suicide en médecine et chirurgie est passé de 17,4 séjours pour 10 000 habitants en 2008 à 15,1 pour 10 000 en 2017 (graphique 2). La diminution est plus marquée chez les femmes que chez les hommes, passant respectivement de 21,7 pour 10 000 en 2008 à 18,0 pour 10 000 en 2017 et de 13,0 pour 10 000 en 2008 à 12,2 pour 10 000 en 2017. L'évolution annuelle des taux standardisés³ n'est pas significative chez les hommes entre 2008 et 2017. Chez les femmes, la diminution des taux au cours de la période est estimée à 1,6 % par an, cette évolution étant surtout marquée entre 2010 et 2013. Entre 2013 et 2017, aucune différence significative n'est observée dans l'évolution des taux standardisés féminins.

2. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 10 000 habitants a été calculé en rapportant le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide à la population une année donnée.

3. Les taux standardisés correspondent à une standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

GRAPHIQUE 2 • Taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par année, entre 2008 et 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note • Les taux standardisés correspondent à une standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux standardisé d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes était de 13,0 pour 10 000.

Champ • France entière.

Source • ATIH, PMSI-MCO, traitements Santé publique France.

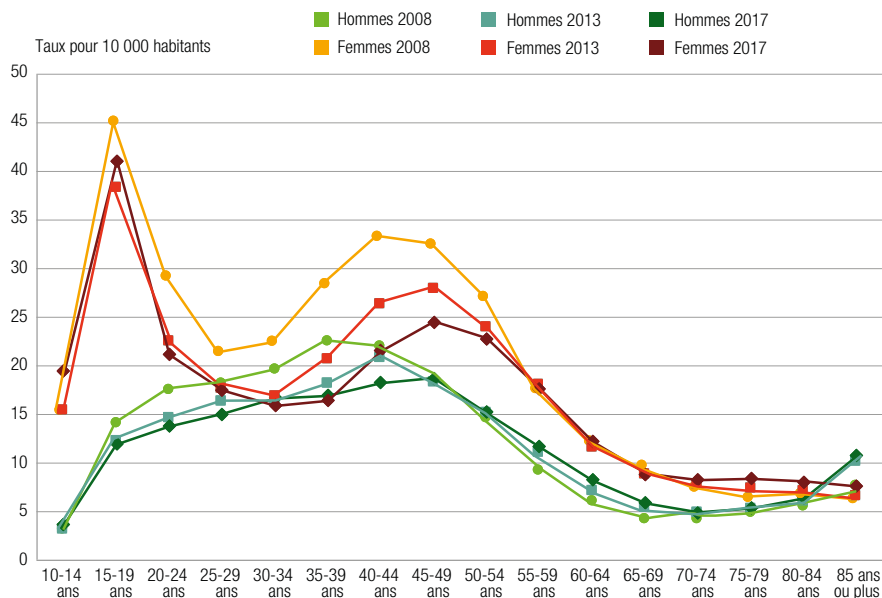
Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon l'âge et le sexe

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe et âge montrent que les taux féminins sont plus élevés que les taux masculins, sauf au-delà de 85 ans, quelle que soit l'année (**graphique 3**). Les jeunes filles de 15-19 ans présentent systématiquement le taux le plus élevé de séjours hospitaliers pour tentative de suicide (en moyenne 41 pour 10 000). Un deuxième pic est retrouvé chez les femmes entre 45 et 49 ans (en moyenne 29 pour 10 000). Entre 2008 et 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide a baissé pour les femmes âgées de 20 à 49 ans.

Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmente avec l'âge atteignant son maximum chez les 40-44 ans (en moyenne 20 pour 10 000). À partir de 2012, le taux d'hospitalisation des hommes de 30-34 ans s'est rapproché de celui des femmes de la même classe d'âge et le dépasse depuis 2015. En 2017, ces taux étaient respectivement de 16,6 pour 10 000 chez les hommes contre 15,9 pour 10 000 chez les femmes. Chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux en 2017 sont plus élevés qu'en 2008.



GRAPHIQUE 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par sexe et classe d'âge, en 2008, 2013 et 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes était de 19,4 pour 10 000, entre 10 et 14 ans.

Champ • France entière.

Source • ATIH, PMSI-MCO, analyses Santé publique France.

Évolution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2017 selon le département de résidence

En 2008 et 2017, le taux standardisé national d'hospitalisation pour tentative de suicide est respectivement de 21,7 et 18,0 pour 10 000 habitants chez les femmes, et de 13,0 et 12,2 pour 10 000 habitants chez les hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, en 2008, c'est en Guyane que les taux sont les plus bas et en 2017, c'est en Guadeloupe. En revanche, ils sont les plus élevés, pour les femmes et les hommes, dans la Somme en 2008 et 2017 (**cartes 1 à 4**). Certains départements tels que le Puy-de-Dôme, le Tarn-et-Garonne, le Doubs, la Charente-Maritime présentent des hausses de taux d'hospitalisation pour tentative de suicide supérieures à 20 %, entre 2008 et 2017, chez les hommes et chez les femmes, et sont passés de taux inférieurs au taux national en 2008 à des taux proches, voire supérieurs au taux

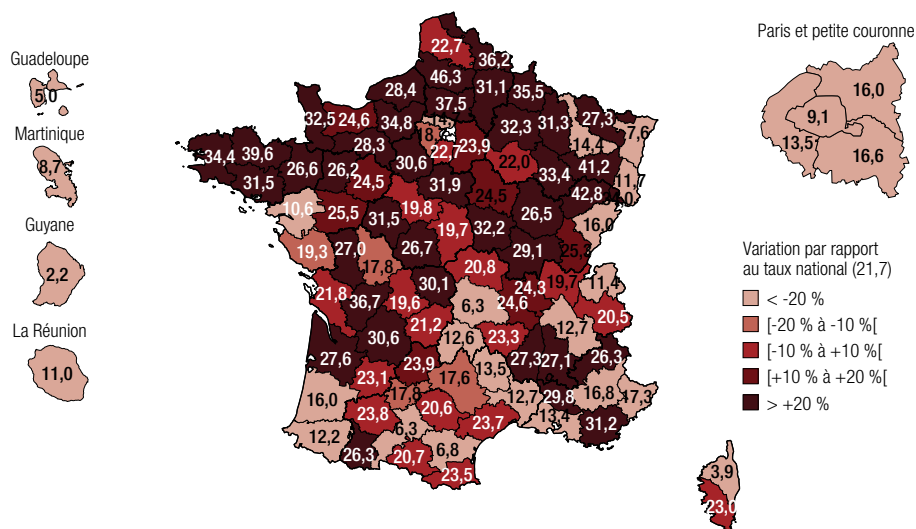
national en 2017. *A contrario*, d'autres départements tels que la Moselle, le Vaucluse, la Sarthe et la Creuse sont passés de taux supérieurs au taux national en 2008 à des taux proches voire inférieurs au taux national en 2017 chez les hommes et les femmes. Enfin, en Lozère et dans l'Allier, les taux ont diminué chez les femmes, tandis que dans le même temps ils augmentaient chez les hommes. Dans certains départements, l'évolution entre 2008 et 2017 montre des fluctuations importantes qui peuvent refléter une réelle augmentation ou diminution des hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide. Toutefois, les résultats présentés dépendent de la qualité des données transmises et ces fluctuations peuvent aussi être dues à un changement dans les habitudes de codage du PMSI.

Synthèse

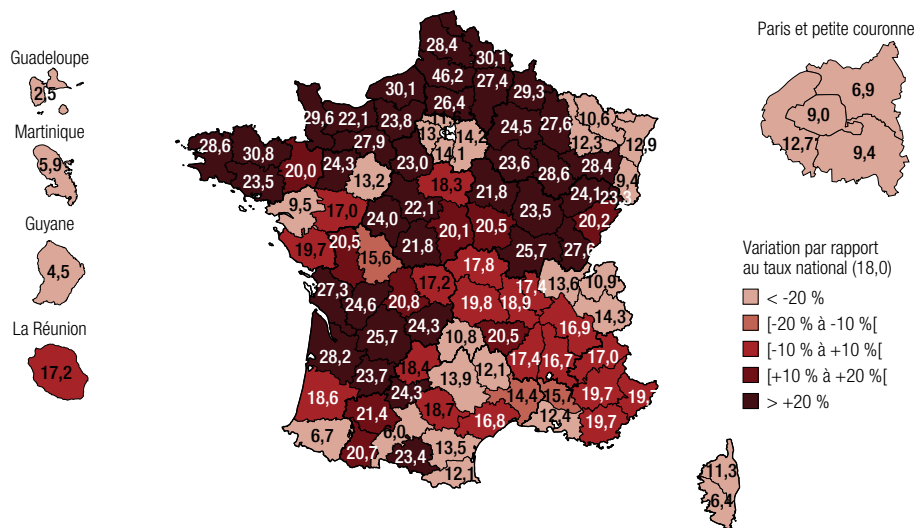
Entre 2008 et 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les services de médecine et chirurgie en France métropolitaine et départements d'outre-mer est passé de 17,4 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,1 pour 10 000 en 2017. Cette diminution est particulièrement nette entre 2010 et 2013 et pour les femmes de 20 à 49 ans. En revanche, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide reste particulièrement élevé pour les jeunes filles. Pour les hommes, la diminution a été moindre et moins marquée ces dernières années.

CARTES 1 À 4 • Taux standardisé d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus, selon le département, en 2008 et en 2017

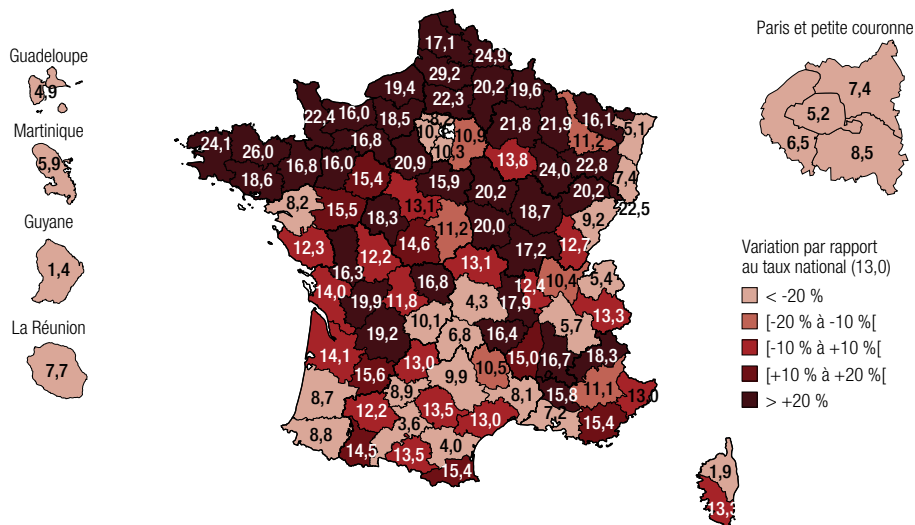
1. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 femmes, en 2008



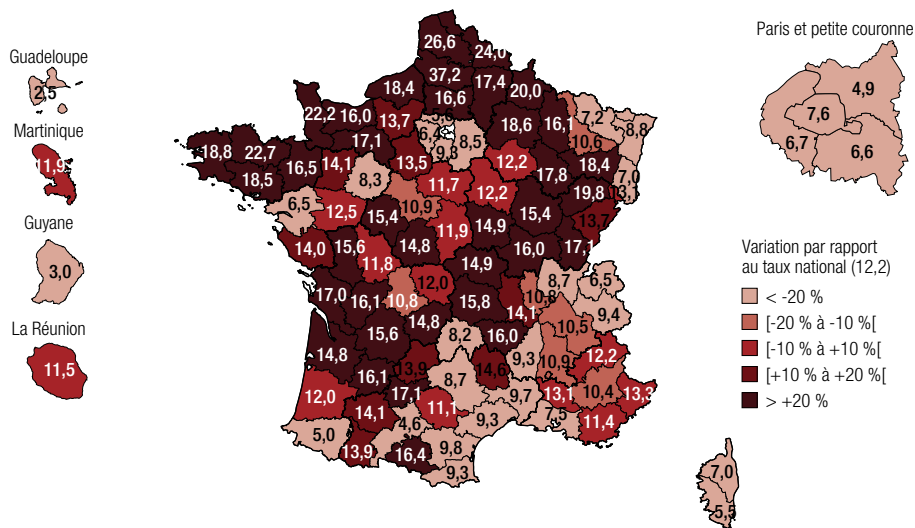
2. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 femmes, en 2017



3. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 hommes, en 2008



4. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 hommes, en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note • Les taux standardisés correspondent à une standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011. Les taux départementaux valent pour 10 000 femmes ou hommes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • ATIH, traitements Santé publique France.

Références bibliographiques

- **Chan-Chee, C.** (2019) Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 3-4, 48-54.
- **Chan-Chee, C. et Paget, L. M.** (2017, octobre). Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65 (5), 349-59.

FICHE 4

Prévalences et évolutions des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2017

Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon (Santé publique France)

Contexte

Le Baromètre de Santé publique France est la seule enquête en population générale adulte qui permet de suivre l'évolution des conduites suicidaires, et ce depuis le début des années 2000 (données disponibles pour les années 2000, 2005, 2010, 2014, 2017). Cette fiche s'appuie sur les données de l'édition de 2017, recueillies par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes, représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Elle présente une estimation de la prévalence déclarée des tentatives de suicides (au cours de la vie et des 12 derniers mois) et des pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois) ainsi que leurs évolutions depuis 2010. Une analyse des facteurs associés ainsi qu'une analyse descriptive des motifs déclarés comme étant à l'origine des pensées suicidaires et tentatives de suicide complètent ces données (Léon *et al.*, 2019).

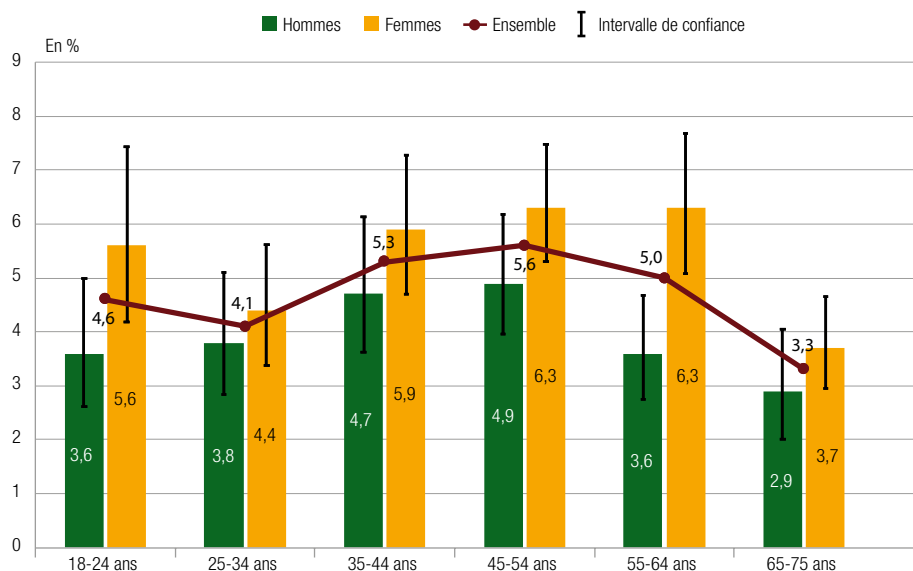
Prévalences et évolutions

Prévalences

En 2017, 4,7 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, les femmes (5,4 %) étant en proportion plus nombreuses que les hommes (4,0 % ; $p < 0,001$). Compte tenu des intervalles de confiance liés à l'échantillonnage de l'enquête, cette différence selon le sexe n'est significative que chez les 55-64 ans avec 6,3 % de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les femmes contre 3,6 % chez les hommes ($p < 0,01$). La prévalence varie également selon la classe d'âge, avec un pic noté chez les 45-54 ans (5,6 %), aussi bien chez les femmes que chez les hommes (respectivement 6,3 % et 4,9 %) (graphique 1).



GRAPHIQUE 1 • Prévalences déclarées des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge chez les 18-75 ans, en France métropolitaine, en 2017



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95 % de se situer entre 2,6 % et 5,0 %.

Lecture • 4,6 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (3,6 % des hommes et 5,6 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans.

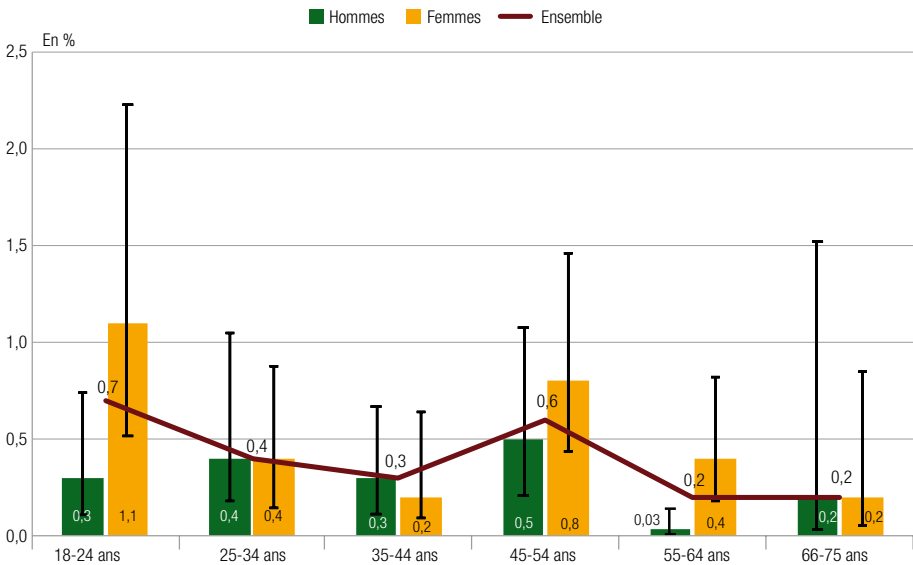
Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

En 2017, 7,2 % des personnes de 18-75 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (9,9 %) que chez les hommes (4,4 %) ($p < 0,001$). Au sein de cette population, 37,7 % ont déclaré au moins une récidence.

En 2017, 0,4 % des individus ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. La prévalence des tentatives de suicide dans la population générale est un complément d'information au taux d'hospitalisation pour tentative de suicide [fiche 3]. Il s'agit de données déclaratives qui comportent des limites (effort de mémorisation, rappel d'événements douloureux, déni). *Contrairement*, certaines tentatives de suicide ne sont pas repérées dans les sources médico-administratives parce qu'elles ne donnent pas lieu à un contact avec le système de soin ou parce

qu'elles ne sont pas enregistrées dans le système d'information hospitalier. Si la différence de prévalence n'est pas globalement significative entre les femmes et les hommes (0,5 % chez les femmes contre 0,3 % chez les hommes), elle le devient quand on y associe un critère d'âge : chez les 18-24 ans (1,1 % chez les femmes contre 0,3 % chez les hommes ; $p < 0,05$) et les 55-64 ans (0,4 % chez les femmes contre 0,03 % chez les hommes ; $p < 0,001$) [graphique 2].

GRAPHIQUE 2 • Prévalences déclarées des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge chez les 18-75 ans, en France métropolitaine, en 2017



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95 % de se situer entre 0,1 % et 0,7 %.

Lecture • 0,7 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois (0,3 % des hommes et 1,1 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Évolutions

La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans a augmenté entre 2010 et 2014 (passant de 4,0 % en 2010 à 5,0 % en 2014 ; $p < 0,001$). Elle est ensuite restée stable entre 2014 et 2017. Globalement, entre 2010 et 2017 la prévalence observée est à la hausse ($p < 0,01$). Selon le sexe, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est restée stable chez les hommes entre 2010 et 2017, mais a connu une augmentation significative chez les femmes, passant de 4,5 % en 2010 à 5,4 % en 2017 ($p < 0,01$).

La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté depuis 2010 : elle est passée de 5,9 % en 2010 à 7,3 % en 2014 ($p < 0,001$) pour se stabiliser à 7,2 % en 2017. Chez les femmes, elle a augmenté depuis 2010, passant de 7,0 % à 9,9 % en 2017 ($p < 0,001$). Chez les hommes, elle a augmenté entre 2010 et 2014, passant de 3,6 % à 5,1 % ($p < 0,001$) avant de repartir à la baisse de façon non significative entre 2014 et 2017 (4,4 %).

Les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois sont restées stables entre 2010 et 2017, après une hausse significative de la prévalence entre 2010 et 2014 (de 0,5 % à 0,8 % ; $p < 0,05$). Chez les hommes, la prévalence a atteint son maximum en 2014 avec 0,7 % de personnes concernées (contre 0,3 % en 2010 ; $p < 0,01$). Chez les femmes, une baisse significative a été observée entre 2014 et 2017, passant de 0,8 % à 0,5 % ($p < 0,05$). Cette diminution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois n'est cependant globalement pas significative pour l'ensemble de la période allant de 2010 (0,7 %) à 2017 (0,5 %).

Motifs suicidaires

En 2017, chez les 18-75 ans déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 41,4 % évoquent une raison familiale, 32,3 % une raison sentimentale, 27,6 % une raison professionnelle, 23,7 % une raison financière et 23,7 % un problème de santé, ces motifs n'étant pas exclusifs les uns des autres. Les pensées suicidaires des femmes au cours des 12 derniers mois sont davantage associées à des raisons familiales que celles des hommes (48,3 % *versus* 31,6 % ; $p < 0,001$), tandis que celles des hommes sont plus souvent associées à des raisons professionnelles (31,5 % *versus* 24,8 % des femmes ; $p < 0,05$). Selon l'âge, les raisons sentimentales sont plus ou moins citées : 53,8 % pour les 18-24 ans ($p < 0,001$ par rapport aux autres tranches d'âge) et 44,9 % pour les 25-34 ans ($p < 0,01$). Les 45-54 ans évoquent, eux, en premier lieu des raisons professionnelles (37,6 % ; $p < 0,001$) et les 65-75 ans des raisons de santé (36,8 % ; $p < 0,01$).

Plus des deux tiers (70,9 %) des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre (66,1 % chez les hommes *versus* 74,3 % chez les femmes ; $p < 0,05$).

Les raisons ayant conduit à la dernière tentative de suicide déclarée sont, selon l'ordre d'importance : familiales pour 49,2 % des personnes interrogées (37,7 % des hommes *versus* 54,1 % des femmes ; $p < 0,001$), sentimentales 40,8 % (46,5 % des hommes *versus* 38,4 % des femmes ; $p < 0,05$), professionnelles pour 10,3 %

(15,6 % des hommes *versus* 8,1 % des femmes ; $p < 0,001$) et médicales pour 10,3 % (sans différence significative selon le genre). Les 35-44 ans se distinguent des autres tranches d'âge par une surreprésentation des tentatives de suicide pour raisons familiales (57,7 % *versus* 47,2 % ; $p < 0,01$).

Facteurs de risque associés aux conduites suicidaires

Les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont associées aux facteurs suivants, indépendamment des autres variables analysées¹ :

- être un homme de 35-54 ans ou une femme de 55-64 ans ;
- être en inactivité professionnelle (au sens large), en difficultés financières ;
- être célibataire, divorcé ou veuf ;
- avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année (qui multiplie par 8 chez les hommes et par 7 chez les femmes le risque de déclarer des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois) ;
- avoir de « graves problèmes d'argent », avoir subi des « menaces verbales », des « humiliations ou intimidations » et le fait d'avoir « vécu une séparation ou un divorce » (qui multiplie par deux environ le risque de déclarer des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois) ;
- chez les femmes uniquement, avoir un diplôme supérieur au bac (ORa=1,3).

Concernant les tentatives de suicide au cours de la vie, elles apparaissent liées aux facteurs suivants, indépendamment des autres variables analysées² :

- être un homme âgé de 25 à 64 ans par rapport aux plus jeunes (18-24 ans) et aux plus âgés (65-75 ans) ; chez les femmes, l'âge n'a pas d'effet ;
- être en inactivité professionnelle (au sens large), en difficultés financières ;
- être célibataire ou divorcé et, pour les hommes uniquement, être veuf (qui multiplie par 2,5 le risque de déclarer des tentatives de suicide au cours de la vie) ;

1. Deux régressions logistiques stratifiées selon le genre ont été conduites pour l'analyse des facteurs de risque avec pour variables explicatives : la classe d'âge, le niveau de diplôme, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, la situation financière perçue, l'épisode dépressif caractérisé vécu au cours des 12 derniers mois, de graves problèmes d'argent au cours des 12 derniers mois, des menaces, des humiliations, des intimidations vécues au cours des 12 derniers mois, une séparation ou un divorce au cours des 12 derniers mois. Pour l'analyse des facteurs de risque, le travail sur de faibles effectifs limite aussi les interprétations. Ainsi, certains facteurs dont les effets ne seraient pas très marqués peuvent ne pas ressortir comme associés aux indicateurs étudiés. ORa : odds ratio ajusté sur l'ensemble des autres variables du modèle.

2. Deux régressions logistiques stratifiées selon le genre ont été conduites pour l'analyse des facteurs de risque avec pour variables explicatives : la classe d'âge, le niveau de diplôme, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, la situation financière perçue, le décès ou la maladie d'un parent avant l'âge de 1 an, le climat de violence entre ses parents avant l'âge de 18 ans, de graves problèmes d'argent au cours de la vie, des attouchements ou rapports sexuels forcés au cours de la vie. Pour l'analyse des facteurs de risque, le travail sur de faibles effectifs limite aussi les interprétations. Ainsi, certains facteurs dont les effets ne seraient pas très marqués peuvent ne pas ressortir comme associés aux indicateurs étudiés. ORa : odds ratio ajusté sur l'ensemble des autres variables du modèle.

- le fait d'avoir connu des climats familiaux violents, des problèmes d'argent et des violences sexuelles (ORa=4,5) ;
- chez les femmes uniquement, le fait d'avoir vécu le décès ou la maladie d'un parent avant 18 ans.

Synthèse et limites

Selon le Baromètre de Santé publique France, en 2017, 4,7 % des 18-75 ans ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois, 7,2 % ont tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,4 % au cours de l'année. Le suivi des indicateurs dans le temps indique que l'augmentation de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie observées durant la période 2010-2014 semble se confirmer en 2017, tandis que les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois sont revenues à un niveau comparable à celui observé en 2010.

Le fait d'être une femme, les situations financières difficiles, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf, l'inactivité professionnelle ainsi que les événements traumatisants sont associés aux conduites suicidaires. L'épisode dépressif caractérisé est le facteur le plus fortement associé à la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Certaines limites de l'enquête doivent néanmoins être considérées. Tout d'abord, l'enquête n'interroge pas la population des adolescents (moins de 18 ans) très concernée par les tentatives de suicide (notamment les jeunes filles). Ensuite, les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de remémoration d'événements potentiellement anciens, douloureux ou embarrassants pouvant générer des biais de mémorisation ou de désirabilité sociale. Enfin, il n'a pas été possible d'analyser les facteurs explicatifs associés aux tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, dans la mesure où l'effectif de personnes concernées n'était pas suffisant ($n=75$).

Référence bibliographique

- **Léon, C., Chan-Chee, C. et du Roscoät, E.** (2019). Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, 38-47.

SANTÉ MENTALE,

SUICIDE ET TRAVAIL

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fiche 5 • Pensées suicidaires et risques psychosociaux..... | 137 |
| Fiche 6 • Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier | 149 |
| Fiche 7 • Pathologies psychiques en lien avec le travail : les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) - 2001-2017 | 155 |
| Fiche 8 • Pensées suicidaires en population active occupée en 2017 | 169 |
| Fiche 9 • Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale | 174 |
| Fiche 10 • La prévention du suicide en milieu agricole | 179 |
| Fiche 11 • Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole ... | 185 |
| Fiche 12 • Le dispositif APESA pour les chefs d'entreprise en souffrance aiguë..... | 190 |
| Fiche 13 • Le programme de mobilisation contre le suicide dans la police nationale..... | 200 |
| Fiche 14 • Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire..... | 207 |

FICHE 5

Pensées suicidaires et risques psychosociaux

Valérie Carrasco (DREES)

La prévention des risques psychosociaux (RPS) est au cœur du plan Santé au travail 2016-2020. Une exposition à ces risques peut en effet avoir des conséquences importantes sur la santé des salariés, notamment en matière d'affections psychiques, d'épuisement professionnel (burn out), voire de suicide, en plus d'une dégradation possible de la santé physique.

L'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux 2016 de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) concrétise les recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier, 2011) [encadré 1]. L'exploitation du volet « individus » permet de rapprocher des données sur les conditions de travail et l'exposition aux risques psychosociaux (RPS) d'informations sur les caractéristiques professionnelles et sociodémographiques des personnes et sur leur état de santé physique et psychique. Il est en particulier possible d'étudier le lien entre RPS et comportements suicidaires, l'exposition aux différentes catégories de RPS étant évaluée au moyen d'indicateurs synthétiques, correspondant chacun à une dimension de RPS : mauvais rapports sociaux dans le travail / manque d'autonomie / reconnaissance ou rémunération insuffisantes / conflits de valeurs / insécurité économique / exigences émotionnelles / intensité du travail. De plus, deux indicateurs évaluent les conditions de travail sur deux dimensions assez proches des facteurs pris en compte dans la mesure des RPS : les contraintes horaires et les contraintes physiques (encadré 2).

5 % des personnes en activité déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Parmi les personnes en activité en 2016, 5,3 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois¹, dont un peu plus de la moitié (2,9 %) étaient

1. Ce taux de 5,3 % (IC à 95 % = [4,7 ; 5,9]) diffère de celui établi dans la fiche 8 à partir de l'enquête Baromètre de Santé publique France en 2017 (3,8 %), (IC à 95 % = [3,4 ; 4,1]). Malgré une formulation identique de la question sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, les différences de contexte de passation de l'enquête (enquête sur les conditions de travail versus enquête santé en population générale), de protocole d'enquête et la place de la question dans le questionnaire peuvent expliquer des niveaux de réponse légèrement différents. La comparaison des deux taux n'est donc pas pertinente. Néanmoins, les deux enquêtes permettent l'analyse de l'impact de facteurs professionnels différents.

ENCADRÉ 1 - L'ENQUÊTE CONDITIONS DE TRAVAIL-RISQUES PSYCHOSOCIAUX 2016

Le dispositif de l'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) permet de mesurer l'évolution des conditions de travail et d'approfondir l'analyse des risques psychosociaux au travail pour l'ensemble des actifs occupés de France métropolitaine et d'outre-mer. Il répond notamment aux recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, réuni en 2009-2010 à la demande du ministre chargé du travail.

L'enquête CT-RPS de 2016 a pris la suite de l'enquête Conditions de travail 2013 (CT) et les deux enquêtes ont lieu désormais en alternance. Depuis 2013, un panel est interrogé : chaque individu de l'échantillon est interrogé trois fois de suite, ce qui correspond à neuf ans de suivi pour une partie importante du questionnaire commune aux deux enquêtes.

Comme l'enquête CT, l'enquête CT-RPS comprend deux volets : l'un auprès des individus, l'autre auprès des employeurs. Pour les individus, sont ainsi abordés dans l'enquête CT-RPS les horaires et l'organisation du temps de travail, l'organisation du travail et les rythmes de travail, les pénibilités, les risques, la prévention, les contraintes psychosociales, les relations avec le public, la violence au travail. Si la majeure partie des questions est posée en face à face, un auto-questionnaire, rempli par l'enquêté, regroupe les questions les plus sensibles, dont celles portant sur le risque suicidaire, spécifiques à l'enquête CT-RPS. Ces différentes thématiques permettent d'explorer les différents axes des risques psychosociaux conceptualisés dans la suite du rapport du Collège d'expertise mentionné ci-dessus (**encadré 2**).

27 000 individus de 15 ans ou plus ont répondu à l'enquête entre octobre 2015 et juin 2016. Il s'agit d'actifs occupés au moment de l'enquête, mais aussi des répondants de l'enquête Conditions de travail 2013 qui sont sortis de l'emploi depuis cette interrogation (qu'ils soient chômeurs, inactifs, retraités ou en arrêt-maladie de plus d'un an). La présente étude a été réalisée à partir des 22 980 actifs occupés en 2016. Ont été exclus de la régression logistique les non-répondants aux variables utilisées dans le modèle (414 observations).

Ces enquêtes permettent de décliner des études selon les secteurs d'activité économique pour les actifs occupés. En particulier, grâce à la collaboration entre la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), des échantillons supplémentaires de salariés des trois volets de la fonction publique et du secteur hospitalier privé ont été interrogés. Ceci permet notamment d'étudier le risque suicidaire des personnels du secteur hospitalier (public ou privé), qui fait l'objet de la fiche 6 du présent rapport.

ENCADRÉ 2 – CONSTRUCTION D'INDICATEURS SYNTHÉTIQUES DE CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX SELON DES DIMENSIONS DÉFINIES A PRIORI

L'enquête Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) comporte plus de 250 questions relatives aux conditions de travail. Il a été jugé nécessaire de construire des indicateurs synthétiques de conditions de travail et de risques psychosociaux à des fins d'études statistiques, permettant aux différents utilisateurs de cette source de partager une même mesure du phénomène.

Les indicateurs retenus pour cette étude s'appuient sur une méthode *a priori*, issue des travaux menés par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Neuf dimensions ont ainsi été définies *a priori*, les six dimensions mises en évidence par le Collège d'expertise (intensité du travail / exigences émotionnelles / autonomie / rapports sociaux / conflits de valeurs / insécurité économique), auxquelles ont été ajoutées trois dimensions (contraintes horaires et d'organisation du temps de travail / contraintes physiques et environnementales / reconnaissance, rémunération et évaluation).

Un certain nombre de variables de l'enquête ont été sélectionnées pour chacune des dimensions. Une analyse des correspondances multiples (ACM) a ensuite été réalisée sur chacun de ces neuf groupes de variables et l'indicateur synthétique de chaque dimension a été construit à partir des coordonnées des variables sur le premier axe de l'ACM.

Ces indicateurs sont donc des variables continues, construites et mises à disposition par la Dares pour les bases des enquêtes Conditions de travail 2013 et CT-RPS 2016. Pour les besoins de l'étude, des variables catégorielles ont été construites à partir de ces indicateurs continus. On a ainsi déterminé un niveau d'exposition à chaque dimension de RPS : une **exposition faible** correspondant aux 20 % d'individus les moins exposés (1^{er} quintile), une **exposition forte** aux 20 % d'individus les plus exposés (dernier quintile), les autres étant considérés comme soumis à une **exposition modérée** (du 2^e au 4^e quintile).

Les travaux d'Emma Davie (DGAFP) et de la Dares, sur lesquels s'appuie cette étude, sont accessibles *via* le lien ci-dessous : https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/des-15-076_reprise.pdf

allées jusqu'à imaginer comment s'y prendre. Le passage à l'acte est beaucoup plus rare : seulement 0,5 % a fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Plusieurs raisons sont en général invoquées par les personnes déclarant des pensées suicidaires : seules 40 % d'entre elles n'en citent qu'une seule. Les raisons familiales sont les plus fréquentes (citées par 40 % des personnes), puis les raisons sentimentales (36 %), professionnelles (32 %) et enfin celles relatives à la santé (19 %). Si les raisons professionnelles ne sont pas les plus fréquemment avancées, ce sont en revanche celles qui sont le plus souvent citées comme unique raison (13 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires).

La fréquence des pensées suicidaires varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques des personnes ; un peu plus selon l'état de santé global de la personne, mais les différences de loin les plus importantes sont dues à la santé mentale. Celle-ci est évaluée par trois modules de questions. Deux sont issus d'un questionnaire standardisé, le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), instrument d'évaluation symptomatique de divers troubles psychiques, et permettent de repérer les états dépressifs caractérisés et les troubles anxieux généralisés ; le troisième est un court questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'évaluation subjective du bien-être psychologique général, le WHO5².

Parmi l'ensemble des actifs occupés, 6 % présentent un état dépressif caractérisé (EDC) et 6,5 %, un trouble anxieux généralisé (TAG). La fréquence des pensées suicidaires est très élevée en cas de trouble psychique : 30 % pour les personnes présentant un EDC, 22 % pour celles présentant un TAG et 16 % en cas de détresse psychique importante (1^{er} quintile du score de bien-être WHO5). On retrouve ainsi l'association connue entre le suicide et les troubles de santé mentale, en particulier la dépression.

Les personnes les plus exposées aux risques psychosociaux déclarent deux fois plus souvent des pensées suicidaires que la moyenne

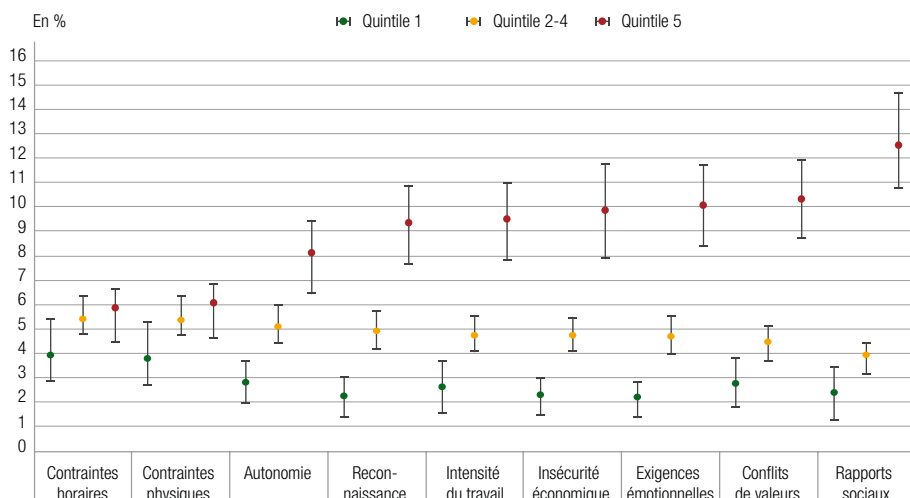
Les personnes les plus exposées à certains RPS³ durant les 12 derniers mois déclarent également plus souvent que la moyenne des pensées suicidaires : 13 % en cas de mauvais rapports sociaux au travail, 10 % en cas de conflit de valeurs, d'exigences émotionnelles ou d'insécurité économique, un peu moins de 10 % en cas de reconnaissance ou rémunération du travail jugées insuffisantes, de manque d'autonomie et de fortes charges de travail. En revanche, on ne constate pas de

2. Le score est calculé à partir des modalités de réponses à 5 questions cotées de 0 à 5. Il peut varier de 0 (bien-être minimal) à 25 (bien-être maximal).

3. 20 % des personnes ayant les plus fortes valeurs des indicateurs synthétiques d'exposition à chacune des dimensions de RPS (encadré 2).

différence significative de la fréquence des pensées suicidaires selon l'intensité des contraintes horaires ou physiques dans le travail (graphique 1).

