OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

# SUICIDE

## État des lieux des connaissances et perspectives de recherche

1ER RAPPORT / NOVEMBRE 2014

# SUICIDE

## État des lieux des connaissances et perspectives de recherche

# AVANT-PROPOS

En créant l'Observatoire national du suicide[1] en septembre 2013, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a affiché sa volonté de renforcer les moyens consacrés à la prévention du suicide, qui constitue une priorité de santé publique. Le suicide est en effet une cause majeure de décès prématurés : plus de 11 000 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine en 2011 et près de 200 000 personnes ont été accueillies aux urgences après une tentative de suicide. L'Observatoire national du suicide doit permettre de mieux connaître cette réalité afin de mieux la prévenir.

Cette instance, dont la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques assure le secrétariat en partenariat avec l'Institut national de veille sanitaire, rassemble des parlementaires, des représentants des associations, des professionnels de santé, des experts, des chercheurs et l'ensemble des administrations concernées. Cette pluralité témoigne du caractère transversal de la problématique du suicide et rend compte du besoin de mettre en place une stratégie de prévention coordonnée entre les différents acteurs.

Pour poursuivre cet objectif, l'Observatoire s'est vu confier deux principales missions : recenser les outils et les données disponibles sur les suicides et les tentatives de suicide, en vue d'améliorer le système de surveillance existant ; porter à la connaissance et évaluer les actions de prévention afin de développer les interventions les plus efficaces. Ces missions font émerger la nécessité de développer des recherches pour mieux appréhender le processus suicidaire et les actions de prévention efficaces.

1. Site Internet : www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html

Ce rapport marque le premier anniversaire de l'Observatoire. Il est le fruit des travaux menés tout au long de cette première année sur les enjeux qui se posent en matière de prévention du suicide : comment améliorer la collecte des données et notamment les informations recueillies dans le certificat de décès ? Comment mieux estimer le nombre de tentatives de suicide en France alors même que cet événement n'implique pas systématiquement un contact avec le système de soins ? Comment identifier et hiérarchiser les facteurs de risque et de protection, pour mettre en place des programmes d'action ciblés et cohérents ? Comment mieux repérer et accompagner les personnes dites vulnérables, sans pour autant les stigmatiser, et en respectant leur libre arbitre ?

Ce rapport présente un premier état des lieux des connaissances qui sera appelé à être enrichi. Il comporte une description et une analyse des systèmes d'information et des actions de prévention, ainsi que des perspectives de recherche. Il énonce des recommandations qui seront suivies et complétées dans les rapports annuels ultérieurs, afin de mieux identifier les leviers d'action efficaces pour prévenir le suicide.

# SOMMAIRE


## SYNTHÈSE 11

**1. Un taux de suicide en France toujours élevé** ..... **13**
1.1. L'élaboration des statistiques relatives aux suicides et aux tentatives de suicide ..... 13
1.2. Le taux de décès par suicide diminue dans le temps ..... 14
1.3. Les inégalités sociales face au suicide ..... 16
1.4. Une personne sur vingt déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie ..... 17
1.5. La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès varie selon le sexe et le groupe social ..... 21

**2. Prévention du suicide** ..... **22**
2.1. Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide ..... 23
2.2. Les actions de prévention du suicide ..... 24

**3. Recommandations** ..... **27**
3.1. Améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide ..... 27
3.2. Recommandations en matière de recherche et d'appel à recherche ..... 30
3.3. L'Observatoire recommande que le suicide fasse l'objet d'un suivi dans le cadre de la stratégie nationale de santé ..... 34

## DOSSIERS 37

**Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide** ..... **37**

**1. Statistiques des suicides : données de mortalité par suicide** ..... **39**

**2. Surveillance des tentatives de suicide à partir des bases médico-administratives** ..... **43**
2.1. Le PMSI-MCO : données sur les hospitalisations en médecine et chirurgie ..... 44
2.2. Le RIM-P : les hospitalisations en psychiatrie ..... 45
2.3. Le réseau Oscour® : données sur les passages aux urgences ..... 46

**3. Surveillance des antécédents de tentatives de suicide et du risque suicidaire par enquêtes déclaratives** ..... **48**
3.1. Le Baromètre santé ..... 48
3.2. Les autres enquêtes en population générale ..... 50
3.3. Les enquêtes auprès de populations spécifiques ..... 52

**4. Données des associations sur la thématique du suicide** ..... **56**
4.1. SOS Amitié ..... 56
4.2. Recueil d'informations par d'autres associations ..... 57

**5. Suicides et travail** ..... **58**
5.1. Surveillance épidémiologique des suicides selon l'emploi ..... 59
5.2. Surveillance des antécédents de tentatives de suicide et du risque suicidaire selon l'emploi ..... 64
5.3. La surveillance épidémiologique des suicides en lien avec le travail ..... 67

**6. Recommandations** ..... **72**

**Les actions de prévention du suicide** ..... **77**

**1. Actions de prévention mises en œuvre dans le cadre de la politique nationale de prévention du suicide** ..... **78**
1.1. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 ..... 78
1.2. Le plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole ..... 88

**2. Actions évaluées dans le champ de la prévention du suicide** ..... **90**
2.1. Une revue de littérature ..... 90
2.2. L'efficacité des systèmes de maintien de contact et de veille après une tentative de suicide ..... 96
2.3. L'efficacité des interventions communautaires de prévention du suicide ..... 103

**3. Considérations pour la recherche sur l'évaluation des actions de prévention** ..... **107**

**La recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention** ..... **111**

**1. Connaissance des facteurs de risque et de protection et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide** ..... **112**
1.1. Mieux connaître les déterminants du comportement suicidaire ..... 112
1.2. Mieux comprendre le processus suicidaire ..... 117

**2. Évaluation des actions de prévention du suicide** ..... **118**

**3. Recommandations** ..... **120**

## FICHES 125

**Fiche 1** • Données épidémiologiques sur les décès par suicide ..... 125
**Fiche 2** • Pathologies associées aux suicides déclarées dans les certificats médicaux de décès ..... 132
**Fiche 3** • Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide ..... 141
**Fiche 4** • Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires en 2005 et 2010 ..... 147
**Fiche 5** • Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel (sip) ..... 151
**Fiche 6** • Suicide selon l'emploi exercé ..... 156

**Fiche 7** • Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants ..... 162
**Fiche 8** • Le suicide des personnes détenues en France ..... 167
**Fiche 9** • Les minorités sexuelles face au risque suicidaire ..... 173

## ANNEXES

179

**Annexe 1** • Revue de littérature : crise de 2008 et suicide ..... 179
**Annexe 2** • Recueil numérique sur la thématique du suicide ..... 197
**Annexe 3** • Liste des sigles ..... 201
**Annexe 4** • Textes fondateurs de l'Observatoire ..... 205
**Annexe 5** • Fonctionnement et organisation de l'Observatoire national du suicide ..... 211

**Contributeurs** ..... 219

# SYNTHÈSE

DOSSIERS p.37

FICHES p.125

ANNEXES p.179

# Synthèse

En France, un décès sur 50 est un suicide, et on estime qu'une personne sera confrontée, sur une période de quarante ans, au décès par suicide d'une à trois personnes de son entourage immédiat[1]. Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe.

L'importance du suicide en France a été notamment soulignée par le Conseil économique, social et environnemental (CESE), dans son avis intitulé : « Suicide : plaidoyer pour une prévention active ». Lors du vote de cet avis en février 2013, Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a annoncé la création d'un Observatoire national du suicide, suivant en cela une des principales préconisations du CESE.

L'Observatoire a été installé en septembre 2013, lors de la journée mondiale de prévention du suicide. Il a pour missions de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, de mieux cerner les facteurs de risque et de protection afin d'en améliorer la prévention, d'évaluer l'effet des politiques publiques et de produire des recommandations. Il est indépendant et sa composition est plurielle, reflétant la diversité des acteurs impliqués dans la prévention du suicide. Il rassemble des parlementaires, des représentants des associations, des professionnels de santé, des experts, des chercheurs et l'ensemble des administrations concernées : sept ministères, des agences régionales de santé (ARS), des opérateurs[2], des organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il peut également solliciter toute personne non membre susceptible de lui apporter un éclairage. Il élabore chaque année

1. Baudelot C. et Establet R., 2006, *Suicide - l'envers de notre monde*, Paris, Seuil.

2. Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), Institut de recherche en santé publique (IRESP).

un rapport qu'il rend public, en s'appuyant sur deux groupes de travail. Le premier, piloté par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, qui assure également le secrétariat de l'Observatoire), est chargé d'améliorer la connaissance des mécanismes de suicide et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

Les membres de l'Observatoire partagent la conviction que le suicide n'est pas une fatalité, que sa prévention constitue un enjeu de santé publique majeur, et qu'elle doit être menée dans le respect des enjeux éthiques qui lui sont associés.

Le champ de l'Observatoire national du suicide porte sur le comportement suicidaire dans son ensemble, « allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide[3] ». S'il n'instruit pas les questions liées à la fin de vie, qui relèvent de problématiques particulières, en tant que telles, il se nourrit des réflexions menées au sein des instances qui leur sont dédiées.

Cette synthèse présente un aperçu des travaux menés par l'Observatoire au cours de sa première année, travaux qui sont présentés en détail dans ce rapport. L'Observatoire n'a évidemment pas pu traiter, lors de cette première année, l'ensemble des problématiques pertinentes pour la prévention du suicide. Certains sujets identifiés comme prioritaires ne sont pas développés dans ce rapport : inscrits au programme de travail, ils n'ont pu être initiés ou achevés au cours de la première année. C'est notamment le cas de l'identification des principaux facteurs de risque de suicide, ou de protection contre ce risque, et de l'évaluation de leur poids respectif et de la façon dont ils interagissent, en fonction des caractéristiques des personnes concernées ; on peut également mentionner ici le rôle des associations dans la prévention du suicide. Ces sujets seront étudiés dans les prochains rapports.

