

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. Dejourn, 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. Dejourn, 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.