GRAPHIQUE 1 • Part des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon l'exposition aux différentes catégories de risques psychosociaux



Lecture • Concernant la dimension de RPS « intensité du travail », la part des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est de 2,6 % pour les personnes les moins exposées (1^{er} quintile), de 9,4 % pour les personnes les plus exposées (dernier quintile) et de 4,8 % pour les autres (quintiles 2 à 4) ; les barres verticales correspondent à l'intervalle de confiance à 95 %.

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

Il est difficile de démêler l'effet sur le risque suicidaire de ces différents facteurs, fortement liés les uns aux autres. En particulier, l'effet dominant des troubles psychiques, essentiellement la dépression, sur le risque suicidaire et la possibilité d'un effet médiateur par rapport à plusieurs autres facteurs, conduit à analyser d'abord le lien entre RPS et risque suicidaire en ne tenant compte que des caractéristiques sociodémographiques, et non de l'existence de troubles psychiques. On prend ensuite en compte l'état de santé mentale, en contrôlant la présence d'un trouble psychique : état dépressif caractérisé ou trouble anxieux généralisé. En effet, on constate un lien fort entre exposition aux RPS et troubles psychiques et entre troubles psychiques et risque suicidaire. Le lien possible entre RPS et comportements suicidaires peut aussi ne pas apparaître directement, à état de santé mentale donné, car caché par le lien entre RPS et troubles psychiques. Peu d'études éclairent la complexité des processus par lesquels les facteurs sociodémographiques ou

socio-économiques et les troubles psychiques influencent conjointement les conduites suicidaires (ONS 2016).

Une fois prises en compte les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau de diplôme, type de ménage, fait d'être immigré ou enfant d'immigré), les caractéristiques de l'emploi occupé (catégorie socioprofessionnelle, type d'emploi, fonction, statut) et l'état de santé somatique (état de santé général perçu, limitations fonctionnelles, handicap, troubles du sommeil⁴), on retrouve une augmentation du risque suicidaire, mesuré par l'existence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, pour une forte exposition aux RPS ; ce n'est en revanche pas le cas pour de fortes contraintes horaires ou physiques dans le travail. Ce risque est ainsi multiplié par 2,5 en cas de mauvais rapports sociaux au travail, par un peu moins de 2 pour les dimensions d'exigences émotionnelles, d'insécurité économique et de conflit de valeurs. Les effets du manque de reconnaissance, d'intensité du travail et du manque d'autonomie sont plus modérés, le risque étant multiplié par un peu moins de 1,5 (**graphique 2**).

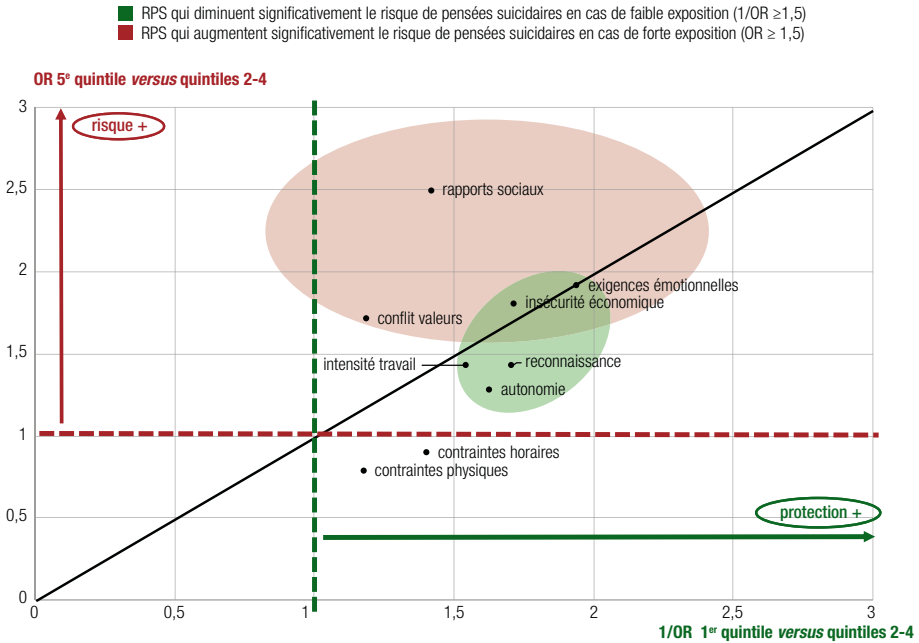
À l'inverse, une faible exposition aux RPS est associée à un moindre risque de pensées suicidaires, divisée par presque deux pour les 20 % de personnes les moins soumises à des exigences émotionnelles, à une insécurité économique ou à un manque de reconnaissance, et par environ 1,5 concernant le manque d'autonomie et l'intensité du travail. Les bons rapports sociaux protègent moins que les mauvais n'augmentent le risque (risque respectivement divisé par 1,4 et multiplié par 2,5).

Certains types de RPS sont ainsi associés à un sur-risque quand les personnes sont fortement exposées (mauvais rapports sociaux au travail et conflits de valeurs). Pour d'autres, au contraire, le lien apparaît plutôt en cas de faible exposition avec un risque de pensées suicidaires diminué (cas des personnes bénéficiant d'une bonne reconnaissance ou d'une bonne rémunération et d'une autonomie dans leur travail). Enfin, l'effet peut jouer dans les deux sens : positif pour une faible exposition et négatif en cas de forte exposition (il s'agit des exigences émotionnelles et de l'insécurité économique).

4. Les difficultés de sommeil peuvent être considérées comme un indicateur de santé somatique ou mentale. Les questions qui s'y rapportent dans l'enquête font partie du module de santé somatique. Le fait que cet aspect soit évalué par une seule question assez générale incite à garder plutôt cette information comme un simple critère de plus ou moins bonne santé physique. Cet indicateur n'est en effet pas suffisant pour évaluer des perturbations du sommeil importantes et persistantes qui pourraient être le symptôme annonciateur d'un épisode d'une maladie mentale.



GRAPHIQUE 2 • Effets des expositions aux risques psychosociaux sur le risque suicidaire



Note • Résultat de la régression logistique sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Pour le dernier quintile du RPS, mesure de l'augmentation du risque : OR (odds ratio) par rapport au fait d'être dans les quintiles 2 à 4 (situation de référence) ; pour le premier quintile : mesure de l'effet protecteur = $1/OR$ (inverse de l'odds ratio).

Lecture • Une faible exposition à des rapports sociaux dégradés a un effet protecteur modéré (risque divisé par 1,4 pour le 1^{er} quintile par rapport à la situation de référence), alors qu'une forte exposition augmente fortement le risque suicidaire (risque multiplié par 2,5 pour le dernier quintile par rapport à la situation de référence).

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

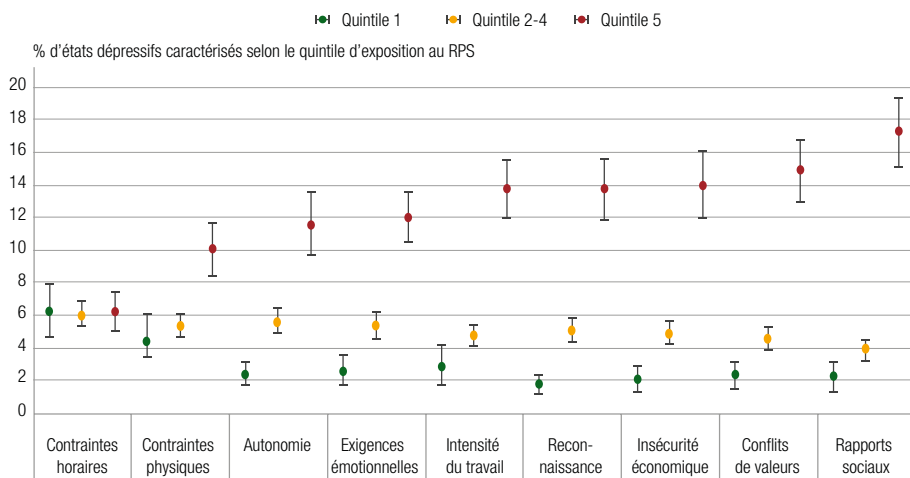
Source • Dares, enquête RPS 2016.

États dépressifs et troubles anxieux beaucoup plus fréquents parmi les personnes les plus exposées aux risques psychosociaux

L'association entre RPS et comportements suicidaires peut cependant être indirecte, et en partie masquée par des interactions avec l'état de santé mentale, d'autant plus que les RPS qui sont les plus déterminants en cas de forte exposition sont aussi ceux qui sont le plus souvent associés à un trouble psychique (état dépressif caractérisé ou trouble anxieux généralisé) et corrélés négativement au bien-être psychique (graphiques 3 et 4). Il est donc intéressant d'analyser l'évolution des odds

ratios⁵ de la régression mesurant les effets du niveau d'exposition aux RPS sur l'existence de pensées suicidaires selon la prise en compte ou non de l'état de santé mentale (graphique 5).

GRAPHIQUE 3A • Lien entre épisodes dépressifs caractérisés et risques psychosociaux



Lecture • Concernant la dimension de RPS « intensité du travail », la part des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé est de 2,9 % pour les personnes les moins exposées (1^{er} quintile), de 13,7 % pour les personnes les plus exposées (dernier quintile) et de 4,7 % pour les autres (2^e, 3^e et 4^e quintiles) ; les barres verticales correspondent à l'intervalle de confiance à 95 %.

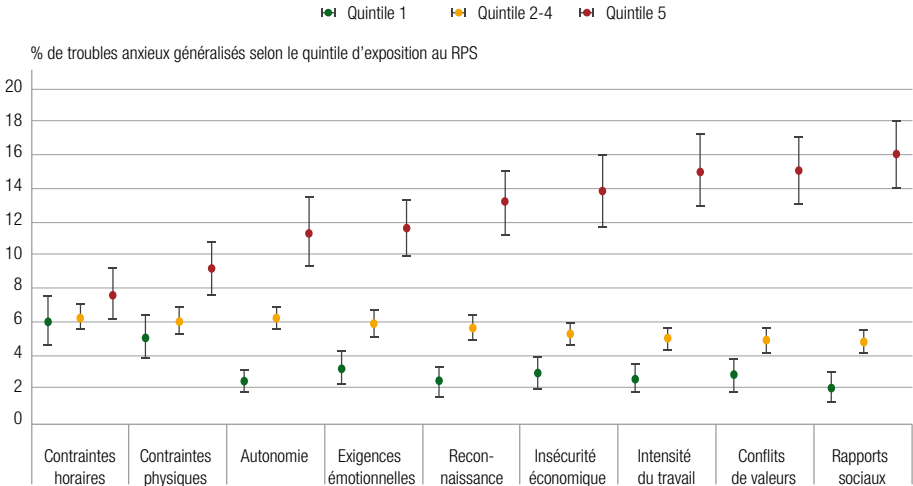
Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

5. L'odds ratio (OR) est le rapport entre le risque d'avoir des pensées suicidaires pour les personnes fortement exposées à un RPS et ce même risque pour les personnes dans la situation de référence ; ce risque est estimé par le rapport entre la probabilité d'avoir des pensées suicidaires et la probabilité de ne pas en avoir.



GRAPHIQUE 3B • Lien entre troubles anxieux généralisés et risques psychosociaux

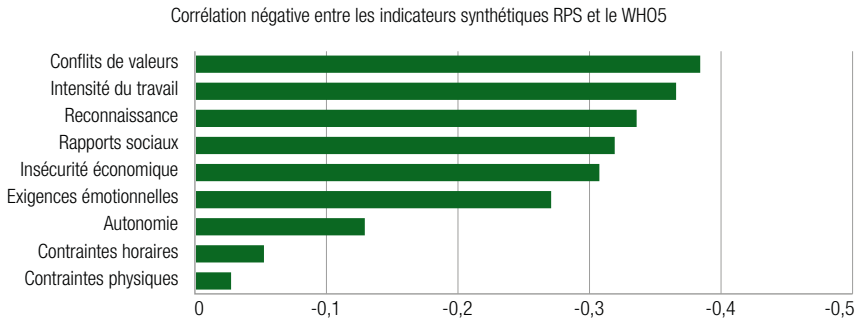


Lecture • Concernant la dimension des risques psychosociaux « intensité du travail », la part des personnes présentant un trouble anxieux généralisé est de 2,5 % pour les personnes les moins exposées (1^{er} quintile), de 15,1 % pour les personnes les plus exposées (dernier quintile) et de 5,0 % pour les autres (2^e, 3^e, 4^e quintiles) ; les barres verticales correspondent à l'intervalle de confiance à 95 %.

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

GRAPHIQUE 4 • Lien entre santé mentale et risques psychosociaux : niveau de la corrélation entre les indicateurs de risques psychosociaux et le score de bien-être WHO5



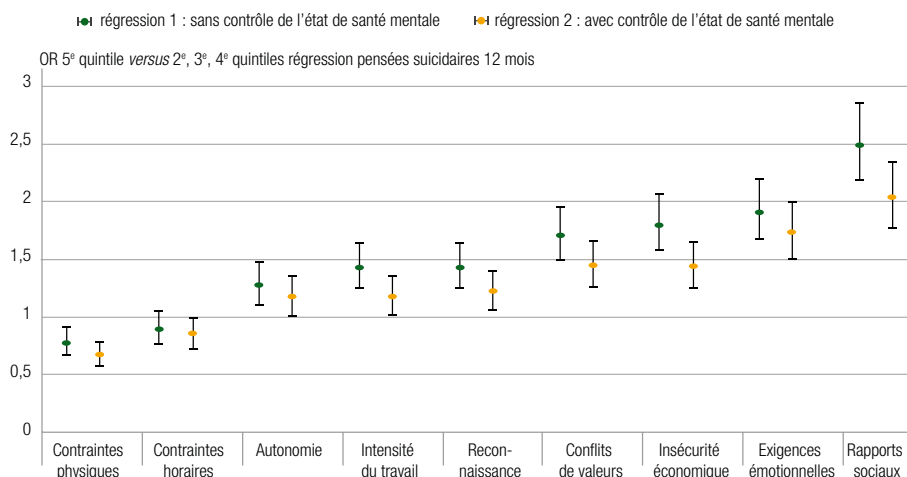
Lecture • Le coefficient de corrélation entre le score du WHO5 et l'indicateur synthétique d'exposition au RPS « conflits de valeurs » est de -0,38.

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.



GRAPHIQUE 5 • Évolution de l'effet des risques psychosociaux sur le risque suicidaire selon la prise en compte de l'état de santé mentale



Note • Résultat des deux régressions logistiques sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, sans contrôler la présence de troubles psychiques (régression 1), puis en ajoutant ce contrôle (régression 2).

Lecture • Pour le dernier quintile de la dimension de RPS « conflits de valeurs », l'odds ratio passe de 1,7 à 1,4 en ajoutant le contrôle de la présence de troubles psychiques, cette différence n'étant pas significative au seuil de 5 %.

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête RPS 2016.

Le lien entre risques psychosociaux sur la fréquence des pensées suicidaires peut être direct ou passer par l'existence de troubles psychiques

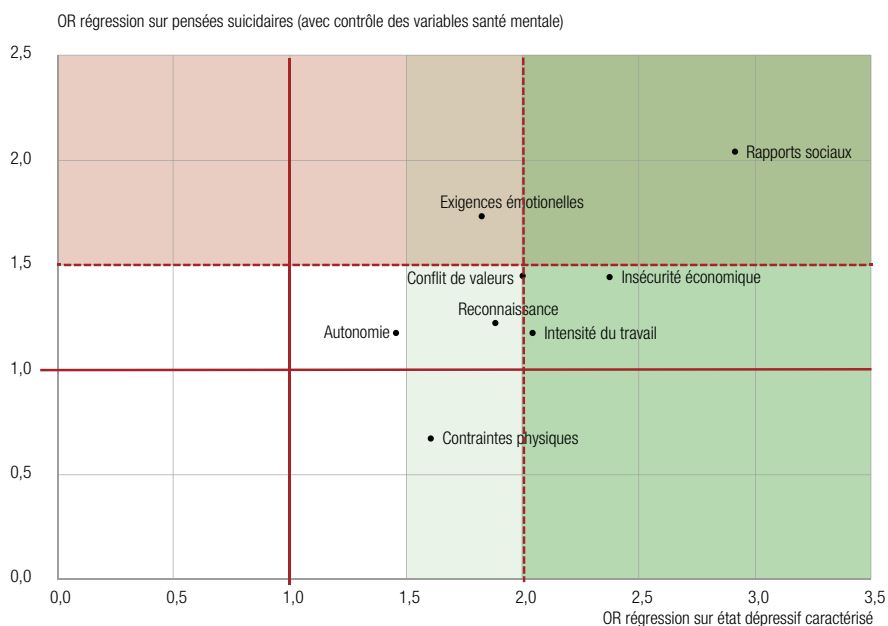
La prise en compte de l'existence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux généralisé aboutit globalement aux mêmes résultats que ceux obtenus sans prise en compte de la santé mentale, mais avec un effet atténué de la forte exposition à certains RPS, notamment les mauvais rapports sociaux (l'odds ratio passe de 2,5 à 2) et l'insécurité économique (odds ratio passant de 1,8 à 1,4). Les effets liés à l'intensité du travail et au manque d'autonomie arrivent à la limite de la significativité.

Quel que soit le type de RPS considéré, l'existence d'un état dépressif caractérisé reste un facteur nettement plus déterminant sur le risque suicidaire, multipliant par 4 ou 5 le risque d'avoir des pensées suicidaires. En revanche, l'effet du trouble anxieux généralisé n'est pas supérieur à celui d'une forte exposition aux RPS ayant le plus d'incidence : rapports sociaux et exigences émotionnelles. Les effets réels

des RPS sont cependant sans doute plus forts que ceux observés quand on prend en compte l'état de santé physique et mental. Comme pour les variables de santé mentale, on ne sait pas en effet dans quel sens joue le lien de causalité entre RPS et état de santé physique, et les conséquences des RPS peuvent en partie être captées par une dégradation de la santé physique, en particulier de la qualité du sommeil.

Que l'on considère l'effet direct d'une exposition aux différents RPS sur les pensées suicidaires ou l'effet exercé *via* un état dépressif, les dimensions qui concentrent les enjeux de prévention les plus forts sont donc les rapports sociaux au travail, les exigences émotionnelles, l'insécurité économique et les conflits de valeurs. Toutes choses égales par ailleurs, ces dimensions conjuguent en effet un fort lien avec le risque de pensées suicidaires et avec le risque d'état dépressif caractérisé (graphique 6).

GRAPHIQUE 6 • Effet conjugué d'une forte exposition aux risques psychosociaux sur le risque de pensées suicidaires et de dépression



Note • Résultat des deux régressions logistiques sur la présence d'un état dépressif caractérisé (OR en abscisse) et sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (OR en ordonnée).

Lecture • Le fait de se situer dans le dernier quintile d'exposition aux « conflits de valeurs » multiplie par 2 le risque de présenter un état dépressif généralisé (odds ratio) et par 1,4 celui d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Champ • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête RPS 2016.

L'analyse menée à partir des indicateurs synthétiques de RPS permet d'identifier les catégories de facteurs qui méritent une vigilance plus spécifique dans l'optique d'une prévention du risque suicidaire. Cependant, pour aller plus loin dans la compréhension des mécanismes de l'effet des RPS, il serait intéressant d'approfondir ces premiers résultats par une identification des items concrets les plus en cause dans le lien mis en évidence sur les pensées suicidaires, parmi les dimensions de RPS les plus déterminantes. Le modèle pourra également être affiné en prenant en compte non plus directement l'état de santé psychique mais certains événements de vie personnels, dont les effets sont déterminants sur la santé mentale et le risque suicidaire. Enfin, une analyse longitudinale du panel des personnes interrogées en 2013 et 2016 pourrait permettre d'étudier séparément l'effet sur le risque suicidaire d'une augmentation de l'exposition aux RPS, à état de santé mentale identique, et d'une dégradation de l'état de santé mentale à exposition aux RPS identiques.

Références bibliographiques

- **Beque, M., Mauroux, A., Baradji, E. et Dennevault, C.** (2017, décembre). Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ? Dares, *Dares Analyses*, 082.
- **Coutrot, T.** (2018, mars). Travail et bien-être psychologique, l'apport de l'enquête CT-RPS 2016. Dares, *Document d'études*, 217.
- **Davie, E.** (2015). Méthode de construction d'indicateurs synthétiques de conditions de travail et de risques psychosociaux. Note de la DGAFP.
- **Gollac, M. et Bodier, M.** (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- **ONS** (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2^e rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris, France : DREES.

FICHE 6

Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier

Jacques Pisarik (DREES)

La question du suicide du personnel du secteur hospitalier a suscité un intérêt accru au cours des dernières années, à la suite de la médiatisation de plusieurs suicides intervenus au sein du personnel soignant, médical ou administratif.

Ce secteur représente autour de 5 % de la population active en emploi. Ainsi, les enquêtes sur la santé mentale en population générale, au demeurant rares, ne peuvent que difficilement rendre compte du risque suicidaire du personnel hospitalier, et des différents facteurs pouvant intervenir.

En suréchantillonnant la fonction publique hospitalière et les hôpitaux privés, l'enquête Conditions de travail–Risques psychosociaux (CT-RPS) de 2016, pilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) [voir fiche 5, encadré 1] permet de détailler la fréquence des pensées suicidaires parmi les actifs occupés travaillant dans les hôpitaux. Le statut de l'établissement (public ou privé, à but lucratif ou non) est pris en compte, ainsi que les familles professionnelles, au nombre de sept : agents d'entretien¹, aides-soignants, infirmiers ou sages-femmes², médecins et assimilés³, professions paramédicales⁴, professions administratives⁵, autres professions⁶.

1. Agents d'entretien des locaux, agents de service hospitalier, ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets.
2. Les sages-femmes sont regroupées avec les infirmiers dans la classification des familles professionnelles (FAP) de la Dares. Bien qu'il s'agisse d'une profession médicale, contrairement aux infirmiers, avec des compétences particulières (suivi de grossesse, accouchements), leur effectif trop faible dans l'échantillon ne permet pas de les étudier à part. Nous avons donc choisi, comme dans des travaux menés précédemment, de les maintenir avec les infirmiers dans cette classe, dont elles ne représentent qu'une très faible part (4 %).
3. Médecins et pharmaciens salariés.
4. Techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.
5. Agents et cadres administratifs.
6. Principalement des conducteurs ambulanciers, des agents de sécurité, des cuisiniers et des travailleuses familiales.

La fréquence des pensées suicidaires pour les personnels hospitaliers est étudiée au regard de leurs expositions à des risques psychosociaux. Ces expositions leur sont en effet en partie spécifiques, comme l'ont montré des travaux précédents à partir, notamment, de l'enquête Conditions de travail 2013 (soit la vague précédente d'interrogations du panel de CT-RPS 2016). Contraintes de rythme de travail, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit font ainsi partie des spécificités des conditions de travail à l'hôpital (Barlet et Marbot, 2016 ; Loquet et Ricoch, 2014).

La fréquence des pensées suicidaires du personnel hospitalier est proche de celle de l'ensemble des actifs occupés

À l'hôpital, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 4,5 % des actifs occupés⁷ ont rapporté des pensées suicidaires (**graphique 1**). Pour l'ensemble des actifs occupés, ce taux est de 5,3 % (voir fiche 5). La différence entre actifs occupés à l'hôpital et ensemble des actifs occupés n'est pas significative, dans les données mobilisées.

Il n'existe pas non plus de différence significative s'agissant des tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, puisque 0,5 % des actifs occupés à l'hôpital en font état, ce qui correspond au taux observé pour l'ensemble des actifs occupés.

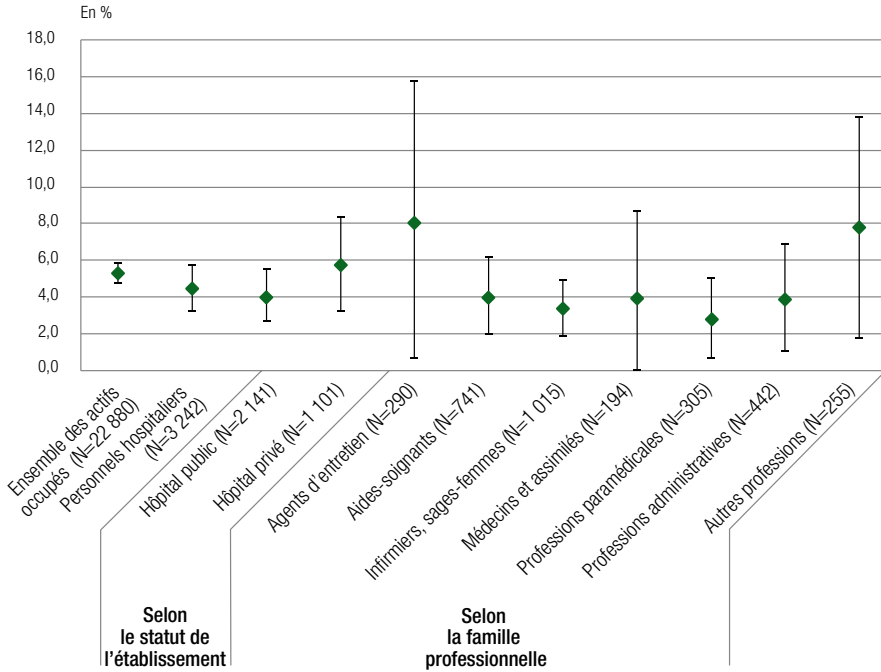
Cependant, parmi les actifs occupés ayant rapporté des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, la part de ceux ayant été jusqu'à envisager le mode opératoire est plus importante à l'hôpital que pour l'ensemble des actifs occupés : 70,2 % du personnel hospitalier ayant eu des pensées suicidaires (soit 3,2 % de l'ensemble du personnel hospitalier) ont été jusqu'à l'imaginer, contre 53,6 % de l'ensemble des actifs occupés ayant eu des pensées suicidaires (soit 2,9 % de l'ensemble des actifs occupés).

Comme observé pour l'ensemble des actifs occupés, les pensées suicidaires sont souvent un phénomène multifactoriel, et, pour le personnel du secteur hospitalier, les raisons professionnelles sont avancées, éventuellement aux côtés d'autres, dans 39 % des cas. C'est le cas pour 33 % de l'ensemble des actifs occupés ayant des pensées suicidaires, ce qui ne constitue pas une différence significative.

7. Les actifs occupés sont définis par les personnes qui occupent un emploi.



GRAPHIQUE 1 • Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois



N : effectif.

Lecture • 4,5 % des personnels hospitaliers rapportent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'intervalle de confiance, représenté par les traits noirs, est compris entre 3,2 % et 5,8 %.

Champ • Actifs occupés, dont personnels du secteur hospitalier (hôpitaux publics, cliniques privées).

Source • Dares, DGAFP, DREES, Insee, enquête CT-RPS 2016.

Une fréquence des symptômes dépressifs et d'anxiété également comparable

5,8 % du personnel hospitalier rapportent les symptômes d'un épisode dépressif majeur, et 6,0 % ceux d'un trouble anxieux généralisé⁸, contre respectivement 6,2 % et 6,6 % de l'ensemble des actifs occupés. La différence entre la fréquence pour le personnel hospitalier et celle observée pour l'ensemble des actifs occupés n'est ainsi pas statistiquement significative.

Comme pour l'ensemble des actifs occupés, il existe une forte association entre ces troubles et la déclaration de pensées suicidaires pour le personnel hospitalier. La part du personnel hospitalier déclarant des pensées suicidaires parmi ceux

8. Ces troubles sont mesurés par le module MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

présentant les symptômes d'un épisode dépressif majeur est de 23 %, et de 24 % chez ceux présentant les symptômes d'un trouble anxieux généralisé.

Le statut de l'établissement ou la famille professionnelle sont sans incidence sur la part des déclarations de pensées suicidaires

Les taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête du personnel des hôpitaux publics (4,1 %) et des hôpitaux privés (5,8 %) ne sont pas significativement différents. Il en va de même des taux déclinés par famille professionnelle qui sont compris entre 3 % et 8 % (graphique 1).

Comme pour l'ensemble de la population, des liens entre pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux

La proximité des taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête entre le secteur hospitalier et le reste des secteurs d'activité peut néanmoins être testée à l'aune de différentes variables. Celles-ci permettent d'estimer l'incidence du travail à l'hôpital sur le risque suicidaire, après contrôle des caractéristiques des emplois, du profil des travailleurs ou de l'exposition à des risques psychosociaux.

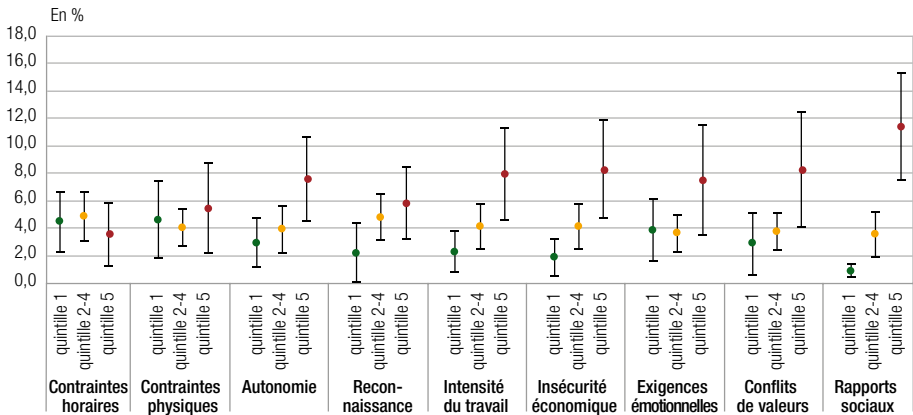
Il n'est ainsi pas observé d'effet spécifique du travail à l'hôpital après contrôle des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge), du type d'emploi, de la catégorie socioprofessionnelle et de la fonction exercée. En revanche, à niveau comparable d'exposition à des risques psychosociaux, le fait de travailler à l'hôpital est associé à un moindre risque de pensées suicidaires. La spécificité des niveaux d'exposition à des risques psychosociaux à l'hôpital est susceptible d'expliquer cet effet : davantage exposés aux exigences émotionnelles que l'ensemble des actifs occupés par exemple, les actifs occupés à l'hôpital verraient ce sur-risque compensé par d'autres facteurs spécifiques à l'hôpital, dont l'effet est protecteur, pour retrouver en moyenne un niveau de déclaration de pensées suicidaires proche de celui du reste des secteurs d'activité. Cet effet du travail à l'hôpital n'apparaît en revanche plus après contrôle conjoint des expositions à des RPS et des variables caractérisant l'emploi (type de contrat, fonction, catégorie socioprofessionnelle). Cela peut indiquer que l'effet du travail à l'hôpital n'est pas univoque, mais qu'il dépend des emplois et des expositions aux risques psychosociaux spécifiques à l'hôpital.

Dans quelle mesure, alors, les expositions à des RPS qui présentent des spécificités à l'hôpital, comme les niveaux supérieurs d'exposition à des exigences

émotionnelles, les contraintes horaires, les contraintes physiques et l'intensité du travail sont-elles associées à la fréquence de déclaration de pensées suicidaires ?

Pour le personnel hospitalier comme pour l'ensemble de la population, certaines dimensions des RPS sont associées à des écarts importants de déclaration de pensées suicidaires, selon l'intensité des expositions, mesurée en quintiles⁹ (graphique 2).

GRAPHIQUE 2 • Déclaration de pensées suicidaires selon le niveau d'exposition aux risques psychosociaux du personnel hospitalier



Lecture • 4,5 % des 20 % des personnels hospitaliers les moins exposés aux contraintes horaires (quintile 1) rapportent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'intervalle de confiance à 95 %, représenté par les traits noirs, est compris entre 2,3 % et 6,7 %.

Champ • Personnels du secteur hospitalier (hôpitaux publics, cliniques privées).

Source • Dares, DGAFP, DREES, Insee, enquête CT-RPS 2016.

Il existe ainsi un plus fort risque de pensées suicidaires associé à une exposition à des rapports sociaux dégradés (11,4 % pour le dernier quintile contre 3,6 % pour les trois quintiles intermédiaires), à des conflits de valeur marqués (8,2 % contre 3,8 %), à des exigences émotionnelles intenses (7,6 % contre 3,8 %), à une insécurité économique forte (8,3 % contre 4,1 %) et à un manque d'autonomie (7,6 % contre 3,9 %)¹⁰.

9. À l'inverse de la modélisation précédente qui compare le secteur hospitalier à l'ensemble de la population et utilise donc des quintiles d'exposition observés sur l'ensemble de la population, dans ce qui suit, à partir des indicateurs synthétiques calculés pour l'ensemble de la population (voir fiche 5, encadré 2), des quintiles d'exposition spécifiques au secteur hospitalier sont construits.

10. Les résultats ont été obtenus en retenant, pour chaque dimension des RPS considérée, les situations où apparaissent des écarts significatifs entre le 1^{er} et le dernier quintile d'exposition et les trois quintiles intermédiaires pris comme situation de référence, dans une régression logistique rapportant la déclaration de pensées suicidaires à l'exposition à la dimension des RPS considérée ainsi qu'aux caractéristiques socio-démographiques.

À l'inverse, une faible exposition à certains facteurs de risques psychosociaux semble être associée à une plus faible déclaration de pensées suicidaires. C'est le cas pour l'intensité du travail (2,2 % pour le quintile à l'exposition la plus favorable, contre 4,1 % pour les trois quintiles intermédiaires), la sécurité économique (1,9 % contre 4,1 %) et les rapports sociaux (0,9 % contre 3,6 %).

La part des déclarations de pensées suicidaires n'est pas significativement différente selon les niveaux d'exposition à des contraintes horaires ou physiques. Il en est de même s'agissant des niveaux de reconnaissance perçue.

Les dimensions qui ressortent ainsi de ces analyses pour le personnel du secteur hospitalier, à l'instar des rapports sociaux, des conflits de valeur, des exigences émotionnelles, de la sécurité économique, de l'autonomie et de l'intensité du travail, apparaissent également pour l'ensemble des actifs occupés (voir fiche 5).

Ainsi, l'exposition aux risques psychosociaux, notamment aux exigences émotionnelles, est plus élevée pour les personnels hospitaliers. Comme pour les autres salariés, cette exposition est liée à une augmentation des pensées suicidaires. Pourtant d'autres facteurs positifs cette fois, mais restant à identifier, viennent compenser ces expositions car il n'y a pas, globalement, de différence statistiquement significative entre les taux de déclaration de pensées suicidaires du personnel hospitalier et ceux des actifs occupés, dans les données de l'enquête CT-RPS 2016.

Références bibliographiques

- Barlet, M. et Marbot, C. (dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*. Paris, France : DREES, collection Panoramas de la DREES-santé, fiche 17.
- Loquet, J. et Ricoch, L. (2014). Les conditions de travail dans les établissements de santé, in *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.

FICHE 7

Pathologies psychiques en lien avec le travail : les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) - 2001-2017

Claire Chauvet, Serge Faye, Natalie Vongmany, Gérard Lasfargues, Juliette Bloch (Anses)

Contexte

Chaque année, les affections psychiques liées au travail sont associées à un grand nombre d'accidents du travail pris en charge par l'Assurance maladie-Risques professionnels (Assurance maladie/branche AT MP, 2018). En 2016, ces accidents du travail liés aux troubles psychosociaux représentent 10 000 cas. La part des affections psychiques dans l'ensemble des accidents avec arrêt de travail ne cesse d'augmenter, passant de 1,0 % en 2011 à 1,6 % en 2016.

Selon le Baromètre Santé de Santé publique France, le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail a augmenté au cours de la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes (de 1,1 % à 1,4 %) que chez les hommes (de 2,3 % à 3,1 %) (Khireddine, 2015).

Il n'existe pas de tableau des maladies professionnelles relatif aux affections psychiques. Néanmoins, une reconnaissance est possible dans le cadre du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) : le nombre de cas reconnus en maladie professionnelle par ce biais a été multiplié par 7 en cinq ans. Cette progression est sans doute due à l'augmentation du nombre de pathologies psychiques liées au travail, mais aussi à un assouplissement réglementaire pour la saisine du CRRMP depuis 2012 (Assurance maladie/branche AT MP, 2018).

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) permet de repérer et de caractériser des situations à risque en milieu de travail (**encadré 1**). Les patients sont adressés par le médecin du travail, leur médecin généraliste ou un médecin hospitalier. Le principal motif de consultation est l'aide au diagnostic de maladies d'origine professionnelle (54,6 %). Les pathologies psychiques en lien avec le travail examinées par le RNV3P sont investiguées

par les médecins experts des centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) en imputant un degré de lien (faible, moyen ou fort) avec chacune des expositions identifiées. Cette imputabilité reste cependant fragile et dépendante des pratiques de codage.

ENCADRÉ 1 – PRÉSENTATION DU RNV3P

En 2019, le RNV3P rassemble l'ensemble des 30 centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) répartis sur le territoire national et 7 partenaires nationaux (carte 1).

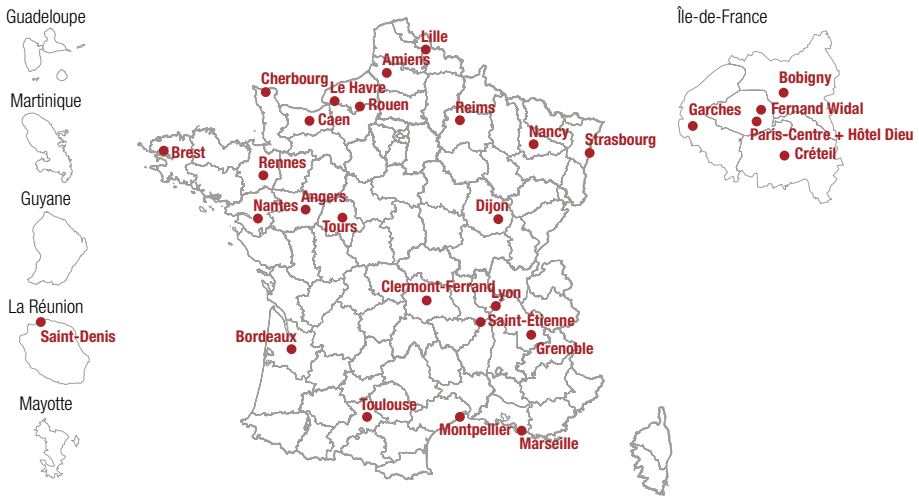
Liste des CCPP : Amiens, Angers, Bobigny, Bordeaux, Brest, Caen, Cherbourg, Clermont-Ferrand, Créteil, Dijon, Grenoble, La Réunion, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris-Centre, Paris-Garches, Paris-Hôtel-Dieu, Paris-Fernand Widal, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours. Dans cette étude, seules sont prises en compte les données des CCPP de France métropolitaine.