La première partie de cette synthèse présente un état des lieux des données actuellement disponibles en France pour le suivi des suicides et des tentatives de suicide. La deuxième partie décrit et analyse les actions de prévention du suicide. Les recommandations de l'Observatoire qui découlent de ces premiers travaux sont reprises dans la troisième partie. Ces recommandations feront l'objet d'un suivi dans les rapports suivants, et seront enrichies, à mesure que l'Observatoire approfondira certaines thématiques ou en abordera de nouvelles.

3. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2014, Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.

# 1. Un taux de suicide en France toujours élevé

## 1.1. L'élaboration des statistiques relatives aux suicides et aux tentatives de suicide

Dénombrer le nombre de suicides et de tentatives de suicide (TS) suppose de se doter d'une définition du suicide et des TS, et de rendre ces définitions opérationnelles, c'est-à-dire de déterminer les processus permettant en pratique de qualifier un décès de suicide ou un acte en TS.

Pour le sociologue Émile Durkheim, le suicide équivaut à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat[4] ». Dans la Classification internationale des maladies (CIM 10), la description des différents types de suicides et TS se fait dans le sous-chapitre « lésions auto-infligées » : « intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu, suicide (tentative de) ». L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que la question de la définition des suicides et TS a donné lieu à de nombreuses discussions lors de l'élaboration de son rapport (2014, *op. cit.*), de sorte que l'OMS ne prétend pas fournir de terminologie « officielle ». Elle indique que dans le rapport, « le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort » et « le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas », et souligne que « l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées[5] ».

Les « autopsies psychologiques », conduites auprès de l'entourage d'une personne décédée, en vue de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès, visent à développer une meilleure connaissance qualitative de ce qui a pu, dans un passé plus ou moins récent, amener la personne au suicide. Elles n'ont pas pu être étudiées lors de la première année de l'Observatoire, mais des travaux futurs leur seront consacrés.

4. Durkheim É., 1897, *Le suicide. Étude de sociologie,* Paris, Félix Alcan éditeur.

5. « Il convient de souligner la complexité induite par l'inclusion de l'autoagression dans la définition de "tentative de suicide". L'autoagression non mortelle sans intention de suicide est donc comprise dans la définition, ce qui s'avère problématique (…). En outre, il se peut que des cas de décès dus à une autoagression sans intention de suicide, ou à des tentatives de suicide avec intention initiale de suicide mais au cours desquelles les suicidants ont changé d'avis trop tard, soient inclus dans les données relatives aux décès par suicide. La distinction entre les deux est très subtile et il est donc difficile de vérifier combien de cas sont imputables à l'autoagression avec ou sans intention de suicide. » (OMS 2014).

Du fait de ces difficultés, la qualification d'un décès de suicide se ferait parfois par défaut : « dans beaucoup de systèmes juridiques, le décès est certifié résulter d'un suicide si les circonstances sont compatibles avec un tel acte et si le meurtre, la mort accidentelle et les causes naturelles peuvent tous être écartés » (OMS, 2002). Parfois le doute demeure, et dans certains cas ce doute peut avoir été recherché par la personne décédée, comme dans certains accidents de la circulation, oublis de traitements essentiels au maintien de la vie ou overdoses.

Compte tenu de la diversité des éléments à évaluer pour qualifier un décès de suicide, les données de mortalité relatives au suicide sont « le produit final d'une chaîne d'informateurs, qui comprend les personnes qui trouvent le corps (souvent des membres de la famille), les médecins, la police, les médecins légistes et les statisticiens » (OMS, 2002). En France, lors d'un décès, le médecin établit un certificat de décès. En cas de mort suspecte, et lorsque des examens complémentaires sont réalisés (autopsie, prélèvements cytologiques, etc.), c'est l'organisme chargé de ces examens, le plus souvent un institut médico-légal (IML) ou une unité de médecine judiciaire (UMJ), qui rédige le certificat médical de décès définitif. Les certificats sont transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm), qui code les causes médicales de décès selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e révision) de l'OMS, établit et met à disposition les statistiques de mortalité par suicide.

## 1.2. Le taux de décès par suicide diminue dans le temps

L'OMS souligne que les données de mortalité relatives au suicide sous-estiment généralement la véritable prévalence du suicide. En France, le CépiDc-Inserm évalue cette sous-estimation à 10 % environ[6], mais cette sous-évaluation n'empêche ni les comparaisons entre catégories sociales ni l'étude des évolutions temporelles[7].

En 2011, 11 400 décès par suicide environ ont été enregistrés en France métropolitaine, après correction de la sous-estimation de 10 % (cf. fiche 1 « Données épidémiologiques sur les décès par suicide »). Le nombre de décès et les taux de décès standardisés par âge sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes : respectivement 27,7 et 8,1 décès pour 100 000 habitants,

6. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E., 2011, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », *Bull Épidémiol Hebd*, 47-48, p. 497-500.

7. Le biais est relativement stable dans le temps et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction.

soit un taux trois fois supérieur chez les hommes. Cette surmortalité masculine par suicide existe dans pratiquement tous les pays, à l'exception notable de la Chine ; elle est particulièrement forte dans les pays à revenus élevés où, en 2012, le rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge était de 3,5 (OMS 2014)[8]. Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, et un tiers de celles et ceux qui se suicident ont plus de 60 ans. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès. La prévention du suicide des personnes âgées a fait l'objet d'un rapport récent du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD)[9]. Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : les taux standardisés ont diminué de 25 % entre 1990 et 2010 (-14 % entre 2000 et 2010). Cette tendance à la baisse s'observe également au niveau mondial (OMS 2014).

En 2011 les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (53 %), les prises de médicaments et autres substances (14 %), les armes à feu (14 %), et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 58 % des suicides et les armes à feu de 17 %. Pour les femmes, la pendaison (37 %) et la prise de médicaments et autres substances (28 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le nord et l'utilisation d'armes à feu dans le sud.

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 12 pour 100 000 habitants en 2010. La France métropolitaine, avec un taux de 18, se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est. Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des déclarations. La description du processus d'élaboration des données de mortalité par suicide ci-dessus illustre en effet le fait que, comme toute statistique, ces données reposent sur des choix méthodologiques et

8. D'après l'OMS (2014), « les raisons expliquant les différents taux de suicide entre les hommes et les femmes sont nombreuses : problèmes d'égalité des sexes, différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes, disponibilité des moyens de suicide et préférences en la matière, disponibilité de l'alcool et schémas de consommation, et différences des taux de recours aux soins en cas de troubles mentaux entre hommes et femmes ».

9. CNBD, 2013, Prévention du suicide chez les personnes âgées.

l'intervention de plusieurs acteurs. Ces processus varient beaucoup d'un pays à l'autre ; cette question sera approfondie ultérieurement par l'Observatoire.

## 1.3. Les inégalités sociales face au suicide

Depuis É. Durkheim, les sociologues ont mis en évidence de très fortes inégalités sociales face au suicide. Si on utilise la représentation de la société du sociologue M. Halbwachs, selon laquelle les groupes sociaux seraient disposés en cercles concentriques emboîtés autour du foyer central des valeurs sociales (dont les catégories supérieures sont les plus proches)[10], plus on est éloigné de ce foyer, plus le taux de suicide est élevé. Il semble en effet que la proximité avec ce foyer s'accompagne de reconnaissance sociale et d'opportunités, qui favorisent une image positive de soi et la capacité à se projeter dans un avenir qui vaille la peine d'être vécu.

Les agriculteurs, employés et ouvriers ont ainsi un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres (cf. dossier « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide » et fiches « Suicide selon l'emploi exercé » et « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants »)[11]. Sur la période très récente, plusieurs études suggèrent que la crise économique et financière de 2008 se serait traduite par une hausse des suicides et par une dégradation de la santé mentale pour les hommes en âge de travailler dans la plupart des pays concernés, les femmes étant moins affectées (cf. « Revue de littérature : crise de 2008 et suicide »). 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 donc pas construire leurs identités personnelles sur les mêmes bases. » (C. Baudelot et R. Establet, 2006).

Ces données sur le suicide selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) sont issues de l'appariement des certificats de décès avec d'autres bases de données permettant une description précise de la catégorie sociale telles que l'Échantillon démographique permanent (EDP) ou le panel de la Déclaration annuelle des données sociales (DADS), produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Ces sources permettent également de caractériser des secteurs d'activité particulièrement

10. Baudelot C. et Establet R., 1994, *Maurice Halbwachs, Consommation et société*, Paris, Presses universitaires de France.

11. Cohidon C., Santin G., Geoffroy Perez B., Imbernon E., 2010, « Suicide et activité professionnelle en France », *Rev Épidémiol Santé Publique.*

concernés par le suicide ; c'est le cas notamment du secteur de la santé et de l'action sociale.

Le travail joue un rôle important dans la production des inégalités face au suicide selon la PCS. Toutefois, malgré l'intérêt porté aujourd'hui aux risques psychosociaux, il n'existe pas de données fiables en France sur le nombre de suicides survenus sur un lieu de travail. Quantifier le nombre de suicides annuels liés à un problème professionnel est encore plus difficile. En effet, s'il est possible de mettre en évidence des associations statistiques entre caractéristiques de l'emploi et suicide, face à un cas individuel de suicide il est particulièrement complexe de déterminer les facteurs ayant pu conduire la personne à se suicider et, parmi eux, ceux qui ont joué un rôle déterminant. Le dossier « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide » et les fiches « Suicide selon l'emploi exercé » et « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants » présentent les travaux menés aujourd'hui pour progresser dans la connaissance de ces suicides liés au travail.

Les inégalités sociales face au suicide s'accompagnent d'importantes inégalités régionales. Les taux de décès par suicide sont particulièrement élevés en Bretagne, Basse-Normandie, Nord - Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Alsace enregistrent au contraire les plus bas taux de décès par suicide.

Au-delà des inégalités sociales ou régionales face au suicide, certains groupes sont particulièrement touchés. C'est le cas des détenus (cf. fiche « Le suicide des personnes détenues »)[12].

## 1.4. Une personne sur vingt déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie

Concernant les tentatives de suicide (TS), l'InVS a mis en place un système de surveillance à partir de différentes sources de données de recours au système de soins (cf. dossier « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide » et fiche « Hospitalisation et recours aux urgences

12. La fiche « Les minorités sexuelles face au risque suicidaire » montre que les minorités sexuelles, et notamment les plus jeunes, qui doivent souvent affronter différentes formes d'intolérance, font plus fréquemment des TS. Pour une revue de littérature sur les liens entre appartenance à une minorité sexuelle et comportements suicidaires, voir Marshal M.P., Dietz L.J., Friedman M.S., Stall R., Smith H.A., McGinley J. *et al.*, 2011, « Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth : a Meta-analytic Review », *Journal of adolescent health* et Haas A.P., Eliason M., Mays V.M., Mathy R.M., Cochran S.D., D'Augelli A.R., 2011, « Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations : Review and Recommendations », *Journal of Homosexuality.*

pour TS ») : Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO), et Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) produits par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et données du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®, mis en place grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins [DGOS], à la collaboration entre l'InVS, la Société française de médecine d'urgence [SFMU], les ARS et des établissements hospitaliers). Ces sources ne permettent de recenser que les TS ayant donné lieu à un contact avec le système de soins. En particulier, elles ne comprennent pas les TS n'ayant pas nécessité de prise en charge hospitalière (donc *a priori* les moins graves du point de vue somatique).

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées pour TS dans les services de MCO (hors services de psychiatrie), pour 90 000 séjours, dont 65 % de séjours féminins[13]. Ce sont les jeunes filles de 15 à 19 ans qui présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés (43 pour 10 000 par an). L'auto-intoxication médicamenteuse constitue le mode opératoire dans huit cas sur dix, les médicaments les plus utilisés étant les psychotropes. Entre 2004 et 2011, huit patients sur dix ont été hospitalisés une seule fois pour TS et 20 % plusieurs fois (avec dans ce cas trois séjours en moyenne). En utilisant également les données de la base Oscour®, on estime le nombre de passages aux urgences pour TS à environ 190 000 par an, dont 110 000 concernent des femmes (une partie des 90 000 séjours pour TS dans les services de MCO faisant suite à ces 190 000 passages).

Puisque toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et afin d'estimer la prévalence du risque suicidaire dans la population, la seule modalité d'information reste l'interrogation directe des personnes par enquête en population générale. Ces enquêtes permettent notamment d'estimer une prévalence de déclaration des TS et des pensées suicidaires dans la population, d'approcher le risque suicidaire et d'en étudier les facteurs associés. La littérature confirme le fort lien existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli, justifiant de ce fait la nécessité d'étudier ces indicateurs. Toutefois, les enquêtes déclaratives comportent des limites. Les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants. Aussi, certaines personnes interrogées peuvent refuser de répondre ou ne répondre que partiellement. De plus, lorsque l'on s'intéresse à des événements survenus au cours de la vie, le temps peut produire un phénomène d'oubli, de déni et de réinterprétation d'un état passé. En outre, la mémorisation peut être

13. Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011*, InVS.

plus ou moins précise en fonction de différents paramètres tels que l'état de santé du sujet au moment de la passation du questionnaire, sa disponibilité et sa motivation pour participer à l'enquête. Enfin, ces biais dans les réponses aux enquêtes n'affectent pas tous les individus de la même manière, mais dépendent notamment de leurs caractéristiques sociodémographiques, ce qui limite les possibilités de comparaison en fonction de ces caractéristiques[14].

L'enquête transversale répétée Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), abordant les questions sur les actes suicidaires, est la source principale de suivi temporel à l'échelon national en France (cf. fiche « Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires »)[15]. D'après cette enquête, en 2010, 5,5 % des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,5 % au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (7,6 % au cours de la vie et 0,7 % dans l'année) que les hommes (respectivement 3,2 % et 0,3 %) à déclarer avoir tenté de se suicider. La prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois varie également en fonction de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %), et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge. Entre 2005 et 2010, on observe une légère tendance à la hausse des TS déclarées au cours des 12 derniers mois sur la population des 15-75 ans. En 2010, parmi les personnes de 15 à 54 ans, le facteur de risque le plus important dans la survenue des TS est le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois pour les femmes et un faible niveau de revenu pour les hommes. Les autres facteurs sont le fait de vivre seul, et l'usage de substances psychoactives.

Par ailleurs, en 2010, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont plus nombreuses (4,4 %) que les hommes (3,4 %) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. C'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5,1 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes).

Le lien entre TS et activité professionnelle a été étudié à partir de l'édition 2005 du Baromètre santé de l'INPES (cf. dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide »)[16]. Les hommes travaillant à temps

14. Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des affaires sociales*, nº 1.

15. Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saias T., 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bull Épidemiol Hebd*.

16. Cohidon C., Santin G., Geoffroy Perez B., Imbernon E., 2010, « Suicide et activité professionnelle en France », *Rev Épidémiol Santé Publique*.

partiel déclarent plus souvent des TS que les hommes travaillant à temps plein (6,0 % *versus* 2,9 %) ; par ailleurs, les intérimaires représentent le statut d'emploi le plus concerné par les TS chez les hommes (7,6 % *versus* 3,1 % pour les CDI). Il n'y a en revanche pas de lien significatif entre TS et temps de travail ou statut d'emploi chez les femmes. Sur l'ensemble des groupes socio-professionnels et quel que soit le sexe, les agriculteurs exploitants présentent la prévalence déclarée de TS la plus faible. Dans la population salariée, on observe un gradient social, les ouvriers étant les plus touchés (3,9 % pour les hommes, 12,5 % pour les femmes), et les cadres les moins concernés (2,2 % pour les hommes et 4,2 % pour les femmes).

L'enquête Risques psychosociaux (RPS) pilotée par la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), qui sera menée en 2015 et dont les premiers résultats seront disponibles en 2016, permettra d'approfondir cette question du lien entre travail et comportements suicidaires.

Il existe par ailleurs des dispositifs d'études permettant d'approcher le risque suicidaire auprès de populations spécifiques, comme par exemple (cf. dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide ») :

- **les adolescents :** l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad), conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), qui montre qu'en 2011, 2,2 % des 27 400 adolescents interrogés ont déclaré avoir fait au moins une TS au cours de la vie nécessitant un recours à l'hôpital et parmi eux un adolescent sur quatre a indiqué avoir fait plus d'une TS[17]. Ces TS sont trois fois plus fréquentes parmi les filles (3,2 % contre 1,1 % parmi les garçons). L'âge moyen de la première tentative est 14,4 ans (14,5 ans chez les filles contre 14,2 ans chez les garçons). Par ailleurs, 10,7 % des adolescents (13,7 % chez les filles contre 7,8 % chez les garçons) ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée. Il est à noter que parmi ceux qui ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie, plus de la moitié a pensé au suicide au cours de l'année écoulée ;
- **les personnes sans domicile :** une étude épidémiologique ponctuelle abordant spécifiquement les pathologies mentales a été menée auprès des personnes sans domicile en région parisienne en 2009 par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'Inserm (cf. dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide »)[18]. Elle révèle qu'au cours de leur vie, 22 % des personnes sans logement interrogées ont déclaré avoir tenté de se suicider

17. Pensées suicidaires et tentative de suicide parmi les adolescents de 17 ans, OFDT, Saint-Denis, à paraître, http://www.ofdt.fr/.

18. Laporte A., Douay C., Détrez M.A., Le Masson V., Le Méner E., Chauvin P., 2010, Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France, Observatoire du Samusocial de Paris.

(24 % des hommes et 17 % des femmes). Un risque suicidaire moyen ou élevé a été détecté au moment de l'enquête chez 13 % des personnes interrogées (15 % des hommes et 10 % des femmes). L'enquête menée par l'INSEE auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas en 2012 contient également quelques questions sur les comportements suicidaires, qui seront exploitées par la DREES, en lien avec la santé mentale des répondants et les difficultés qu'ils ont pu connaître dans l'enfance ;
• **les personnes incarcérées :** une enquête nationale a été menée en 2004 par l'Inserm et Cemka-Eval à la demande conjointe de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), afin de mesurer les troubles psychiatriques dans la population carcérale (cf. dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide »)[19]. Un risque suicidaire au moment de l'enquête a été repéré pour 40 % des hommes détenus en métropole et 26 % dans les DOM, et 62 % des femmes détenues. Ce risque était jugé élevé pour environ la moitié des personnes concernées. Ce risque suicidaire était le plus élevé lorsque la personne présentait aussi une pathologie psychiatrique, associée ou non à une dépendance aux substances.

## 1.5. La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès varie selon le sexe et le groupe social

La comparaison des disparités de mortalité par suicide d'une part, et de fréquence des tentatives de suicide d'autre part, suggère que le ratio « suicide abouti/tentative de suicide » dépend des caractéristiques sociodémographiques des personnes qui tentent de mettre fin à leurs jours.

La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès dépend de plusieurs facteurs :
• la létalité des moyens utilisés, qui dépend elle-même de l'accessibilité des moyens les plus létaux d'une part, et de l'intentionnalité plus ou moins forte de se donner la mort lors du geste suicidaire ;
• la fragilité organique sous-jacente de la personne, dont dépend la réaction de l'organisme au geste suicidaire ;
• la probabilité que la tentative de suicide soit détectée et prise en charge par le système de soins avant le décès de la personne, qui dépend des facteurs ci-dessus ainsi que du degré d'isolement social de la personne et de l'organisation locale des soins.

La comparaison des ratios « suicide abouti/tentative de suicide », selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes, doit cependant se

19. Duburcq A., Coulomb S., Bronte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard B., 2004, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Cemka-Eval.

faire avec prudence, compte tenu des difficultés de mesure des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide, mentionnées dans les parties précédentes. En particulier, concernant les tentatives de suicide, il est possible que les comportements de réponse aux enquêtes, avec de possibles sous-estimations, voire surestimations, des TS, varient selon ces caractéristiques (cf. partie précédente). Il est également possible que le recours aux soins suite à un geste suicidaire, et donc l'enregistrement de ce geste dans les bases de données médico-économiques, varie selon le sexe ou l'âge de la personne. Dès lors, les biais affectant les données disponibles dépendraient en partie de ces caractéristiques sociodémographiques, limitant les possibilités de comparaison entre ces groupes.