Liste des partenaires nationaux : l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) qui est l'animateur du réseau, la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS), Santé publique France (SPF) et la Société française de médecine du travail (SFMT), ainsi que la sécurité sociale des indépendants.

Les principaux objectifs du réseau sont de repérer et de décrire les situations professionnelles à risque sanitaire en France, de rechercher des étiologies nouvelles et des risques émergents ainsi que d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de diagnostic des pathologies liées au travail.

Les CCPP étant des centres de recours à l'expertise, les données collectées ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des pathologies observées en santé au travail, mais servent à des fins de vigilance, d'alerte et de prévention précoce et fournissent de grandes tendances sur les risques professionnels et les pathologies en lien avec le travail (Durand-Moreau, Dewitte, 2016).

CARTE 1 • Localisation des centres de consultations de pathologies professionnelles en 2018



Source • RNV3P.

Méthodologie

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles de la base de données nationales du RNV3P. Les pathologies psychiques ont été sélectionnées à partir des codes F de la CIM10 (« troubles mentaux et du comportement »), ainsi que le code Z73.0 (« surmenage ») et quelques codes en lien avec le vécu difficile au travail, les sévices psychologiques et les troubles de l'humeur.

Sont exclues de cette étude les pathologies suivantes :

- Troubles mentaux organiques (F00-F09) ;
- Retard mental (F70-79) ;
- Troubles du développement psychologique (F80-F89) ;
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98).

L'analyse porte sur les pathologies en relation avec le travail (PRT) [encadré 2] de type pathologie psychique, avec au moins une exposition d'imputabilité moyenne ou forte enregistrée au cours de la période 2001-2017 et qui sont appelées dans la suite du document pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3 (PPRT 2-3). Pour ces patients, l'expert a jugé que le lien entre le travail et la pathologie était plausible, voire très plausible.

Des comparaisons ont été faites entre les PPRT 2-3 telles que définies et les autres pathologies avec au moins une exposition d'imputabilité moyenne ou forte (PRT 2-3), avec un test du Chi² ou test exact de Fischer selon les effectifs.

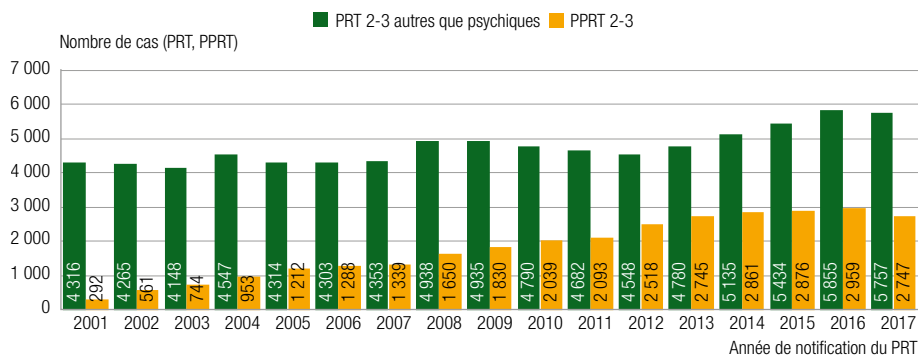
ENCADRÉ 2 – DÉFINITIONS / CODAGE

- **PST (problème de santé au travail)** : L'unité statistique de la base de données du RNV3P est le « problème de santé au travail » (PST). Le PST est le problème de santé qui amène le patient en consultation parce que ce problème interfère avec son travail et/ou qu'il est suspecté d'être dû à son travail ou à son environnement. L'investigation est réalisée par un médecin expert qui étudie le lien (sans relation -0, faible -1, moyen -2 ou fort -3) entre chaque exposition et la pathologie observée, qu'il qualifie comme « pathologie professionnelle », « pathologie environnementale », « pathologie ni professionnelle ni environnementale ».
- **PRT (pathologie en relation avec le travail)** : On appelle pathologie en relation avec le travail (PRT) un PST en lien avec au moins une exposition professionnelle d'imputabilité faible, moyenne ou forte. Les PRT constituent des cas pour lesquels l'exposition professionnelle ne peut pas être exclue comme cause de la pathologie observée.
- **Codage** : Les données recueillies lors de cette investigation sont codées selon des nomenclatures internationales (CIM-10 pour les pathologies, CIP-08 pour les postes de travail) ou nationales (NAF-08 pour les secteurs d'activité, thésaurus des expositions professionnelles du RNV3P pour les expositions). Les expositions professionnelles sont codées selon un thésaurus des expositions professionnelles.

Les pathologies psychiques en lien avec le travail dans le RNV3P

Entre 2001 et 2017, 111 807 PRT avec au moins une exposition d'imputabilité 2-3 ont été enregistrées. Parmi elles, 30 707 (39,7 %) sont des pathologies psychiques en relation avec le travail (PPRT) [graphique 1].

GRAPHIQUE 1 • Évolution des pathologies psychiques en relation avec le travail et des pathologies autres que psychiques en relation avec le travail dans le RNV3P de 2001 à 2017



PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3.
 PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3.

Lecture • En 2017, ont été enregistrées 2 747 PPRT 2-3 et 5 757 PRT 2-3 autres que psychiques.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Pour la période 2001 à 2017, le nombre de pathologies psychiques « imputables » au travail parmi les autres pathologies « imputables au travail », adressées aux CCPP a augmenté considérablement. Ces évolutions peuvent s'expliquer par différents facteurs, en particulier des changements des pratiques d'adressage vers les CCPP.

Adressage et caractéristiques sociodémographiques

Modes d'adressage

Les personnes atteintes de psychopathologies en relation avec le travail sont adressées le plus souvent par le médecin du travail (66,0 %) ou le médecin généraliste (17,9 %). Seuls 6,7 % des patients viennent d'eux-mêmes (tableau 1).

En comparaison avec les pathologies non psychiques en lien avec le travail, les PPRT sont adressées significativement plus souvent par le médecin du travail (66,0 % contre 40,8 %) et beaucoup moins souvent par un médecin hospitalier (1,4 % contre 21,1 %).

**TABLEAU 1 • Mode d'adressage en fonction du type de pathologie**

| Origine de la demande | PPRT 2-3 | PRT 2-3 autres que psychiques | Total |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Médecin du travail | 20 260 (66,0 %) | 33 079 (40,8 %) | 53 339 (47,7 %) |
| Médecin hospitalier | 445 (1,4 %) | 17 149 (21,1 %) | 17 594 (15,7 %) |
| Médecin généraliste | 5 504 (17,9 %) | 9 577 (11,8 %) | 15 081 (13,5 %) |
| Spécialiste non hospitalier | 1 213 (4,0 %) | 5 996 (7,4 %) | 7 209 (6,4 %) |
| Patient lui-même | 2 068 (6,7 %) | 4 443 (5,5 %) | 6 511 (5,8 %) |
| Autres | 774 (2,5 %) | 4 984 (6,1 %) | 5 758 (5,1 %) |
| Médecin conseil | 120 (0,4 %) | 3 213 (4,0 %) | 3 333 (3,0 %) |
| Commission de réforme | 23 (0,1 %) | 1 255 (1,5 %) | 1 278 (1,1 %) |
| Employeur | 25 (0,1 %) | 641 (0,8 %) | 666 (0,6 %) |
| Assistante sociale | 61 (0,2 %) | 355 (0,4 %) | 416 (0,4 %) |
| Médecin du CCPP | 198 (0,6 %) | 179 (0,2 %) | 377 (0,3 %) |
| Fond d'indemnisation Victimes Amiante | 0 (0 %) | 120 (0,1 %) | 120 (0,1 %) |
| Médecin scolaire | 3 (0 %) | 77 (0,1 %) | 80 (0,1 %) |
| Sécurité sociale | 13 (0 %) | 32 (0 %) | 45 (0 %) |
| Total | 30 707 (100 %) | 81 100 (100 %) | 111 807 (100 %) |

Test du Chi² de Pearson / p-value < 0,05.

PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3.

PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3.

Lecture • Les PPRT 2-3 sont adressées dans 66 % des cas par le médecin du travail, alors les PRT 2-3 autres que psychiques le sont dans 40,8 % des cas.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes atteintes de PPRT sont plus souvent des femmes que celles atteintes d'autres PRT (67,5 % contre 32,5 %) [tableau 2].

TABLEAU 2 • Sexe et âge des pathologies psychiques en relation avec le travail 2-3 et des autres pathologies en relation avec le travail

| Genre | PPRT 2-3 | | | PRT 2-3 autres que psychiques | | |
|-------------------|---------------|------------|------------------------|-------------------------------|------------|------------------------|
| | Effectif | % | Moyenne +/- écart-type | Effectif | % | Moyenne +/- écart-type |
| M | 9 995 | 32,5 | 45,1 +/- 9,6 | 55 852 | 68,9 | 54,0 +/- 14,8 |
| F | 20 712 | 67,5 | 44,2 +/- 9,8 | 25 248 | 31,1 | 43,4 +/- 13,2 |
| Sous-total | 30 707 | 100 | 44 +/- 9 | 81 100 | 100 | 50 +/- 15 |

Test du Chi² de Yates / p-value < 0,05.

PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3.

PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3.

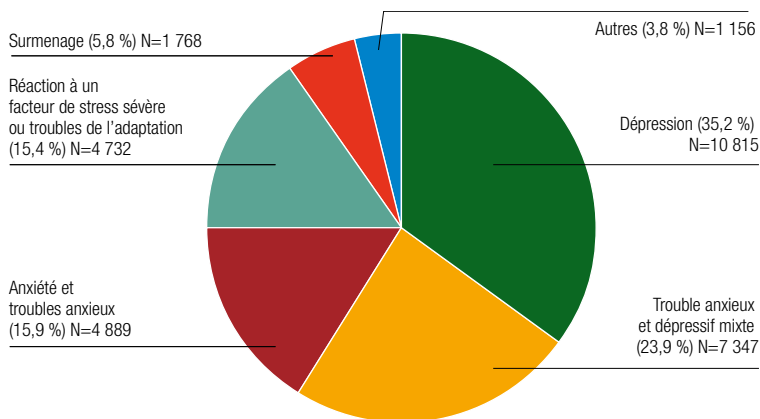
Lecture • 67,5 % des personnes atteintes de PPRT 2-3 sont des femmes, âgées en moyenne de 44,2 ans. 31,1 % des PRT autres que psychiques concernent des femmes, âgées en moyenne de 43,4 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Les hommes et les femmes atteints de PPRT sont en moyenne du même âge, contrairement aux autres PRT où les hommes sont plus âgés (tableau 2).

GRAPHIQUE 2 • Répartition des types de pathologies psychiques en relation avec le travail



Lecture • La dépression représente 10 815 PPRT, soit 35,2 % de l'ensemble des 30 707 PPRT.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Les principales pathologies psychiques

Entre 2001 et 2017, la dépression et les troubles anxieux et dépressifs mixtes représentent 59,1 % des PPRT (**graphique 2**). Parmi les 40,9 % restant, figurent l'anxiété et les troubles anxieux (15,9 %), la réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation (15,4 %) et le surmenage (5,8 %).

Les autres pathologies (3,8 %) comprennent les sévices psychologiques (2,2 %), le vécu difficile du travail (0,4 %), les phobies et troubles phobiques (0,3 %), les troubles de l'humeur (0,3 %), les troubles du sommeil (0,2 %), les troubles somatoformes¹ (0,2 %), et les autres troubles névrotiques (0,2 %).

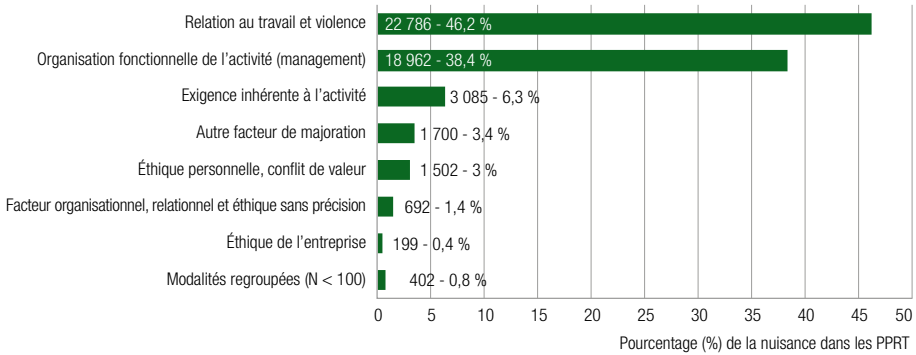
Les principales expositions imputées aux pathologies psychiques en lien avec le travail

Les expositions

Si de nombreuses expositions sont rapportées aux pathologies psychiques en lien avec le travail, deux d'entre elles concernent plus de huit expositions rapportées sur dix (**graphique 3**). La dénomination « la relation au travail et violence », qui représente 46,2 % des expositions, comprend entre autres le vécu de harcèlement moral au travail, la relation vécue comme délétère avec la hiérarchie du fait de critiques permanentes, le manque d'écoute, l'asymétrie de communication, voire la menace implicite de licenciement, la mauvaise qualité de la relation au travail, la violence de la part d'autres salariés de l'entreprise. La dénomination « organisation fonctionnelle de l'activité (management) », qui représente 38,4 % des expositions, comprend essentiellement les changements dans l'organisation et les modalités particulières de management. Il faut noter que plusieurs expositions peuvent être rapportées pour une pathologie, avec en moyenne 1,6 exposition par PPRT.

1. Selon la CIM 10, la caractéristique essentielle de ces troubles est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante. Les symptômes persistent en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations par les médecins selon lesquelles ceux-ci n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

GRAPHIQUE 3 • Répartition des expositions professionnelles parmi les pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3



Lecture • Sur les 49 328 expositions rapportées pour l'ensemble des PPRT 2-3, 22 786 (46,2 %) concernent la relation au travail et la violence et 18 962 (38,4 %) les expositions relatives avec l'organisation fonctionnelle de l'activité (management).

Champ • France métropolitaine.

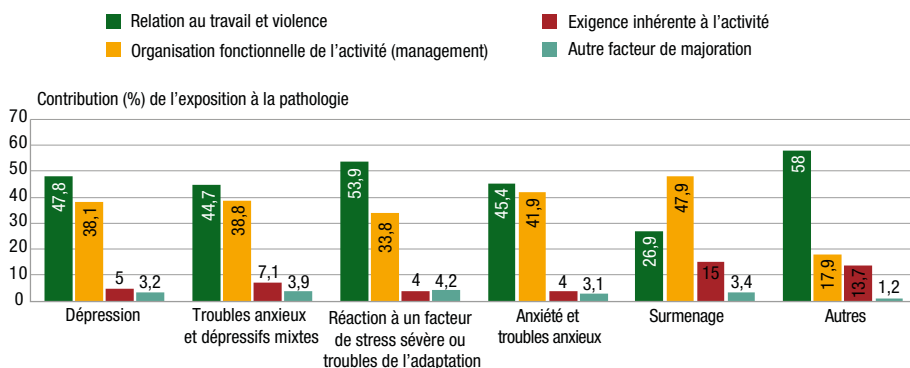
Source • RNV3P 2001-2017.

Les expositions par pathologie

Pour chacune des pathologies, les expositions des catégories « relation au travail et violence » et « organisation fonctionnelle de l'activité » représentent à elles seules près de 75 % des expositions imputées parmi les quatre premières. Relation au travail et violence est l'exposition la plus rapportée parmi les pathologies psychiques, à l'exception du surmenage pour lequel l'organisation fonctionnelle de l'activité est la plus fréquente (graphique 4).



GRAPHIQUE 4 • Répartition des 4 premières expositions professionnelles par pathologie psychique parmi les pathologies en relation avec le travail d'imputabilité 2-3



Lecture • Pour la dépression, 47,8 % des expositions rapportées concernent la relation au travail et la violence, 38,1 % l'organisation fonctionnelle de l'activité, 5 % les exigences inhérentes à l'activité et 3,2 % d'autres facteurs.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Au codage le plus fin du thésaurus des expositions professionnelles, les cinq expositions les plus incriminées diffèrent selon la pathologie.

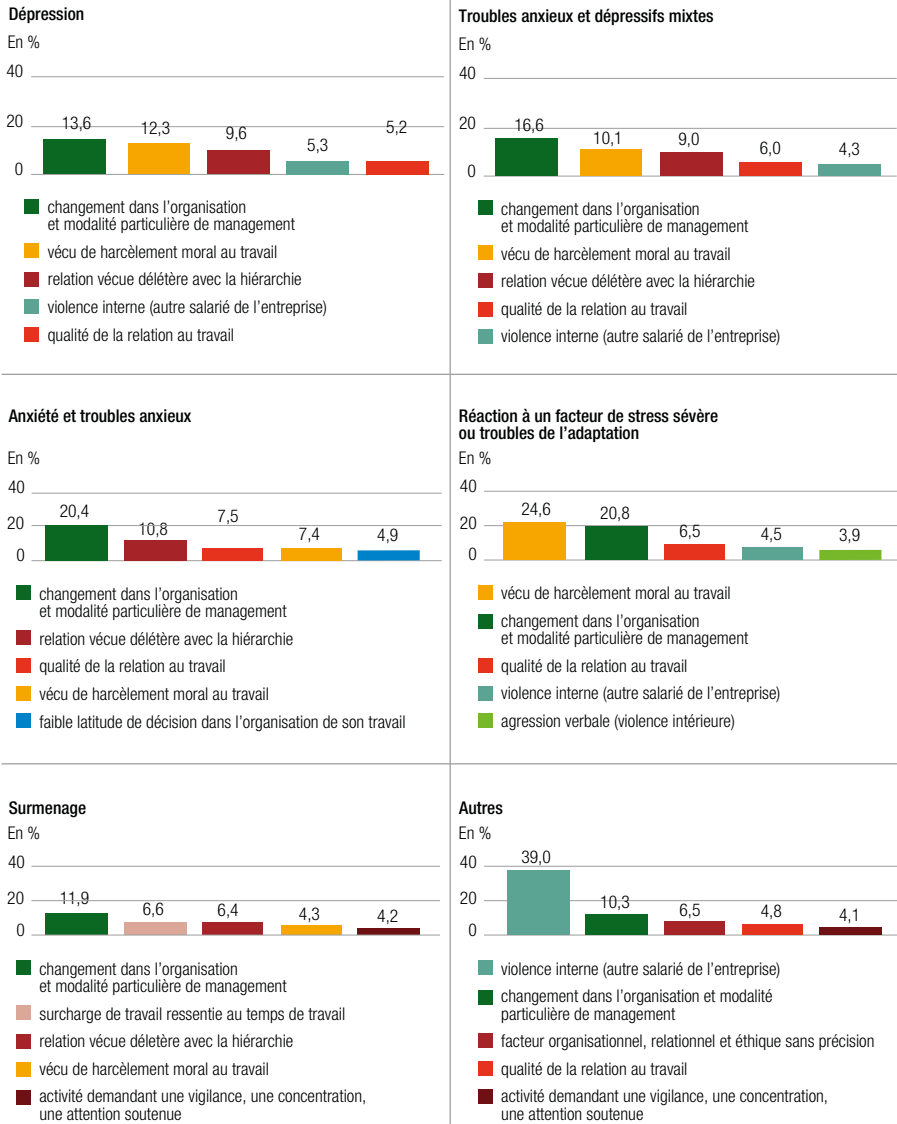
La dépression et les troubles anxieux et dépressifs mixtes partagent la même répartition des expositions (graphique 5).

Certaines expositions sont plus particulièrement retrouvées pour certaines pathologies. Ainsi, la faible latitude de décision dans l'organisation de son travail est plus souvent enregistrée chez les personnes ayant des troubles anxieux, ou souffrant de surmenage. La surcharge de travail ressentie est plus particulièrement retrouvée chez les personnes souffrant de surmenage, le vécu de harcèlement moral chez celles souffrant de réaction à un facteur de stress sévère ou de troubles de l'adaptation.

Les principaux secteurs d'activité concernés

De nombreux secteurs d'activité sont concernés par les pathologies psychiques en lien avec travail (Telle-Lamberton, 2018). Les proportions sont toutefois différentes, comparées aux pathologies autres que psychiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les secteurs d'activité où travaillent les personnes étant très différents selon le sexe, hommes et femmes doivent être analysés séparément.

GRAPHIQUE 5 • Répartition des cinq premières expositions professionnelles au codage le plus fin par pathologie psychique parmi les pathologies psychiques en relation avec le travail 2-3



PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3.

Lecture • Lors du codage des expositions au niveau le plus précis, on observe pour la dépression trois expositions principales : changement dans l'organisation et modalité particulière de management (13,6 %), vécu de harcèlement au travail (12,3 %) et relation vécue délétaire avec la hiérarchie (9,6 %).

Champ • France métropolitaine.

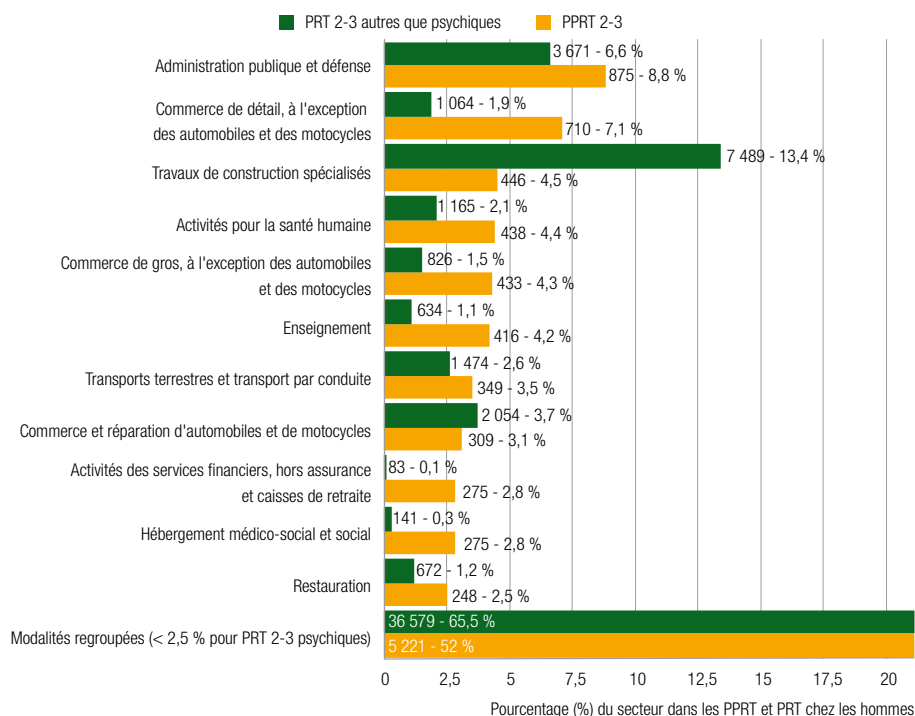
Source • RNV3P 2001-2017.

Chez les hommes

Les principaux secteurs d'activité où travaillent les hommes atteints de PPRT sont celui de la santé et du social ou de l'action sociale (9,1 %, comprenant les secteurs des activités pour la santé humaine, de l'hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement), suivi par les secteurs de l'administration publique et de la défense (8,8 %) et du commerce de détail (7,1 %) [graphique 6].

En comparaison, les principaux secteurs d'activité où travaillent les hommes atteints de PRT autres que psychiques sont ceux des travaux de construction spécialisés (13,4 %), de l'administration publique et de la défense (6,6 %) et de la réparation et installation de machines et d'équipement (6,3 %).

GRAPHIQUE 6 • Répartition par secteur d'activité parmi les pathologies psychiques en relation avec le travail 2-3 comparée aux pathologies en relation avec le travail autres que psychiques 2-3, chez les hommes



PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3 (effectifs : 55 852). PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3 (effectifs : 9 995).

Lecture • Dans le secteur de la construction spécialisée travaillent 4,5 % des hommes atteints de PPRT 2-3 et 13,4 % des hommes atteints de PRT 2-3 autres que psychiques.

Champ • France métropolitaine.

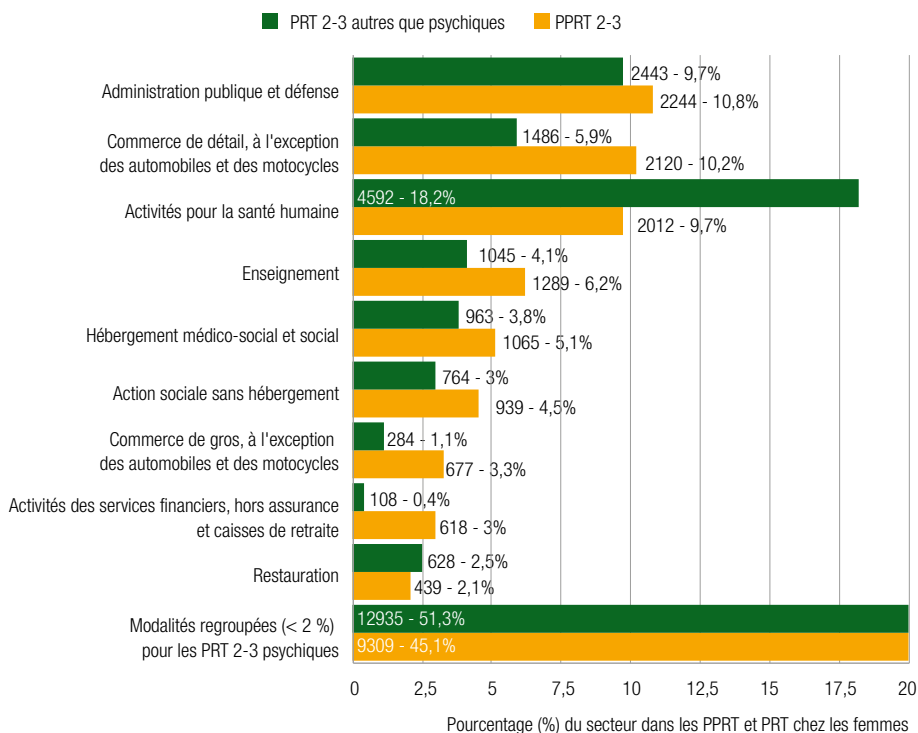
Source • RNV3P 2001-2017.

Chez les femmes

Les principaux secteurs d'activité où travaillent les femmes atteintes de PPRT 2-3 sont celui de la santé et du social ou de l'action sociale (14,5 %), tel que défini plus haut, de l'administration publique et de la défense (10,8 %), du commerce de détail, hors automobiles et motocycles (9,7 %) et de l'enseignement (5,1 %) [graphique 7].

En comparaison, les femmes atteintes de PRT autres que psychiques travaillent essentiellement dans trois secteurs d'activité : celui de la santé et du social ou de l'action sociale (25 %), les autres services personnels (12,2 %, inclus dans « modalités regroupées ») et celui de l'administration publique et de la défense (9,7 %).

GRAPHIQUE 7 • Répartition par secteur d'activité parmi les pathologies psychiques en relation avec le travail 2-3 et les pathologies en relation avec le travail autres que psychiques 2-3, chez les femmes



PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3 (effectifs : 25 248).

PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3 (effectifs : 20 712).

Lecture • Dans le secteur de l'administration et de la défense travaillent 10,8 % des femmes atteintes de PPRT 2-3 et 9,7 % des femmes atteintes de PRT 2-3 autres que psychiques.

Champ • France métropolitaine.

Conclusion et discussion

Bien que non représentatives de l'ensemble des pathologies psychiques liées au travail, les données du RNV3P permettent d'observer, à l'instar des autres organismes comme Santé publique France ou l'Assurance maladie, une tendance à l'augmentation des cas de pathologies psychiques examinées en CCPP. Cette augmentation peut avoir différentes explications, notamment en raison d'évolution des pratiques d'adressage vers les CCPP.

Les femmes restent plus touchées (67,5 %) que les hommes.

Les données du réseau mettent également en évidence des secteurs d'activité plus représentés que d'autres, tels que le secteur de la santé et du social ou de l'action sociale, l'administration publique et la défense, le commerce de détail et l'enseignement.

Toutefois, le codage de la pathologie, des expositions en cause et de leur imputabilité est particulièrement difficile pour les psychopathologies. Il peut varier selon les experts, pour une même situation. La multidisciplinarité, liée à la présence de psychiatres et de psychologues au sein des CCPP aux côtés des spécialistes en santé au travail, permet d'améliorer la qualité du diagnostic et de l'imputabilité des expositions professionnelles. De plus, afin de mieux les décrire, le RNV3P s'est doté d'un groupe de travail qui s'est donné pour axes prioritaires la codification des expositions et l'harmonisation et la standardisation du mode de recueil des pathologies psychiques.

Références bibliographiques

- **Assurance maladie-Risques professionnels.** (2018) *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle* (Santé Travail – Enjeux et actions).
- **Durand-Moreau, Q. et Dewitte, JD.** (2016, décembre). *Apports d'une consultation de pathologie professionnelle dans la prise en charge des risques « dits » psychosociaux. Références en santé au travail*, 148, 73-80.
- **Khiredine, I., Lemaitre, A. et Homere, J. et al.** (2015, 23 juin). *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP, InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 23.
- **Telle-Lamberton, M., Faye, S., Pontin, F. Bensefa-Colas, L., de Clavière, C., Le Barbier, M. et Lasfargues, G.** (2018, octobre). Trends in work-related mental disorders by sector in France. *Occupational Medicine*, 68(7), 431-37.

FICHE 8

Pensées suicidaires en population active occupée en 2017

*Pauline Delézire, Virginie Gigonzac, Laurence Chérié-Challine,
Imane Khireddine-Medouni (Santé publique France)*

Si les taux de suicide les plus élevés concernent les chômeurs, plusieurs études en France et au niveau international ont montré que les personnes travaillant dans certains secteurs d'activité, tels que l'agriculture, la santé et l'action sociale, ainsi que les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont les plus exposées à un risque de décès par suicide.

Il existe des liens importants entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide. Les pensées suicidaires sont un facteur de risque important du suicide accompli, mais également la manifestation d'une souffrance psychique profonde. L'étude de leurs taux de prévalence et des facteurs qui leur sont associés, notamment dans la population active occupée, apparaît nécessaire pour en améliorer la prévention.

Cette fiche présente, à partir des données du Baromètre 2017 de Santé publique France, les taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les actifs occupés¹ en France métropolitaine, les raisons attribuées à ces pensées, et les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la présence de pensées suicidaires.

Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les actifs occupés

La population d'étude comprend 14 536 personnes actives occupées, dont 51 % d'hommes. En 2017, 3,8 % des actifs occupés déclarent avoir eu des pensées

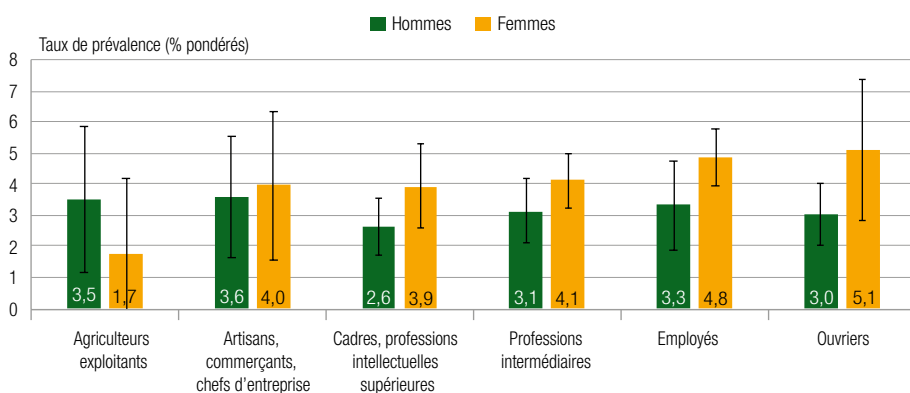
1. Les actifs occupés sont définis par les personnes qui occupent un emploi.

suicidaires au cours des 12 derniers mois². Le taux de prévalence des pensées suicidaires est significativement plus élevé chez les femmes (4,5 %) que chez les hommes (3,1 %). Concernant l'âge, il n'y a pas de différence statistiquement significative quel que soit le sexe.

Les hommes travaillant à leur compte sont plus fréquemment sujets aux pensées suicidaires que les salariés (4,3 %, contre 2,8 %). Les personnes ayant des revenus inférieurs à 1 500 euros par mois présentent des taux de prévalence de pensées suicidaires significativement plus élevés (7,7 % chez les femmes et 4,8 % chez les hommes).

Chez les femmes, comme chez les hommes, les taux de prévalence des pensées suicidaires ne sont pas significativement différents selon la catégorie socioprofessionnelle. Toutefois, un gradient social croissant, allant des cadres aux ouvrières, semble exister dans la population des femmes salariées (**graphique 1**), les cadres étant moins touchées (3,9 %) et les ouvrières plus touchées (5,1 %). Chez les hommes, les pensées suicidaires sont plus couramment rapportées parmi les agriculteurs exploitants (3,5 %) et parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (3,6 %).

GRAPHIQUE 1 • Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés selon la catégorie sociale et le sexe en 2017



Lecture • En 2017, 5,1 % des femmes ouvrières ont présenté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

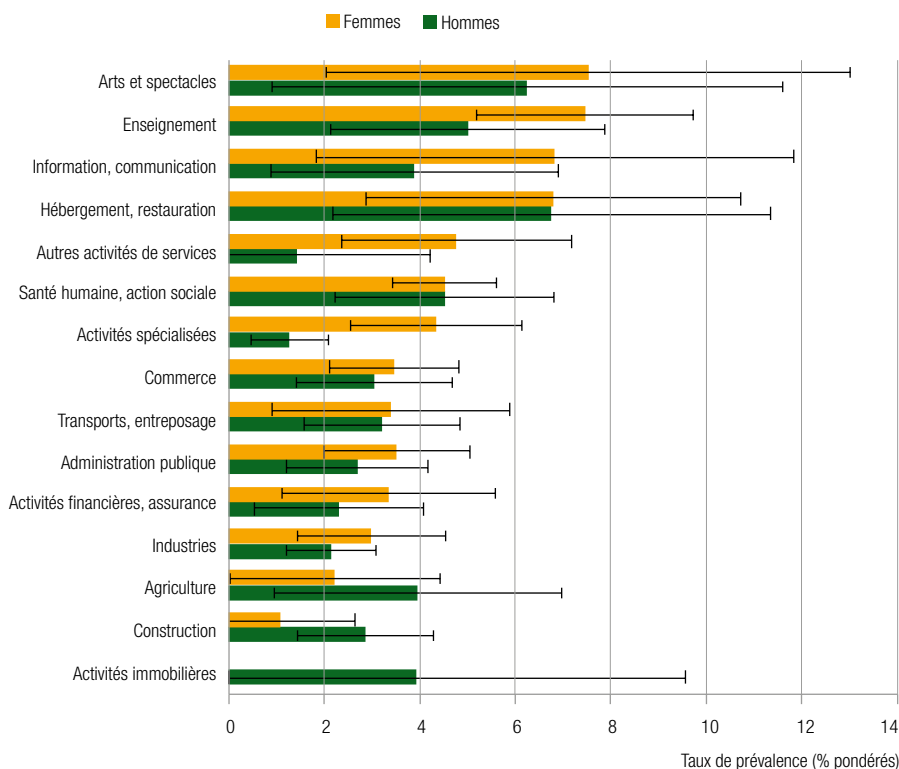
Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

2. Ce taux de 3,8 % (IC à 95 % = [3,4 ; 4,1]) produit à partir du Baromètre santé 2017 semble légèrement différer de celui établi dans la fiche 5 à partir de l'enquête CT-RPS de la Dares en 2016 (5,3 %) IC à 95 % = [4,7 ; 5,9]. Malgré une formulation identique de la question sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, les différences de contexte de passation de l'enquête (enquête santé en population générale *versus* enquête sur les conditions de travail), de protocole d'enquête et la place de la question dans le questionnaire peuvent expliquer des niveaux de réponse légèrement différents. La comparaison des deux taux n'est donc pas pertinente. Néanmoins, les deux enquêtes permettent d'analyser l'impact de facteurs professionnels différents.

Par ailleurs, les taux de prévalence des pensées suicidaires varient de façon significative selon le secteur d'activité (**graphique 2**). Les hommes travaillant dans les secteurs de l'hébergement, de la restauration (6,8 %), des arts et spectacles (6,3 %) et de la santé humaine/action sociale (4,5 %) présentent les taux de prévalence les plus élevés. Chez les femmes, les secteurs les plus concernés par les pensées suicidaires au cours de l'année sont les arts et spectacles (7,5 %), l'enseignement (7,5 %), l'information, communication (6,8 %) et l'hébergement, restauration (6,8 %).

GRAPHIQUE 2 • Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés selon le secteur d'activité et le sexe en 2017



Lecture • En 2017, 7,5 % des femmes travaillant dans le secteur des arts et spectacles ont présenté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Raisons attribuées aux pensées suicidaires en population active occupée

Une personne sur deux attribue ses pensées suicidaires à une seule raison. Pour 45 % des hommes actifs, les raisons professionnelles sont les premières invoquées. De plus, un homme sur cinq attribue exclusivement ses pensées à des raisons professionnelles. Chez les femmes actives, les raisons professionnelles arrivent en 3^e position, après les raisons familiales et sentimentales et concernent 34,7 % d'entre elles. Pour une femme sur huit, les raisons professionnelles sont citées de façon exclusive.

Associations entre l'exposition à des facteurs professionnels et la présence de pensées suicidaires

L'étude des associations entre la présence de pensées suicidaires et l'exposition à des facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois est réalisée à partir de régressions logistiques multivariées permettant de calculer des *odds ratio* et leurs intervalles de confiance³. Chaque facteur professionnel est étudié indépendamment en tenant compte de l'âge de la personne, de sa catégorie socioprofessionnelle (PCS), de son secteur d'activité, de son statut d'emploi et de ses revenus. Les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont ainsi associées au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi et d'avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations. De plus, les pensées suicidaires sont associées au fait d'avoir traversé une période de chômage supérieure à 6 mois au cours des 12 derniers mois (tableau 1).

Synthèse

Cette étude permet d'estimer que le taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans la population active occupée en France est de 3,8 % en 2017. Par ailleurs, elle révèle que près d'un homme sur deux et près d'une femme sur trois attribuent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles. Enfin, cette étude montre l'existence d'associations entre le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et les expositions aux menaces verbales, humiliations et intimidations au travail, au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi et au fait d'avoir traversé une période de chômage supérieure à 6 mois au cours des 12 derniers mois.

3. Lorsque l'*odds ratio* et la borne inférieure de l'intervalle de confiance sont supérieurs à 1 pour un facteur professionnel donné, cela signifie que la présence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est plus fréquente parmi les personnes exposées à ce facteur professionnel (par exemple la peur de perdre son emploi) que parmi les personnes non exposées.

TABLEAU 1 • Facteurs professionnels associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés par sexe en 2017

| Facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|------------------------|-------------|-----------------|----------------|------------------------|-------------|
| | PS ¹ | N ² | OR ajusté ³ | IC 95 % | PS ¹ | N ² | OR ajusté ³ | IC 95 % |
| Facteurs psychosociaux au travail | | | | | | | | |
| Victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation | 37 | 512 | 2,67 | [1,81-3,92] | 68 | 604 | 3,12 | [2,34-4,15] |
| Avoir eu peur de perdre son emploi | 62 | 813 | 3,60 | [2,59-4,99] | 95 | 857 | 3,15 | [2,42-4,09] |
| Événement professionnel indésirable | | | | | | | | |
| Avoir connu une longue période de chômage de plus de 6 mois | 16 | 283 | 1,87 | [1,07-3,30] | 24 | 303 | 1,56 | [1,00-2,46] |

PS : pensées suicidaires ; OR : *odds ratio* ; IC : intervalle de confiance.

1. Effectif exposé au facteur professionnel et ayant eu des pensées suicidaires.
2. Effectif exposé au facteur professionnel.
3. Odds ratio ajusté sur l'âge, la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS), le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus ; IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %. Chaque facteur professionnel était introduit dans un modèle indépendant.

Lecture • En 2017, les hommes ayant eu peur de perdre leur emploi rapportaient plus souvent la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois que les hommes n'ayant pas eu cette crainte.

Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Référence bibliographique

- Delézire, P., Gigonzac, V., Chérié-Challine, L., Khireddine-Medouni, I. (2019). Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 3-4, 65-73.

FICHE 9

Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale

Justine Klingelschmidt, Jean-François Chastang, Imane Khireddine-Medouni, Laurence Chérié-Challine, Isabelle Niedhammer (Santé publique France-Inserm)

En France, exploitants et salariés agricoles sont affiliés à un régime de protection sociale obligatoire : la Mutualité sociale agricole (MSA). Les salariés affiliés à la MSA constituent une population hétérogène qui occupe des emplois relevant du secteur agricole mais également d'autres secteurs d'activité en lien avec le monde agricole (secteur secondaire en particulier dans la construction, secteur tertiaire avec notamment les assurances, les banques et l'enseignement).

Un excès de mortalité par suicide des travailleurs du secteur agricole a été mis en évidence dans la littérature épidémiologique internationale. En France, la mortalité par suicide des exploitants agricoles a été étudiée dans le cadre d'une collaboration entre Santé publique France et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA). Les résultats portant sur les années 2007 à 2011 montraient une surmortalité par suicide entre 2008 et 2010 chez les hommes exploitants agricoles par rapport à la population générale. Cette surmortalité était particulièrement marquée chez les éleveurs bovins (lait et viande) âgés de 45 à 54 ans (ONS, 2018, fiche 4). En revanche, aucune étude n'avait été menée sur la mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA.

Dans ce contexte, Santé publique France, l'Institut de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la CCMSA se sont associés pour mener une étude sur la mortalité par suicide de cette population. Ce partenariat s'inscrit dans le Plan de prévention du suicide dans le monde agricole (2016-2020). La mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA en activité, entre 2007 et 2013, est décrite et comparée à celle de la population générale française¹.

1. Les résultats ne concernent que les salariés agricoles en France métropolitaine.

Description des suicides en cours de contrat

Entre 2007 et 2013, on dénombre 692 suicides survenus en cours de contrat chez les salariés affiliés à la MSA, 613 chez les hommes et 79 chez les femmes, ce qui correspond à des taux de décès standardisés sur l'âge de 22,4 pour 100 000 personnes-années (PA)² pour les hommes et 4,0 pour 100 000 PA pour les femmes. Le mode opératoire de suicide le plus courant, chez les hommes comme chez les femmes, est la pendaison (65,7 % des suicides pour les hommes, 54,4 % pour les femmes). Chez les hommes, le deuxième mode opératoire le plus fréquent est le suicide par armes à feu (18,4 %), alors qu'il ne représente qu'une très faible proportion chez les femmes (1,3 %). Le deuxième mode opératoire chez les femmes est l'intoxication médicamenteuse volontaire (19 %) qui n'est retrouvée que dans 3,4 % des suicides masculins (tableau 1).

TABLEAU 1 • Répartition des suicides chez les salariés affiliés à la MSA âgés de 15 à 64 ans en fonction du mode opératoire utilisé, selon le genre, entre 2007 et 2013

| Mode de suicide | Hommes | | Femmes | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Intoxication médicamenteuse volontaire | 21 | 3,4 | 15 | 19,0 |
| Auto-intoxication par autres produits (alcool, produit chimique, pesticides et gaz) | 12 | 2,0 | 1 | 1,3 |
| Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et asphyxie | 403 | 65,7 | 43 | 54,4 |
| Lésion auto-infligée par submersion (noyade) | 13 | 2,1 | 6 | 7,6 |
| Lésion auto-infligée par armes à feu ou explosifs | 113 | 18,4 | 1 | 1,3 |
| Lésion auto-infligée par instrument tranchant contondant (phlébotomie) | 3 | 0,5 | 1 | 1,3 |
| Lésion auto-infligée par saut dans le vide | 13 | 2,1 | 4 | 5,0 |
| Lésion auto-infligée par collision intentionnelle | 12 | 2,0 | 3 | 3,8 |
| Lésion auto-infligée par moyens autres ou non précisés | 23 | 3,8 | 5 | 6,3 |
| Total | 613 | 100 | 79 | 100 |

Lecture • 65,7 % des suicides chez les hommes ont pour mode opératoire la pendaison.

Champ • France métropolitaine.

Source • Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

2. La statistique personne-année est calculée comme suit : pour chaque individu, la date de début de suivi est la date de début du premier contrat au sein de la MSA durant la période d'étude (1^{er} janv. 2007-31 déc. 2013). La date de fin de suivi est soit la date de fin du dernier contrat, soit la date du décès. Seules les périodes d'activité contribuent au comptage des personnes-années.

Ratios standardisés de mortalité par suicide en cours de contrat

Entre 2007 et 2013, le nombre de suicides observé dans la population des salariés de la MSA en activité est inférieur à celui attendu en population générale : ratio standardisé de mortalité (SMR)³ = 0,81 [0,75-0,88] chez les hommes et SMR = 0,46 [0,37-0,58] chez les femmes (**tableau 2**). En d'autres termes, chez les hommes, la mortalité par suicide observée chez les salariés affiliés à la MSA en activité au cours de la période d'étude est de 19 % inférieure à celle que l'on aurait observée si la population d'étude présentait la même mortalité par sexe et par classe d'âge que la population générale française. Cette sous-mortalité est de 54 % chez les femmes. La sous-mortalité par suicide est observée pour presque toutes les années, mais n'est pas toujours statistiquement significative. Les analyses par classe d'âge retrouvent une sous-mortalité par suicide dans toutes les classes d'âge, statistiquement significative dans les classes d'âge les plus élevées, pour les hommes comme pour les femmes. L'analyse des SMR par type d'activité montre soit une sous-mortalité par suicide dans certains types d'activité, par exemple « organismes professionnels agricoles » pour les deux sexes, « cultures et élevages » et « coopération » pour les femmes uniquement, soit une absence de différence dans la mortalité par suicide par rapport à la population générale (**encadré 1**).

ENCADRÉ 1 - LES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Le type d'activité a été renseigné par une variable de nomenclature interne à la Caisse centrale de la MSA, la « catégorie de risque », construite à partir d'un regroupement d'activités pertinentes au regard des secteurs couverts par la MSA. Elle comporte 38 modalités qui ont été regroupées en sept grands groupes : cultures et élevages, travaux forestiers, entreprises de travaux (par exemple, entreprises de travaux agricoles et entreprises paysagistes), entreprises artisanales rurales (artisans dont l'activité concourt à la satisfaction des besoins professionnels des agriculteurs), coopération (par exemple, stockage et conditionnement de produits agricoles, abattage, découpe, désossage, conserverie de la viande), organismes professionnels agricoles (par exemple, Mutualité agricole et Crédit agricole), activités diverses (par exemple, personnel enseignant de certains établissements privés techniques agricoles).

3. La mortalité par suicide des salariés de la MSA est comparée à celle de la population générale française en calculant des ratios standardisés de mortalité (SMR) et leurs intervalles de confiance à 95 % [IC 95 %]. Si le SMR vaut 1, la mortalité dans la population des salariés de la MSA est comparable à celle de la population générale ; si le SMR et la borne supérieure de l'intervalle de confiance sont inférieurs à 1, la mortalité est plus faible chez les salariés de la MSA ; si le SMR et la borne inférieure de l'intervalle de confiance sont supérieurs à 1, elle est plus forte. Les calculs de ces SMR reposent exclusivement sur la classe d'âge et le sexe.

TABLEAU 2 • Ratios standardisés de mortalité par suicide chez les salariés affiliés à la MSA âgés de 15 à 64 ans par genre, année, classe d'âge et type d'activité, entre 2007 et 2013

| | Hommes (613 suicides) | Femmes (79 suicides) |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | SMR (IC 95 %) | SMR (IC 95 %) |
| Total | 0,81 (0,75-0,88) | 0,46 (0,37-0,58) |
| Année | | |
| 2007 | 0,94 (0,77-1,14) | 0,66 (0,38-1,03) |
| 2008 | 0,73 (0,58-0,91) | 0,50 (0,27-0,83) |
| 2009 | 0,77 (0,61-0,94) | 0,24 (0,09-0,49) |
| 2010 | 0,60 (0,46-0,75) | 0,55 (0,30-0,90) |
| 2011 | 0,84 (0,68-1,03) | 0,46 (0,23-0,79) |
| 2012 | 0,80 (0,63-0,98) | 0,32 (0,13-0,62) |
| 2013 | 1,03 (0,84-1,24) | 0,52 (0,23-0,90) |
| Classe d'âge | | |
| 15-19 ans | 0,80 (0,35-1,51) | * |
| 20-24 ans | 0,92 (0,65-1,24) | * |
| 25-29 ans | 0,88 (0,66-1,14) | * |
| 30-34 ans | 0,83 (0,62-1,07) | 0,83 (0,38-1,52) |
| 35-39 ans | 0,89 (0,71-1,10) | 0,83 (0,46-1,33) |
| 40-44 ans | 0,84 (0,68-1,02) | 0,28 (0,12-0,53) |
| 45-49 ans | 0,80 (0,66-0,97) | 0,50 (0,29-0,79) |
| 50-54 ans | 0,85 (0,69-1,02) | 0,38 (0,20-0,63) |
| 55-59 ans | 0,62 (0,46-0,80) | 0,48 (0,25-0,81) |
| 60-64 ans | 0,44 (0,19-0,83) | * |
| Type d'activité | | |
| Cultures et élevages | 0,94 (0,82-1,07) | 0,41 (0,26-0,61) |
| Travaux forestiers | 1,19 (0,85-1,59) | * |
| Entreprises de travaux | 0,93 (0,74-1,15) | 0,99 (0,32-2,18) |
| Entreprises artisanales rurales | 1,37 (0,50-2,82) | * |
| Coopération | 0,89 (0,74-1,06) | 0,45 (0,20-0,81) |
| Organismes professionnels agricoles | 0,46 (0,35-0,58) | 0,51 (0,36-0,70) |
| Activités diverses | 0,62 (0,30-1,10) | * |
| Pluri-activités | 0,65 (0,50-0,82) | * |

* Résultat non présenté car effectif des suicides observés < 5.

SMR : ratio standardisé de mortalité. IC : intervalle de confiance.

Note • Les résultats significatifs sont en gras.

Lecture • Chez les hommes, la mortalité par suicide observée chez les salariés affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013 était de 19 % inférieure à celle que l'on aurait observée si la population d'étude présentait la même mortalité par sexe et par classe d'âge que la population générale française.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

La sous-mortalité observée chez les salariés de la MSA en comparaison avec la population générale peut être liée en partie à un ensemble d'effets de sélection par la santé (effet travailleur sain), qui traduit le fait que les personnes n'étant pas en état de travailler (personnes atteintes de pathologies chroniques par exemple) ou sorties de l'emploi pour des raisons de santé sont, de fait, exclues de la population en activité professionnelle. L'état de santé de la population des travailleurs est donc, en moyenne, meilleur que celui de la population générale.

La définition de la population d'étude (la population « en activité ») et le groupe de comparaison (la population générale) étant similaires dans la présente étude et celle menée sur les exploitants agricoles, la comparaison des résultats est possible pour les années communes aux deux études (2007-2011). L'absence de surmortalité par suicide chez les salariés, y compris lorsqu'on restreint la population à celle des salariés du secteur agricole strictement, suggère donc que les exploitants auraient un risque de décès par suicide plus élevé que la population de cette étude.

Synthèse

Les résultats montrent chez les hommes comme chez les femmes, une sous-mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013 par rapport à la population générale de même sexe et de même âge⁴. Cette sous-mortalité est retrouvée quasiment pour toutes les années, classes d'âge et types d'activité, même si les SMR ne sont pas toujours significatifs. Elle s'explique par un effet travailleur sain, souvent observé dans les populations au travail. Ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure à l'absence d'une surmortalité de certains groupes de ces salariés vis-à-vis du suicide. Les prochains travaux viseront précisément à étudier les variations de risque de décès par suicide au sein de la population des salariés du régime agricole.

Références bibliographiques

- Klingelschmidt, J., Chastang, J.-F., Khireddine-Medouni, I., Chérié-Challine, L., Niedhammer, I. (2018). Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. *Bull. Épidémiol. Hebd.*, 27, 549-55
- Observatoire national du suicide (2018, février). *Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport*. Paris, France : DREES. Fiche 4.

4. Des résultats différents seraient sans doute obtenus si on ajoutait d'autres variables pertinentes (niveau de diplôme, de revenu, etc.), mais on réduirait les effectifs dans chaque sous-population et on limiterait les possibilités de comparer les écarts entre les salariés agricoles et la population générale.

FICHE 10

La prévention du suicide en milieu agricole

Anne-Marie Soubielle (Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation)

La préoccupation du gouvernement français de favoriser une meilleure prise en compte des risques psychosociaux s'inscrit dans la politique de santé au travail dès 2008, invitant les partenaires sociaux à s'emparer de cette problématique. Pour le secteur agricole, l'accord du 23 décembre 2008 relatif aux conditions de travail en agriculture – signé par les organisations professionnelles représentatives du secteur et les organisations syndicales de salariés agricoles – définit le stress au travail et propose des actions de prévention dans les entreprises agricoles. Ces actions s'appuient sur les indicateurs faisant référence pour la prévention des risques psychosociaux : exigence du travail, exigences émotionnelles, autonomie / marges de manœuvre, rapports sociaux, relations de travail, conflits de valeurs et insécurité économique (Gollac et Bodier, 2011). Toutefois, face au nombre important d'actes suicidaires en milieu agricole, le gouvernement s'est mobilisé plus spécifiquement autour de la prévention du suicide et du syndrome d'épuisement professionnel.

La mobilisation gouvernementale depuis 2011

En 2011, le ministre chargé de l'agriculture a confié à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) la mission de mettre en place un plan national d'actions contre le suicide. Le premier axe consistait à mieux connaître les données chiffrées de la mortalité par suicide dans le milieu agricole ; le deuxième, à mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse et le troisième, à créer des cellules de prévention dans chaque caisse de Mutualité sociale agricole (MSA) pour repérer et accompagner les agriculteurs en difficulté (voir fiche 11).

Ces actions ont été intégrées au programme national d'actions contre le suicide (PNACS 2011-2014) piloté par la ministre chargée de la santé. Dans ce cadre, le partenariat entre la CCMSA et Santé publique France a permis de produire les données de mortalité par suicide des exploitants agricoles et une analyse socioprofessionnelle des agriculteurs concernés pour la période 2007-2011. Une synthèse de ces résultats a été présentée dans le troisième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS, 2018).

Pour la période 2016-2020, les actions de prévention du suicide et en faveur de la santé mentale se sont poursuivies et renforcées.

- D'une part, le troisième plan santé au travail (PST 3) a pour ambition de renouveler profondément la politique visant à la préservation de la santé physique et mentale des travailleurs. Ce plan mobilise tous les services de l'État, les partenaires sociaux, la Sécurité sociale, les organismes et acteurs de la prévention. Il donne la priorité à la prévention en se tournant résolument vers une approche positive du travail, facteur de santé. Un des objectifs prioritaires est de « renforcer la prévention du burn out ou syndrome d'épuisement professionnel ». En particulier, l'action 1.20 du plan prévoit d'améliorer la connaissance de ce syndrome et d'élaborer des supports opérationnels à destination des médecins du travail, des médecins généralistes et autres professionnels de santé.
- D'autre part, au vu de l'évaluation du premier plan d'actions mis en œuvre par la MSA et de la demande croissante d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des situations de détresse exprimée par les travailleurs agricoles, non salariés et salariés, le ministre chargé de l'agriculture a approuvé la poursuite du plan national de prévention du suicide de la MSA pour la période 2016-2020 (voir fiche 11). En particulier, Santé publique France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la CCMSA se sont associés pour mener une étude sur la mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA (voir fiche 9).

Par ailleurs, l'exploitation des données de la cohorte Coset-MSA devrait permettre d'ajuster les mesures de prévention des facteurs psychosociaux de risques au travail et d'épuisement professionnel. En effet, les premiers résultats de la phase pilote de cette cohorte chez les actifs agricoles de cinq départements en 2010, concernant la prévalence de la symptomatologie dépressive selon des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et selon les expositions aux facteurs professionnels psychosociaux, ont été publiés en février 2019 (Khireddine-Medouni *et al.*, 2019). Cette étude épidémiologique permet de compléter les informations sur les revenus des actifs agricoles, leurs activités professionnelles complémentaires, l'état de santé de la population d'étude ou les éventuelles expositions à des facteurs professionnels psychosociaux. L'échantillon d'analyse comprenait 2 185 individus, dont 1 363 hommes et 822 femmes.

Il apparaît que, chez les salariés agricoles, 14,7 % d'hommes et 21,2 % de femmes présentent une symptomatologie dépressive, sans différence statistiquement significative selon la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur économique. Les symptômes dépressifs concernent, chez les agriculteurs exploitants, 15,3 % des hommes et 18,4 % des femmes. La prévalence de la symptomatologie dépressive des éleveurs bovins-lait et bovins-viande ne semble pas supérieure à celle de l'ensemble des agriculteurs exploitants, alors qu'une surmortalité par suicide chez les hommes de ces deux secteurs par rapport à la population générale masculine d'âge similaire avait été mise en évidence entre 2008 et 2010 (ONS, 2018, fiche 4).

Un renforcement des dispositifs de prévention par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

Les dispositifs d'aides sociales

Fin 2016, l'agriculture française connaît un contexte extrêmement dégradé : problèmes sanitaires, événements climatiques exceptionnels et crises de marché affectant la plupart des filières. Cette situation a entraîné, outre une grande fragilité économique, une détresse psychologique chez certains exploitants. L'accroissement du nombre de prestations de remplacement temporaire des agriculteurs en situation d'épuisement professionnel devenait indispensable.

Un dispositif d'aide au répit pour les exploitants agricoles en situation de burn out ou d'épuisement professionnel a ainsi été créé dans le cadre du Pacte gouvernemental de solidarité du 4 octobre 2016. Une enveloppe exceptionnelle de 4 millions d'euros a été allouée pour l'année 2017 à la CCMSA pour financer, en complément des crédits d'action sanitaire et sociale traditionnels, le coût du remplacement des exploitants agricoles victimes d'épuisement professionnel. L'évaluation de l'utilité de ces aides, menée en 2018, a permis de les consolider et de les renforcer. Elles resteront inscrites dans le programme d'actions du fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de la MSA en 2019 et 2020.

Tous les agriculteurs étaient potentiellement concernés par cette mesure, que leur secteur d'activité soit en crise ou non, dès lors que la situation d'épuisement professionnel était attestée par un travailleur social ou par la production d'un certificat établi par un médecin ou un psychologue. L'aide, répartie entre les 35 caisses locales de MSA, était destinée à financer l'intervention d'un service de remplacement ou l'embauche directe d'un salarié, afin de soulager l'exploitant et lui permettre de prendre du repos hors de son exploitation. Cette aide, d'une durée maximale de 7 jours ou exceptionnellement 10 jours pour certains projets, était renouvelable selon les situations. En 2017, 3 560 exploitants agricoles ont pu bénéficier de 28 390 jours de remplacement, pour un montant total de 4,4 millions d'euros. Au 31 août 2018, la MSA avait accompagné près de 1 700 salariés et exploitants agricoles, pour un montant de près de 2,1 millions d'euros, sur les 3,5 millions prévus.

Les dispositifs d'aides économiques

La faiblesse des prix de vente auxquels sont soumis les agriculteurs est une préoccupation constante du gouvernement ainsi que, plus globalement, les relations entre la production agricole, les industriels et les distributeurs. Ainsi, une instruction technique, adressée aux préfets de département fin décembre 2017, instaure un partenariat plus étroit entre les chambres d'agriculture et les services économiques

des services déconcentrés du ministère de l'Agriculture qui, grâce à des signaux d'alerte d'un réseau de sentinelles, favorise le repérage le plus en amont possible des situations difficiles et propose la prise en charge d'un audit économique aux chefs d'entreprise.

Fin août 2018, deux départements sur trois ont installé une cellule d'accompagnement associant la chambre d'agriculture, l'organisme départemental pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (ODASEA), les centres de gestion administrative et comptable au sein des chambres d'agriculture et les associations. Elle est chargée, d'une part, de procéder à l'examen de l'ensemble des problèmes économiques, financiers et sociaux auxquels sont confrontés les agriculteurs en difficulté qui formulent une demande d'aide et, d'autre part, de proposer des solutions adaptées à chaque cas particulier. L'identification des exploitations en difficulté est réalisée avec les différents créanciers (coopératives, banques, caisses de la Mutualité sociale agricole, etc.) sur la base des retards de paiements. Les informations sont ensuite anonymisées et chaque cellule désigne, au cas par cas, le partenaire, interlocuteur neutre, le plus à même d'établir un contact avec l'agriculteur. Un bilan qualitatif de cette mesure est prévu.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs au sein des territoires a favorisé le succès de ces dispositifs

Les branches professionnelles se sont également emparées de l'enjeu de la prévention du suicide. Plusieurs réseaux se sont créés.

Le réseau Agri-Sentinelles : un réseau national et coopératif d'alerte et de prévention du suicide des agriculteurs : Repérer, Alerter, Agir

Le réseau Agri-Sentinelles est un projet piloté par Alice (union de coopératives d'élevage) et Coop de France (représentant de la coopération agricole) et animé par l'Institut de l'élevage (institut technique de référence en matière d'élevage de ruminants). Il a reçu le soutien financier du ministère de l'Agriculture *via* le compte d'affectation spéciale « Développement agricole et rural » (CASDAR) qui est un levier pour accompagner la transition agro-écologique. L'objectif de ce réseau de techniciens et de conseillers, dont l'animation technique est assurée par l'Institut de l'élevage, est de créer une synergie entre les dispositifs d'accompagnement des éleveurs existants et les acteurs agricoles qui agissent sur le terrain.

De nombreux dispositifs d'accompagnement existent déjà dans les territoires mais ne sont pas toujours connus de l'ensemble des professionnels qui côtoient les éleveurs au quotidien. Or, ces acteurs sont souvent les premiers témoins des situations de fragilité traversées par les éleveurs. Ceux qui le souhaitent, salariés du

réseau coopératif et au-delà, pourront jouer un rôle de sentinelle des situations de détresse, en aidant les éleveurs concernés à se diriger vers un dispositif d'accompagnement adapté ou en lançant l'alerte. La relation humains-animaux est au cœur du dispositif, le non-respect des règles relatives au bien-être animal pouvant être un indicateur du mal-être de l'exploitant. De très nombreuses organisations agricoles sont d'ores et déjà partenaires du projet et contribuent à la construction du réseau. Il s'agit également de conforter le lien social des éleveurs sur leur territoire, en exploitant le couple salariés/éleveurs adhérents de la coopérative pour contribuer à rompre leur isolement.

Solidarité Paysans

En 1992, différentes associations de défense des agriculteurs décident de faire réseau et de se regrouper en une association nationale, Solidarité Paysans. Celle-ci est soutenue par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. Ce réseau de 35 associations locales s'est donné pour mission d'accompagner et de défendre les agriculteurs et leur famille en difficulté financière, de lutter contre les exclusions dont ils peuvent être victimes et de conforter leur autonomie. Dans la recherche de solutions, Solidarité Paysans représente les agriculteurs face aux différents créanciers et organismes publics ou privés. Au niveau national, Solidarité Paysans apporte les informations et les moyens de développement nécessaires pour lutter contre l'exclusion, harmoniser les pratiques d'accompagnement, valoriser et relayer l'action du réseau auprès des instances nationales pour la défense collective des agriculteurs en difficulté.

Un dossier complet d'information est consacré au mal-être des paysans. La brochure « Les difficultés en agriculture, parlons-en ! » est également disponible sur le Web¹. Elle permet de faire connaître de façon très fine les situations et de déculpabiliser les agriculteurs confrontés à ces problèmes au cours de leur vie professionnelle.

Renforcer les études et recherches

Le ministère chargé de l'agriculture soutient également en 2019 une étude portant sur la précarité professionnelle et la souffrance au travail. Elle permettra de constituer une synthèse de la littérature scientifique et une analyse des concepts appropriés à l'approfondissement de cette problématique au regard des particularités du milieu agricole. Ce questionnement des concepts permettant de corréliser les situations professionnelles et les décompensations mentales (affections mentales et conduites suicidaires) sera présenté aux partenaires sociaux, membres de la

1. Voir le site : solidaritepaysans.org, rubrique Zoom sur les difficultés en agriculture parlons-en. <http://www.solidaritepaysans.org/parlons-difficultes/index.html>

Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture, chargée de l'élaboration et la révision des tableaux des maladies professionnelles applicables aux salariés et non-salariés agricoles.

Références bibliographiques

- **Gollac, M., Bodier, M.** (dir.) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande de la Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
- **Khiredine-Medouni, I., Rabet, G., Deschamps, G., Geoffroy-Perez, B.** (2019). Prévalence de la symptomatologie dépressive et exposition aux facteurs professionnels psychosociaux chez les actifs affiliés à la MSA de 5 départements en 2010 : résultats de la phase pilote de la cohorte Coset-MSA. *Bull. Epidemiol. Hebd.* 7, 128-136.
- **Observatoire national du suicide** (2018, février). *Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport.* Paris, France : DREES.

FICHE 11

Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole

Véronique Maeght Lenormand, Mathias Tourne (CCMSA)

Le plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole (MSA) 2011-2014 est le volet du programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole. Le plan national MSA 2016-2020 se décline toujours selon trois axes principaux :

- **axe 1** : mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole ;
- **axe 2** : mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
- **axe 3** : créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

L'amélioration de la connaissance dans le secteur agricole

Dans le cadre de l'axe 1, le partenariat de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole avec Santé publique France (CCMSA-SPF) a permis la production de deux publications. La première, de 2013, sur la mortalité par suicide des exploitants agricoles et employeurs de main-d'œuvre, s'appuie sur des données de 2007 à 2011 (voir fiche 5, 3^e rapport de l'Observatoire national du suicide). Celles-ci sont comparées aux données de la population générale et complétées par une étude comparative socioprofessionnelle au sein du milieu agricole. La seconde, de 2016, sur la mortalité par suicide des salariés agricoles, se fonde sur des données de 2007 à 2013 (fiche 9).

Les résultats indiquent une surmortalité par suicide pour la première étude, touchant principalement les hommes entre 45 et 65 ans dans certains secteurs d'activité, d'élevage notamment. Une activité isolée (activité seule sans associé ou société) sur des exploitations inférieures à 50 hectares, en production unique et le fait d'exercer dans quatre régions de France (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne et Hauts-de-France, par rapport à la région Grand-Est qui sert de référence) semblent être des critères de sur-risque de suicide. Ces résultats permettent aux équipes de prévention en santé au travail d'axer des projets d'action plus ciblés sur ces populations repérées à risque.

Pour la seconde étude sur les salariés agricoles, les chiffres montrent une sous-mortalité par suicide comparé à la population générale (voir fiche 9).

Le dispositif d'écoute

Dans le cadre de l'axe 2, le numéro d'appel AGRITÉCOUTE lancé en octobre 2014 a été renforcé en mars 2018 avec :

- l'appui d'écouter professionnels psychologues cliniciens qui analysent la situation et évaluent le risque suicidaire potentiel ;
- la possibilité pour les assurés de rappeler jusqu'à 3 fois le même écoutant psychologue à leur convenance ;
- une proposition de faire le lien avec le référent de la cellule de prévention du suicide de la MSA de l'assuré (voir axe 3) si un suivi ou un accompagnement se révèle nécessaire ;
- une proposition d'un suivi par un psychologue proche du domicile de l'appelant soit *via* la MSA, soit *via* le réseau du partenaire écoutant.

Entre 2014 et 2018, le nombre d'appels a régulièrement augmenté, passant de 90 par mois à plus de 300 par mois. Les appelants assurés MSA sont toujours majoritairement des hommes (56 % en 2018 et 65 % 2019), dans la tranche d'âge 41-60 ans (29 %) pour ceux qui précisent leur âge (44 % des appelants). La durée des appels évolue au fil des années avec une augmentation des appels de plus de 10 minutes (60 %) et de ceux de plus de 20 minutes (9 % en 2019, contre 6 % en 2018). Si, en 2018, 9 % des appelants rappellent le psychologue 1 à 2 fois, en 2019 ce sont 26 % des appelants qui se sont inscrits dans une démarche de suivi par téléphone. Deux à trois entretiens permettent en effet de désamorcer les tensions psychologiques.

En majorité, les appels ont lieu en journée, répartis assez équitablement dans trois tranches horaires de 8 heures à 20 heures et en semaine du lundi au vendredi.

Les raisons des appels, évoquées en priorité par les assurés, sont des problématiques d'ordre personnel (54 %), principalement des préoccupations liées aux difficultés de la vie, au sentiment de solitude (isolement social et isolement géographique) et enfin les difficultés associées à un rôle de proche aidant, à la parentalité ou la maladie. Les problématiques professionnelles sont liées à des difficultés financières, à la surcharge de travail et à un manque de soutien moral (par l'entourage professionnel et personnel). Les mêmes raisons sont évoquées dans les situations signalées aux cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide des MSA.

40 % des appelants ne présentent pas de troubles spécifiques (comme la psychose, la névrose ou la dépression) mais cherchent surtout de l'écoute. Le travail du psychologue consiste alors principalement en de la réassurance, de la reprise de confiance en soi et une prise de recul sur des situations ou événements douloureux souvent récents. 94 % de l'ensemble des appels ne nécessitent pas d'orientation spécifique vers la cellule MSA ou vers un suivi par un psychologue libéral, par exemple.

9 % des appelants ont manifesté des idées suicidaires qui font systématiquement l'objet d'une évaluation du risque suicidaire en vue de définir la prise en charge la plus appropriée.

12 % des appelants ont évoqué une détresse liée non seulement à une vulnérabilité individuelle mais aussi contextuelle. En 2018, trois situations ont entraîné l'intervention des secours d'urgence du fait d'un risque suicidaire avéré et au 1^{er} semestre 2019, quatre situations l'ont nécessitée.

Les cellules de prévention pluridisciplinaires

Dans le cadre de l'axe 3, les cellules pluridisciplinaires de prévention, constituées dès 2012 dans les 35 MSA, réunissent plusieurs métiers et compétences : médecins du travail, médecins-conseils et travailleurs sociaux forment le socle de référence des cellules. Leurs missions consistent à détecter ou recevoir les signalements, analyser la situation globale de l'assuré, accompagner et orienter. Elles peuvent se compléter par d'autres membres de services techniques internes aux MSA ou des compétences extérieures comme les médecins traitants et les psychologues.

L'activité des cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide a augmenté régulièrement les six premières années. En 2018, une légère baisse est constatée avec 1 654 situations détectées, contre 1 870 en 2017, dont 1 355 nouvelles situations accompagnées en 2018, contre 1 327 en 2017. La part des situations urgentes a tendance à baisser, passant de plus 30 % des situations en 2017 à 17 % en 2018. Depuis 2012, ce sont près de 4 700 situations qui ont été accompagnées.

Dès 2013, les réseaux de sentinelles à l'initiative des élus MSA se sont organisés avec des sessions de formation au repérage des signes de la crise suicidaire. Le rôle de la sentinelle est de savoir détecter des situations de forte détresse et, avec l'accord de la personne concernée, de le signaler au référent de la cellule pluridisciplinaire qui pourra prendre le relais de l'accompagnement. Depuis 2015-2016, on note une intensification des relations et du travail en commun avec les partenaires professionnels agricoles, les organismes professionnels agricoles (comme les chambres

d'agriculture), les services vétérinaires, les services de remplacement, les fournisseurs de matériel agricole, les coopératives, les contrôleurs laitiers, les centres de gestion et les comptables, etc. Ces professionnels gravitent autour des exploitations et sont amenés à croiser des agriculteurs en difficulté ou en détresse. Ce sont autant de sentinelles vigilantes et attentives au repérage des signes de crise suicidaire.

Un nouveau réseau s'est constitué en 2018 : le réseau Agri-sentinelles. Les professionnels de diverses filières du monde agricole vont se former au repérage du mal-être et seront outillés pour faire relais auprès des dispositifs existants d'aide et d'accompagnement.

Synthèse

La mortalité par suicide en milieu agricole est une préoccupation forte des services de la MSA depuis 2011. Les plans nationaux de prévention du suicide s'appuient d'abord sur des données chiffrées avec les études statistiques de Santé publique France (axe 1) afin de mieux cerner les populations les plus à risque et ainsi mieux cibler les actions de prévention engagées par les services sociaux et médicaux des 35 MSA. Ces mêmes services ont créé, en 2012, les cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide (axe 3) afin de détecter puis analyser, de façon pluridisciplinaire, les situations et proposer un suivi ou un accompagnement adapté, voire une orientation vers des structures extérieures. Les objectifs visent à la fois la prévention mais aussi la postvention et l'aide à l'entourage. Des réseaux de sentinelles s'organisent depuis 2013 sur tout le territoire afin d'assurer un maillage de veilleurs, avec un fort appui des organismes professionnels agricoles depuis 2015.

Depuis 2014, les assurés disposent d'un numéro de téléphone – AGRI'ÉCOUTE 09 69 39 29 19 – qui a été renforcé en 2018. Le bilan des appels rejoint celui du bilan de l'activité des cellules au 31 décembre 2018. Les problématiques évoquées sont constantes : détresse liée à la vie sentimentale, à la solitude, aux difficultés financières et la surcharge de travail, avec le déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, à quoi il faut ajouter les crises économiques, sanitaires et climatiques propres au milieu agricole. La surreprésentation de la tranche d'âge 40-60 ans et des hommes parmi les appelants semble concorder avec les statistiques de la mortalité par suicide.

Les services de la MSA poursuivent leur mobilisation et les organismes professionnels agricoles œuvrent dorénavant avec eux pour amplifier le réseau de sentinelles.

Référence bibliographique

- **Observatoire national du suicide** (2018, février). *Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport*. Paris, France : DREES. Fiche 5.

FICHE 12

Le dispositif APESA pour les chefs d'entreprise en souffrance aiguë

Marc Binné, greffier associé du tribunal de commerce de Saintes, et Jean-Luc Douillard, psychologue clinicien, co-fondateurs du dispositif APESA.

Contexte

Créé en 2013, le dispositif Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA) offre à tout chef d'entreprise éprouvé par les difficultés de son entreprise, qui en ressent le besoin et qui l'accepte, de bénéficier d'une prise en charge psychologique, rapide, gratuite, confidentielle et à proximité de son domicile. Les prises en charge sont assurées par des psychologues ou des psychothérapeutes libéraux formés à la conduite d'entretiens de crise et à la connaissance des procédures judiciaires.

Le dispositif est déclenché par des alertes lancées *via* un réseau de « sentinelles » formées par APESA France. Ces sentinelles sont les acteurs des procédures collectives (juges, mandataires et administrateurs judiciaires, greffiers, procureurs), les conseillers de l'entreprise et de l'entrepreneur (avocats, experts-comptables, commissaires aux comptes, etc.), les représentants des réseaux chargés de l'assistance aux entreprises (chambres de commerce, chambres des métiers...) ainsi que les représentants des syndicats et ordres professionnels.

La naissance de ce dispositif dans une juridiction consulaire s'explique par le fait, qu'au sein des juridictions françaises, le tribunal de commerce est la juridiction chargée du traitement des « difficultés des entreprises », ce que l'on appelait autrefois les « faillites ». Le nombre de défaillances d'entreprises enregistrées sur 12 mois est de 53 500 à la fin juillet 2019¹. Aux côtés des tribunaux de commerce, les tribunaux de grande instance traitent eux des procédures concernant les professions libérales, les sociétés civiles, les associations et les agriculteurs.

1. Source Banque de France : <https://www.banque-france.fr/statistiques/chiffres-cles-france-et-etranger/defaillances-dentreprises>

Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaire ont évolué au fil des décennies et adopté une vision pragmatique désormais destinée à anticiper les difficultés. La procédure de sauvegarde est ainsi destinée à faciliter la réorganisation de l’entreprise dès lors que l’on justifie de difficultés que l’on n’est pas en mesure de surmonter². Néanmoins, cette évolution ne doit pas faire oublier « la permanence des stigmates de la faillite » (Magras, 2018). Ces dispositifs légaux s’inscrivent toujours dans un contexte global et produisent à la fois des effets juridiques et économiques que l’on tente de contenir mais aussi des effets psychologiques, malheureusement beaucoup moins étudiés et donc pris en charge. La « ruine financière » s’accompagne souvent d’une « ruine morale » (Vallansan, 2018)³, « d’idées suicidaires et de tentatives de suicide » (Binné *et al.*, 2018). Selon François-Xavier Lucas, « la faillite reste un outrage à la parole donnée » (Lucas, 2016).

Un déploiement spontané du dispositif dans 52 juridictions

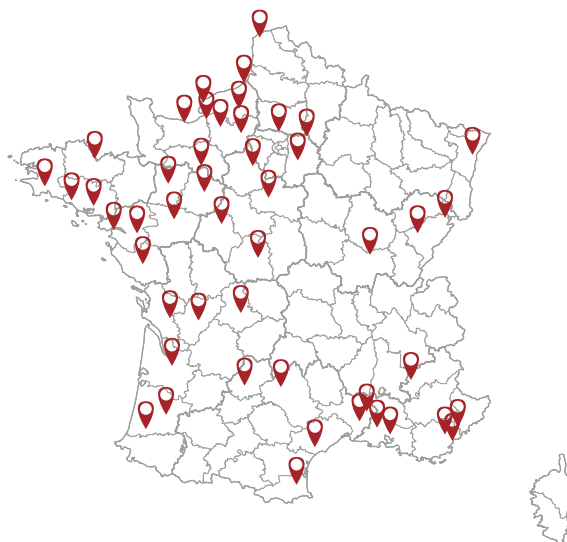
La France compte 134 tribunaux de commerce et 173 tribunaux de grande instance.