Toutefois, certains écarts sont très élevés, permettant quelques comparaisons entre groupes de populations. Ainsi, les femmes effectuent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes, mais sont trois fois moins nombreuses à se donner la mort. Chez les personnes âgées, le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé, de l'ordre de 1 pour 4, contre 1 pour 200 chez les personnes de moins de 25 ans, d'après le rapport du CNBD (2013), qui indique : « La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoignent les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison). L'intentionnalité plus grande du sujet âgé se conjugue souvent avec une fragilité organique sous-jacente plus grande ».

La probabilité que la tentative de suicide se traduise par un décès semble également varier selon la PCS. Ainsi, il a été montré plus haut que les agriculteurs déclarent peu de TS comparativement aux autres professions, mais qu'ils ont une mortalité par suicide élevée. Les données de mortalité par suicide confirment que les agriculteurs exploitants ont plus recours que le reste de la population aux moyens les plus létaux pour mettre fin à leurs jours, pendaison et armes à feu notamment (cf. fiches « Données épidémiologiques sur les décès par suicide » et « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants »).

## 2. Prévention du suicide

Les parties précédentes synthétisent les données relatives aux suicides et aux tentatives de suicide en France, détaillées dans le dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide » et les fiches de ce rapport. Améliorer la prévention du suicide nécessite d'avoir une bonne connaissance des suicides et TS et de leurs causes, ainsi que d'évaluer les

actions menées, tout en prenant en compte les enjeux éthiques associés à cette prévention.

## 2.1. Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide

En médecine, l'ensemble des actions de prévention soulèvent d'importantes questions éthiques, et nécessitent de tracer une frontière entre sollicitude et ingérence. Elles peuvent en effet entrer en tension avec le principe d'Hippocrate consistant à ne pas nuire au patient, et en particulier avec le respect de son libre-arbitre. La question de la liberté est cruciale dans le cas du suicide, puisqu'il s'agit de prévenir un comportement qui est considéré, à un moment donné, par la personne concernée, comme le plus adapté à sa situation.

Le suicide pourrait en effet être considéré comme un acte mûrement réfléchi, qu'il serait illégitime de tenter d'empêcher. Il soulève la question fondamentale du sens de la vie, de la « confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde », posée par Albert Camus dans *Le mythe de Sisyphe* (1942). Dès lors, il n'y aurait « qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide ». « Mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement (...) l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance ». Mais au final, A. Camus tire de ses réflexions sur l'absurde le refus du suicide.

Les membres de l'Observatoire considèrent ainsi que la plupart des personnes qui attentent à leur vie le font non parce que la vie en général ne leur semble pas valoir la peine d'être vécue, mais parce qu'ils ne trouvent pas d'autre issue dans leur vie en particulier. Le suicide constitue un choix par défaut, lorsque les autres moyens de soulager la souffrance semblent inaccessibles. Les fortes inégalités sociales de mortalité par suicide montrent que cet espace des choix ne se présente pas de la même manière en haut et en bas de l'échelle sociale. La société contribue à façonner l'horizon des possibles des existences individuelles, la façon dont ils sont perçus, et la reconnaissance dont peuvent bénéficier ses membres[20].

Les membres de l'Observatoire partagent la conviction que la société se doit de proposer à ses membres d'autres options que celle qui consiste à mettre fin à ses jours. Ils considèrent également que le consentement des personnes

20. Ainsi, selon M. Halbwachs (1930) : « Lorsqu'un homme (...) dit : "Je désire mourir parce que la vie m'est à charge", il traduit dans le langage le plus clair pour lui, c'est-à-dire en termes individuels, une conviction qui lui a peut-être été dictée par son milieu et qui s'exprimerait mieux ainsi : "Je me tue, parce que les autres sont d'avis qu'un homme, dans la situation où je me trouve, n'a plus qu'à mourir" ».

concernées est essentiel pour la mise en œuvre d'actions de prévention. Toutefois, ces principes ne suffisent pas à déterminer les règles de conduite à adopter, par exemple lorsqu'on détecte un risque suicidaire important, en situation d'urgence : où situer alors la frontière entre action de prévention et action de prise en charge ? L'ensemble des questions éthiques associées à la prévention du suicide feront l'objet de travaux ultérieurs de l'Observatoire. Celui-ci ne prétend toutefois pas apporter à chacune d'entre elles une réponse unanime, tranchée et définitive : comme le mentionnait le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dans son avis n° 63 (2000) : « l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine ».

## 2.2. Les actions de prévention du suicide

Cette partie propose un aperçu de différentes actions de prévention du suicide, de leur mise en œuvre et de leur efficacité ; ces éléments sont développés dans le dossier « Les actions de prévention du suicide ». Parmi les personnes susceptibles de bénéficier d'une action de prévention du suicide, celles ayant déjà fait une tentative de suicide font l'objet d'une attention particulière. En effet, un antécédent de tentative de suicide est le plus important des facteurs prédictifs de comportement suicidaire fatal ultérieur (OMS, 2002). La dépression constitue également un facteur de risque très important, parfois difficile à déceler : « La dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide. L'angoisse, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80 % des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de dépression » (OMS, 2002).

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 aborde le problème du suicide dans sa globalité, de la prévention de la souffrance psychique à la réduction de l'accès aux moyens létaux, ainsi qu'aux actions de postvention auprès de l'entourage endeuillé. Il traite, en particulier, des environnements jugés préoccupants (milieu du travail, milieu carcéral, milieu rural), vise des populations spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité) et implique la mobilisation d'un nombre important d'institutions (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs, de secteurs différents (travail, justice, éducation, sanitaire, social…), tant au niveau national que local. La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les partenaires associatifs, qui proposent des dispositifs de lutte contre l'isolement social. Le rôle des agences régionales de santé (ARS) est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention du suicide.

La problématique du suicide et de sa prévention est ainsi inscrite dans les volets santé mentale des projets régionaux de santé (PRS) des ARS de façon adaptée aux particularités et priorités régionales.

La Mutalité sociale agricole (MSA) a également mis en place un plan national d'actions contre le suicide, qui vise à mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole, mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse et créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

Enfin, la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la Justice a mis en place en 2009 un plan national d'actions contre le suicide en milieu carcéral concernant la population spécifique dont elle a la charge. De la formation des personnels aux moyens de protection d'urgence, ce plan repose sur la pluridisciplinarité dans l'action et la mobilisation de l'ensemble de la communauté carcérale (personnels pénitentiaires et sanitaires, associations, autorités judiciaires, enseignants, famille, codétenus...) pour améliorer la prévention et réduire durablement le nombre de suicide en prison. Le dispositif des codétenus de soutien (soutien par les pairs) est une illustration des innovations de ce plan.

Le dossier « Les actions de prévention du suicide » recense un ensemble d'actions de prévention du suicide mises en œuvre à l'étranger ou en France et dont l'efficacité a été établie en s'appuyant sur des études d'évaluation, et notamment une revue de la littérature internationale faite par l'INPES axée sur sept types d'interventions : la restriction des moyens permettant aux personnes d'attenter à leur vie, le maintien d'un contact avec les personnes à risque suicidaire, les lignes d'appel, la formation des médecins généralistes, les programmes en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge et les campagnes d'information du public. Le dossier étudie de façon plus détaillée les systèmes de maintien de contact et de veille après une tentative de suicide, et les interventions communautaires de prévention du suicide, politiques s'appuyant sur plusieurs actions simultanées, mises en œuvre au niveau local. Ce dossier ne couvre pas l'ensemble des actions de prévention possibles, qu'elles aient été évaluées ou non, pour la raison principale que l'Observatoire n'a pu traiter, au cours de sa première année de travail, tout le spectre possible de ce champ très vaste (prévention en population générale ou auprès de groupes à risque, prévention de la souffrance psychique, postvention auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide ou de l'entourage endeuillé, etc.). Cette revue des actions de prévention du suicide a ainsi vocation à être complétée au fur et à mesure de l'avancée des travaux de l'Observatoire.

Il ressort des premiers éléments de la littérature consultée que trois types d'interventions sont particulièrement efficaces :
- la réduction des moyens létaux ;
- le maintien du contact, surtout s'il est proactif et « humain » ;
- la mise en place de lignes d'appel, à condition de réfléchir à leurs modalités de mise en œuvre (méthodes d'écoute, possibilités d'orientation vers le soin, éventuellement organisation d'un service de suivi par des « appels sortants », etc.).

La formation des médecins généralistes est également efficace, à condition d'être répétée et généralisée. L'intervention en milieu scolaire doit être maniée avec précaution en raison de risques d'effets négatifs lorsque des jeunes sont chargés d'informer ou d'aider d'autres jeunes (risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance contre la volonté de la personne, risque de faire porter à des adolescents une part de la responsabilité en cas d'acte suicidaire). Dans le cadre de l'organisation de la prise en charge, il faut s'assurer de la continuité des soins du patient après la sortie de l'hôpital. Enfin, l'information du public est efficace si elle est associée à une offre de prise en charge.

De façon générale, quelques enseignements sur les conditions de réussite d'une action de prévention peuvent être tirés des différentes expériences exposées dans le dossier. Les interventions visant à faire participer en réseau l'ensemble des acteurs, professionnels ou non, à différentes actions de prévention du suicide combinées semblent efficaces. Les exemples des villes de Trieste et de Nuremberg, ainsi que l'activité des cellules des MSA en sont des exemples. Ces expériences montrent que l'efficacité des actions de prévention semble améliorée lorsque l'information sur leur existence est connue de tous, le signalement de personnes en crise suicidaire pouvant provenir d'un large spectre de personnes formées. Elles suggèrent aussi que la mesure des effets synergiques d'actions combinées, par rapport à des interventions isolées, est sans doute une question de recherche importante. Celle de la bonne échelle de population sur laquelle il s'agit d'intervenir en est une autre.

De la même manière, l'efficacité semble accrue lorsque les interventions ne reposent pas sur le seul secteur sanitaire, mais aussi sur les secteurs sociaux et médico-sociaux. Il semble que les dispositifs qui fonctionnent ont souvent mis en place une coordination entre les différents types de prise en charge. Les travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) sur la prévention du suicide des personnes âgées aboutissent au même constat : les expériences où des liens entre la prise en charge gériatrique et gérontologique, d'une part, et la prise en charge psychiatrique, d'autre part, ont été établis sont plus efficaces.