Fin juin 2019, 52 tribunaux de commerce (Saintes, Nantes, Bordeaux, Nice, Lille, etc.) et deux tribunaux de grande instance statuant commercialement, celui de Strasbourg et de Nouméa, ont décidé d’adopter et d’utiliser au quotidien le dispositif APESA. Une vingtaine de juridictions supplémentaires ont manifesté leur intérêt et rejoindront bientôt le réseau APESA. Les tribunaux de commerce du réseau sont de tailles très diverses. Ils sont le plus souvent à l’initiative de l’implantation locale du dispositif APESA, même si les associations qui le portent en sont distinctes, afin de respecter leur neutralité et leur indépendance (**carte 1**).

2. Article L. 620-1 du Code de commerce : « Il est institué une procédure de sauvegarde ouverte sur demande d’un débiteur mentionné à l’article L. 620-2 qui, sans être en cessation des paiements, justifie de difficultés qu’il n’est pas en mesure de surmonter. Cette procédure est destinée à faciliter la réorganisation de l’entreprise afin de permettre la poursuite de l’activité économique, le maintien de l’emploi et l’apurement du passif. »

3. « Le traitement médical et psychique du chef d’entreprise n’a rien à faire dans un ouvrage juridique. Toutefois, la situation mentale des chefs d’entreprise est telle qu’elle a fait réagir certains greffiers des tribunaux de commerce », selon Jocelyne Vallansan, p. 154.

CARTE 1 • Carte des juridictions ayant adopté le dispositif APESA



Champ • France métropolitaine.

Source • APESA France.

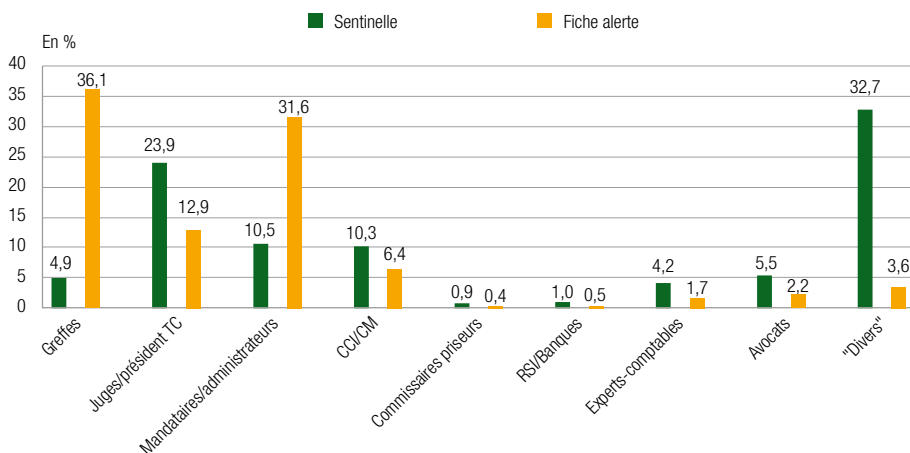
Le plus grand nombre d'alertes (32 %) est déclenché à l'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire et 11 % lors de la conversion de la procédure initiale de redressement judiciaire en liquidation judiciaire. 13 % des alertes sont déclenchées en dehors de toute procédure, à l'occasion d'un premier contact avec la juridiction, parfois même en amont de la prise de conscience des difficultés de l'entreprise concernée. La souffrance du chef d'entreprise est alors un excellent vecteur à la fois pour une proposition de soutien psychologique et d'exposé des outils de traitement des difficultés des entreprises. Seulement 1 % des alertes sont déclenchées lors d'une procédure de sauvegarde. Le reste des alertes est réparti entre les autres types de procédures : redressement judiciaire (9 %) durant la période d'observation (5 %), mandat *ad hoc* et conciliation (2 %) et solde (27 %) représentent des alertes déclenchées par des professionnels dans le cadre de leur fonction (experts-comptables, avocats, membres des chambres de commerce et des métiers).

Le déploiement du dispositif dans chacune des juridictions concernées a été accompagné par l'association APESA France, qui est soutenue financièrement par Harmonie mutuelle et le Groupe VYV. Ces partenaires sont venus à notre rencontre en 2012 pour soutenir le dispositif qui se créait à Saintes et s'engager financièrement pour l'aide au déploiement des 51 autres juridictions.

Un réseau de sentinelles

Le dispositif APESA recense 1 845 sentinelles volontaires. Toutes les sentinelles ont suivi un module de sensibilisation au risque suicidaire des chefs d’entreprise de 3 heures pour faciliter les échanges dans les entretiens ou les audiences, évaluer les situations de souffrance aiguë, proposer une mise en contact avec un psychologue pour évaluer la situation et organiser un soutien psychologique par le lancement d’une alerte, avec l’accord de la personne concernée. Cette sensibilisation des sentinelles ne leur confère pas de responsabilités supplémentaires. Elle leur permet de se sentir légitimes pour évoquer directement avec les chefs d’entreprise les difficultés et souffrances. Ces sentinelles sont pour moitié des hommes et pour moitié des femmes (graphique 1).

GRAPHIQUE 1 • Répartition des sentinelles et des fiches alertes par profession des sentinelles



TC : tribunal de commerce ; CCI : chambre de commerce et de l’industrie ; CM : chambre des métiers.

La rubrique « sentinelles divers » rassemble les très nombreux professionnels qui sont au contact des entrepreneurs (huissiers, médecins du travail, représentants syndicaux, élus locaux, correspondants TPE de la Banque de France, coaches, etc.).

Lecture • Les greffes représentent 4,9 % des sentinelles mais déclenchent 36,1 % des alertes.

Champ • Ensemble des dispositifs APESA déployés en France métropolitaine.

Source • APESA France.

Les juges représentent un quart des sentinelles mais ne déclenchent que 13 % des alertes. Parmi les magistrats, il convient de signaler qu’APESA a bénéficié de l’appui

et de l'écoute décisifs de procureurs de la République, par exemple : celui de Paris, François Molins, l'a évoqué dans son discours à l'occasion de l'audience de rentrée du tribunal de commerce de Paris, en 2018. Le dispositif APESA a été impulsé par le vice-procureur Christophe Delattre (Delattre, 2018). Enfin, il a été présenté à des procureurs lors de séminaires de formation organisés à l'École nationale de la magistrature (ENM) en 2018 et 2019.

Un peu plus d'un tiers des alertes sont déclenchées par les greffiers, immédiatement au contact des entrepreneurs en difficulté dans les juridictions. Ils ne représentent pourtant que 5 % des sentinelles. Un peu moins d'un tiers est déclenché par les mandataires et administrateurs judiciaires qui interviennent lorsque les jugements sont prononcés, mais qui ne représentent que 10 % des sentinelles.

Depuis la création du dispositif APESA en 2013, celui-ci bénéficie aux entrepreneurs en souffrance mais aussi aux sentinelles en leur permettant de ne pas rester sans réponse face à la souffrance qu'elles rencontrent.

La formation des sentinelles

« Les numéros verts » ayant montré leur limite, une meilleure prévention de la souffrance aiguë du chef d'entreprise passe avant tout par une sensibilisation des « sentinelles » sur ce que sont, d'une part, les moments les plus difficiles que rencontrent les chefs d'entreprise dans l'exercice de leurs responsabilités multiples et, d'autre part, sur les signaux d'alerte de la souffrance aiguë et les facteurs de protection des personnes rencontrées.

Un temps de sensibilisation au repérage des situations « à risque » et un accompagnement pour parler de la souffrance des personnes que l'on rencontre dans le cadre de ses fonctions professionnelles permettent à la plupart des sentinelles d'oser évoquer les souffrances qu'elles identifient, de mieux les évaluer, et de proposer, quand elles le pensent nécessaire, une prise en charge psychologique individuelle.

L'objectif est de sensibiliser les acteurs des procédures judiciaires à mettre des mots sur la souffrance psychologique des personnes rencontrées sans pour autant qu'elles aient le sentiment de sortir du cadre de leur pratique professionnelle. Il s'agit à la fois de sensibiliser sur les processus de souffrance psychique qui mènent parfois aux gestes suicidaires, tout en tenant compte du fait que ce sont des acteurs non professionnels de l'écoute et des soins psychiques.

Les sentinelles, qui sont tous des professionnels proches de l'entreprise exerçant des fonctions rémunérées ou non (essentiellement pour les juges des tribunaux de commerce), sont toutes volontaires. L'APESA locale qui se constitue à partir d'une juridiction commerciale invite à la formation tous les partenaires susceptibles d'être intéressés par la démarche de prévention des souffrances des chefs d'entreprise. La juridiction lance les invitations, les volontaires s'inscrivent en ligne, la formation valide leur présence et ils sont ensuite identifiés comme sentinelles.

Un réseau de sentinelles est ainsi formé sur le territoire des juridictions inscrites dans le dispositif APESA.

Le protocole APESA

Le dispositif APESA s'appuie sur une charte éthique très rigoureuse structurée en 5 points essentiels :

- la proximité du repérage avec les réseaux sentinelles ;
- la rapidité du lancement et du traitement des alertes avec le dispositif de veille (moins de 2 heures pour rappeler les chefs d'entreprises identifiés, leur signifier que leur souffrance est importante), le codage des fiches d'alerte pour respecter la confidentialité, l'envoi systématique par le système numérique d'un accusé de bonne réception de l'alerte à la sentinelle ;
- le rappel du chef d'entreprise par un psychologue coordinateur (prendre l'initiative de l'appel) ;
- le rappel du psychologue du réseau le plus proche de son lieu d'habitation pour lui proposer une première consultation dans les 5 jours ouvrés qui suivent le lancement de l'alerte ;
- la gratuité de 5 consultations chez ce psychologue, coordination des alertes et consultations financées par les associations APESA locales sur des financements que chaque association doit trouver chaque année.

Le réseau des psychologues et psychothérapeutes « consultants »

Le réseau des psychologues et psychothérapeutes est composé de 854 personnes parmi lesquelles 17 % d'hommes et 83 % de femmes, reflet de la représentation majoritairement féminine de ces professionnels.

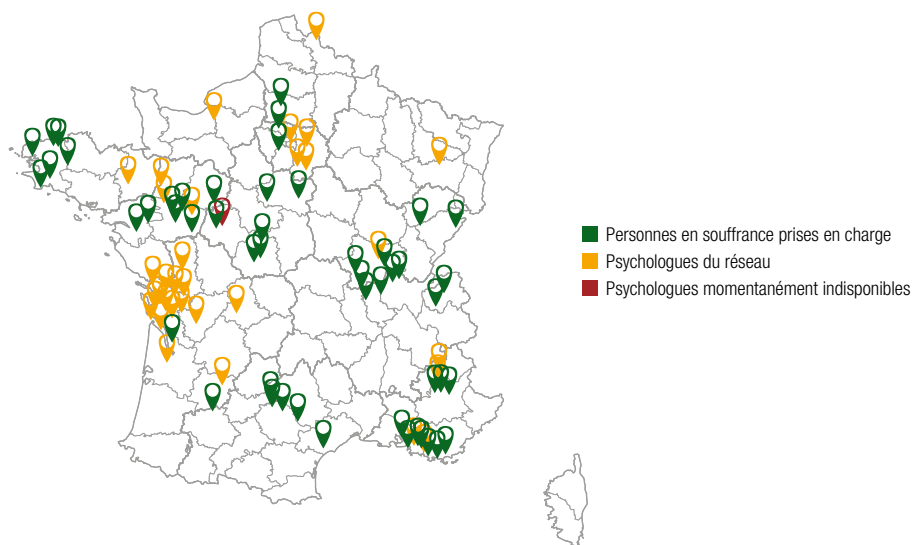
Dans chaque département concerné, APESA recherche et signe des conventions avec les psychologues et psychothérapeutes qui acceptent l'éthique de ce dispositif et la démarche consistant à être à l'initiative de la rencontre avec le chef d'entreprise qui lui a été adressé *via* la coordination des alertes.

Deux conventions sont donc signées avec chacun, l'une éthique avec l'association APESA France et la seconde administrative et financière avec l'association APESA locale.

Dans chaque juridiction, une répartition géographique des « consultants » du réseau est recherchée afin de faciliter le déplacement du chef d'entreprise vers une ressource proche de son lieu d'habitation.

Un système numérique de géolocalisation de l'ensemble des psychologues et psychothérapeutes, avec lesquels une convention a été signée, a été conçu et mis à disposition du dispositif de veille et de coordination des alertes. De cette façon, en rentrant l'adresse de la personne concernée dans le logiciel dédié, les psychologues coordinateurs accèdent immédiatement à l'identité et aux coordonnées téléphoniques de la personne-ressource à mobiliser. Ce système permet de garantir un délai très rapide (moins de 2 heures) entre l'alerte lancée et l'identification d'une personne-ressource à activer pour une prise en charge (carte 2).

CARTE 2 • Système de géolocalisation des personnes en souffrance et des ressources de consultants disponibles pour une prise en charge dans les juridictions déployées en France métropolitaine



Source • APESA France, 2019.

Les psychologues et psychothérapeutes du dispositif APESA sont formés à la conduite d'un entretien de crise pour être, d'une part, en mesure d'évaluer le

risque suicidaire et, d’autre part, d’intervenir en situation de crise. Durant les deux jours de cette formation, une présentation détaillée des procédures collectives (sauvegarde-redressement-liquidation judiciaire) leur est faite par l’un des juges du tribunal de commerce. Ils peuvent ainsi en consultation se concentrer directement sur la situation de souffrance sans avoir à se faire réexpliquer en détail par l’entrepreneur ce que sont une procédure judiciaire et ses acteurs.

Les personnes en souffrance

Depuis la création du premier dispositif APESA de septembre 2013 jusqu’au 30 juin 2019 en France métropolitaine, 2 173 alertes ont été lancées par les sentinelles des différents dispositifs et traitées par le dispositif de coordination assuré par Ressource mutuelle assistance (RMA) qui est un assistant de mutuelles avec une plateforme téléphonique et des psychologues formés aux entretiens téléphoniques. Cette structure privée est conventionnée avec APESA qui lui confie la coordination du dispositif de recueil, d’évaluation des situations et de sollicitation du réseau national des psychologues. Sur ces 2 173 fiches d’alerte, 1 425 concernaient des hommes et 748 des femmes. Ces prises en charge sont en cours d’évaluation dans le cadre d’un travail de thèse de doctorat.

Pour l’ensemble de l’année 2018, 751 alertes ont été lancées et 479 durant les six premiers mois de l’année 2019. En France métropolitaine, 68,2 % des personnes en souffrance prises en charge par le dispositif APESA ont entre 41 et 59 ans. Les 25-40 ans représentent 14,6 % et les plus de 60 ans, 8,4 %. 48,9 % des personnes en souffrance vivent en couple et 29,0 % sont veuves ou séparées. Le fait d’être en couple ne semble donc pas protéger de la souffrance. Les secteurs d’activité les plus représentés dans les alertes lancées sont d’abord le commerce, la vente et la grande distribution, puis les entreprises de bâtiments et travaux publics, l’hôtellerie et restauration, et les entreprises de services à la personne.

Les facteurs de risque le plus souvent cités dans les fiches d’alerte correspondent aux verbalisations d’une fatigue intense, d’un épuisement psychique et physique avec de très importants troubles du sommeil et de l’alimentation, les troubles dépressifs et les pleurs manifestés lors des rencontres avec la sentinelle à l’évocation des difficultés, mais aussi très directement les idéations suicidaires.

En Outre-mer, depuis la création du dispositif APESA Nouvelle-Calédonie en 2017, 48 fiches d’alerte ont été rédigées par les sentinelles. 31 d’entre elles concernaient des hommes et 17 des femmes chefs d’entreprise. La tranche d’âge la plus représentée est celle des 42-50 ans.

Conclusion et perspectives

L'expérience de ce dispositif qui a maintenant six ans incite à quelques réflexions :

- La prévention du suicide est avant tout une affaire de proximité et de rapidité. Les sentinelles formées doivent intervenir au plus proche des personnes en souffrance. Aujourd'hui, le temps de rappel est de 1 h 21 en moyenne après le lancement de l'alerte par l'une des sentinelles.
- La structuration et les outils développés autour de la charte éthique et la pratique collective APESA peuvent être transférables à d'autres situations et d'autres publics en souffrance.
- Les actions de sensibilisation de sentinelles dans la population générale et dans les institutions permettent de construire sur des territoires une culture commune du regard porté à l'autre. Il est de notre responsabilité d'agir vite en allant plus directement à la rencontre de la personne sans attendre qu'elle fasse elle-même la démarche. Une personne épuisée psychologiquement n'a même plus d'énergie pour s'autoriser à demander de l'aide et il n'est pas toujours aisé d'identifier à qui s'adresser et comment. Le dispositif APESA participe ainsi d'une formation aux gestes de première urgence psychologique.
- Les hommes et les femmes qui créent ou dirigent une entreprise devraient être incités à prendre conscience que leur santé est le capital le plus important de leur projet d'entreprise. Une consultation obligatoire annuelle à partir de la création de l'entreprise pour aller voir un professionnel de santé dédié aux entrepreneurs pourrait être un espace et un temps réservés à une prévention primaire des difficultés du dirigeant et de son entreprise.

Le souci de respecter les libertés humaines, la déontologie, l'éthique, le secret professionnel ou des « idées fausses » ne doit pas empêcher d'agir pour prévenir le suicide. Les actions de prévention du suicide doivent être des réponses simples à ce qui n'est qu'un appel à l'aide. Cela nécessite collectivement de légitimer l'action individuelle de la sentinelle. Cette démarche d'identification et de formation de sentinelle a été inspirée par la stratégie multimodale de prévention du suicide. Elle consiste à développer de manière simultanée, dans les territoires, un ensemble d'actions intégrées, conformément à l'action 6 de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018⁴ et à l'instruction du 10 septembre 2019⁵, invitant à la mise en place de dispositif sentinelle dans les territoires.

4. Cette feuille de route est élaborée dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

5. Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide.

Références bibliographiques

- **Binné, M., Douillard, J-L., et Fèvre, M.** (dir.), **Debout, M.** (préface) (2018). *La souffrance de l'entrepreneur, comprendre pour agir et prévenir le suicide*. Rennes, France : Presses de l'EHESP.
- **Delattre, C.** (2018). *Le cadre d'intervention du ministère public en droit des entreprises en difficulté*. Paris, France : Joly Éditions. Préface de Laurent Le Mesle, premier avocat général près la Cour de cassation.
- **Lucas, F-X.** (2016). *Manuel de droit de la faillite*. Paris, France : Presses universitaires de France, p. 15.
- **Magras, C.** (2018). *La constance des stigmates de la faillite : de l'Antiquité à nos jours*. Thèse de doctorat en histoire du droit. Université de Bordeaux.
- **Vallansan, J.** (2018). *Guide des procédures collectives*. Paris, France : Lexis Nexis, p. 154.

FICHE 13

Le programme de mobilisation contre le suicide dans la police nationale

Direction des ressources et des compétences de la Police nationale

Depuis les années 2000, l'administration policière s'est mobilisée autour de cette délicate problématique de la prévention du suicide. Le nouveau programme de mobilisation contre le suicide (PMS) s'inscrit dans la continuité de cette prise de conscience collective.

Il prend en compte les facteurs de risque spécifiques de la police nationale. Il vise, à l'aune des expériences précédentes et du bilan des actions menées, à renforcer la prévention, tout en restant humble devant la complexité de ces passages à l'acte. Il se veut avant tout un cadre pratique, à finalité opérationnelle, permettant une mobilisation générale autour de ce sujet sensible. Il intervient dans un contexte particulièrement difficile pour la police nationale marquée par une très forte hausse des suicides depuis le début de l'année 2019.

La communauté policière est plus exposée au risque de suicide que le reste de la population

À l'instar d'autres polices dans le monde, le suicide frappe très sévèrement la communauté policière française.

Une communauté policière très éprouvée

Entre 1997 et 2018, sont décomptés, en moyenne, 44,5 suicides par an : 39,3 pour les hommes et 5,2 pour les femmes. L'année 2019 est marquée par une hausse du nombre de passages à l'acte avec 54 suicides dénombrés au 20 octobre 2019 : 50 hommes et 4 femmes.

Une étude¹ comparative de la mortalité par suicide observée dans la police et pour la France entière (hors Mayotte), menée entre 2013 et 2016, a confirmé une surmortalité par suicide dans les effectifs de la police nationale. En effet, un excès significatif de suicides est observé chez les agents de la police nationale, par rapport à la population générale de même âge et sexe (+41 % pour les hommes et +130 % pour les femmes). Ce sur-risque suicidaire est davantage marqué dans la population active² de la police nationale (+48 % pour les hommes et +169 % pour les femmes).

Les facteurs de risque

Par nature, tout passage à l'acte suicidaire relève de motivations complexes et ne saurait se réduire à une cause unique. Toutefois, l'analyse de ces situations dramatiques met en évidence des facteurs de risques spécifiques au métier de policier.

Les policiers sont davantage exposés au risque suicidaire que d'autres professions. Confrontés à des situations traumatogènes et à la violence, ils vivent des événements intenses. Or, la répétition et le caractère prolongé de l'exposition à la violence fragilisent l'individu et participent de l'augmentation du risque suicidaire. Au contact de la souffrance et de la détresse humaine, ils supportent, dans l'exercice quotidien du métier, une charge émotionnelle forte qui peut favoriser l'apparition d'un symptôme d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, l'accès à un moyen létal, dont l'utilisation est familière au policier, accroît considérablement le risque de passage à l'acte.

Homme fort sur le terrain, le policier est également perçu très souvent comme un pilier dans sa propre famille. Cette culture professionnelle rend souvent l'expression des émotions, voire d'une souffrance, et l'accès à des aides spécialisées, difficiles.

Face à ces risques, le sens du travail, la cohésion, le soutien et le partage sont autant de valeurs protectrices. Très fortement ancrées au sein de la communauté policière, elles subissent aujourd'hui, à l'instar du reste de la société, la montée de l'individualisme.

1. Menée par la Mission Veille, études et prospective de la Direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN) et reposant sur une méthode de standardisation indirecte sur l'âge par tranche de 10 ans et par sexe avec les taux de mortalité par suicide de la France entière (hors Mayotte). Elle s'appuie sur le calcul des ratios standardisés de mortalité (SMR).

2. La population des actifs, majoritaire dans la police nationale, est plus souvent sur le terrain, et donc davantage confrontée à la peur, à la mort, à la violence.

Les plans de prévention successifs du suicide depuis 2010 ont montré leurs limites

Depuis 2010, la police nationale a structuré une action de prévention des suicides qui a favorisé une libération de la parole dans l'institution, comme en témoigne le suivi précis effectué après chaque décès par suicide. Les différents plans ont notamment permis :

- un meilleur maillage des réseaux de soutien notamment psychologiques (89 psychologues) ;
- la mise en place au niveau local de pôles de vigilance qui réunissent les professionnels de soutien et la hiérarchie afin d'examiner et de proposer des solutions aux personnels les plus fragiles ;
- un accompagnement accru des personnels absents pendant de longues périodes lors de leur reprise du travail ;
- la nomination de référents pour l'accompagnement du personnel dans les services (aide par les pairs).

Leur mise en œuvre opérationnelle s'est avérée complexe dans une administration qui compte près de 150 000 agents sur l'ensemble du territoire.

Le nouveau programme de mobilisation contre le suicide : un cadre d'action opérationnel permettant la mobilisation du plus grand nombre sur tout le territoire

Le programme de mobilisation contre le suicide (PMS) a été adopté en mai 2018 à l'issue d'une large concertation syndicale.

Pour être efficace, la prévention du suicide ne doit pas uniquement reposer sur quelques acteurs dédiés mais faire l'objet d'une culture partagée et d'une mobilisation générale. Chaque service, chaque territoire doit pouvoir décliner à son échelle les mesures du nouveau PMS. Celui-ci est structuré autour de trois axes.

Axe 1 : mieux répondre à l'urgence

Signaler les situations de crise

L'objectif est de donner à l'entourage professionnel des éléments pour pouvoir repérer une situation de crise suicidaire et alerter les réseaux de soutien (médecins de prévention, médecins statutaires, psychologues, assistants de service social). À cette fin, un memento pratique à destination des encadrants sur la prévention du suicide a été élaboré. Il apporte des réponses simples aux interrogations suivantes : *Quand doit-on s'inquiéter ? Comment signaler ? Dans quel cas retirer l'arme ? Quelle prise en charge par les réseaux de soutien ? Comment éviter l'effet de contagion en cas de*

passage à l'acte dans un service ? Que faire après un passage à l'acte dans un service ?
Ce document est actuellement en cours de diffusion.

Parallèlement, sont organisés dans chaque zone des séminaires sur la prévention du suicide réunissant les chefs de services. À ce jour près de 1 350 commissaires de police ont participé à ces réunions.

Cette dynamique de prévention passe également par des séances de sensibilisation à destination des agents. Celles-ci ont commencé dans certains territoires, comme à Poitiers et à Grenoble.

Enfin, l'École nationale supérieure de police (ENSP), en lien avec la cellule alerte prévention suicide (CAPS) et notamment le Pr Jean-Louis Terra, a conçu une e-formation sur la prévention du suicide.

Faciliter l'accès aux réseaux de soutien

L'enjeu est avant tout de déstigmatiser la souffrance psychologique et ainsi faciliter le recours à l'aide. À cette fin, une grande campagne de communication sur le thème « *Être fort, c'est aussi savoir demander de l'aide* » a été déployée.

Par ailleurs, une enquête sur le recours aux réseaux de soutien interne et externe a été lancée pour mieux identifier les sources de réticences et lever les blocages.

Afin de faire connaître les dispositifs d'aide, à la fois internes et externes, un espace intranet dédié comportant de nombreuses ressources a été mis en ligne.

Prendre en charge les personnels en difficulté

D'une part, la police nationale a renforcé son dispositif d'écoute. En interne, un nouveau service d'accès téléphonique du service de soutien psychologique opérationnel (SSPO) a été mis en service fin juin (08 05 20 17 17) : il gère l'astreinte opérationnelle 24 h/24 pour les interventions du SSPO et propose une mise en relation directe avec :

- le psychologue de secteur en journée incluant la possibilité de laisser un message lorsque celui-ci n'est pas joignable ;
- le psychologue d'astreinte le soir et le week-end.

Ce dispositif a été complété début septembre par une ligne d'écoute externe 24 h/24, 7/7j. Les écoutants sont des psychologues. En cas de difficulté, l'appelant est contacté par un médecin. Ce numéro est gratuit, anonyme et confidentiel. Au-delà de l'écoute, l'agent en souffrance peut être pris en charge dans toute la France par le réseau de l'association Soins pour les professionnels de santé (SPS)

qui comprend notamment des médecins, des consultations de souffrance au travail, des spécialistes du sommeil ou des blessures psychiques.

D'autre part, l'enjeu est d'améliorer la qualité de la prise en charge interne des agents en situation de détresse en dotant les professionnels du soutien d'une culture commune de l'évaluation de la crise suicidaire et de sa prise en charge. Le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) a accepté de déclinier pour la police nationale les nouveaux modules d'évaluation et d'intervention face à la crise suicidaire, conçus pour le ministère en charge de la santé.

Enfin, pour orienter plus systématiquement les agents fragilisés vers le secteur psychiatrique, la Direction générale de la police nationale (DGPN) conclut des partenariats avec des structures de soins hospitalières. D'ores et déjà, deux conventions ont été signées avec Psy Sud et l'Institution nationale des Invalides.

Soutenir après une tentative de suicide ou un suicide

Les tentatives de suicide font l'objet d'une attention toute particulière avec un meilleur suivi des tentatives connues, un travail sur la confidentialité des signalements pour favoriser leur remontée. La DRCPN souhaite également mieux s'articuler sur le territoire avec le dispositif Vigilans.

Le programme définit en outre un dispositif de postvention qui consiste à déterminer les modalités communes de prise en charge de la hiérarchie, des agents directement au contact du défunt et de sa famille après passage à l'acte. Dans ce cadre, pour éviter tout effet de contagion du suicide d'un agent sur le reste de l'équipe, un guide de communication et une fiche réflexe à destination des cadres ont été élaborés et diffusés.

Axe 2 : prévenir plus efficacement les situations de fragilité

Détecter les situations de fragilité

Le PMS a pour objectif de mieux évaluer et détecter les personnes fragiles en simplifiant et coordonnant le dispositif actuel, notamment le réseau des référents pour l'accompagnement du personnel. Ces référents cumulent par ailleurs très souvent cette fonction avec celle d'assistant de prévention. Dans ce cadre, la DGPN prend en compte les préconisations actuelles du ministère en charge de la santé sur l'orientation par les pairs. Elle revoit aussi le dispositif sentinelle interne pour se rapprocher du cadre de référence canadien proposé par la stratégie nationale de prévention du suicide.

Soutenir dans le temps les personnels en difficulté

Le programme vise également à améliorer l'accompagnement dans la durée des personnels fragilisés :

- pour les agents blessés : la DGPN a mis en place en avril 2018 un guichet unique d'accompagnement des blessés. Elle a également défini un protocole de prise en charge des blessures invisibles et élaboré des brochures de sensibilisation ;
- pour les agents malades notamment ceux qui souffrent de dépression : le dispositif de prise en charge des retours en service a été amélioré afin de prévoir un meilleur suivi et une plus grande détection des personnels encore fragiles au moment de leur retour. Le service social prend contact régulièrement avec les personnels en longue maladie ;
- pour les agents fragilisés socialement (divorce, difficultés financières) : le service social, apporte une assistance. La préfecture de police de Paris expérimente actuellement la possibilité de recours à un médiateur familial. De plus, un suivi des personnels ayant fait l'objet d'une mutation dérogatoire est réalisé ;
- pour les agents harcelés, une plateforme de signalement a été mise en place et des enquêtes sont diligentées le cas échéant.

Développer la prévention

Au-delà des formations sur les risques psychosociaux qu'il convient de généraliser, il est essentiel de mieux former les policiers à la gestion de la charge émotionnelle du métier en développant notamment les techniques d'optimisation du potentiel (TOP). Ces techniques visent à mobiliser les ressources mentales pour mieux gérer le stress et optimiser la récupération physique.

Axe 3 : améliorer le quotidien au travail

Le collectif de travail peut et doit constituer un facteur de protection important. Le programme encourage dès lors toutes les initiatives qui visent à rompre l'isolement du policier. Il favorise la cohésion par la pratique du sport (partenariat avec la fédération sportive de la police nationale), par l'organisation plus fréquente de moments de convivialité (budget dédié à cette fin), par la promotion des amicales associatives.

Le PMS vise également à faciliter le dialogue de proximité par l'organisation de réunions régulières et informelles permettant des échanges d'expérience et des partages entre pairs. Le mémento pratique évoqué ci-dessus rappelle l'utilité des retours d'expérience et l'importance du management bienveillant.

L'objectif est aussi d'améliorer les conditions quotidiennes d'exercice du travail qui participent de la qualité de vie globale :

- une nouvelle organisation du travail a été adoptée et des cycles de travail permettant une meilleure articulation vie professionnelle/ vie privée sont en cours d'expérimentation ;

- de même, le travail de nuit est au cœur des préoccupations que ce soit à travers la reconnaissance du statut de travailleur de nuit, l'organisation de visites de site, un meilleur suivi des risques, ou encore le renforcement de l'accompagnement.

La coordination stratégique et le déploiement opérationnel du PMS : le rôle de la cellule alerte prévention suicide

Face à la forte hausse des suicides en 2019 (54 suicides à la date du 20 octobre 2019), le ministre de l'Intérieur a décidé d'accélérer la mise en œuvre du PMS créé en 2018.

À cette fin a été créée le 29 avril 2019, la cellule d'alerte et de prévention du suicide (CAPS), chargée d'impulser les actions du PMS.

La CAPS coordonne l'ensemble des actions de prévention du suicide et joue un rôle d'alerte et de veille. Référente du ministre et du directeur général sur la prévention du suicide, elle constitue l'interface des directions actives et fonctionnelles mobilisées sur le sujet.

Elle a pour mission d'identifier les territoires et les services présentant un niveau de suicide anormalement élevé et de s'assurer qu'une prise en charge institutionnelle adaptée est mise en œuvre. Elle est l'interlocuteur privilégié pour nouer des partenariats avec les acteurs externes de la prévention et de la prise en charge du suicide, notamment hospitaliers. Elle assure le suivi des actions et établit des bilans mensuels pour le ministre.

Synthèse

Le programme de mobilisation contre le suicide développé au sein de la police nationale vise à agir sur les facteurs de protection en mobilisant les collectifs et en renforçant la cohésion. Il intervient dans un contexte de très forte hausse des suicides constatée en 2019. Il favorise une meilleure détection des vulnérabilités liées à l'exercice du métier de policier et une amélioration de la prise en charge globale des personnels en situation de fragilité. L'enjeu principal est d'assurer une déclinaison du programme dans l'ensemble des services et des territoires pour faire de la prévention une culture partagée.

FICHE 14

Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire

Émilie Guérin et Tatiana Aci (Direction de l'administration pénitentiaire)

Contexte

Le personnel de l'administration pénitentiaire est constitué d'environ 41 000 agents, majoritairement du personnel de surveillance, première catégorie concernée par les actes suicidaires.

En 2009, après avoir connu une série de suicides, la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a organisé des groupes de travail avec les partenaires sociaux afin de dégager des pistes d'actions et d'endiguer ce phénomène. La nécessité d'appuyer les échanges sur des données scientifiques, pour proposer des préconisations et des pistes d'actions, est apparue. Ainsi, deux études, réalisées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et Santé publique France ont permis de souligner que l'excès de suicides n'a probablement pas « une origine unique ». Santé publique France note que les surveillants « *sont exposés à des contraintes psychosociales reconnues délétères pour la santé psychique et pouvant constituer un élément déclencheur des conduites suicidaires* » et l'Inserm conclut que dans plus de la moitié des cas étudiés, la vie professionnelle a contribué au passage à l'acte suicidaire.

Actions

Ainsi, au sein de l'administration pénitentiaire, les conditions de travail particulières (cycles horaires, statut spécial régi par l'ordonnance 58-696 du 6 août 1958 des personnels des services extérieurs de l'administration pénitentiaire, sous-effectif chronique, heures supplémentaires) appellent un suivi adapté qui mobilise de nombreux acteurs (réseau de soutien pluridisciplinaire : socio-médico-psychologique,

inspecteurs en santé et sécurité au travail, réseau des préventeurs en établissements et services pénitentiaires) en plus des services administratifs (bureau santé et sécurité au travail de la DAP, du secrétariat général). Sur la base de ces constats, des actions significatives ont été déployées par la DAP.

Un travail sur le recrutement des personnels pénitentiaires

Le niveau minimal requis pour le concours de surveillant pénitentiaire est le diplôme national du brevet, mais un certain nombre de difficultés de recrutement apparaissent. Afin d'améliorer les procédures de recrutement, le jury comprend des psychologues. Cette participation permet de mieux appréhender l'adéquation des candidats à l'exercice de leurs futures fonctions, afin de sélectionner des agents relativement solides pour pouvoir travailler dans l'espace carcéral où les tensions sont importantes.

Une réflexion sur les métiers et les parcours professionnels

L'obligation de fonctionnement 24 h/24 étant potentiellement nocive pour la santé du personnel, l'amélioration des cycles de travail du personnel de surveillance est apparue nécessaire. Si le travail de nuit posté est par ailleurs communément considéré comme un facteur de stress et de fatigue chronique, il serait aussi responsable d'un risque accru de pathologie dépressive. De plus, les agents travaillant la nuit rencontrent des difficultés à gérer les décalages entre vie professionnelle et vie familiale. L'articulation entre travail et vie personnelle est rendue plus difficile en raison de la discordance entre ces horaires et les moments de disponibilité requis pour partager ses activités hors travail avec la famille et les amis. À terme, les discordances des emplois du temps tendent à s'accompagner d'une altération de la qualité des relations familiales et sociales, pouvant conduire l'agent à une certaine forme d'isolement. Ainsi, un accord a été passé avec un professeur de chronobiologie de l'université Paris-Descartes, afin d'étudier les cycles de travail de certains établissements pénitentiaires¹. L'attente de l'administration pénitentiaire est de trouver des cycles de travail permettant de préserver au mieux la santé des personnels.

Un travail de réflexion sur le contenu des parcours professionnels des personnels de surveillance a été initié, afin de redonner du sens à l'exercice de ce métier riche en connaissances et savoir-faire.

1. Étude interne à l'administration pénitentiaire réalisée en 2013 par le professeur Régis Mollard : Gestion de la fatigue et activités en horaires décalés : quelles pistes pour réduire la pénibilité ?

Enfin, un travail sur l'architecture pénitentiaire a été entrepris, afin de mieux intégrer, dans les contraintes bâtimentaires, les apports de lumière naturelle ou des structures permettant de compenser son absence. En effet, les structures neuves bénéficient d'un bien meilleur apport de lumière naturelle, ce qui améliore considérablement les conditions de travail des personnels. Un effort important a également été fourni pour les personnels de nuit pour favoriser des aménagements confortables dans les chambres de veille, les espaces repas, les chambres individuelles, toutes équipées de douche.

Une action préventive nourrie d'informations, de sensibilisation et de formations

De nombreux supports d'information et de communication (affiches, guides-conseil, dépliants) destinés à sensibiliser les personnels sur la préservation de leur santé au travail ont été diffusés, en lien avec les services ministériels de la médecine de prévention, afin de renforcer la qualité de vie au travail (charte de la qualité de vie au travail depuis 2014).

De 2013 à 2016, une formation aux risques psychosociaux pour l'ensemble des cadres managers des structures pénitentiaires (chefs d'établissements et directeurs de services pénitentiaires d'insertion et de probation) a été mise en place, *via* le cabinet Technologia, et a permis de doter les managers de cette administration d'outils de repérage et d'accompagnement des personnes en fragilité.

Parallèlement, les stagiaires de l'administration pénitentiaire bénéficient de modules en rapport avec les risques psychosociaux (RPS) dans le cadre de leur formation initiale à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP). Ces formations sont délivrées aussi bien au personnel de surveillance qu'aux cadres.

La mise en place d'un réseau de soutien institutionnel en direction des agents

Un recrutement conséquent de psychologues cliniciens depuis dix ans a été déployé sur l'ensemble du territoire afin d'assurer un soutien préventif et curatif au personnel pénitentiaire tant individuel que groupal. Ils sont aujourd'hui 63 à assurer cette mission importante, contribuant ainsi à l'évolution des pratiques de l'institution.

Pour compléter le réseau de soutien, un dispositif de téléphonie sociale a été mis en place en 2013 au bénéfice des agents en difficulté ou en souffrance. Ce dispositif d'écoute psychologique, plus ciblé sur l'immédiateté et l'orientation, est disponible 24 h/24 et 7 j/7. Il garantit également l'anonymat et la confidentialité des échanges. Initialement assuré par l'Institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR), ce dispositif l'est dorénavant par le cabinet ELEAS, depuis le 31 mars 2017, à la suite du renouvellement du marché.

La mise en place d'actions de soutien social en direction des personnels

Les actions de prévention locale se sont multipliées pour mieux sensibiliser les agents concernés et les informer sur leurs possibilités d'être accompagnés dans leurs démarches. Ainsi, des journées de sensibilisation aux risques liés à l'alcoolisme ont été organisées, au cours desquelles des partenaires associatifs étaient présents, et des dépliants d'information mis à disposition.

Afin de sensibiliser et de lutter contre les conséquences du travail en horaires décalés, des plaquettes d'informations sur l'hygiène de vie, la qualité du sommeil ou encore la pratique d'activités physiques et sportives ont été réalisées.

Enfin, des actions de prévention de l'épuisement professionnel ont été entreprises, et une convention avec l'Association nationale d'action sociale des personnels de la police nationale et du ministère de l'Intérieur (ANAS) et son établissement de santé, Le Courbat, a été conclue, afin de faciliter l'admission de personnels pénitentiaires dans cette structure de soins spécialisée dans la prise en charge des problématiques d'addictologie et de burn out.

Perspectives

L'administration pénitentiaire multiplie les actions afin de prévenir la détérioration de la qualité de vie de ses agents et d'assurer une offre d'accompagnement et de soutien en matière de sécurité et de qualité au travail :

- **animation du réseau pénitentiaire** avec le regroupement national en avril 2019 des référents dans les directions interrégionales (DRH, référents santé et sécurité au travail (STT), psychologues) ;
- **déploiement de plans de lutte contre les violences en détention**, passant notamment par des évolutions des régimes de détention, qui permettent une plus grande responsabilisation des personnes détenues et une organisation de détention moins génératrice de conflits.

D'autres chantiers importants sont d'ores et déjà programmés. Ils visent, à mieux prévenir et identifier les facteurs de fragilité, et à améliorer l'accompagnement institutionnel des personnels :

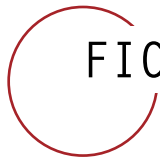
- **élaboration d'un guide méthodologique « Santé sécurité au travail (SST) en milieu pénitentiaire »**, à visée très opérationnelle, pour faciliter l'appropriation des fondamentaux, acteurs et actions en matière de SST (état du droit / coordonnées acteurs / fiches-réflexes / mutualisation de bonnes pratiques) ;
- **amélioration de l'accompagnement des agents lors de leur retour en service**, en développant un accompagnement de proximité harmonisé, et en engageant une réflexion sur les dispositifs de prise en charge et de suivi au long cours des agents

souffrant d'un stress post-traumatique, consécutif, notamment, à des incidents violents en détention ;

- **intensification du suivi des questions relatives à la souffrance au travail et aux risques psychosociaux (RPS)** avec le projet de création d'un réseau et d'une cellule de veille RPS ;
- **élaboration d'une charte de la gestion des phénomènes de violence** proposée par le secrétariat général du ministère de la Justice dans le cadre d'un groupe de travail sur le thème des violences issu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ministériel auquel participent les organisations syndicales et les différentes directions du ministère.

SUICIDE CHEZ
LES PERSONNES ÂGÉES,
LES JEUNES ET
LES DÉTENUÉS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fiche 15 • Suicide des personnes âgées | 215 |
| Fiche 16 • Risque suicidaire en classe de 3^e : une première analyse de l'auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e | 228 |
| Fiche 17 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains - Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018 | 238 |
| Fiche 18 • La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées | 250 |



FICHE 15

Suicide des personnes âgées

Laura Nirello, avec la collaboration de Valérie Carrasco (DREES)

En France métropolitaine, en 2016, les décès par suicide des personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 20 % de l'ensemble des décès par suicide, tandis que la population de cette tranche d'âge ne constitue que 9 % de l'ensemble de la population¹. Alors que le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge, les recherches sur le suicide des personnes âgées, et ses éventuelles spécificités, restent peu nombreuses.

En 2013 et 2014, plusieurs rapports importants ont été publiés. Le Comité national de la bientraitance et des droits (CNBD) a établi un état des savoirs sur le suicide des personnes âgées (CNBD, 2013). Par ailleurs, deux rapports de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont recensé les dispositifs de prévention et de repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées (ANESM 2014a, 2014b). Cette fiche vise à actualiser les connaissances depuis la parution de ces rapports.

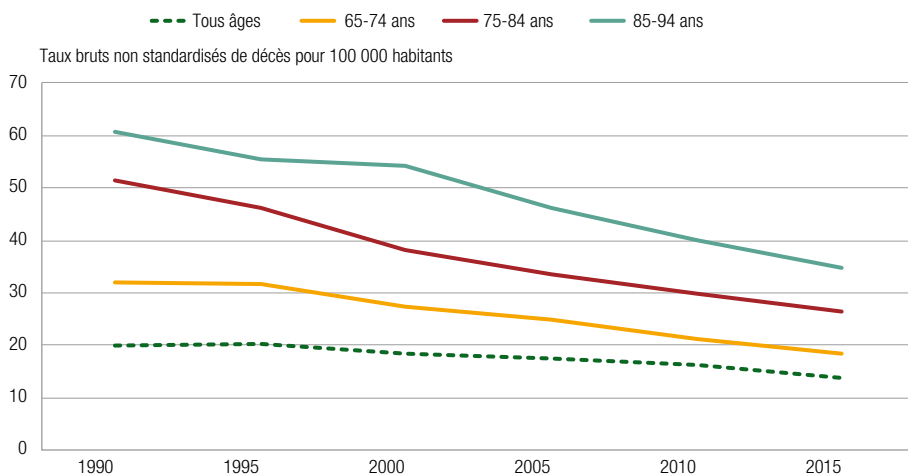
Cadrage statistique sur le suicide des personnes âgées

Comme le constatait déjà l'un des pères fondateurs de la sociologie française, É. Durkheim, il y a plus d'un siècle, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge : en 2016, il est de 15,4 décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25-54 ans, de 18,1 pour les 55-74 ans et de 33,3 pour les 75 ans ou plus (voir fiche 2). Il est particulièrement élevé chez les hommes âgés de 75 ans ou plus, avec 55,7 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 10,9 pour les femmes du même âge. La différence selon le genre est encore plus importante pour les 95 ans ou plus, avec plus de 120 décès par suicide pour 100 000 habitants chez les hommes contre moins de 10 chez les femmes du même âge (voir fiche 2). Néanmoins, la mortalité étant globalement élevée chez les personnes âgées, le suicide représente moins de 1 % de la totalité des décès pour les hommes comme pour les femmes. Ces résultats selon l'âge et le sexe sont observés depuis les années 1970 (Andrian, 1990). De 1990 à 2015, le taux brut de décès par suicide des personnes âgées baisse de manière continue pour les tranches d'âge comprises entre 65 et 94 ans, comme pour l'ensemble de la population (**graphique 1**).

1. Chiffres CépiDc-Inserm en 2016 (fiche 2) et Insee, estimations de la population. Dans, *Tableau de l'économie française*. Édition 2016. Insee Références.



GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux bruts de décès par suicide par tranche d'âge de 1990 à 2015



Lecture • En 1990, le taux brut non standardisé de décès par suicide pour l'ensemble de la population est de 20 pour 100 000 habitants.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm, calculs DREES.

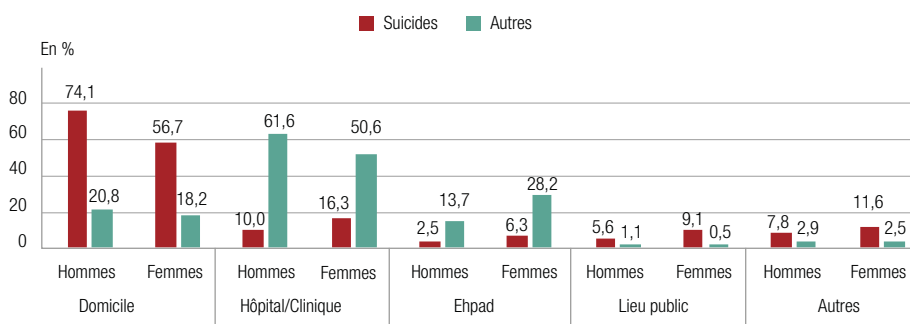
Lieu de suicide des personnes âgées et impact de l'institutionnalisation

La détermination du lieu du suicide, à partir des certificats de décès, se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le certificat de décès indique le lieu du décès, qui ne correspond pas nécessairement au lieu du suicide le cas échéant. Ensuite, le certificat ne mentionne pas le lieu de résidence de la personne au moment du décès. Ainsi, si une personne meurt à l'hôpital à la suite d'un suicide, le certificat de décès mentionnera l'hôpital comme lieu de décès, sans que l'on puisse savoir si la personne a commis l'acte à l'hôpital ou si elle y a été transférée après son acte et qu'elle y est décédée. On ne saura pas non plus si la personne résidait en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ainsi, les suicides des personnes âgées résidant en Ehpad ne sont repérés comme tels que si la personne est décédée en Ehpad.

Étant donné cette limite, on ne peut que comparer les lieux de décès, selon qu'il s'agit d'un suicide ou d'un autre décès (**graphique 2**). Les décès par suicide représentent globalement 0,6 % des décès des personnes âgées de 65 ans ou plus. Cette part varie selon le sexe et l'âge, toujours plus élevée pour les hommes que pour les femmes d'une part, et pour les 75 ans ou plus que pour les moins de 75 ans d'autre part. Elle est ainsi de 1,6 % pour les hommes de 65 à 74 ans et

seulement de 0,2 % pour les femmes de 75 ans ou plus. Mais pour les hommes comme pour les femmes, et quelle que soit la tranche d'âge (64-74 ans ou 75 ans ou plus), les lieux des décès par suicide sont très différents de ceux des autres décès. Ils se caractérisent essentiellement par une très forte part de décès à domicile (74,1 % pour les hommes et 56,7 % pour les femmes) et une part de décès à l'hôpital beaucoup plus faible : 10,0 % pour les hommes et 16,3 % pour les femmes, contre respectivement 61,6 % et 50,6 % concernant les autres décès. De nombreuses personnes âgées sont en effet transférées dans un établissement de santé les semaines qui précèdent leur mort, leur situation médicale exigeant des soins complexes et ne permettant pas leur maintien à domicile (Pennec *et al.*, 2015). Les décès ont également moins souvent lieu dans un Ehpad quand il s'agit d'un suicide que dans les autres cas, au profit des lieux publics et autres lieux, la différence étant plus marquée pour les femmes.

GRAPHIQUE 2 • Lieux de décès des suicides et des autres décès, pour les personnes de 65 ans ou plus en 2015



Lecture • Pour les hommes de 65 ans ou plus, 74,1 % des décès par suicide et 20,8 % des autres décès ont lieu au domicile privé.

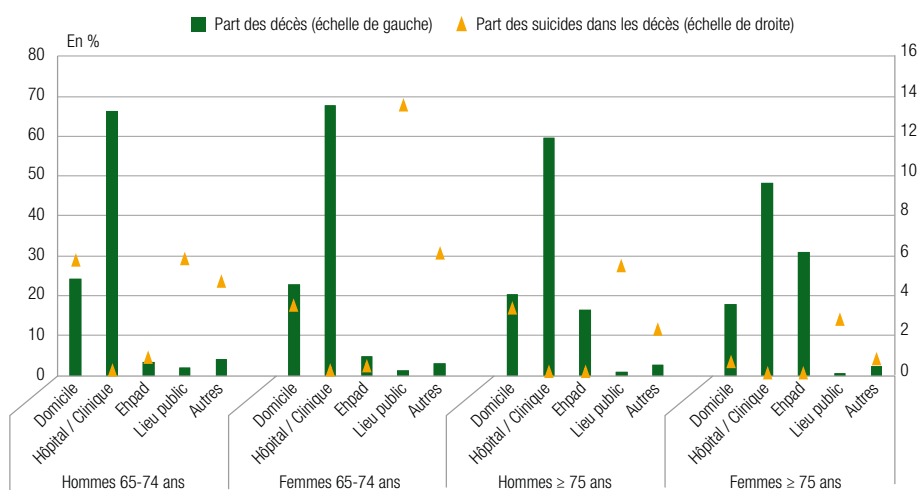
Champ • Décès 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Le lieu de survenue du décès est ainsi très spécifique pour les suicides. Ces derniers représentent une part non négligeable des décès dans certains lieux, très peu fréquents par ailleurs, comme les espaces publics et les « autres lieux » (soit hors hôpital et lieu de résidence) (**graphique 3**). À l'inverse, les suicides restent très rares en Ehpad (0,1 %). Il est cependant très difficile de tirer des conclusions de cette faible part, en l'absence d'information sur le lieu de résidence (logement ordinaire ou Ehpad) des personnes décédées à l'hôpital ou en clinique et de la possibilité de comparer la fréquence des décès par suicide à état de santé équivalent. Outre l'âge et l'état de santé, de nombreux facteurs seraient également à prendre en compte, en particulier l'isolement et l'accès aux moyens létaux. S'il y a beaucoup de pensées suicidaires dans

les Ehpad, elles n'aboutissent pas systématiquement au suicide, les moyens d'attenter à leur vie à la disposition des résidents étant limités (Mezuk *et al.*, 2019).

GRAPHIQUE 3 • Répartition des décès selon les lieux de décès et part des suicides dans les décès en 2015



Lecture • 24 % des décès des hommes âgés de 65 à 74 ans ont lieu au domicile (hors Ehpad) et 5 % de ces décès au domicile sont des suicides.

Champ • Décès 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Malgré la part faible de suicides de personnes âgées constatée en Ehpad, la littérature s'interroge sur l'incidence de l'institutionnalisation. Une enquête a montré que l'entrée en Ehpad pouvait être vécue comme un événement traumatique (Casadebaig *et al.*, 2005). En effet, un risque de suicide accru apparaît dans les six premiers mois suivant l'arrivée en établissement, qui constitue une rupture plus ou moins éprouvante par rapport à la vie antérieure². Cette expérience dépend des caractéristiques socio-économiques des personnes, mais aussi de la manière dont cette entrée a été préparée (Mallon, 2007). L'arrivée en Ehpad s'effectuant fréquemment à un âge très avancé – plus de 85 ans en 2015 – nécessite de tenir compte des caractéristiques particulières des résidents. Ils sont souvent très dépendants et souffrent de multiples pathologies (Muller, 2017). De plus, l'entrée en Ehpad elle-même peut être liée à un événement traumatique (décès du conjoint, etc.) ou à une dégradation de la santé.

2. Le risque de décès, pour toutes causes, est également élevé au cours des premiers mois passés en établissement, puisqu'en 2015 un quart des décès ont eu lieu avant huit mois de séjour (Muller et Roy, 2018).

L'intentionnalité et les modes de suicide

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le rapport entre les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation et les suicides est de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide, contre deux cents tentatives pour un suicide pour les personnes de moins de 25 ans (CNBD, 2013). Ainsi, les différents travaux avancent l'idée que le suicide des personnes âgées révèle des actes davantage élaborés et prémédités s'accompagnant d'une fragilité organique plus importante.

Les modes de suicide diffèrent selon le lieu du décès (**tableau 1**). Dans les Ehpad et à domicile, le mode majoritaire est la pendaison (respectivement 54,3 % et 55,4 %). Le mode le plus fréquent lorsque le décès par suicide a lieu à l'hôpital est la prise de médicament (26,8 %), même si l'on retrouve la pendaison dans 24,0 % des cas. À domicile, les armes à feu sont utilisées dans un quart des cas, alors qu'en Ehpad, un quart des suicides font suite à un saut dans le vide. Il est important de souligner que l'accès à certains moyens létaux est très difficile dans les établissements (armes à feu par exemple).

TABLEAU 1 • Modes de suicide selon les lieux de décès, données cumulées sur 2013, 2014, 2015 pour les 65 ans ou plus

| Modes de suicide | Ehpad | | Domicile | | Hôpital | |
|------------------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Effectif | en % | Effectif | en % | Effectif | en % |
| Arme à feu | 8 | 2,7 | 1 519 | 25,8 | 183 | 18,0 |
| Médicament | 10 | 3,3 | 358 | 6,1 | 273 | 26,8 |
| Noyade | 4 | 1,3 | 128 | 2,2 | 17 | 1,7 |
| Objet tranchant | 4 | 1,3 | 77 | 1,3 | 25 | 2,5 |
| Pendaison | 163 | 54,3 | 3 266 | 55,4 | 245 | 24,0 |
| Saut dans le vide | 78 | 26,0 | 133 | 2,3 | 142 | 13,9 |
| Substance toxique | 4 | 1,3 | 64 | 1,1 | 57 | 5,6 |
| Autres (dont alcool, collision véhicule) | 29 | 9,7 | 349 | 5,9 | 77 | 7,6 |
| Total | 300 | 100,0 | 5 894 | 100,0 | 1 019 | 100,0 |

Lecture • De 2013 à 2015, 163 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées par pendaison en Ehpad, ce qui correspond à 54,3 % des suicides en Ehpad. Dans le cas des décès à l'hôpital, le lieu où l'acte de suicide a eu lieu est généralement inconnu.

Champ • Décès par suicide 2013, 2014, 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS- CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Les enjeux du suicide chez les personnes âgées

Le suicide des personnes âgées présente des spécificités qui nécessitent d'interroger l'avancée en âge dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. Certains facteurs de risque, liés aux modifications corporelles et relationnelles qui apparaissent avec l'âge, sont différents de ceux observés chez les personnes plus jeunes. D'autres facteurs, comme la dépression, auraient des effets exacerbés sur le risque suicidaire avec l'âge. Enfin, l'hypothèse est parfois avancée que certains comportements, tels le renoncement à certaines activités, constituent des facteurs de risque suicidaire masqués (Gallarda *et al.*, 2019).

Spécificité du suicide chez les personnes âgées

Le vieillissement implique l'approche de la mort et la confrontation avec celle-ci (Charazac et Brunel, 2014). Dans ce contexte, plusieurs hypothèses sont posées pour tenter d'expliquer le suicide de différentes façons. Ainsi au-delà du caractère individuel de l'acte suicidaire, le suicide « répond aussi à certaines régularités et à certaines conditions d'existence socialement partagées » (Campéon, 2012). À partir des catégories de J. Baechler, A. Campéon relève trois justifications rapportées par les personnes âgées enquêtées et qui pourraient expliquer les tentatives de suicide :

- le suicide par anticipation qui désigne l'idée de mourir dignement, avant une éventuelle dégradation des conditions de vie ;
- le suicide par étrangeté au monde et à soi : il s'agit d'un suicide lié à son environnement et aux difficultés à retrouver sa place par exemple à la suite de l'arrêt de la vie active ;
- le suicide relatif au « deuil » : il révèle une incapacité à faire face à une perte, comme la dégradation de la santé, la disparition d'un proche, le fait de quitter le domicile pour entrer en institution, etc.

Ces différentes justifications conduisent aussi à différencier le suicide actif qui « suppose que la volonté de se donner la mort est manifeste et déterminée » et le suicide passif qui « se distingue par une conduite suicidaire souvent très discrète, voire soigneusement cachée, mais qui dissimule une volonté déterminée de mourir – par omission – d'actes indispensables à la vie du sujet » (Charazac et Brunel, 2014, 69). Ce suicide passif s'approche de la notion de « déprise » utilisée en sociologie. Elle consiste en un lâcher-prise général, un retrait graduel ou un désengagement de la société. Certaines approches font ainsi l'hypothèse que des comportements, tels le refus alimentaire, l'arrêt d'un traitement médicamenteux, des négligences corporelles graves, l'éloignement volontaire de certaines relations amicales ou familiales, etc. peuvent être assimilés à des équivalents suicidaires. Ces formes plus discrètes de suicide seraient alors plus difficiles à percevoir, ce qui compliquerait le repérage par les professionnels de santé des situations à risques de suicide.

Il existe deux représentations opposées de la vieillesse dans notre société : d'un côté, le retraité actif et de l'autre « la personne âgée dépendante », « souffrant de solitude et n'attendant plus que la mort » (Caradec, 2012, 29). Une partie des personnes âgées, notamment quand elles perdent de l'autonomie, ne trouvent plus leur place dans la société actuelle. D'après les économistes D. Hamermesh et N. Soss, cités par C. Baudelot et R. Establet (2006), le suicide serait le renoncement à une faible quantité d'existence restante. Plus précisément, le suicide serait un arbitrage rationnel entre les coûts occasionnés par la vieillesse (affaiblissement des liens sociaux, perte d'autonomie, retraite, maladie, etc.) et les faibles gains escomptés par cet état. La mort par suicide serait ainsi une forme d'échappatoire. Cette idée est également portée par certains professionnels en établissement (Couillet, 2017).

Des facteurs de risque multiples

Le rapport du CNBD souligne que « les facteurs de vulnérabilité suicidaire spécifiques à cette population sont encore assez mal connus » (CNBD, 2013, 4). Des facteurs biologiques, sociaux mais aussi médicaux entraînent une accumulation des risques chez les personnes âgées, plus encore que pour d'autres tranches d'âge (Gallarda *et al.*, 2019).

La dépression constitue un des facteurs de risque les plus importants chez la personne âgée. Ainsi entre 60 % et 90 % des suicidés âgés sont atteints de dépression au moment du passage à l'acte (CNBD, 2013). La dépression chez la personne âgée est souvent difficile à repérer, car elle peut se traduire par des plaintes somatiques, compliquant le diagnostic. Ainsi la moitié des personnes âgées suicidées ont consulté leur médecin généraliste 7 jours avant le suicide sans que ce dernier repère le risque suicidaire (Prévile *et al.*, 2005).

Cependant, il est également important de souligner que la dépression n'est pas le seul facteur de risque. D'autres troubles psychiques, comme les addictions, en particulier la consommation d'alcool, constituent également des facteurs de risque. Les troubles cognitifs, et notamment la démence, sont associés à la dépression ou à l'anxiété, également facteurs de risque. Toutefois, leurs impacts directs sur le suicide ne sont pas encore totalement évalués. L'annonce de la maladie peut, quant à elle, se révéler un facteur déclencheur. Les maladies physiques peuvent aussi être des facteurs de risque, surtout lorsqu'elles sont sources de handicap et de douleur conduisant à l'isolement sensoriel ou à la réduction de l'autonomie. Les « facteurs de personnalité » tels que l'anxiété, le manque d'ouverture aux idées nouvelles, etc. sont également à considérer (Gallarda *et al.*, 2019). Enfin, il importe de prendre en compte tous les éléments sociaux, familiaux et environnementaux : le veuvage, la précarité, une entrée en Ehpad, la perte d'autonomie constituent des événements sources d'anxiété et pouvant susciter des idées suicidaires. Parmi les

justifications évoquées par les personnes âgées, le sentiment de perte est souvent avancé (Campéon, 2012).

Plus généralement, il faut tenir compte des conditions de vie à domicile et en établissement pour personnes âgées, ce qui renvoie aux enjeux de la bienveillance. La littérature insiste beaucoup sur l'influence de l'isolement et le manque de soutien social. En revanche, plusieurs recherches ont démontré que l'existence d'un soutien familial (avoir des enfants, des parents, des amis) diminue le risque de suicide et constitue un facteur protecteur. De la même manière, l'implication dans la vie associative ou la réalisation d'activités physiques atténuent l'isolement social. Enfin, la pratique religieuse semble être un facteur protecteur contre la dépression (Gallarda, 2019).

État des lieux des dispositifs de recherche et d'évaluation en France

Quels outils de prévention ?

Deux orientations sont identifiées dans les outils de prévention : la réduction des facteurs de risque et l'amélioration de la qualité de vie. Elles passent par la lutte contre l'isolement et le repérage plus précis de la dépression, grâce notamment à la formation des médecins généralistes (CNBD, 2013). On peut citer, à titre d'exemple, le programme Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées) mis en place 2014. Il s'agit d'une démarche de coopération qui vise à créer une synergie entre tous les acteurs volontaires d'un territoire autour de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Deux expérimentations et évaluations étrangères sont particulièrement riches d'enseignement. La première, réalisée au Japon, concerne le dépistage de la dépression au travers de séances d'informations sur la thématique du suicide à destination des personnes âgées. À la fin de ces séances, un questionnaire de dépistage de la dépression est proposé. Si le résultat révèle un risque de dépression, une prise en charge médicale et une proposition d'activités par des bénévoles, ainsi qu'un appel régulier de la part d'associations sont prévus. Au terme des dix ans d'existence de ce dispositif, les résultats se sont révélés probants pour les femmes pour lesquelles les suicides ont baissé de 74 % (Oyama, 2006).

La deuxième expérience en Italie a concerné la lutte contre l'isolement social au travers du dispositif *Tele-help, Tele-check*. Le dispositif comporte deux niveaux. Tout d'abord, la personne âgée peut appeler un numéro d'urgence 24h/24 lorsqu'elle se sent en danger (*Tele-help*). Ensuite, deux fois par semaine, les personnes âgées sont directement contactées (*Tele-check*). Les personnes ayant participé à l'expérimentation sont isolées mais pas forcément dépendantes. Les résultats de l'évaluation montrent une baisse du nombre de rendez-vous chez le médecin et des hospitalisations, mais aussi une baisse du score de dépression et de suicides. Le fait que les

personnes soient appelées directement sans être obligées d'accomplir la démarche de l'appel, semble avoir permis de meilleurs résultats (De Leo, 1995).

Au sein des dispositifs de prévention, un enjeu concerne la formation des soignants et des familles. L'objectif de ces formations est de travailler sur les présupposés des professionnels sur la thématique du suicide et sur le lien direct entre la dépression et le suicide à travers lequel peut se manifester l'expression de l'autonomie de la personne âgée (Couillet, 2017). Sur cet aspect, on peut se référer au guide de l'ANESM (2014b).

Une annexe du rapport du CNBD (2013) contient une liste de la plupart des dispositifs français en vigueur et souligne particulièrement la faible coordination de l'ensemble des acteurs mais aussi le manque d'évaluation de ces dispositifs.

Les travaux de recherche en cours

Les recherches en cours, notamment dans les Ehpad, concernent principalement des dispositifs d'évaluation de formation à la prévention du suicide auprès des professionnels. Les travaux de J.-L. Terra, professeur de psychiatrie, portent notamment sur la mise en place de formations de type « sentinelle » ou *gatekeeper* (Chauliac, 2016). Celles-ci ont été mises en place en 2012 dans des Ehpad du Rhône à la suite d'une augmentation du nombre de suicides dans les établissements et d'une sollicitation de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Pour évaluer ce dispositif, une comparaison a été faite entre les 12 Ehpad ayant formé au moins 30 % du personnel et 12 Ehpad où aucune formation n'a été réalisée. L'objectif était triple : étudier la manière dont sont détectées les personnes à risque, comprendre l'évolution des prises en charge réalisées et analyser les mesures de prévention mises en place par les Ehpad. Les résultats montrent que ces formations ont eu à la fois un impact individuel sur la personne formée et de manière générale sur toute l'institution qui a mis en place une meilleure gestion des suicides et des mesures de prévention (Chauliac, 2016).

Un autre programme de formation a été institué dans la région des Hauts-de-France avec la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France portés par l'agence régionale de santé et par L. Plancke (Plancke, 2019). Les formateurs ont suivi l'enseignement de J.-L. Terra en 2015, puis ont transmis leur formation, pendant deux ans, à 427 professionnels dans 100 établissements. Plusieurs éléments d'évaluation ont été réalisés pour mesurer l'impact de ces formations : un questionnaire auprès des professionnels ; une enquête avec des responsables d'Ehpad quelques mois après la formation ; une enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides parmi les résidents. Les résultats démontrent peu de changements organisationnels, mais des échanges entre professionnels et résidents sur les conduites suicidaires qui augmentent. Le programme de formation a favorisé une amélioration des

connaissances déclarées et une évolution des représentations, même si la distinction entre pensées suicidaires et passages à l'acte n'est pas effective et si les troubles dépressifs sont assimilés parfois aux risques suicidaires. L'enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides indique une morbidité suicidaire inférieure après la formation. Cependant, il n'est pas possible de conclure à un effet significatif sur la baisse de la mortalité suicidaire.

Peu de recherches s'intéressent aux mécanismes neurocognitifs à l'exception d'une étude clinique menée par le service psychiatrique du CHU de Nîmes portée par le professeur en psychiatrie F. Jollant (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Cofinancée par la fondation Apicil³, cette étude a pour objectif de mieux comprendre ces mécanismes susceptibles d'aboutir au suicide et de repérer les profils cognitifs des patients âgés. La méthodologie repose sur une comparaison entre trois groupes de patients de plus de 60 ans. Un premier groupe est composé de personnes âgées déprimées ayant fait une tentative de suicide ; un second, de personnes âgées déprimées n'ayant pas fait de tentative de suicide et enfin un troisième est constituée de personnes âgées sans antécédent psychiatrique. L'étude repose sur des tests neuropsychologiques mesurant, chez le patient, la manière de prendre des décisions, notamment devant une situation d'injustice. Ensuite, une session d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisée pour mesurer l'activité cérébrale. Enfin, la perception de la douleur psychologique est également évaluée. L'idée est d'exposer la façon dont peuvent être développés des marqueurs prédictifs du risque de passage à l'acte. Aucun résultat n'est pour le moment disponible.

Une autre recherche, menée par P. Vandel de l'université de Franche-Comté⁴, a pour objectif de mieux déterminer les facteurs de risque du suicide. L'hypothèse repose sur le fait que le vieillissement s'accompagne d'une diminution de l'inhibition cognitive (capacité du cerveau à ignorer ou à se détourner d'un stimulus qui ne serait pas pertinent pour une tâche en cours). Ce défaut d'inhibition cognitive favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision déclenchant un passage à l'acte suicidaire (Barsznica, 2019). Le problème serait donc physiologique, le cerveau du sujet âgé ne pouvant plus écarter les pensées suicidaires. Dans la recherche menée, un groupe d'individus avec un antécédent dépressif et un autre groupe témoin réalisent des tâches nécessitant des mouvements oculaires qui sont mesurés et analysés (*eye tracking*). Ceux-ci révèlent alors que le défaut d'inhibition cognitive est plus important chez le groupe de personnes âgées dépressives. Au-delà du lien entre inhibition cognitive et dépression, la recherche montre que les interactions sociales permettent de freiner la perte de l'inhibition cognitive. La réduction de l'isolement social tend à diminuer le nombre de suicides.

3. Fondation Apicil, CHU de Nîmes, « Comprendre le risque suicidaire de la personne âgée déprimée », *dossier de presse*, Nîmes, 29 novembre 2018.

4. Pour plus d'informations, voir p. 150 du 3^e Rapport de l'ONS.

Enfin, le projet en cours, en sciences humaines « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir » porté par F. Balard de l'université de Lorraine (2019) a reçu un financement de la Fondation de France. Son objectif est triple : éclairer les catégorisations scientifiques du suicide des personnes âgées, analyser les catégorisations des professionnels (médecins, infirmiers, etc.), et analyser l'interprétation des proches de la personne âgée. Les premiers résultats du projet (pas encore publiés) mettent en lumière les conceptions scientifiques différenciées du suicide des âgées et la manière dont celles-ci s'articulent avec des conceptions du mal-être au grand âge. Ainsi, le projet pourrait avoir un rôle de prévention précieusement dans la réflexion autour de l'image de la vieillesse dans la société et de la postvention⁵.

Conclusion : quelles questions de recherche ?

Si les avancées sont réelles en matière d'évaluation des dispositifs de prévention du suicide, il reste encore de nombreux pans de recherche à explorer. Un premier volet de recherches possible concerne les données chiffrées. En effet, les données du CépiDc permettent de donner une approche générale du profil, des modes et des lieux de suicide. Cependant, certains éléments restent à explorer pour appréhender la sous-estimation du nombre de personnes âgées se suicidant, particulièrement en établissements pour personnes âgées. Des statistiques s'avèreraient nécessaires pour mieux connaître le profil des personnes âgées suicidées ou suicidantes (niveau de dépendance, caractéristiques socio-économiques, etc.).

Un deuxième volet d'analyses pourrait s'intéresser à une meilleure connaissance des facteurs de risque et plus particulièrement au rôle de la dépression dans les comportements suicidaires et sa détection. Des recherches comportant une analyse affinée des facteurs relatifs aux caractéristiques démographiques, économiques et familiales permettraient de parfaire la compréhension des conduites suicidaires. S'intéresser au parcours des individus (entrée ou non en établissement, éventuel veuvage, etc.) favoriserait la compréhension du rôle des ruptures dans les parcours de vie.

Enfin, des recherches pourraient renforcer l'évaluation scientifique des dispositifs mis en place à la fois en matière de prévention et de postvention. Cependant, avant même d'évaluer, il convient de réfléchir aux indicateurs à prendre en compte. Par exemple, le faible volume de suicides dans un Ehpad ne permet pas de quantifier l'impact des mesures mises en place sur la baisse des suicides. Il faut donc trouver et expérimenter d'autres indicateurs : propension à demander de l'aide, évolution des comportements des familles et des professionnels, mais aussi nombre de dépressions diagnostiquées, etc.

5. La postvention consiste en une aide auprès des professionnels et de la famille à la suite du suicide de la personne âgée.

Références bibliographiques

- **Andrian, J.** (1990). Le suicide des personnes âgées : comparaisons nationales et internationales (1976-1987). *Espace populations et sociétés*, 3, 565-572.
- **ANESM.** (2014a, avril). Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées.
- **ANESM.** (2014b, mai). Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- **Balard, F.** (2019, juin). « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir ». Communication présentée à l'ONS, Paris.
- **Barsznica, Y., Noiret, N., Chopard, G. et Vandiel, P.** (2019, mars). Intérêt potentiel des saccades oculaires pour la détection des conduites suicidaires chez la personne dépressive âgée. *Gériatrie et psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, 17(1), 92-98.
- **Baudelot, C. et Estabiet, R.** (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : Le Seuil.
- **Campéon, A.** (2012, juin). Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieille déchuée ? ; *Interrogations ?* 14.
- **Caradec, V.** (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches* (3^e édition). Paris, France : Armand Colin.
- **Casadebaig, F., Ruffin, D. et Philippe, A.** (2003, février). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51(1) 55-64.
- **Charazac-Brunel, M.** (2014). Le suicide des personnes âgées. Toulouse, France : ERES.
- **Chauliac, B., Brochard, N., Payet, C., EGGE (étude gatekeepers en Ehpad) study groupe, Duclos, A. et Terra, J-L.** (2016). How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes ? A controlled study in 24 centers. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 37, 56-62.
- **Couillet, A., Terra, J-L, Brochard, N. et Chauliac, N.** (2017). Barriers to the prevention of suicide in nursing homes: a qualitative study of the social representations of caregivers. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide prevention*, 38(6), 423-432-.
- **CNBD.** (2013, octobre). Prévention du suicide chez les personnes âgées.
- **De Leo, D., Carollo, G. et Dello Buono, M.** (2005). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 632-34.
- **Gallarda, T., Roche, O. et Drunet O.** (2019). Chapitre 24. Suicide et conduites suicidaires. Dans J.-P. Clément et B. Calvet (dir). *Psychiatrie de la personne âgée, 2^e édition*. Paris, France : Lavoisier, p. 252-268.

- **Mallon, I.** (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et Société*, 30(121), 251-64.
- **Mezuk, B., Ko, T M., Kalesnikava, V A. et Jurgens, D.** (2019). Suicide among older adults living in or transitioning to residential long-term care, 2003 to 2015. *JAMA Network Open*, 2(6).
- **Muller, M. et Roy, D.** (2018, novembre). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1094.
- **Oyama, H., Ono, Y., Watanabe, N., et al.** (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114.
- **Pennec, S., Gaymu, J., Riou, F., Morand, E., Pontone, S., Aubry, R. et Cases, C.** (2015, juillet-août). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Ined, *Population & Sociétés*, 524.
- **Plancke, L., Baelde, N. et Amariei, A.** (2019, mai). La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad : évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Un rapport de la F2RSM Hauts-de-France.
- **Plancke, L.** (2017, avril). Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. *Neurologie, psychiatrie, gériatrie*, 17(98), 136-143.
- **Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M.** (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide : a case-control study. *Aging & Mental Health*, 9(6), 576-584.
- **Richard-Devantoy, S., Jollant, F.** (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé mentale au Québec*, 37 (2), 151-173.

FICHE 16

Risque suicidaire en classe de 3^e : une première analyse de l'auto-questionnaire de l'Enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e

Valérie Carrasco (DREES)

Dans un contexte où la promotion du bien-être des jeunes apparaît comme un enjeu majeur de santé publique, point central du *plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* lancé en novembre 2016, l'Enquête nationale de santé en milieu scolaire réalisée en 2017 en classe de troisième ne s'est pas seulement intéressée à l'état de santé physique et à l'hygiène de vie des élèves de troisième, mais également à leur état de santé mentale. C'est dans cet objectif qu'a été ajouté à l'enquête principale un auto-questionnaire composé de différents modules relatifs à la consommation de substances psychotropes (alcool, tabac et cannabis), à la vie et au comportement scolaires (assiduité aux cours et atteintes subies), au comportement alimentaire, à la détresse psychique, aux actes auto-agressifs et au suicide. De plus, ce questionnaire commence par 5 questions sur ce qui est le plus important pour l'élève dans sa vie actuelle (amitié, réussite scolaire, santé, famille et loisirs) et se termine par 5 questions sur ce qui sera le plus important pour lui dans dix ans (amour, travail, santé, investissement associatif et voyages à l'étranger). L'auto-questionnaire a été rempli par 6 698 élèves (**encadré 1**).

À partir de leur déclaration, l'état de santé mentale des élèves a ainsi pu être évalué sur plusieurs dimensions, révélatrices à des degrés plus ou moins forts de l'expression d'un mal-être : détresse psychique, actes auto-agressifs, problèmes de comportement alimentaire, qualité du sommeil et risque suicidaire (**encadré 2**).

ENCADRÉ 1 – L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DES ÉLÈVES DE TROISIÈME

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées tous les deux ans en collaboration entre les ministères des Solidarités et de la Santé et celui de l'Éducation nationale, alternativement dans les classes de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième. Elles couvrent l'ensemble du champ des établissements publics et privés de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹.

L'enquête 2016-2017 concerne les adolescents des classes de troisième. Elle repose sur un questionnaire renseigné par le médecin ou l'infirmière de santé scolaire à partir de l'examen de santé (poids, taille, vision, audition) et sur un entretien avec l'élève (habitudes de vie, accidents de la vie courante, santé respiratoire...).