# 3. Recommandations

Les recommandations élaborées par les deux groupes de travail de l'Observatoire et validées par l'ensemble des membres sont présentées dans les dossiers de ce rapport et synthétisées ci-dessous. Elles seront enrichies dans les rapports suivants, à mesure que l'Observatoire approfondira certaines thématiques ou en abordera de nouvelles.

## 3.1. Améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide

**Rendre effective la refonte du certificat de décès et l'accélération du déploiement de la certification électronique**

Un décret encore en cours de discussion prévoit la mise en place d'un nouveau certificat de décès qui permettra d'améliorer les données sur le suicide. Celui-ci permettra notamment d'apporter des précisions sur les circonstances du décès en cas de mort violente, sur les lieux de décès, et sur les décès survenus lors d'une activité professionnelle. Ce décret doit également permettre aux instituts médico-légaux la transmission au CépiDc d'un volet complémentaire en cas de recherches approfondies des causes de décès. Par ailleurs, la généralisation de la certification électronique permettrait une mise à disposition plus rapide des données sur les causes de décès par le CépiDc.

L'Observatoire sollicite la sortie du décret de mise en place des nouvelles modalités de certification des décès et considère essentiel de déployer la certification électronique.

**Permettre l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données : SNIIR-AM, SNGC-CNAV, DADS, EDP**

L'appariement de la base SNIIR-AM avec celle des causes médicales de décès permet une description plus fine des liens entre TS et suicide (notamment d'analyser finement la mortalité par suicide) et d'approfondir la question de facteurs de risques médicaux, ou médicamenteux. Un tel appariement a été mis en place à titre expérimental, dans le cadre d'un partenariat entre le CépiDc, la CNAMTS, la DREES et la HAS. Des travaux sont en cours à la DREES pour analyser, grâce à ces données, les décès à un an et les causes de décès parmi les personnes hospitalisées pour TS en MCO.

La base des causes médicales de décès ne permet pas actuellement de faire des analyses des causes de décès par activité professionnelle, la qualité de cette information étant insuffisante. Le chaînage avec d'autres bases telles que le Système national de gestion des carrières (SNGC) de la Caisse

nationale d'assurance vieillesse (CNAV)[21] ou les déclarations annuelles des données sociales (DADS), que tout employeur du régime général est tenu d'effectuer annuellement pour chacun de ses salariés, pourrait permettre ces analyses.

L'Observatoire demande les évolutions légales nécessaires pour faciliter le croisement de ces bases à partir d'un identifiant unique (NIR ou autre) et par appariements probabilistes avec les bases des causes médicales de décès (qui ne disposent pas du NIR), ainsi que la pérennisation de ces appariements pour permettre une surveillance longitudinale.

**Renforcer la participation des services de médecine légale en tant qu'acteur de la surveillance des suicides**

Les services de médecine légale sont placés sous l'autorité des ministères de la Justice et de la Santé, excepté l'IML de Paris qui dépend de la préfecture de police de Paris. Ce sont des structures essentielles de la surveillance épidémiologique des morts violentes, dont les suicides, compte tenu de leur rôle particulier en cas de décès non naturel. Les recherches complémentaires effectuées dans les services de médecine légale, complétées par un travail en étroite collaboration avec les services enquêteurs (police, gendarmerie), permettent aux services de médecine légale de détenir des informations extrêmement riches et précieuses, en particulier sur le contexte et les circonstances du décès. Cependant, les informations issues des enquêtes médico-légales ne sont pas systématiquement informatisées, standardisées et centralisées à l'heure actuelle.

Aussi, l'Observatoire estime important de faire reconnaître aux services de médecine légale leur mission de santé publique. Il préconise l'harmonisation des critères permettant de prendre la décision de recourir aux structures médico-légales sur l'ensemble du territoire français et la standardisation des procédures liées aux services de médecine légale (investigations, recueil d'informations, transmission au CépiDc) afin de tendre vers la mise en place d'une informatisation et centralisation des données des IML, qui pourraient être analysées par le CépiDC et l'InVS.

L'Observatoire demande la transmission effective des informations issues des enquêtes médico-légales au CépiDc, afin de réduire une partie de la sous-estimation des chiffres sur l'épidémiologie du suicide en France.

21. La base Hygie produite par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) apparie des données de la CNAV et du SNIIR-AM, mais ne contient pas les causes de décès.

Enfin, l'ONS recommande la réalisation d'une étude pilote menée par l'InVS en collaboration avec le CépiDc et un ensemble de services de médecine légale, afin de travailler sur les modalités de mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique des suicides utilisant les données des services de médecine légale.

**Améliorer les données concernant les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives**

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être proposées :

- la systématisation du codage de la tentative de suicide lors de chaque passage aux urgences ou de chaque hospitalisation des patients suite à une tentative de suicide ;
- la mise en place d'un identifiant unique permettant de chaîner les différents passages aux urgences d'un même patient et aussi de chaîner les passages aux urgences et les hospitalisations d'un même patient[22] – chantier qui concerne l'ensemble des données hospitalières, au-delà de la question du suicide et des TS ;
- l'intégration, via des appariements, des données concernant l'emploi (catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité) dans les bases de données médico-administratives.

**Développer et renforcer la surveillance des suicides et TS selon l'emploi**

L'Observatoire considère nécessaire de poursuivre la surveillance épidémiologique des suicides et TS selon l'emploi ainsi que les dispositifs permettant de documenter les liens entre conditions de travail et suicide.

Les approches fondées sur le croisement entre les bases de données administratives détenant de l'information sur l'emploi (DADS et EDP de l'INSEE, SNGC de la CNAV, etc.) avec les données de mortalité du CépiDc sur de larges populations (le programme Cosmop notamment) sont tout à fait intéressantes et méritent d'être poursuivies (cf. recommandation 2). Par ailleurs, des approches spécifiques par population, en priorité celles pour lesquelles un excès de mortalité par suicide a été rapporté, notamment à l'étranger, sont également à encourager. Elles pourraient ainsi viser : les travailleurs indépendants, les professions du secteur agricole (salariés ou non-salariés agricoles), le personnel des secteurs de la santé et de l'action sociale par exemple, mais également les inactifs dont les chômeurs.

22. Pour ce qui concerne l'étude des parcours en santé mentale, la mise en place d'un identifiant unique permettrait de chaîner les soins ambulatoires aux autres dans le RIM-P.

## 3.2. Recommandations en matière de recherche et d'appel à recherche

Les pistes de recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention identifiées par l'Observatoire sont présentées en détail dans le dossier « La recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention ». Elles seront reprises de manière priorisée dans le cadre d'un appel à projets de recherche qui sera lancé fin 2014-début 2015 par l'Institut de recherche en santé publique (IRESP), financé par l'Observatoire et éventuellement d'autres partenaires, et présenté dans le prochain rapport de l'Observatoire.

Une recommandation majeure de l'Observatoire est de susciter des recherches multidisciplinaires combinant des travaux qualitatifs et des travaux quantitatifs, avec des méthodologies autorisant des allers-retours entre ces deux types de travaux. L'identification quantitative de facteurs de risque ne permet en effet pas de comprendre pourquoi la grande majorité des personnes présentant ces facteurs ne se suicide pas. Des études qualitatives portant sur les trajectoires de vie, les profils psychologiques et les parcours de soins des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide seraient ainsi fondamentales. De même, pour mesurer la « transférabilité » d'une action de prévention efficace d'un pays à un autre ou d'un territoire à un autre, une compréhension des mécanismes sous-jacents est nécessaire. L'enjeu est en effet non seulement de déterminer quel type d'action est efficace, mais également pourquoi il l'est, et donc d'évaluer quand, où, comment, pourquoi et pour qui une intervention fonctionne ou devrait fonctionner. Par quels mécanismes réduit-elle le comportement suicidaire ?

Les recommandations qui précèdent fournissent un cadre général pour tous les travaux de recherche visant à améliorer la prévention du suicide. Ces recherches sur le comportement suicidaire et sa prévention peuvent être classées, d'après le *International handbook of suicide prevention*[23], en trois principaux types :

**La recherche qui vise à connaître les facteurs de risque et de protection du suicide**

Les facteurs de risque sont des caractéristiques qui augmentent la probabilité que des individus envisagent ou tentent de se suicider, ou décèdent par suicide. Les facteurs de protection du suicide sont, à l'opposé, des caractéristiques qui vont diminuer cette probabilité. Ces facteurs sont identifiés sur la base de données statistiques ou épidémiologiques. La causalité entre un

23. « What Kind of Research do We Need in Suicidology Today? », *in* O'Connor R., Platt, S. & Gordon, J. (eds.), 2011, *International Handbook of Suicide Prevention*, Oxford, Wiley-Blackwell.

facteur de risque et le comportement suicidaire ne se situe donc pas au niveau individuel mais au niveau populationnel. L'identification des facteurs de risque et de protection du suicide et la hiérarchisation de ces facteurs sont des composantes clé pour comprendre le comportement suicidaire, mais la tâche est complexe dans la mesure où c'est le plus souvent le cumul de facteurs de risque qui précipite une crise suicidaire. Un état des lieux des connaissances est en cours, qui pourra être prolongé par des travaux de recherche.

Parmi les facteurs de risque, une tentative de suicide antérieure constitue le facteur le plus important, ce qui pose la question de la connaissance et du suivi, dans un cadre respectueux des enjeux éthiques rappelés ci-dessus, des personnes ayant fait une TS. Les troubles psychiatriques, dont les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires, etc.), jouent un rôle majeur. Les facteurs (neuro)biologiques, les maladies somatiques, les addictions, les événements de vie négatifs (difficultés vécues dans l'enfance, ruptures, deuils, agressions physiques et sexuelles, etc.), jouent également un rôle, de même que l'isolement, la précarité financière, l'endettement, le chômage, le milieu professionnel et le type d'emploi, les risques psychosociaux au travail. Les facteurs de protection constituent le pendant de ces facteurs de risque.