Cette édition de l'enquête a été enrichie d'un auto-questionnaire renseigné par l'adolescent et destiné à approcher sa santé psychique. Élaborées avec l'appui d'experts pédopsychiatres, les questions portent sur les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, les comportements à risque, les troubles des conduites alimentaires, les automutilations, les violences subies (physiques ou psychiques) ou encore la détresse psychique. Le recueil des ressentis et des humeurs, particulièrement fluctuants à l'adolescence, a ainsi été complété d'une approche par les comportements.

Le protocole prévoit que l'auto-questionnaire soit renseigné par l'adolescent, en dehors de la présence d'un adulte ou d'autres élèves. L'adolescent avait toutefois la possibilité de poser des questions ou de parler au professionnel de santé s'il en ressentait le besoin.

Parmi les 7 242 élèves ayant répondu à l'enquête, 6 698 ont répondu à l'auto-questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 93 %. Pour garantir la sincérité des réponses des adolescents, il a été indiqué à l'adolescent que ses réponses ne seraient lues par aucun adulte (parents, infirmier, médecin). Pour assurer la confidentialité des données recueillies, après remplissage, l'auto-questionnaire est mis dans une enveloppe fermée.

1. Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et, à partir de 2012, à Mayotte.

ENCADRÉ 2 – ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

L'état de santé mentale des élèves a été évalué sur 5 dimensions :

1 - Risque suicidaire

Il est évalué par 3 questions :

- Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ?
- Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait une tentative de suicide ?
 - Si oui, es-tu allé à l'hôpital suite à cette tentative de suicide ?

2 - Détresse psychique

Cette dimension est évaluée au moyen de l'échelle de Kessler (K6) constituée d'un module de 6 questions :

« au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu eu le sentiment... d'être nerveux ? / d'être désespéré ? / d'être agité ou incapable de tenir en place ? / d'être tellement déprimé que rien ne pouvait te remonter le moral ? / que tout demandait un effort ? / d'être bon à rien ? », avec 5 modalités de réponse quottées de 0 à 4 (jamais = 0 / rarement = 1 / quelquefois = 2 / la plupart du temps = 3 / tout le temps = 4). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 6 questions peut ainsi varier de 0 à 24.

3 - Problèmes de comportement alimentaire

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il t'est arrivé... de manger énormément avec des difficultés à t'arrêter ? / de te faire vomir volontairement ? / de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir t'arrêter ? / de manger en cachette ? / de te priver de nourriture par peur de prendre du poids ou de grossir », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 5 questions peut ainsi varier de 0 à 15.

4 - Les blessures auto-infligées

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« dans le passé as-tu volontairement fait exprès... de couper le poignet, le bras, ou une autre partie de ton corps ? / de te piquer, scarifier, ou marquer la peau avec des aiguilles, des agrafes ou des épingles ? / d'empêcher des plaies de cicatriser / de te brûler avec une cigarette, un briquet ou des allumettes ? / de te faire des bleus ou des cicatrices en te donnant des coups, en te mordant ou en te cognant la tête ? », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / 1 fois = 1 / 2 à 4 fois = 2 / 5 fois ou plus = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

5 - Les problèmes de sommeil

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 4 questions :

« au cours des 12 derniers mois t'est-il arrivé... d'avoir des difficultés à t'endormir ? / de te réveiller dans la nuit et d'avoir des difficultés à te rendormir ? / d'avoir le sentiment d'être décalé (t'endormir très tard et te réveiller très tard) / d'avoir le sentiment de ne pas être reposé après avoir dormi ? » avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

À l'exception du risque suicidaire, chacune des dimensions est ainsi évaluée par un ensemble de questions aboutissant au calcul d'un score qui tient compte des différents items concernant l'élève et de leur fréquence.

Six variables catégorielles ont été construites, une pour chaque dimension, à l'exception des problèmes de comportement alimentaire pour lesquels deux indicateurs ont été retenus. Des regroupements de scores ont été réalisés, pour éviter de trop grandes disparités du nombre de modalités et des effectifs trop faibles qui auraient perturbé l'analyse.

- **Risque suicidaire** – 3 modalités : ni pensées suicidaires (PS), ni tentatives de suicide (TS) / PS seules / TS
- **Détresse psychique** – 4 modalités : détresse psychique faible (score de 0 à 4) / modérée (score de 5 à 6) / élevée (score de 7 à 12) / très importante (score > 12)
- **Actes auto-infligés** – 3 modalités : jamais (score = 0) / peu souvent (score = 1 ou 2) / très souvent (score ≥ 3)
- **Problèmes de comportement alimentaire : indicateur global** – 5 modalités à partir du score calculé sans la question sur le fait de s'être fait vomir : Aucun (score=0) / rares (score=1) / peu fréquents (score=2 ou 3) / fréquents (scores=4 à 6) / très fréquents (score ≥ 7)
- **Problèmes de comportement alimentaire : indicateur spécifique** – « s'est déjà fait vomir » : oui / non
- **Problèmes de sommeil** – 4 modalités : aucun (score = 0) / rares (score =1 ou 2) / peu fréquents (score = 3 à 5) / fréquents (scores ≥ 6)

Dans l'enquête, on relève les pensées suicidaires (PS) et les tentatives de suicide (TS) au cours des 12 derniers mois. Malgré le recours à un auto-questionnaire, cette thématique reste difficile à aborder : parmi ceux qui ont répondu à l'auto-questionnaire (93 %), très peu ne répondent pas à ces questions mais ils sont aussi nombreux, et même plus nombreux pour les tentatives de suicide, à utiliser la

modalité « refus de répondre » que la modalité « oui »¹. Le profil de ceux qui refusent de répondre est beaucoup plus proche de ceux qui répondent « oui » que de ceux qui répondent « non »². Il aurait été intéressant de garder cette distinction, qui semble indiquer une position de gravité intermédiaire, mais la faiblesse des effectifs conduit à les regrouper et à assimiler les refus aux réponses positives. Avec cette interprétation large du « oui », les pensées suicidaires comme les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, 15 % contre 7 % pour les pensées suicidaires et 5,4 % contre 2,4 % pour les tentatives de suicide. Pour les pensées suicidaires, ces résultats sont très proches de ceux obtenus pour les jeunes de 17 ans dans l'enquête Escapad³ de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), [15 % pour les filles et 8 % pour les garçons], alors que pour les tentatives de suicide, la différence entre filles et garçons est moins marquée que dans cette enquête, avec un sex-ratio de 2 contre 2,9 en 2017 (mais 2,2 en 2014) pour les tentatives de suicide mesurées tout au long de la vie. Les tentatives de suicide déclarées s'accompagnent presque toujours de pensées suicidaires et si la majorité des élèves déclarant des pensées suicidaires n'ont pas fait de tentative de suicide, la part de ceux qui déclarent aussi une tentative de suicide est beaucoup plus élevée que parmi l'ensemble des élèves (34 % contre 4 %, filles et garçons confondus).

Pensées suicidaires et tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes dès que la santé mentale se dégrade fortement, quel que soit l'indicateur considéré (**graphique 1**). Des pensées suicidaires sont déclarées par 40 % à 50 % des élèves qui se sont auto-infligés des atteintes corporelles à plus de deux reprises (8 % des élèves), qui souffrent d'une détresse psychique très importante (8 % des élèves), qui ont très souvent différents problèmes de comportement alimentaire (3 % des élèves) ou se sont déjà fait vomir (5 % des élèves) ; de même, 20 % à 25 % d'entre eux disent avoir fait une tentative de suicide, cette part atteignant 30 % en cas de très forte détresse psychique.

Le mal-être des élèves est associé à d'autres comportements, pas toujours rares, qui peuvent également être révélateurs d'un risque suicidaire. Si globalement 11 % des élèves déclarent avoir eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, cette part dépasse 25 % pour ceux qui fument régulièrement du tabac (7 % des élèves) ou qui ont déjà fumé du cannabis (2,5 % des élèves) ; elle est d'environ 20 % pour les élèves à qui il arrive de sécher les cours (17 %) et dépasse 30 % dans les cas d'élèves qui ont été victimes d'insultes ou de moqueries répétées (12 % des élèves) ou de violences physiques (7 % des élèves).

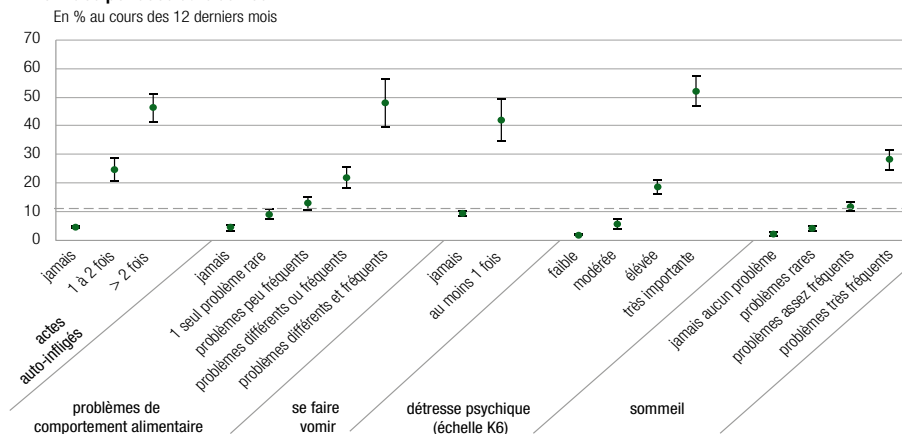
1. À la question : « Avez-vous eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ? », 90 % ont répondu « non », 5 % « oui » et 5 % « ne veut pas répondre » ; à celle sur les tentatives de suicide, les parts de réponse sont respectivement de 96 %, 1,3 % et 2,6 %.

2. Les trois groupes (réponses oui/non/ne veut pas répondre) ont été comparés sur 3 critères : 1. scores des modules K6, consommation de substances, atteintes subies, scarifications et problèmes de comportement alimentaire, 2. position sur l'ACM réalisée à partir des autres variables de l'auto-questionnaire, 3. variables caractéristiques de chaque groupe.

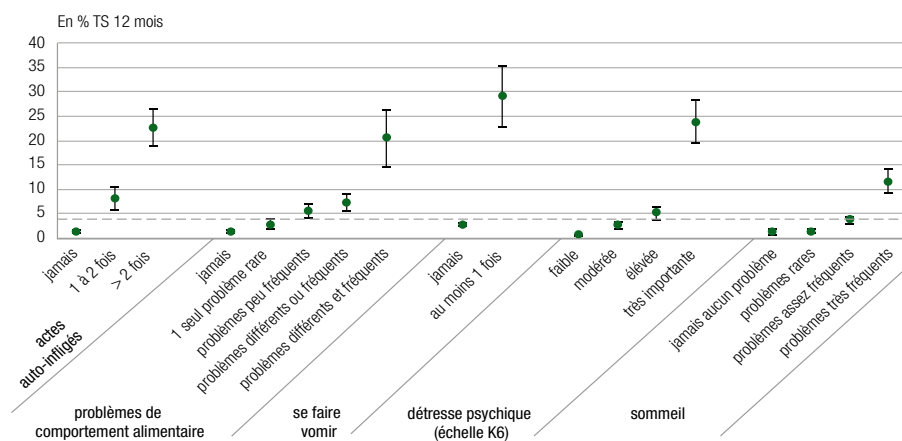
3. Enquête sur la Santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense.

GRAPHIQUE 1 • Part des pensées suicidaires et part des tentatives de suicide selon l'état de santé mentale

1A. Part des pensées suicidaires



1B. Part des tentatives de suicide



IC : intervalle de confiance à 95 %.

Échelle K6 : échelle de Kessler mesurant la détresse psychologique *via* 6 questions (encadré 2).

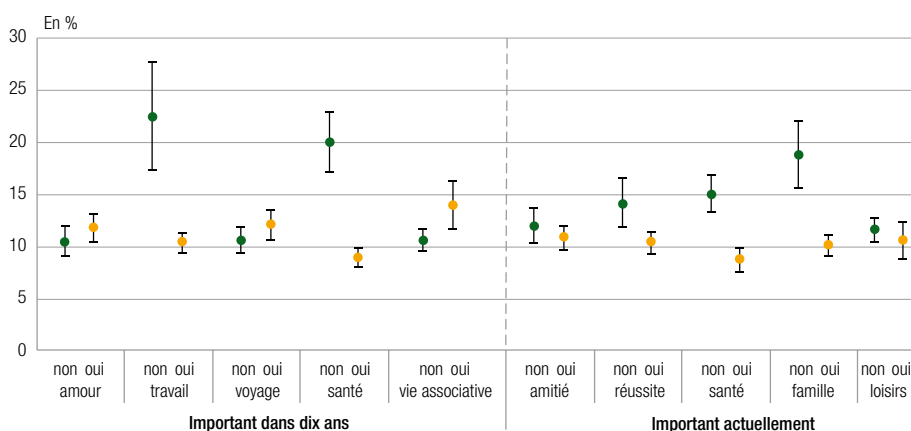
Lecture • La part d'élèves ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est de 2,1 % parmi ceux qui présentent une détresse psychique faible, de 5,8 % en cas de détresse psychique modérée, 18,7 % en cas de détresse psychique élevée et 52 % en cas de détresse psychique très importante ; les parts de ceux qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont respectivement de 0,6 %, 2,5 %, 5,1 % et 23,8 %.

Champ • Répondants à l'auto-questionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e, 2016-2017.

Les réponses concernant ce qui est important pour l'élève actuellement et ce qui le sera dans dix ans peuvent aussi éclairer le mal-être de l'élève (graphique 2). La part de ceux qui déclarent des pensées suicidaires ou une tentative de suicide est d'environ 20 % pour les élèves qui disent ne pas attacher d'importance à la famille dans leur vie actuelle ou pensent que dans dix ans le fait d'avoir un travail qui plaît ou d'être en bonne santé ne sera pas important pour eux. Ces réponses reflètent peut-être un manque de soutien familial ou de modèle dans lequel se projeter.

GRAPHIQUE 2 • Part des pensées suicidaires et des tentatives de suicide selon ce qui est important pour l'élève de 3^e actuellement et ce qui le sera dans dix ans



IC : intervalle de confiance à 95 %.

Lecture • La part d'élèves ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois est de 22,5 % parmi ceux qui pensent que dans dix ans ils n'attacheront pas d'importance au fait d'avoir un travail qui leur plaît, alors qu'elle est de 10,3 % dans le cas contraire.

Champ • Répondants à l'auto-questionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e, 2016-2017.

Tous ces éléments sont révélateurs d'un mal-être qui peut aboutir à une tentative de suicide. Deux analyses toutes choses égales par ailleurs permettent d'apprécier l'effet propre de chacun : la première intègre les critères de santé mentale⁴ et la seconde ne les prend pas en compte (encadré 3).

4. Outre les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, les variables retenues comme mesures de la santé mentale sont la détresse psychique, les blessures auto-infligées, les problèmes de sommeil, le fait de s'être fait vomir et les autres problèmes de comportement alimentaire (encadré 2).

ENCADRÉ 3 – LES RÉGRESSIONS LOGISTIQUES

Deux régressions sont réalisées. La variable expliquée est toujours le fait d'avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Dans la première régression, les variables explicatives sont les suivantes :

- **caractéristiques personnelles** (sexe, IMC, retard scolaire) ;
- **caractéristiques sociodémographiques** (nombre de frères et sœurs, PCS des parents, structure familiale) ;
- informations sur le **mode de vie de l'élève** (pratique d'un sport, prise régulière d'un petit déjeuner, repas pris à la cantine, temps passé sur les écrans) ;
- réponses aux questions sur ce qui **est important actuellement** pour l'élève (amitié, réussite scolaire, santé, famille, loisirs) et sur **ce qui le sera dans dix ans** (santé, amour, travail, voyages, vie associative), les réponses concernant **son vécu scolaire** (fait de sécher les cours, d'avoir été victime d'insultes ou de moqueries, de violences physiques ou de racket) ;
- **consommations de substances** (tabac, cigarette électronique, alcool et cannabis) ;
- **scores de santé mentale** : détresse psychique, blessures auto-infligées, problèmes de sommeil, fait de s'être fait vomir et autres problèmes de comportement alimentaire (**encadré 2**).

Dans la deuxième régression, on enlève des variables explicatives les scores de santé mentale.

En dépit de l'effet très fortement déterminant des indicateurs de l'état de santé mentale (niveau de détresse psychique, fait de s'être déjà fait vomir et fréquence des actes auto-infligés), les insultes ou moqueries répétées et les violences subies multiplient, elles, par 2,5 le risque de faire une tentative de suicide (**graphique 3**). L'analyse de la façon dont le jeune se projette dans l'avenir montre que seul le fait qu'il estime que sa santé ne sera pas un sujet important pour lui dans dix ans apparaît significatif : le risque est multiplié par 2. Parmi les informations collectées sur le mode de vie de l'élève, le fait de ne jamais ou rarement prendre de petit déjeuner se révèle en lien avec le risque de tentative de suicide, plus que le fait de fumer, de consommer de l'alcool ou de ne pas faire de sport. Ce résultat est à rapprocher de l'analyse des déterminants de la santé physique des élèves de troisième qui soulignait déjà le rôle spécifique de l'absence de petit déjeuner régulier sur le risque de surpoids (Guignon, 2019). Cependant, l'effet propre du tabac ou de l'alcool sur le risque suicidaire semble masqué par une dégradation de la santé psychique. Leurs effets apparaissent si l'on ne contrôle pas l'état de santé mentale dans l'analyse. Le risque est alors multiplié par 2 pour ceux qui ont déjà consommé de l'alcool ou été ivres, de même que pour ceux qui ont déjà fumé du tabac ou utilisé une cigarette électronique. Il en va de même quand l'élève ne désigne pas comme quelque chose d'important sa santé actuelle (risque multiplié par 1,6) ou le fait d'avoir un travail

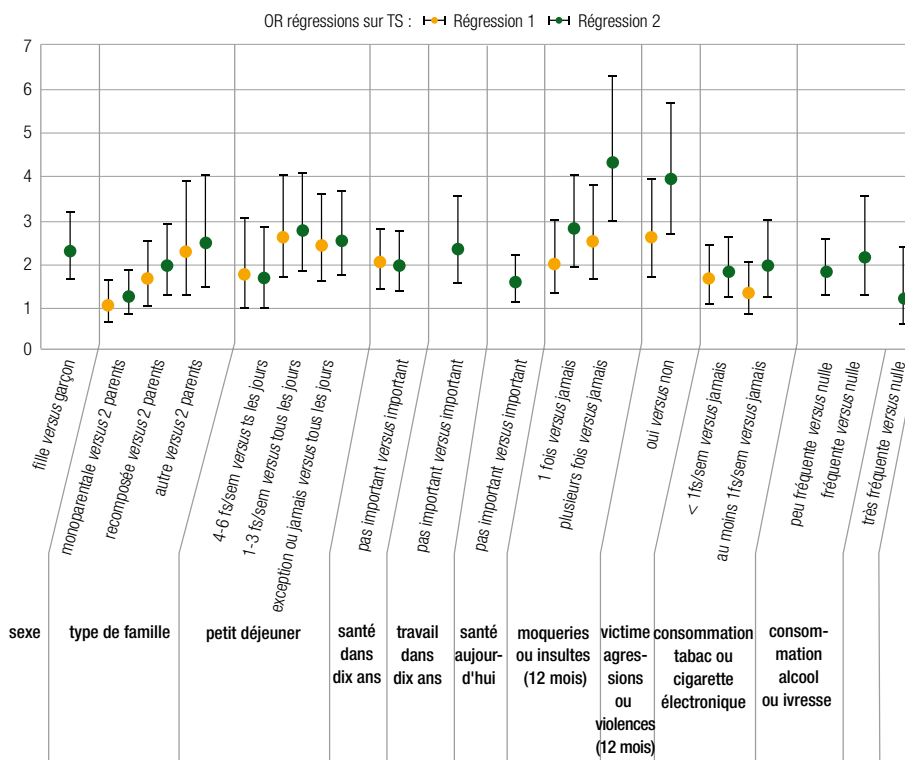
qui lui plaît dans dix ans (risque multiplié par 2,4). De plus, le mal-être psychique masque l'effet du genre sur le risque suicidaire : alors que les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, le risque, toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à état de santé psychique identique, ne semble pas significativement majoré quand on est une fille, mais il est multiplié par 2 dès que l'état de santé mentale n'est plus pris en compte.

Le manque de projection dans le travail futur semble très révélateur pour les garçons (risque multiplié par 4) ainsi que le fait de souvent sécher les cours (risque multiplié par 3). Ces éléments ne ressortent pas pour les filles. En revanche, la consommation de tabac ou d'alcool⁵, même peu fréquente, multiplie le risque par plus de 2 pour les filles, de même que le fait d'être en surpoids (odds ratio autour de 2) ou de n'accorder d'importance ni à la santé ni à la famille (odds ratio un peu inférieur à 2).

Si cette étude confirme le rôle primordial de l'état de santé psychique des élèves sur le risque suicidaire, elle met également en évidence de nombreux comportements, parfois relativement anodins (comme ne pas prendre de petit déjeuner), qui peuvent constituer des signes d'alerte sur le mal-être des élèves, et l'importance des atteintes subies, même peu graves quand elles sont répétées. Il serait intéressant de pouvoir repérer d'autres situations, comme les cas de harcèlement ou de difficultés scolaires importantes, et de mettre en lien ces informations avec les résultats précédents. Sur le dernier point, l'enquête ne mentionne actuellement qu'une information sur le retard ou l'avance scolaire : l'effet du retard semble plutôt protecteur (odds ratio de 0,7 soit un risque divisé par 1,4) et n'apparaît que sur les pensées suicidaires.

5. La consommation d'alcool a été évaluée en 4 modalités ; très fréquente si a bu de l'alcool presque tous les jours (dans les 30 derniers jours) ou ivre au moins 4 fois dans sa vie, fréquente si a bu de l'alcool au moins une fois par semaine ou ivre 2 ou 3 fois dans sa vie, peu fréquente si a bu de l'alcool moins d'une fois par semaine ou ivre 1 fois dans sa vie, nulle sinon.

GRAPHIQUE 3 • Régression logistique sur les tentatives de suicide au cours des 12 mois, avec et sans contrôle de la santé mentale



Régression 1 : avec contrôle santé mentale ; régression 2 : sans contrôle santé mentale.

Note • Quand l'odds ratio de la première régression ne figure pas dans le graphique, c'est qu'il s'agit d'une variable qui n'a pas été retenue dans le modèle (pas d'effet propre significatif).

Lecture • À état de santé mentale égal (régression 1), le fait d'être un garçon ou une fille ne modifie pas le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Lorsque l'on ne contrôle plus l'état de santé mentale (régression 2), ce risque est multiplié par 2,3 pour les filles.

Champ • Répondants à l'auto-questionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e, 2016-2017.

Référence bibliographique

- Guignon, N. (2019, août). En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. DREES, *Études et Résultats*, 1122.

FICHE 17

Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains - Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018

Éric Janssen et Stanislas Spilka (Observatoire français des drogues et des toxicomanies-OFDT, pôle EAS)

Contexte

Faisant suite aux recommandations du deuxième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) de « développer une approche populationnelle du suicide » et de s'intéresser tout particulièrement aux populations jeunes (ONS, 2016), le troisième rapport, publié en février 2018, a consacré un dossier à la question du suicide en population adolescente (ONS, 2018) et un appel à recherche sur la prévention du suicide des jeunes a été lancé par la DREES. Cette fiche présente les dernières données disponibles concernant les tentatives de suicide et les pensées suicidaires déclarées à l'adolescence, à travers l'exploitation de deux enquêtes (Escapad et EnCLASS) pilotées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la route, avec 15,2 % des décès de cette classe d'âge en 2016 (voir fiche 2). Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) confirment l'importance du phénomène suicidaire chez les jeunes, avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevés parmi les filles de 15 à 19 ans en 2017 (en moyenne 41 séjours pour 10 000 habitants contre des taux autour de 20 pour 10 000 dans le reste de la population) [voir fiche 3]. Les antécédents de tentatives de suicide constituent d'ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide (Castellvi *et al.*, 2017). Ces données confortent ainsi l'inscription de la prévention

des conduites suicidaires comme une priorité de santé publique chez les jeunes. Dans cette optique, les enquêtes conduites en population générale adolescente permettent de mieux caractériser les populations les plus vulnérables et d'identifier quelques-uns des facteurs associés aux conduites suicidaires, sur lesquels intervenir dans une démarche de prévention.

L'enquête Escapad (**encadré 1**) est une des rares enquêtes quantitatives et représentatives qui interroge les pensées suicidaires et les tentatives de suicide auto-déclarées en population générale adolescente. Du fait de la taille de son échantillon (près de 40 000 adolescents de 17 ans en 2017), elle est aussi la seule à pouvoir établir une prévalence par région en métropole.

ENCADRÉ 1

Placée sous la direction scientifique de l'OFDT, l'enquête sur la Santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense (Escapad) est réalisée en partenariat avec la Direction du service national et de la jeunesse (DSNJ) lors de la Journée Défense et citoyenneté (JDC). La collecte des données de cette neuvième édition s'est tenue du 13 au 25 mars 2017. Au total, 42 751 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs consommations de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool et le cannabis). Le taux de participation (nombre de questionnaires non vierges rapporté au nombre de jeunes présents) s'élève à 97,4 %. Les données redressées sur les marges départementales filles/garçons âgés de 17 ans sont représentatives des adolescents français de cet âge. Les données analysées ici concernent les 39 115 métropolitains.

L'enquête Escapad 2017 a bénéficié d'un avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis, n°178/H030).

L'enquête EnCLASS (**encadré 2**), conduite auprès des élèves du secondaire et représentative de la population lycéenne, offre un angle d'observation différent qui consiste à présenter les données non plus par âge, mais par niveau de classe (de la 2^{de} à la terminale). En permettant l'analyse d'indicateurs ou de déterminants de santé au regard de la progression scolaire des adolescents, le volet lycée de l'enquête EnCLASS offre des données opérationnelles pour mieux cibler les interventions en milieu scolaire.

ENCADRÉ 2

L'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS¹) est issue du regroupement de deux enquêtes quadriennales internationales réalisées en milieu scolaire : *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), enquête placée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et représentative des jeunes collégiens âgés de 11, 13 et 15 ans (HBSC, 2015), et *European School Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), réalisée depuis 1995 dans plus d'une trentaine de pays d'Europe auprès d'élèves de 16 ans (The Espad Group, 2016). En France, depuis 2011, les échantillons de ces deux enquêtes ont été élargis à l'ensemble des adolescents scolarisés dans le secondaire, afin de mieux observer la diffusion de l'usage des produits psychoactifs chez les adolescents au fil de leur parcours scolaire.

Ces deux enquêtes garantissent une représentativité nationale, et même régionale pour HBSC. L'échantillonnage a été réalisé par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale, selon un tirage aléatoire à double niveau : sélection des établissements (en définitive 308 collèges et 206 lycées), au sein desquels deux classes ont été sélectionnées au hasard. L'enquête a permis d'interroger 20 577 élèves du secondaire soit, après vérification des données, un échantillon final de 20 128 élèves. L'analyse porte ici sur les 7 155 lycéens.

L'enquête EnCLASS 2018 a bénéficié d'un avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis, n°142 / H030).

1. <http://enclass.fr/>

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide à 17 ans

Le questionnaire Escapad comprend deux questions abordant le thème du suicide. La première, sur les tentatives de suicide (TS), est formulée comme suit : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené à l'hôpital ? », la seconde sur les pensées suicidaires (PS) ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ». Les trois modalités de réponse dans les deux cas sont : « non ; une seule fois ; plusieurs fois ». Pour les analyses, les modalités de réponse « une seule fois » et « plusieurs fois » ont été regroupées. Les

réponses à ces questions peuvent être rattachées à un ensemble de caractéristiques sociodémographiques et de santé mentale collectées par le biais du questionnaire. Au-delà des déterminants que constituent les pensées et le geste suicidaires, la recherche s'accorde sur l'attention à porter à la dépression comme autre facteur associé important du risque suicidaire. Dans les enquêtes de l'OFDT, la présence d'un trouble dépressif est évalué par le biais de l'échelle *Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS) (Revah-Lévy *et al.*, 2007). Cette échelle se base sur un ensemble de dix questions à réponses dichotomiques (« vrai » ou « faux »). Le calcul d'un score¹ permet de classer les adolescents en trois catégories : absence de risque de dépression ; risque modéré de dépression ; risque élevé de dépression.

En 2017, près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclarent avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation (2,7 % en 2014 ; la différence avec le chiffre de 2017 n'est pas statistiquement significative), et plus de 11 % déclarent avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 derniers mois (contre 10,4 % en 2014, différence statistiquement significative, $p < 0,0001$) (**tableau 1a**). Les pensées suicidaires, et plus encore les tentatives de suicide, sont très nettement le fait des filles : les adolescentes sont deux fois plus nombreuses à déclarer avoir été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Les tentatives de suicide comme les pensées suicidaires sont proportionnellement associées à un syndrome dépressif : le passage à l'acte déclaré est multiplié par 8 en cas de dépression sévère, les pensées suicidaires par près de 9 (**tableau 1b**).

TABLEAU 1A • Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2017 et 2014

| En % | Tentatives de suicide | Pensées suicidaires |
|---------------|-----------------------|---------------------|
| Ensemble 2014 | 2,7 | 10,4 |
| Ensemble 2017 | 2,9 | 11,4 |
| Garçons | 1,5 | 8,2 |
| Filles | 4,3 | 14,8 |
| Sex-ratio | 2,9*** | 1,8*** |

*** : significatif à $p < 0,001$.

Note • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie ; pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois écoulés ; sex-ratio = % filles / % garçons ($p < 0,001$).

Lecture • En 2014, 2,7 % des adolescents de 17 ans de France métropolitaine ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Champ • Français âgés de 17 ans en 2014 ou 2017, résidant en France métropolitaine.

Sources • OFDT, Escapad 2014, 2017

1. Les réponses sont cotées 0 pour une réponse négative, 1 pour une affirmative, le score s'obtenant ensuite par addition de chacune des dix réponses. Un score de 4, 5 ou 6 est associé à un risque modéré de dépression ; un score de 7 ou plus à un risque élevé.

TABLEAU 1B • Troubles dépressifs, pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2017

| | En % | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | Tentatives de suicide | Pensées suicidaires |
| Pas de dépression (78,8 %) | 1,6 | 5,8 |
| Risque modéré (16,6 %) | 5,9 | 25,6 |
| Risque sévère (4,5 %) | 12,8 | 51,6 |

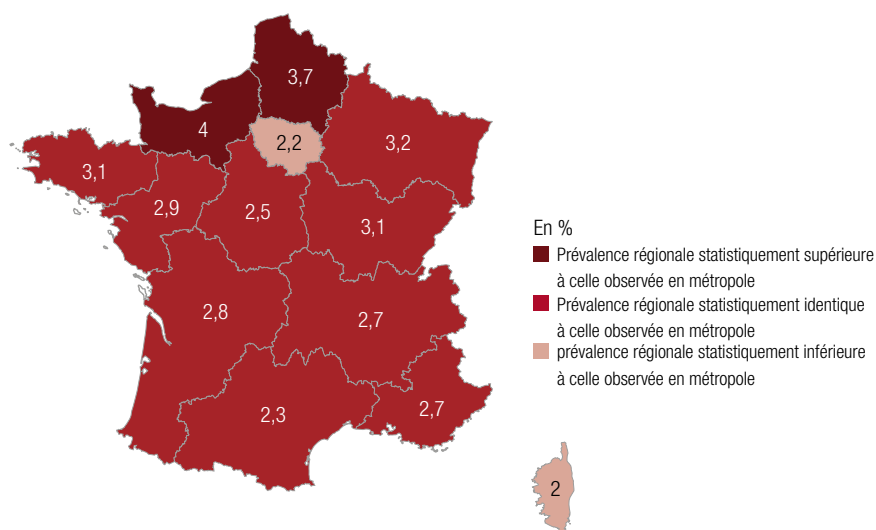
Note • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie ; pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois écoulés.

Lecture • 78,8 % des adolescents âgés de 17 ans ne présentent pas de troubles dépressifs et parmi eux 1,6 % ont déclaré une tentative de suicide et 5,8 % ont eu des pensées suicidaires.

Champ • Français âgés de 17 ans en 2017, résidant en France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad 2017.

CARTE 1A • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie déclarées par les jeunes Français de métropole en 2017 par régions

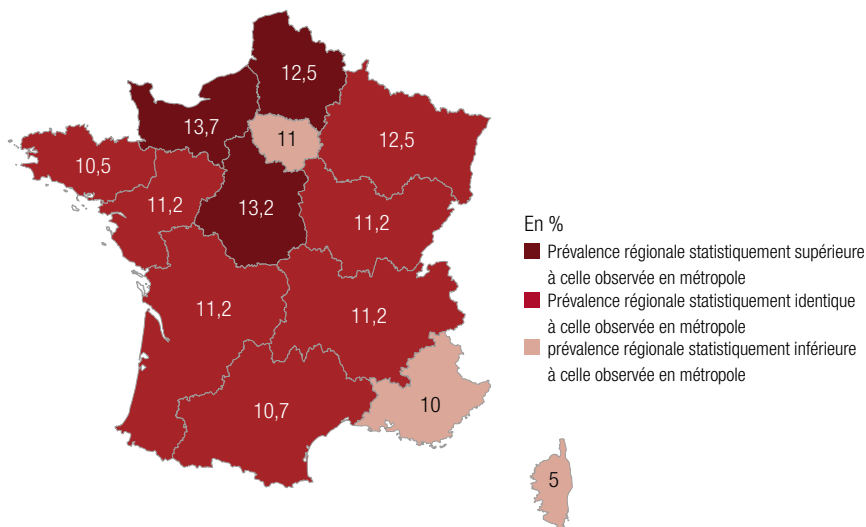


Lecture • 3,7 % des adolescents résidant dans les Hauts-de-France ont déclaré une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie, un taux supérieur à la moyenne sur le reste du territoire métropolitain (2,9 %).

Champ • France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad, 2017.

CARTE 1B • Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois déclarées par les jeunes Français de métropole en 2017 par régions



Lecture • 12,5 % des adolescents résidant dans les Hauts-de-France ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, un taux supérieur à la moyenne sur le reste du territoire métropolitain (11,4 %).

Champ • France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad 2017.

Les données régionales (carte 1) dessinent un territoire national statistiquement homogène : peu de régions métropolitaines se distinguent par des taux de pensées suicidaires et des tentatives plus élevés ou plus faibles que les prévalences nationales. Seuls les adolescents des Hauts-de-France et de Normandie déclarent, plus souvent, à la fois des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. Le constat pour les adolescents des Hauts-de-France est le même que celui concernant les adultes qui présentent également des taux de décès et d'hospitalisations pour suicide plus élevés que dans les autres régions de France. À l'inverse, les taux de tentatives de suicide et de pensées suicidaires sont moins élevés parmi les adolescents franciliens. Les pensées suicidaires apparaissent également moins fréquentes en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Corse que dans l'ensemble du territoire.

Le risque suicidaire à 17 ans

Il est possible à partir des données de l'enquête Escapad d'étudier plusieurs des principaux facteurs reconnus comme associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide (**tableau 2**). D'autres facteurs sont susceptibles d'y être associés, mais il s'agit avant tout ici de contrôler quelques-uns des facteurs sociodémographiques les plus importants après ajustement sur la dépression. Ainsi, la dépression apparaît comme le facteur le plus fortement associé aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires (Consoli *et al.*, 2013). Après avoir contrôlé la présence d'une éventuelle dépression, les filles demeurent plus exposées au risque de pensées et de passage à l'acte que les garçons. Une tendance similaire est observée, bien que dans une moindre mesure, parmi les adultes (Beck *et al.*, 2011), même s'il convient de rappeler que ce sont toujours les hommes adultes qui se suicident le plus. La déclaration de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide se révèle également fortement liée aux difficultés scolaires, illustrées ici par le redoublement.

Par ailleurs, les apprentis et les jeunes qui ne sont plus scolarisés présentent un risque significativement plus élevé de tentatives de suicide que les élèves. Ce constat fait écho aux résultats observés auprès des lycéens (différence entre filière professionnelle et filière générale). La structure familiale joue un rôle prépondérant, particulièrement pour les jeunes vivant dans des familles monoparentales, lesquelles apparaissent plus exposées à des situations de vulnérabilités psychosociales et économiques (Argouac'h et Boiron, 2016). L'activité professionnelle d'un seul des parents a un effet protecteur tant sur les tentatives que les pensées par rapport à la situation où les deux parents travaillent². Le milieu socio-économique, mesuré par la situation économique et professionnelle des parents, s'avère lui aussi associé aux pensées suicidaires : un gradient se dessine entre les adolescents de milieux modestes et ceux plus aisés. Enfin, les jeunes vivant dans une agglomération de petite taille présentent un risque plus élevé de déclarer des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, un effet qui n'est pas retrouvé dans le cas des tentatives de suicide.

2. On peut faire l'hypothèse que ce résultat traduit des situations où l'un des deux parents est au foyer « par choix », ce qui pourrait correspondre à une présence parentale plus importante, ayant un effet protecteur, par rapport à la configuration où les deux parents travaillent.

TABLEAU 2 • Facteurs associés aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires chez les jeunes Français de métropole en 2017

| Variables | Catégories | Tentatives de suicide | Pensées suicidaires |
|----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| Sexe | Garçons | 1,00 | 1,00 |
| | Filles | 2,83*** | 1,47*** |
| ADRS ¹ | Pas de dépression | 1,00 | 1,00 |
| | Dépression modérée | 3,15*** | 5,14*** |
| | Dépression sévère | 6,92*** | 16,07*** |
| Redoublement | N'a pas redoublé | 1,00 | 1,00 |
| | A redoublé | 1,68*** | 1,10* |
| Statut scolaire | Élève | 1,00 | 1,00 |
| | Apprenti | 1,73*** | 1,01 ^{ns} |
| | Non scolarisé | 3,06*** | 1,12 ^{ns} |
| Familie | Nucléaire | 1,00 | 1,00 |
| | Monoparentale | 1,90*** | 1,30*** |
| | Recomposée | 1,74*** | 1,33*** |
| Activité professionnelle des parents | Les 2 parents travaillent | 1,00 | 1,00 |
| | Aucun parent ne travaille | 1,05 ^{ns} | 1,03 ^{ns} |
| | Un seul parent travaille | 0,82* | 0,82*** |
| Situation professionnelle des parents ² | Très favorisé | 1,00 | 1,00 |
| | Défavorisé | 0,89 ^{ns} | 0,67*** |
| | Favorisé | 0,95 ^{ns} | 0,72*** |
| | Intermédiaire | 0,75 ^{ns} | 0,72*** |
| | Modeste | 0,72* | 0,71*** |
| Agglomération | 200 000 hab. ou + | 1,00 | 1,00 |
| | 2 000-19 999 hab. | 1,18 ^{ns} | 1,18** |
| | 20 000-199 999 hab. | 1,42*** | 1,10 ^{ns} |
| | <2 000 hab. | 1,35** | 1,23*** |

*** significatif à $p < 0,0001$; ** significatif à $p < 0,001$; * significatif à $p < 0,05$; ns : non significatif.

1. ADRS : *Adolescent Depression Rating Scale*.

2. L'origine socio-économique est estimée par la profession la plus élevée des parents selon la classification Insee.

Note • Il s'agit des tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les chiffres correspondent aux odds ratios ajustés.