Si les facteurs de risque apparaissent globalement bien identifiés, des travaux de recherche restent nécessaires pour mieux connaître le poids des différents facteurs et leurs modalités d'interaction, en fonction des individus, du contexte et de la période de leur vie.

**La recherche sur l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide**

Les travaux présentés dans la troisième partie de cette synthèse et dans le dossier « Les actions de prévention du suicide » ont montré que les actions de prévention du suicide sont rarement évaluées, en particulier dans le contexte français. Les interventions efficaces qui ont été repérées localement sur certains territoires ou des interventions identifiées comme prometteuses dans la littérature internationale mériteraient donc d'être évaluées en France. Cela suggère que la recherche française dans ce domaine doit être favorisée.

L'évaluation des actions de prévention du suicide requiert de répondre aux questions suivantes :

- Quel indicateur d'évaluation de l'efficacité de l'action faut-il utiliser ? Comment mesure-t-on l'imputabilité de l'évolution des suicides ou des tentatives de suicide à une action de prévention, en tenant compte des autres facteurs susceptibles d'exercer une influence ?

• Comment tenir compte des enjeux éthiques (consentement, anonymat, procédures et organisations) dans la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention ?
• Que fait-on lorsqu'on détecte un risque suicidaire important ? À quel moment et comment bascule-t-on d'une action de prévention vers une action de prise en charge ?

L'Observatoire propose qu'un accent particulier soit mis sur les expériences où des coordinations d'acteurs (associations, médecins, psychiatres, etc.), des liens entre différents modes de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, des synergies entre actions de prévention du suicide combinées, ont été établis ou renforcés, caractéristiques que l'on retrouve fréquemment dans les dispositifs de prévention qui fonctionnent. Par ailleurs, la question de la « transférabilité » d'une action de prévention efficace d'un pays à un autre ou d'un territoire à un autre est fondamentale mais complexe.

**La recherche (neuro)biologique**
Elle inclut des études génétiques, des études sur le rôle des hormones et des neurotransmetteurs impliqués dans les comportements suicidaires, ainsi que des études fondées sur les techniques d'imagerie médicale. Ce type de recherche, en particulier celle liée au concept de vulnérabilité suicidaire, n'a pas pu être traité au cours de la première année des travaux de l'Observatoire, mais fera l'objet d'une réunion du groupe de travail « Axes de recherche » en 2014, postérieurement à la remise de ce premier rapport ; des pistes de recherche relatives à cette notion pourraient ainsi être intégrées dans l'appel à recherches qui sera lancé fin 2014-début 2015, si ceci est jugé pertinent par les membres de l'Observatoire.

Ces trois axes de recherche visent à améliorer la connaissance du suicide et de sa prévention. L'Observatoire souligne par ailleurs le besoin de décliner cette approche transversale en ciblant des sous-populations spécifiques, dont l'approche par les facteurs de risque montre qu'elles ont un risque plus élevé de suicide. Notons qu'au niveau individuel, il n'existe évidemment pas de lien mécanique entre appartenance à un groupe et comportement suicidaire[24]. De plus, il est généralement difficile, voire impossible, d'agir sur la caractéristique qui définit le groupe (âge, profession, etc.) afin de réduire le risque

24. Ceci vaut également pour les facteurs de protection, comme le suggère l'exemple d'Emma Bovary, cité par C. Baudelot et R. Establet (*Durkheim et le suicide*, 1984, *op. cit.)* : « L'un des suicides littéraires les plus célèbres est celui d'Emma Bovary ; c'est aussi l'un des plus improbables. Femme, jeune, mariée, mère d'un enfant, rurale et catholique, elle cumulait les traits dont Durkheim a montré qu'ils constituaient les facteurs les plus efficaces de préservation du suicide. Et pourtant elle se tue, dans le roman comme dans la vie : Flaubert n'a rien inventé ; il s'est inspiré, jusque dans le moindre détail, d'un fait divers réel (…) ».

de suicide. L'étude des facteurs de risque propres à ces groupes et l'évaluation de l'efficacité d'actions de prévention dédiées sont néanmoins utiles et nécessaires.

Ainsi, il est pertinent de s'intéresser à certaines classes d'âge, notamment les plus de 75 ans, dont les taux de décès par suicide sont particulièrement élevés. Chez ces personnes, le rôle et le poids respectif de la dépression, de la fragilité psychique et physique, des comorbidités et de l'isolement mériteraient d'être approfondis, en tenant compte des interactions entre ces différents facteurs. Concernant les actions de prévention, les dispositifs qui fonctionnent semblent être ceux où des liens entre le secteur gériatrique, le secteur médico-social gérontologique et le secteur psychiatrique sont suffisamment structurés. Le développement et l'évaluation de ces dispositifs doivent être poursuivis.

Parmi les moins de 75 ans, les personnes âgées de 45 à 54 ans ont le taux de suicide le plus élevé. Les quadragénaires et les quinquagénaires doivent donc également faire l'objet de recherches ciblées. Chez les jeunes, le taux de suicide est plus bas, mais la part du suicide dans la mortalité générale nettement plus élevée. En particulier, le rôle des difficultés vécues dans l'enfance et l'adolescence (violence physique, sexuelle ou psychologique, difficultés familiales, abus de substances toxiques, etc.) sur les comportements suicidaires de ces tranches d'âge, mais aussi tout au long de la vie, en raison des fragilités qu'elles sont susceptibles de générer, mériterait d'être plus étudié.

Certaines populations concentrant un grand nombre de facteurs de risque (population en milieu carcéral, minorités sexuelles) doivent également faire l'objet d'études approfondies. D'autres populations ayant fait l'objet de peu de travaux comme les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques méritent d'être ciblées.

Par ailleurs, l'étude du lien entre le suicide et le travail ou entre le suicide et l'absence de travail doit être approfondie. L'attention doit être portée en particulier à certains milieux professionnels où les conditions de travail sont difficiles (travailleurs indépendants ; professionnels du secteur agricole, salariés et non-salariés, etc.), ou bien où les travailleurs sont confrontés à des situations individuelles complexes dans l'exercice de leur profession (surveillants de prison face aux détenus, professionnels du secteur de la santé et de l'action sociale face aux patients et aux usagers, etc.).

De même, le chômage, les difficultés financières quotidiennes ou de remboursement de crédits immobiliers sont des facteurs de risque d'anxiété ou de dépression et des facteurs de risque de suicide potentiels (cf. « Revue de littérature : crise de 2008 et suicide »).

De surcroît, approfondir les travaux de recherche concernant les personnes qui ont des antécédents de tentatives de suicide apparaît nécessaire, dans la mesure où ces personnes présentent un risque futur de suicide élevé.

Par ailleurs, les difficultés des proches des personnes ayant fait une tentative de suicide ou décédées par suicide doivent également faire l'objet d'études. Le suicide d'un membre de la famille ou d'un ami peut en effet bouleverser la vie d'une personne, qui présentera alors elle-même un risque accru de suicide.

Enfin, la question du genre doit être une question transversale dans la recherche sur le suicide.

## 3.3. L'Observatoire recommande que le suicide fasse l'objet d'un suivi dans le cadre de la stratégie nationale de santé

La stratégie nationale de santé prévoit le suivi d'un certain nombre d'indicateurs, qui reflètent des sujets stratégiques pour la politique de santé. Afin de permettre un pilotage efficace par les ARS, il est prévu que ces indicateurs fassent, dans la mesure du possible, l'objet d'une déclinaison régionale.

Ce rapport rappelle que la prévention du suicide constitue un enjeu majeur de santé publique, parce que chaque suicide constitue un drame, mais aussi parce que la prévalence des comportements suicidaires au sein d'une société constitue un bon indicateur de la santé mentale, et plus généralement du bien-être, de ses membres. C'est pourquoi l'Observatoire recommande que le suicide fasse partie des indicateurs suivis, aux niveaux national et régional, dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

SYNTHÈSE P.11

# DOSSIERS

FICHES P.125

ANNEXES P.179

# SOMMAIRE

**Dossier**
Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide ..... 37

**Dossier**
Les actions de prévention du suicide ..... 77

**Dossier**
La recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention ..... 111

# Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide

Le dossier thématique « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide » dresse un état des lieux de l'existant en France pour la surveillance épidémiologique des suicides et des tentatives de suicide (TS) au niveau national. Il présente ainsi les systèmes d'information, qu'ils soient pérennes ou ponctuels, permettant de recueillir de l'information sur les suicides et les tentatives de suicide survenus en France. Seuls les systèmes d'information à visée nationale sont présentés dans ce dossier thématique. Les systèmes de surveillance régionaux ou infrarégionaux, ou les exploitations régionales de systèmes d'information nationaux, dont l'importance a été soulignée par l'ONS, ne sont pas présentés ici. Ainsi, ce dossier ne présente pas l'ensemble des sources d'information qui pourraient s'avérer utiles pour la surveillance des suicides et TS mais dont l'utilisation n'est pas possible nationalement à l'heure actuelle (cas des données des appels aux Centres-15-SAMU ou aux pompiers par exemple). Cette dimension pourrait être développée dans un prochain rapport.

Le dossier permet de mettre en évidence la diversité des systèmes d'information disponibles et de fournir un éclairage sur la situation épidémiologique des suicides et TS. Les limites des systèmes d'information ou des données recueillies sont présentées et des recommandations pour l'amélioration de l'existant sont formulées.

En France, un décès sur 50 est un suicide. Chaque année, plus de 11 000 personnes meurent de suicide et 70 000 personnes sont hospitalisées pour tentative de suicide (TS), cumulant environ 90 000 séjours hospitaliers pour TS. On estime par ailleurs qu'entre 175 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les urgences hospitalières.

• La production des statistiques de mortalité par suicide est réalisée depuis 1968 par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm) à partir des certificats de décès établis par les médecins constatant le décès.

• Concernant les tentatives de suicide, les premières estimations nationales ont été réalisées en 2001[1] puis en 2006[2] par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à partir de données hospitalières, d'enquêtes auprès de médecins généralistes et en population générale, conduites dans les années 1990 et au début des années 2000. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a engagé la production de données nationales pour les années postérieures à 2004, via différentes sources de données de recours au système de soins. Ces sources comprennent le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO), le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) et les données du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®).

• Toutefois, toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale. La seule modalité d'information pour estimer la prévalence du risque suicidaire[3] dans la population reste l'interrogation directe des personnes par enquête en population générale. L'enquête transversale répétée tous les cinq ans depuis 2000, intitulée « Baromètre santé » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), abordant les questions sur les actes suicidaires (pensées suicidaires et antécédents de TS), est la source principale de suivi temporel à l'échelon national en France.

• Il existe par ailleurs des dispositifs d'études permettant d'approcher le risque suicidaire auprès de populations spécifiques, par exemple la population étudiante, les adolescents, les personnes sans domicile ou les personnes incarcérées.

• Certaines associations (de téléphonie sociale ou de soutien aux familles endeuillées) disposent également de données et d'un recueil d'informations sur la question des passages à l'acte et du risque suicidaire dans la population qui recourt à leurs services. Ces systèmes d'information, fondés sur des

1. Badeyan G., Parayre C., 2001, « Suicides et tentatives de suicide en France – une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats*, DREES, nº 109, 1-8.

2. Mouquet M.C., Bellamy V., 2006, « Suicides et tentatives de suicide en France », *Études et Résultats*, DREES, nº 488, 1-8.

3. Le risque suicidaire correspond à l'état de détresse tel qu'il peut conduire un individu à se donner la mort. Il recouvre différents niveaux allant de pensées suicidaires (souhait d'être mort) à la tentative de suicide mise en acte.

données totalement anonymes et recueillies lors d'échanges souvent non directifs, apportent des informations essentiellement qualitatives.

• La production d'indicateurs de surveillance du suicide et du risque suicidaire selon la profession et le secteur d'activité nécessite de disposer non seulement d'informations sur les suicides ou TS, mais également d'informations relatives à l'emploi (catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité), ce qui est rarement le cas dans les systèmes médico-administratifs existants.

• Il n'existe pas de données fiables sur les suicides liés au travail en France. En particulier, il n'est pas possible à l'heure actuelle de quantifier les suicides en lien avec le travail, ni même ceux survenus sur un lieu de travail. Par ailleurs, les connaissances épidémiologiques sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires sont encore insuffisantes.

• Pour la production d'indicateurs de surveillance du suicide selon l'emploi, l'InVS s'appuie sur la mise en œuvre de dispositifs spécifiques ou, plus souvent, sur l'exploitation de données existantes. En ce qui concerne la description de la mortalité par suicide selon l'emploi, les données du CépiDc sont couplées dans le projet Cosmop à d'autres sources telles que l'échantillon démographique permanent (EDP) ou des sources spécifiques au milieu professionnel : déclaration annuelle des données sociales (DADS) ou données professionnelles de la Caisse centrale de la mutuelle sociale agricole (CCMSA) par exemple (voir chapitre 5 « Suicides et travail »).

## 1. Statistiques des suicides : données de mortalité par suicide

La statistique de mortalité par suicide est produite depuis 1968 par le CépiDc-Inserm qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès.

Les missions du CépiDc-Inserm sont :
• la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France ;
• la diffusion des données ;
• les études et recherches sur les causes médicales de décès.

La statistique des causes médicales de décès est produite, en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), à partir des informations recueillies dans le certificat de décès.

Lors d'un décès, le médecin établit un certificat de décès. Les caractéristiques de la certification des décès en France sont définies par l'article L2223-42 du CGCT (Code général des collectivités territoriales). Ainsi la certification des décès est obligatoire, le certificat de décès doit être établi par un médecin et la déclaration des causes de décès est confidentielle et non nominative. Ce certificat est rédigé sur un modèle élaboré par le ministère de la Santé.

Le certificat de décès comporte deux volets. Une première partie utilisée pour la déclaration à l'état civil (le bulletin d'état civil de décès) est nominative et renseigne sur le domicile de la personne décédée, la date et l'heure de son décès ainsi que certaines informations concernant les diverses opérations funéraires. Une deuxième partie (le certificat médical de décès) est anonyme et ne comporte, en dehors des renseignements médicaux, que le nom et le code postal de la commune de décès, le nom et le code postal de la commune de domicile de la personne décédée, son sexe, sa date de naissance et sa date de décès. L'INSEE reçoit la première partie nominative du certificat de décès (bulletin d'état civil de décès) avec des informations renseignant notamment l'activité, la profession, la commune de naissance et la commune de domicile du défunt. Le CépiDc-Inserm reçoit la partie anonyme avec les données médicales. Ces deux sources, INSEE et CépiDc-Inserm, sont ensuite rapprochées afin de garantir leur exhaustivité réciproque, et d'enrichir les données par cause médicale de décès des informations non nominatives renseignées sur les bulletins d'état civil. Les données sur les décès sont donc exhaustives, elles représentent environ 540 000 décès par an.

En cas de mort suspecte, et lorsque des examens complémentaires sont réalisés (autopsie, prélèvements cytologiques, etc.), le circuit diffère : c'est l'organisme chargé de ces examens qui rédige le certificat médical de décès définitif et qui le transmet au CépiDc-Inserm. Il s'agit le plus souvent d'un institut médico-légal (IML) ou d'une unité de médecine judiciaire (UMJ).

Le certificat médical de décès est conforme à un modèle international, relevant les événements ayant abouti à la mort et les affections ayant contribué au décès (pathologies associées). Les certificats étant écrits en texte libre par les médecins, un codage des causes médicales de décès est nécessaire avec sélection de la cause initiale de décès. Les causes de décès sont codées selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e révision) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2000. Cette procédure de vérification et de codage nécessite actuellement deux années de travail avant la finalisation des données.

Les données sur les causes médicales de tous les décès depuis 1979 sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm.

Les indicateurs sont consultables pour l'ensemble de la population ou selon une répartition géographique (département ou région), par classe d'âge et par sexe. Pour les suicides, les indicateurs sont déclinés :
• par année : les effectifs et les taux bruts de décès par suicide selon le sexe et les tranches d'âge décennales ;
• par périodes de trois années regroupées : les taux standardisés par âge, les disparités géographiques, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, l'indice de surmortalité masculine obtenu en rapportant le taux masculin sur le taux féminin.

Une enquête de validation menée par le CépiDc-Inserm sur les données de mortalité de 2006 estime à 10 % la sous-estimation des décès par suicide au niveau national, avec un différentiel de sous-estimation selon les territoires (par exemple, la sous-estimation est estimée à plus de 50 % en Île-de-France, essentiellement en raison de l'absence de transmission de données par l'Institut médico-légal de Paris). Cette sous-estimation est principalement due à certains suicides non repérés comme tels : ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée ou ceux dont l'origine de la mort reste indéterminée.

Par ailleurs, la surveillance des suicides selon l'emploi à partir des données du CépiDc est difficilement réalisable. La comparaison des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) issues des certificats de décès avec celles du dernier recensement montre que seulement environ 50 % des PCS sont identiques entre les deux sources[4]. L'analyse de la mortalité selon les caractéristiques d'emploi (profession, ou catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité, etc.) nécessite donc un appariement avec d'autres bases de données (recensement, Caisse nationale de l'assurance vieillesse [CNAV], déclaration annuelle des données sociales [DADS], etc.).

De plus, les certificats médicaux de décès permettent en théorie au médecin certificateur de cocher la notion d'« accident du travail » ainsi que le lieu de survenue en cas d'accident (donnée renseignée en clair). Cependant, une analyse réalisée par l'InVS (cf. partie 5.3 « Surveillance épidémiologique des suicides en lien avec le travail », p. 67) a montré la faiblesse de l'enregistrement des accidents du travail mortels, dont les suicides, via les certificats de décès (nombreuses données manquantes, certificats cochés « accident du travail » qui correspondent à des décès liés à une pathologie et non à un accident).

4. Une des explications à cet écart pourrait être que la déclaration de la PCS dans les certificats de décès est faite par la famille tandis que lors du recensement, c'est l'individu lui-même qui fait la déclaration de sa PCS. De plus, la formulation n'est pas la même dans les deux sources, une seule question est posée dans le certificat de décès alors que plusieurs questions détaillées sont posées sur cette thématique lors du recensement.

**Perspectives d'évolutions de la base des décès**

• Un décret encore en cours de discussion prévoit la mise en place d'un nouveau certificat de décès qui améliorera les données sur le suicide en :
– apportant des précisions sur les circonstances du décès en cas de mort violente (accident, suicide et homicide seront précisés), sur les décès survenus lors d'une activité professionnelle et sur les lieux de décès ;
– donnant la possibilité de transmettre un volet complémentaire via la certification électronique lorsqu'il y a des recherches approfondies sur les causes du décès (médicales ou médico-légales).

• Une réduction du temps de finalisation de la base de décès est envisageable si la transmission des certificats de décès par certification électronique se généralise.

• Des appariements de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données sont prévus et les réflexions sur le plan juridique et technique sont engagées entre les différents acteurs concernés pour permettre leur exploitation pérenne. Il s'agit d'appariements de la base des causes médicales de décès avec :
– le SNIIRAM-PMSI (système d'information de l'assurance maladie incluant les informations sur les hospitalisations et remboursements de soins) qui permettra notamment d'analyser finement la mortalité par suicide après des tentatives de suicide repérées à travers ce système et d'approfondir la question de facteurs de risques médicaux ou médicamenteux. Un tel appariement a été mis en place à titre expérimental, dans le cadre d'un partenariat entre le CépiDc, la CNAMTS, la DREES et la HAS. Des travaux sont en cours à la DREES pour analyser, grâce à ces données, les décès à un an et les causes de décès parmi les personnes hospitalisées pour TS en MCO ;
– l'Échantillon démographique permanent (échantillon représentatif de 4 % de la population chaînant les bulletins de recensement de l'INSEE) permettant de récupérer une information sociale fine et sans biais sur cette partie de la population ;
– le panel DADS qui est un échantillon au 1/12, constitué par l'INSEE à partir des données des déclarations annuelles des données sociales dont l'INSEE est l'un des destinataires officiels. La DADS est une formalité administrative que doit accomplir chaque année l'ensemble des employeurs pour chacun des salariés (à l'exception des agents des organismes de l'État, des services domestiques et des activités extraterritoriales). Des données issues d'autres sources, et notamment du Système d'information sur les agents des services publics (SIASP), sont ajoutées aux données issues des DADS pour couvrir l'ensemble du champ de l'emploi salarié. Le panel comporte des informations sur le salarié, son poste et sur les caractéristiques de son employeur ;

– le Système national de gestion des carrières (SNGC) de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), qui devrait permettre d'obtenir des informations sur le parcours professionnel.