Lecture • En 2017, les jeunes Français de métropole ayant une dépression sévère ont 16 fois plus de risque d'avoir des pensées suicidaires que ceux qui ne déclarent pas de dépression.

Champ • France métropolitaine.

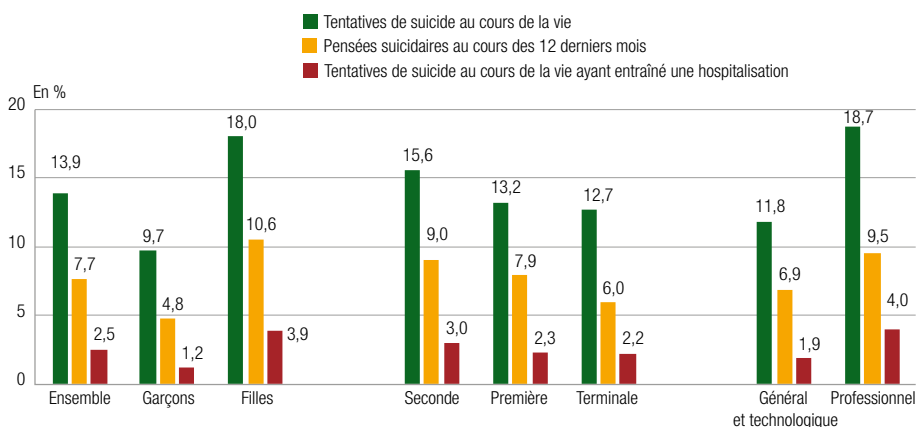
Source • OFDT, Escapad 2017.

Pensées et tentatives de suicide chez les lycéens en 2018

Le volet lycée de l'enquête EnCLASS comporte en 2018 les mêmes questions (les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation et les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois), plus une question sur les tentatives de suicide au cours de la vie.

En 2018, 13,9 % des lycéens déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur existence, une prévalence en hausse par rapport à 2015 (9,5 %), cependant seuls 2,5 % des lycéens rapportent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie qui les a conduits à l'hôpital (3,9 % des filles et 1,2 % des garçons, différence statistiquement significative). Là encore, la surreprésentation féminine s'étend aux pensées suicidaires (10,6 % contre 4,8 %) déclarées par 7,7 % des lycéens (**graphique 1**). Plus que la classe, c'est la filière qui marque une véritable différence : ainsi, les lycéens inscrits dans une filière professionnelle déclarent des tentatives de suicide, avec ou sans hospitalisation, et des pensées suicidaires significativement plus élevées que ceux en filière générale ou technique, une situation qui traduit peut-être des parcours scolaires plus difficiles, des différences d'estime de soi et des milieux sociaux différents.

GRAPHIQUE 1 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les lycéens selon le sexe, le niveau scolaire et la filière d'enseignement en 2018



Note : Les tentatives de suicide au cours de la vie et les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois des élèves de seconde sont significativement différentes des élèves de première et de terminale. Ce résultat peut traduire un effet lié à l'entrée au lycée (perte ou modification du réseau de sociabilité, période importante de la puberté, nouvelles exigences scolaires, etc.) susceptible de générer une situation déstabilisante et un stress important. Il reflète sans doute aussi le caractère subjectif et contextuel de la déclaration de comportements suicidaires qui peut différer, selon que les élèves viennent d'entrer au lycée ou ont déjà atteint les classes de première et de terminale.

Lecture • En 2018, 13,9 % des lycéens déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie ; 2,5 % déclarent avoir effectué une tentative de suicide au cours de leur vie ayant entraîné une hospitalisation et 7,7 % avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.

Champ • France métropolitaine.

Source • EnCLASS 2018.

TABLEAU 3 • Facteurs associés aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires chez les lycéens français de métropole en 2018

| Variables | Catégories | Tentatives de suicide | Pensées suicidaires |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Sexe | Garçons (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Filles | 2,66*** | 1,55*** |
| ADRS ¹ | Pas de dépression (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Dépression modérée | 2,17** | 4,65*** |
| | Dépression sévère | 5,73*** | 11,80*** |
| Redoublement | N'a pas redoublé (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | A redoublé | 1,66* | 0,97 ^{ns} |
| Niveau | Terminale (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Seconde | 1,40 ^{ns} | 1,74*** |
| | Première | 1,02 ^{ns} | 1,34 ^{ns} |
| Filière | Lycée général et technologique (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Lycée professionnel | 1,94** | 1,50** |
| Famille | Nucléaire (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Monoparentale | 2,07** | 1,42* |
| | Recomposée | 1,64* | 1,31* |
| Niveau d'éducation des parents ² | < Bac, autre (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Bac | 0,88 ^{ns} | 0,93 ^{ns} |
| | > Bac | 0,93 ^{ns} | 0,99 ^{ns} |
| Stress scolaire | Non (réf.) | 1,00 | 1,00 |
| | Élevé | 1,31 ^{ns} | 1,61*** |

*** significatif à $p < 0,0001$; ** significatif à $p < 0,001$; * significatif à $p < 0,05$; ns : non significatif.

1. ADRS : *Adolescent Depression Rating Scale*.

2. Le niveau d'éducation des parents est estimé par le diplôme le plus élevée des parents.

Note • Il s'agit des tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les chiffres correspondent aux odds ratios ajustés.

Lecture • En 2018, les lycéens français de métropole ont 2 fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie lorsqu'ils sont issus d'une famille monoparentale par rapport à une famille nucléaire.

Champ • France métropolitaine.

Source • EnCLASS, 2018.

Les données collectées auprès des lycéens permettent elles aussi de confirmer certains facteurs prédisant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (tableau 3). Après contrôle de l'effet de la dépression, les différences de genre persistent pour les deux cas, avec une surreprésentation féminine, ainsi que

l'association avec la structure familiale, en particulier monoparentale. Trois facteurs spécifiques à l'enquête EnCLASS sont associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : les différences de filière, l'entrée en classe de seconde, le stress scolaire. Les lycéens de l'enseignement professionnel sont ainsi plus enclins à déclarer des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. De plus, comparés aux élèves de terminale, ceux de 2^{de} présentent des risques plus élevés. Enfin, le stress scolaire rend compte tout autant de la charge de travail que de difficultés relationnelles, voire de harcèlement. On notera que ce stress scolaire n'est pas associé aux tentatives de suicide au cours de la vie, ce qui suggère des comportements suicidaires éventuellement liés au palier que représente l'entrée au lycée.

Conclusion

Les données des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018 confirment la prévalence relativement élevée des tentatives de suicide et des pensées suicidaires chez les adolescents en France métropolitaine (Janssen *et al.*, 2017). Des inégalités régionales sont observées avec des prévalences de tentatives de suicide plus élevées dans les régions Normandie et Hauts-de-France, conformément à ce qui est observé en population générale dans les bases médico-administratives. Les filles sont davantage concernées par les tentatives de suicide et les pensées suicidaires que les garçons, ce qui est constaté dans toutes les données de la littérature internationale (ONS, 2018). Enfin, les analyses montrent l'implication de facteurs socio-environnementaux dans les conduites suicidaires à l'adolescence, en particulier ceux liés à la situation familiale et au parcours scolaire (entrée en seconde, filière professionnelle ou générale), permettant de repérer des milieux et des cibles privilégiés d'intervention pour les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale. À ce titre, les prochaines enquêtes devront s'intéresser davantage au cyberharcèlement qui s'est imposé comme problématique centrale dans la littérature scientifique récente (Arsène et Raynaud, 2014).

Références bibliographiques

- Argouarc'h, J et Boiron, A. (2016, septembre). Les niveaux de vie en 2014. Insee, *Insee Première*, 1614, 1-4.
- Arsène, M. et Raynaud, J.P. (2014). Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(4), 249-256.
- Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E. et Saïas, T. (2011, décembre). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH*, 47-48(13). 488-492.
- Castellvi, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizabal, A., Pares-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I. *et al.* (2017). Longitudinal association between self-injurious

thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*, 215, 37-48.

- **Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E. et al.** (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1) p. 8.
- **Janssen, E., Spilka, S. et Beck, F.** (2017). Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65(6), p. 409-417.
- **ONS** (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2^e rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé - DREES, 479 p.
- **ONS** (2018). Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence, 3^e rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé - DREES, 218 p.
- **Revah-Lévy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., Falissard, B.** (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, (7) 2.
- **The Espad Group** (2016). ESPAD Report, 2015. *Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, EMCDDA, ESPAD, 104 p.

FICHE 18

La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées

Christine Chan-Chee (Santé publique France)

Contexte

La prévention du suicide en milieu carcéral est une priorité de santé publique qui fait l'objet d'une politique active depuis plusieurs années en France. Le décès par suicide concerne un peu plus d'une centaine de personnes écrouées par an¹, soit environ 1 % de l'ensemble des décès par suicide en France. La mortalité par suicide en prison est très importante comparée à celle en milieu libre. Décrite dans tous les pays occidentaux, cette surmortalité est évaluée à 7 chez les hommes et à 21 chez les femmes en France² (Chan-Chee et Moutengou, 2016). De plus, le taux de mortalité par suicide en prison en France a fortement progressé depuis les années 1950, passant de 2 pour 10 000 personnes détenues à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010 (Eck *et al.*, 2019). C'est l'un des plus élevés des États membres du Conseil de l'Europe (Aebi et Tiago, 2018).

Les facteurs de risque le plus souvent retrouvés pour les décès par suicide en prison sont de deux ordres : antécédents médicaux et personnels d'une part et facteurs liés à la détention d'autre part (Fazel *et al.*, 2008). Les facteurs de risque de suicide liés à la détention sont, entre autres, le placement en isolement ou en quartier disciplinaire, le statut de prévenu, la nature de l'infraction (notamment l'homicide volontaire, le viol ou autre agression sexuelle). En termes de facteurs personnels, les antécédents de pathologie psychiatrique, de tentative de suicide et d'usage abusif de drogues ou d'alcool sont souvent relevés dans la littérature internationale (Fazel *et al.*, 2008). Les travaux menés jusqu'à présent en France sur le suicide en prison n'ont pu étudier que les facteurs liés à la détention (Bourgoin, 1993 ; Duthé *et al.*, 2014). Il a donc semblé nécessaire de mettre en place une étude prenant en compte l'ensemble des éléments contextuels dans la survenue des suicides en

1. Au 1^{er} janvier 2019, 81 250 personnes étaient sous écrou, dont 70 059 étaient détenues. Les personnes écrouées non détenues sont en majorité des personnes condamnées en placement sous surveillance électronique. Pour plus d'informations, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

2. Cette étude s'appuie sur le calcul de ratios standardisés de mortalité par suicide en détention selon le sexe entre 2000 et 2010.

prison afin d'essayer de faire la part entre les différents facteurs et d'en améliorer la prévention.

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) réalise un recueil et une synthèse des données concernant les personnes écrouées décédées par suicide, tels que les circonstances de survenue du décès, leur profil sociodémographique et pénal, le repérage du risque suicidaire de la personne décédée et les éventuelles mesures de prévention mises en place. Toutefois, les données dont dispose la DAP ne comportent aucune information sur les données de santé et de prise en charge médicale. Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge et le suivi de l'état de santé somatique et psychique des personnes détenues relèvent des unités sanitaires implantées dans chaque établissement pénitentiaire et dépendent de l'hôpital de proximité. En revanche, la santé des personnes détenues et les décès par suicide ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique, les données de santé sont rarement informatisées et ne sont pas accessibles en routine. Le recueil de données médicales ne peut se faire qu'en mettant en place un système *ad hoc* de remontée de données.

Cette étude s'inscrit dans la poursuite des actions pilotées par Santé publique France dans le cadre de la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice et a pour objectifs de :

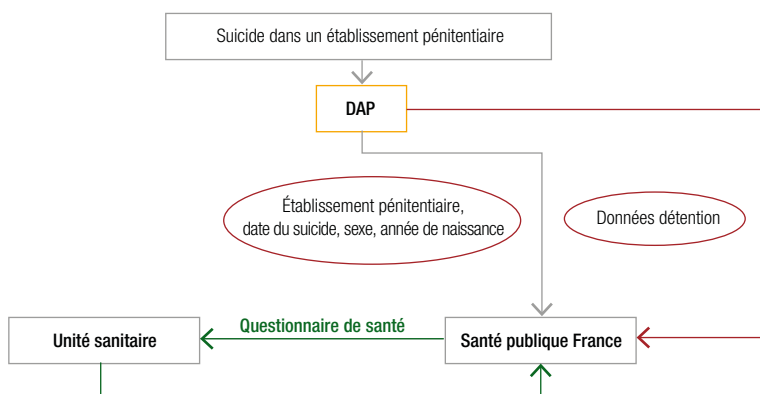
- mettre en place un système de surveillance épidémiologique des suicides en prison *via* une remontée parallèle de données administratives et judiciaires par l'administration pénitentiaire et de données sur l'état de santé par les unités sanitaires pour toutes les personnes écrouées décédées par suicide en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer à partir du 1^{er} janvier 2017 ;
- analyser les facteurs associés au suicide des personnes écrouées, notamment les facteurs concernant leur parcours de détention ainsi que leur état sanitaire ;
- proposer des recommandations sur la prévention des facteurs intervenant dans le suicide en prison.

Méthode

Un groupe de travail réunissant des médecins exerçant en détention, Santé publique France et la Direction générale de la santé (DGS) a élaboré un court questionnaire médical (une feuille recto-verso) sur les antécédents relevés à l'entrée en détention, les pathologies, addictions et traitements relevés au cours de la détention et dans la semaine précédant l'acte suicidaire.

À chaque suicide d'une personne détenue³, la DAP en est informée immédiatement par l'établissement pénitentiaire et transmet à Santé publique France certaines informations (l'établissement pénitentiaire où a eu lieu le suicide, la date du suicide, le sexe et l'année de naissance de la personne décédée) afin que le questionnaire de santé soit directement envoyé au coordonnateur de l'unité sanitaire concernée (schéma 1). Cette fiche est ensuite remplie par l'équipe médicale de l'unité sanitaire et renvoyée directement au médecin de Santé publique France.

SCHÉMA 1 • Circuit d'informations à la suite d'un suicide dans un établissement pénitentiaire



En parallèle, deux ou trois fois par an, la DAP transmet de façon anonymisée certaines informations administratives et judiciaires à Santé publique France à partir des éléments remontés par les établissements pénitentiaires : les données socio-démographiques (sexe, date de naissance, date du suicide, situation familiale, niveau d'étude, situation d'emploi, qualification professionnelle et profession exercée avant l'incarcération...), les données administratives et judiciaires (type d'établissement, date de l'écrou, date de libération prévue, catégorie pénale, procédure [criminelle ou correctionnelle], nature de l'infraction, existence de parloir...) et les données liées au suicide (lieu où s'est produit le suicide, moyen utilisé, antécédents de tentative de suicide, repérage d'un risque suicidaire, surveillance spécifique...). Un numéro d'ordre par sujet permet de lier l'ensemble des informations transmises par la DAP et par les unités sanitaires.

3. Dans le cas d'un suicide d'une personne écrouée non détenue, le suivi sanitaire n'étant pas fait par l'unité sanitaire, aucune fiche sanitaire n'a pu être recueillie. Seules les données administratives et judiciaires sont connues.

Résultats préliminaires

Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018, 244 suicides de personnes écrouées en France incluant les DOM ont été recensés par la DAP. La grande majorité (95 %) des personnes décédées par suicide étaient des hommes (n = 232)⁴, l'âge moyen était de 39,9 ans⁵. Les deux tiers (n = 162) des suicides ont eu lieu en maison d'arrêt⁶, 16 % (n = 38) en centre de détention, 5 % (n = 12) à l'hôpital et 9 % (n = 21) dans d'autres types d'établissement (maison centrale, centre de semi-liberté, établissement pénitentiaire pour mineurs). Par ailleurs, 11 personnes écrouées décédées par suicide étaient non détenues, placées sous surveillance électronique. Le moyen utilisé par près de 9 personnes sur 10 était la pendaison. 13 % des suicides ont eu lieu en quartier disciplinaire et 16 % en quartier pour les arrivants. Une réponse des médecins des unités sanitaires a été obtenue pour 203 personnes, soit un taux de réponse de 88 %. L'analyse de l'ensemble des données est en cours et sera présentée plus en détail ultérieurement.

Conclusion

C'est une première étude qui prend en compte à la fois les données administratives, judiciaires et de santé des personnes écrouées décédées par suicide en France. L'analyse de ces données pourrait apporter des pistes pour améliorer la prévention du suicide en prison. L'implication de la DAP et des personnels des unités sanitaires est primordiale pour la poursuite du projet.

Références bibliographiques

- **Aebi, MF. et Tiago, MM.** (2018). *SPACE I - Council of Europe Annual Penal Statistics : Prison populations*. Strasbourg : Council of Europe, 115 p.
- **Bourgoin, N.** (1993). La mortalité par suicide en prison. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 41(2), 146-54.
- **Chan-Chee, C. et Moutengou, E.** (2016). *Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 61.
- **Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A.** (2014). Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population*, 69(4), 519-49.

4. Sachant qu'environ 96 % des personnes détenues sont des hommes (au 1^{er} juillet 2019).

5. Sachant que l'âge médian des personnes détenues est de 31,9 ans (au 1^{er} juillet 2018) et que leur âge moyen est de 34,4 ans (au 1^{er} janvier 2018).

6. Sachant que 48 179 des personnes détenues (sur 70 652), soit 68 %, sont affectées en maison d'arrêt et quartier de maison d'arrêt (au 1^{er} février 2019).

- **Eck, M., Scouflaire, T., Debien, C., Amad, A., Sannier, O., Chan-Chee, C., et al.** (2019). Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Med*, 48, 46-54.
- **Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. et Hawton, K.** (2008). Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry*, 69, 1721-31.

SYNTHÈSE P.09

DOSSIERS P.25

FICHES P.107

ANNEXES



| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexe 1 • Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide et recueils numériques | |
| • Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide | |
| • Surendettement & suicide | |
| • Thématique du suicide (tomes 1, 2, 3 et 4)..... | 257 |
| Annexe 2 • Textes réglementaires de l'Observatoire national du suicide..... | 260 |
| Annexe 3 • Liste des projets retenus pour financement dans l'appel à recherches « Santé mentale, et expériences du travail, du chômage et de la précarité » | 265 |

ANNEXE 1

VEILLE STRATÉGIQUE DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE ET RECUEILS NUMÉRIQUES : ENJEUX ÉTHIQUES ASSOCIÉS À LA PRÉVENTION DU SUICIDE SURENDETTEMENT & SUICIDE THÉMATIQUE DU SUICIDE (TOMES 1, 2, 3 ET 4)

Monique Carrière (MiRe/DREES)

En amont du renouvellement de l'Observatoire national du suicide (ONS), le 1^{er} août 2018, la Veille stratégique de l'ONS, sur l'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide, a été lancée par Monique Carrière (Mission recherche/DREES). Cette Veille stratégique¹, diffusée de manière régulière, est complémentaire des trois recueils numériques existants : Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, Surendettement & Suicide et Thématique du Suicide, consultables sur le site Web de l'ONS².

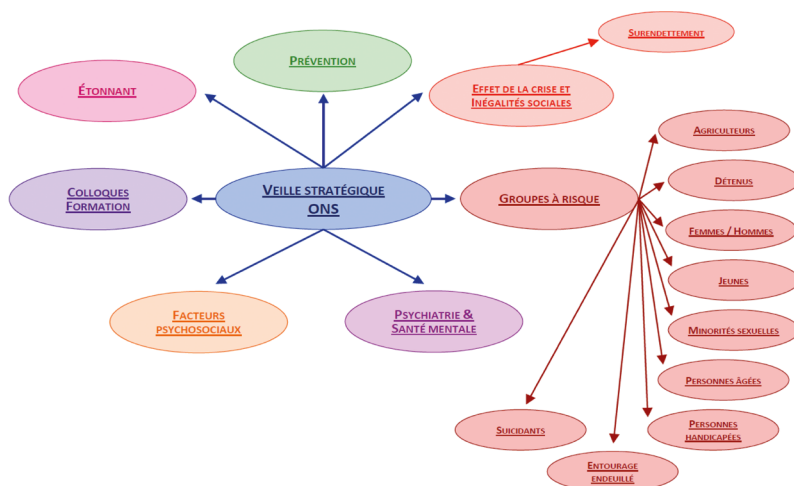
Grâce à une vision systémique du suicide, appliquée à la traque ciblée d'informations et de recherches sur le Web, le contenu de la veille stratégique propose une sélection bibliographique de références nationales et internationales (articles scientifiques, littérature grise, ouvrages, rapports, textes législatifs, sites Web institutionnels et associatifs, colloques, formation...). Les données collectées sont classées par ordre antéchronologique, dans chaque champ sémantique. Lorsque cela a été

1. Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/veille-strategique-de-l-observatoire-national-du-suicide>

2. Recueils numériques de l'Observatoire national du suicide : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons#Recueils-numeriques>

possible – dans le respect du droit d’auteur – des liens électroniques ont été établis et renvoient vers le résumé ou le plein texte du document.

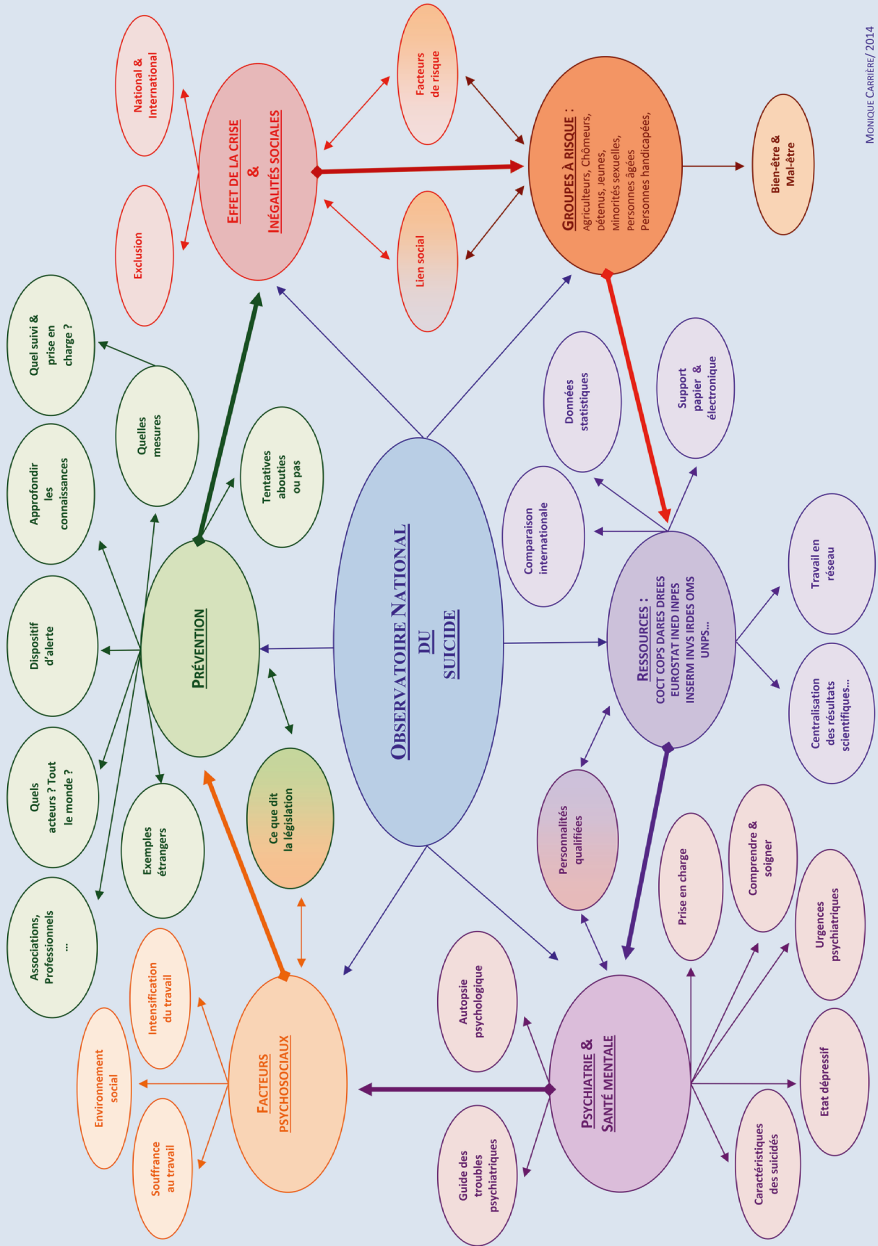
Enfin, pour apporter un confort de lecture, le sommaire de cette Veille stratégique se présente sous la forme d’une carte mentale développée ci-après. Miroir des concepts apparus au fur et à mesure du processus de recherche bibliographique, depuis la création de l’Observatoire en septembre 2013, elle permet d’avoir un aperçu rapide des champs sémantiques relatifs au suicide, jugés prioritaires par les membres, auxquels s’ajoutent deux rubriques plus éphémères : Colloques/Formation et Étonnant. Par convention, cette carte se lit en partant du centre, comportant la thématique principale et se poursuit dans le sens des aiguilles d’une montre. Dans la version électronique, un clic sur chaque rubrique permet d’y accéder directement dans le document.



Les trois recueils numériques de l’ONS : Thématique du Suicide tome 1 à 4 (2008-2020), Surendettement & Suicide (2008-2020), Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide (2005-2020) – sans chercher à être exhaustifs – recensent la documentation française et internationale relative à la thématique du suicide, au cours d’une période couvrant les années 2005 à 2020, à laquelle s’ajoutent des références plus anciennes, en raison de leur intérêt.

Ces trois recueils numériques sont disponibles sous un format électronique, sur le site Web de l’ONS. Ils répondent à la mission confiée à l’Observatoire de coordonner et d’améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, afin d’en favoriser la prévention. Dans le recueil numérique sur la thématique du suicide, la sélection bibliographique a permis de dégager cinq thématiques phares qu’illustre la carte mentale ci-contre.

Carte mentale du recueil numérique sur la thématique du suicide



MONIQUE CABRIERE / 2014

ANNEXE 2

TEXTES RÉGLEMENTAIRES DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

1. Décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide
2. Arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l'Observatoire national du suicide
3. Arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

1. Décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l’Observatoire national du suicide

3 août 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 16 sur 150

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l’Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1735124D

Publics concernés : parlementaires ; administrations ; professionnels de santé ; experts ; chercheurs ; associations.

Objet : création de l’Observatoire national du suicide.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret crée l’Observatoire national du suicide, en définit les missions et la composition. Cet Observatoire se situe dans la continuité de la dynamique impulsée par l’Observatoire créé par décret le 9 septembre 2013 pour une durée de quatre ans. Il résulte du besoin des pouvoirs publics de disposer d’un instrument de connaissance et d’aide à la décision, pluridisciplinaire et indépendant, dans le champ de la prévention du suicide.

Références : le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu la constitution, notamment son article 37 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l’Etat,

Décète :

Art. 1^{er}. – Il est créé, pour une durée de cinq ans, auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national du suicide, indépendant et pluridisciplinaire, dont les missions sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données ;
- identifier des sujets de recherche, les prioriser et les promouvoir auprès des chercheurs ;
- favoriser l’appropriation des travaux de recherche par les politiques publiques et le public de façon plus générale ainsi que leur diffusion ;
- produire des recommandations sur l’amélioration des systèmes d’information et en matière de recherche et d’études ;
- définir des indicateurs de suivi de la politique de prévention du suicide.

Art. 2. – L’Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- le directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur général de la santé ou son représentant ;
- le directeur général de l’offre de soins ou son représentant ;
- le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;
- le directeur général du travail ou son représentant ;
- le directeur de l’animation de la recherche, des études et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur de l’administration pénitentiaire ou son représentant ;
- le directeur général de la police nationale ou son représentant ;
- le directeur général de l’enseignement scolaire ou son représentant ;
- le directeur de l’évaluation, de la prospective et de la performance ou son représentant ;
- le directeur général pour l’enseignement supérieur et l’insertion professionnelle ou son représentant ;
- le directeur général de la recherche et de l’innovation ou son représentant ;
- le secrétaire général du ministère de l’agriculture et de l’alimentation ou son représentant ;

- un représentant d'une agence régionale de santé désigné par le ministre chargé de la santé ;
- un représentant du conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
- un représentant de la Caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants ;
- un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- un représentant de l'Agence nationale de santé publique ;
- un représentant de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
- un représentant de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- un représentant de la Haute autorité de santé ;
- un représentant de l'Institut de recherche en santé publique ;
- un représentant du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
- un représentant de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
- un représentant de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé ;
- un représentant de l'Institut national des études démographiques ;
- un représentant de la Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale ;
- un représentant du Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale ;
- huit représentants d'associations susceptibles d'intervenir dans le champ du suicide, dont la liste et les modalités de représentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- trois psychiatres, un médecin généraliste, un médecin urgentiste, un médecin du travail, un médecin scolaire, un gériatologue et un médecin légiste désignés par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La présidence déléguée est assurée par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques assure le secrétariat de l'Observatoire.

Art. 3. – L'Observatoire national du suicide se réunit sur convocation de son président, qui arrête le programme annuel de travail et fixe l'ordre du jour des séances.

L'Observatoire peut, au titre de ses missions, constituer en son sein des groupes de travail chargés notamment du suivi des indicateurs ou de la recherche.

L'Observatoire élabore tous les dix-huit mois un rapport qu'il rend public. Ce rapport comprend un bilan et est alimenté par les travaux des groupes de travail.

Art. 4. – Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de l'alimentation et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1^{er} août 2018.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :
*La ministre des solidarités
 et de la santé,*
 AGNÈS BUZYN

*Le ministre d'Etat,
 ministre de l'intérieur,*
 GÉRARD COLLOMB

*La garde des sceaux,
 ministre de la justice,*
 NICOLE BELLOUBET

La ministre du travail,
 MURIEL PÉNICAUD

Le ministre de l'éducation nationale,
 JEAN-MICHEL BLANQUER

*Le ministre de l'agriculture
 et de l'alimentation,*
 STÉPHANE TRAVERT

*La ministre de l'enseignement supérieur,
 de la recherche et de l'innovation,*
 FRÉDÉRIQUE VIDAL

2. Arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l’Observatoire national du suicide

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l’Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1830628A

La ministre des solidarités et de la santé,
Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l’Observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1^{er}

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l’Observatoire national du suicide :

Guillaume Vaiva, psychiatre.
Jean-Louis Terra, psychiatre.
Cécile Omnès, psychiatre.
Caroline Huas, médecin généraliste.
Esther Simon-Libchaber, médecin urgentiste.
Nicolas Sandret, médecin du travail.
Brigitte Moltrecht, médecin scolaire.
Anne-Sophie Rigaud, gériatre.
Michel Debout, médecin légiste.

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l’Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

Christian Baudelot.
Catherine Quantin.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1^{er} août 2018.

La ministre des solidarités et de la santé,
AGNÈS BUZYN

3. Arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1830629A

La ministre des solidarités et de la santé,
Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1^{er}

Les associations suivantes sont représentées à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale de la prévention du suicide (UNPS) ;
 - Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ;
 - Phare enfants-parents ;
 - Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
 - France Assos Santé ;
 - SOS amitié ;
 - Le Refuge ;
 - Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA).
- Chacune de ces associations désigne un représentant.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1^{er} août 2018.

La ministre des solidarités et de la santé,
AGNES BUZYN

ANNEXE 3

LISTE DES PROJETS RETENUS POUR FINANCEMENT DANS L'APPEL À RECHERCHES « SANTÉ MENTALE, ET EXPÉRIENCES DU TRAVAIL, DU CHÔMAGE ET DE LA PRÉCARITÉ »

Financement par la DREES

Caroline Bonnet (FNORS), « Conditions d'emploi et parcours de soins : recherche des singularités hommes femmes face aux souffrances mentales »

Sabine Fortino (CRESPPA-GTM, Université Paris Nanterre), « Santé mentale et syndicalisme au temps des CSE »

Sandrine Garcia (IREDU, Université de Bourgogne), « EXIT-MG Conditions d'exercice et santé mentale des médecins généralistes : formes et déterminants de sorties du métier »

Franck Héas (LDC, Université de Nantes), « ORGANISATION du travail et Santé mENTale (ORGA-SEN) »

Mathilde Labey (EPSM Lille Métropole), « État des lieux de la santé mentale au travail des soignants en psychiatrie, facteurs associés et préconisations »

Philippe Spoljar (CHSSC, Université Jules-Verne Picardie), « Les mutations du rapport au travail dans le processus de modernisation agricole : Quelles impasses, quelles alternatives ? Interventions cliniques sur la santé au travail » (Co-financement ministère de l'Agriculture)

Financement par la Dares

Guillaume Airagnes (INSERM, Groupe Hospitalier AP-HP), «**ACCOLADE : Étude des relations entre les conditions de travail difficiles, les troubles du sommeil, dépression et les conduites addictives chez des travailleurs en situation de précarité dans la cohorte CONSTANCES**»

Sylvie Blasco (GAINS, Université du Mans), «**Impact de l'intensification et de l'autonomie au travail sur la santé mentale**»

Christophe Dejourn (Institut de psychodynamique du travail, CNAM), «**Les effets subjectifs des "nouvelles" organisations du travail. Souffrance et plaisir au travail dans une plateforme numérique, une SCOP et une entreprise libérée**» (co-financement COCT)

Antoine Duarte (Institut de psychodynamique du travail, Université de Toulouse), «**Santé mentale et expérience du chômage : une recherche clinique de la précarisation du travail**»

Contributeurs

Ce rapport a été réalisé sous la coordination scientifique de **Valérie Ulrich, Monique Carrière, Diane Desprat, Valérie Carrasco, Charline Sterchele** et **Naïla Boussaid** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Il a bénéficié de la relecture de **Muriel Barlet**, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, de **Lucie Gonzalez**, sous-directrice des synthèses, des études économiques et de l'évaluation, et de **Lucile Olier**, cheffe de service, DREES.

Ont contribué au dossier 1 :

Christian Baudelot, École normale supérieure

Michel Debout, Médecin légiste

Diane Desprat, DREES

Loïc Lerouge, Université de Bordeaux

Sarah Waters, University of Leeds

Ont contribué au dossier 2 :

Philippe Tuppin, Caisse nationale d'assurance maladie

Diane Martin, Grégoire Rey, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - Inserm

Naïla Boussaid, Valérie Carrasco, Claire-Lise Dubost, Nathalie Guignon, Javier Nicolau, DREES

Stanislas Spilka, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Virginie Gigonzac, Christophe Léon, Santé publique France

Ont contribué aux fiches :

Fiche 1 : **Pascale Fritsch**, Direction générale de la santé

Fiche 2 : **Grégoire Rey**, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - Inserm

Fiche 3 : **Christine Chan-Chee**, Santé publique France

Fiche 4 : **Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon**, Santé publique France

Fiche 5 : **Valérie Carrasco**, DREES

Fiche 6 : **Jacques Pisarik**, DREES

Fiche 7 : **Claire Chauvet, Serge Faye, Natalie Vongmany, Gérard Lasfargues, Juliette Bloch**, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Fiche 8 : **Pauline Delézire, Virginie Gigonzac, Laurence Chérié-Challine, Imane Khireddine-Medouni**, Santé publique France

Fiche 9 : **Justine Klingelschmidt, Jean-François Chastang, Imane Khireddine-Medouni, Laurence Chérié-Challine, Isabelle Niedhammer**, Santé publique France et Inserm

Fiche 10 : **Anne-Marie Soubielle**, ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

Fiche 11 : **Véronique Maeght Lenormand, Mathias Tourne**, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Fiche 12 : **Marc Binné, Jean-Luc Douillard**, cofondateurs du dispositif APESA

Fiche 13 : Direction des ressources et des compétences de la Police nationale

Fiche 14 : **Émilie Guérin, Tatiana Aci**, Direction de l'administration pénitentiaire

Fiche 15 : **Laura Nirello**, avec la collaboration de **Valérie Carrasco**, DREES

Fiche 16 : **Valérie Carrasco**, DREES

Fiche 17 : **Éric Janssen, Stanislas Spilka**, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Fiche 18 : **Christine Chan-Chee**, Santé publique France

Ont contribué à :

La veille stratégique : **Monique Carrière**, DREES

Aux recueils numériques : **Monique Carrière, Isabelle Philippon**, DREES

Ce rapport a bénéficié de la collaboration scientifique de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide, de ceux du groupe de travail « Axes de recherche » et du groupe de travail « Données statistiques ».

Il est édité par le bureau des publications et de la communication de la DREES :

Directeur de la publication : **Fabrice Lengart**

Responsable d'édition : **Souphaphone Douangdara**

Coordination éditoriale : **Sabine Boulanger**

Correction : **Fabienne Brifault** et **Élisabeth Castaing**

Conception graphique : **Philippe Brulin**

Maquette : **NDBD**

Contact :

DREES : drees-ons@sante.gouv.fr

Site Internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

S U I C I D E

Quels liens avec le travail
et le chômage ?

Penser la prévention et
les systèmes d'information

4^E RAPPORT / JUIN 2020

L'actualité fait régulièrement état de suicides de personnes sur leur lieu de travail ou de témoignages de personnes qui se sont suicidées en incriminant leurs conditions de travail. La perte d'un emploi et la situation de chômage peuvent également fragiliser les personnes et entraîner un risque suicidaire. Que signifient ces suicides liés à la situation professionnelle ? Comment les prévenir ?

Dénombrer les suicides liés au travail ou au chômage est un exercice délicat. La part qu'ont représenté les facteurs professionnels dans la décision de la personne de mettre fin à ses jours est difficile à évaluer. Pourtant, ce geste ne peut pas être réduit à une fragilité individuelle et les conditions de travail ou le vécu du chômage sont souvent en cause. Face à cette réalité, des mesures concrètes de prévention du suicide sont mises en œuvre dans de nombreuses professions, celles s'adressant aux chômeurs restent, en revanche, à construire.

Pour ce quatrième rapport, l'Observatoire national du suicide apporte des éclairages académiques, statistiques et juridiques sur les suicides liés au travail et au chômage. Il offre également un état des lieux des évolutions des systèmes d'information pour améliorer la mesure globale des suicides et éclairer les liens avec la situation professionnelle et la santé mentale.

L'Observatoire national du suicide a été renouvelé en août 2018 afin de poursuivre les travaux statistiques et de recherche sur la prévention du suicide.

N° ISBN : 978-2-11-151613-7

N° Diffusion : S19-142

OBSERVATOIRE
NATIONAL
DU SUICIDE