*Résultats*
Deux fiches présentent des données issues des certificats médicaux de décès en population générale : les fiches 1 « Données épidémiologiques sur les décès par suicide » et 2 « Pathologies associées aux suicides déclarées dans les certificats médicaux de décès ».

**En savoir plus**

Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E., 2009, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 702, 1-8.

Aouba A., Pavillon G., Jougla E., 2010, « Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France », *Bull Épidémiol Hebd*, 40-41, p. 415.

Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E., 2011, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », *Bull Épidémiol Hebd*, 47-48, p. 497-500.

Rey G., Rican S., Menvielle G., Luce D., Jougla J., 2013, « Measuring Social Inequalities in Cause-specific Mortality in France : Comparison Between Linked and Unlinked Approaches », *Rev Épidemiol Santé Publique*, 61, p. 221-231.

## 2. Surveillance des tentatives de suicide à partir des bases médico-administratives

La surveillance des tentatives de suicide se fait principalement à partir des bases médico-administratives de recours aux soins. Ces dernières ont été conçues pour gérer le suivi des ressources et des activités de santé. Collectées de façon routinière et systématique, les données de ces bases ont l'avantage d'être disponibles rapidement et de couvrir tout le territoire. Les informations sur la situation des personnes sont toutefois limitées au strict nécessaire pour les besoins administratifs (sexe, âge et lieu de résidence), en particulier aucune donnée sur la profession ou la catégorie socioprofessionnelle n'est recueillie. La qualité des informations sur les pathologies dépend des habitudes de codage des praticiens, codage pouvant lui-même être soumis aux

conditions de tarification des prestations. De plus, l'anonymisation des données transmises au niveau national ne permet pas un retour aux données sources pour vérification.

Malgré ces limites, ces bases constituent une source de données indispensable pour la surveillance en santé publique, et notamment la surveillance des tentatives de suicide.

## 2.1. Le PMSI-MCO : données sur les hospitalisations en médecine et chirurgie

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place depuis une vingtaine d'années en France dans tous les établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a pour objectif principal de mettre en relation l'activité médicale (pathologies et modes de prise en charge) et les moyens de fonctionnement des établissements. Les informations ainsi recueillies sont utilisées notamment pour la tarification à l'activité et pour la planification de l'offre de soins.

Lors de l'hospitalisation d'un patient, le passage dans chacune des unités de soins donne lieu à la production d'un résumé d'unité médicale (RUM). Le RUM (ou les différents RUM s'il y a eu hospitalisation dans différentes unités de soins) contient des informations d'ordre administratif ainsi que les diagnostics et actes médicaux pratiqués. Les diagnostics sont renseignés par les cliniciens de l'unité de soins où a été hospitalisé le patient. À la fin du séjour du patient dans l'établissement de santé, un résumé de sortie standardisé (RSS) est produit. Il est constitué d'un ou de plusieurs RUM. Le RSS est rendu anonyme et transformé en résumé de sortie anonyme (RSA) avant la transmission à l'agence régionale de santé (ARS). Ainsi, chaque séjour hospitalier donne lieu à un RSA unique qui contient des informations administratives, les diagnostics codés en référence à la CIM-10 et les actes médicaux. Les bases régionales de RSA sont assemblées pour constituer la base nationale des RSA centralisée auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les données nationales sont anonymes et ne permettent pas de remonter au patient.

Depuis 2001, une procédure permet de relier les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à la génération automatique d'un numéro anonyme unique pour chaque individu, c'est ce qu'on appelle le chaînage. Ainsi, toutes les hospitalisations d'un même patient, quel que soit le secteur (public ou privé) en MCO, en soins de suite et de réadaptation (SSR), ou en psychiatrie (RIM-P) peuvent être chaînées, avec toutefois une différence dans la qualité

du chaînage selon les types d'établissements. Par ailleurs, l'activité en ambulatoire du RIM-P ne peut pas être chaînée car le numéro anonyme unique du patient n'y est pas retenu.

La mise à disposition des données du PMSI est faite annuellement par l'ATIH à certaines institutions, dont l'InVS, pour les besoins de surveillance et de production d'indicateurs. Contrairement aux données de mortalité, les données d'hospitalisation pour TS n'ont pas donné lieu à une évaluation de la sous-déclaration.

Les tentatives de suicide sont repérables dans le PMSI et exploitables à partir de 2003. Les indicateurs issus concernant la surveillance des tentatives de suicide sont :
- le nombre d'hospitalisations pour TS selon l'âge et le sexe ;
- la part des différentes modalités opératoires des TS ;
- les taux bruts et standardisés d'hospitalisations pour TS ;
- le taux de réadmission pour TS.

*Résultats*
La fiche 3 « Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide » présente à la fois les résultats sur l'hospitalisation entre 2004 et 2011 pour tentative de suicide, à partir de l'analyse du PMSI-MCO, et le recours aux urgences entre 2007 et 2011 pour tentative de suicide à partir de l'analyse d'Oscour® et du PMSI-MCO.

**En savoir plus**

*Aide à l'utilisation des informations de chaînage*, Lyon, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2011, 22 p.

Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *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, 52 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr

## 2.2. Le RIM-P : les hospitalisations en psychiatrie

Depuis 2007, un système de recueil de données administratives et médicales similaire au PMSI-MCO, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place pour tout patient pris en charge dans

un établissement psychiatrique en hospitalisation complète ou partielle, ou en ambulatoire.

Comme pour le PMSI-MCO, les diagnostics sont codés en CIM-10 de l'OMS. Toutefois, contrairement au PMSI-MCO, les informations recueillies par le RIM-P ne sont pas utilisées pour la tarification de l'activité des établissements, ce qui peut avoir un impact différent sur les pratiques de codage des pathologies.

Chaque année, les bases de données du RIM-P sont mises à la disposition des institutions, dont l'InVS, pour les besoins de surveillance et de production d'indicateurs.

Les indicateurs issus de cette base concernant la surveillance des tentatives de suicide sont :
- le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- le nombre d'hospitalisations en MCO et en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- les taux bruts et standardisés d'hospitalisations en psychiatrie pour TS.

Toutefois, l'exhaustivité du codage des TS lors des hospitalisations en établissement psychiatrique semble encore imparfaite.

*Résultats*
Quelques résultats succincts préliminaires sont présentés dans la fiche 3 « Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide ».

## 2.3. Le réseau Oscour® : données sur les passages aux urgences

Le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) s'inscrit au sein du système de surveillance syndromique français SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), initié en 2004 avec un objectif de détection d'événements inattendus. Il a été mis en place grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à la collaboration entre l'InVS, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), les ARS et des établissements hospitaliers. En juillet 2004, 23 établissements adhéraient au réseau. Le réseau Oscour® s'est développé progressivement et, en juin 2014, il couvrait environ 70 % des passages aux urgences en France.

Grâce à ce réseau, l'InVS coordonne la surveillance des recours aux urgences par un système de collecte d'informations sur tous les passages dans les services des urgences (SU) hospitalières participants.

À chaque passage d'un patient dans un SU participant au réseau Oscour®, il y a production et enregistrement en routine d'un résumé de passage aux urgences (RPU). Le RPU comprend les diagnostics médicaux (principal et associé) inscrits en champ libre et codés selon la CIM-10, ainsi que quelques données démographiques (sexe, âge). En ce qui concerne les recours aux urgences pour TS, la notion volontaire ou accidentelle des intoxications ou blessures étant parfois inconnue ou difficile à apprécier au moment du passage aux urgences, l'exhaustivité du codage des TS est loin d'être atteinte dans les RPU.

Par ailleurs, aucune donnée ne permet de chaîner les différents passages aux urgences d'une même personne ni de chaîner les informations d'un patient lors de son transfert d'un service d'urgence à un service d'hospitalisation. L'arrêté du 24 juillet 2013 rend le recueil des RPU obligatoire, et l'ATIH est chargée de leur centralisation.

Une extraction automatique d'informations anonymisées issues des RPU des patients est effectuée et transférée quotidiennement à l'InVS, soit directement, soit par le biais de serveurs régionaux.

Les données d'Oscour® associées aux données du PMSI permettent notamment d'estimer le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide.

*Résultats*
La fiche 3 « Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide » présente à la fois les résultats sur l'hospitalisation entre 2004 et 2011 pour tentative de suicide, à partir de l'analyse du PMSI-MCO, et le recours aux urgences entre 2007 et 2011 pour tentative de suicide, à partir de l'analyse d'Oscour® et du PMSI-MCO.

## En savoir plus

Caillère N., Fouillet A., Henry V., Vilain P., Mathieu A., Raphaël M. *et al.*, 2012, *Surveillance des urgences. Réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 12 p.

Fournet N., Caillère N., Fouillet A., Caserio-Schönemann C., Josseran L., 2011, *Le système français de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 12 p.

Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *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, 52 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr

# 3. Surveillance des antécédents de tentatives de suicide et du risque suicidaire par enquêtes déclaratives

Les enquêtes déclaratives sont un complément à la surveillance des tentatives de suicide (TS), permettant notamment d'estimer une prévalence de déclaration des TS et des pensées suicidaires dans la population, d'approcher le risque suicidaire et d'en étudier les facteurs associés. Le risque suicidaire correspond à l'état de détresse tel qu'il peut conduire un individu à se donner la mort. Dans les enquêtes en population, le risque suicidaire est mesuré au moyen de questions portant sur l'idéation suicidaire, les moyens envisagés pour la mise en œuvre de l'acte suicidaire et les TS récentes, répétées ou anciennes. Selon les réponses aux questions, un niveau du risque suicidaire peut être évalué comme étant faible, moyen ou élevé. Les enquêtes transversales répétées permettent de mesurer les évolutions de ces indicateurs au cours du temps.

Toutefois, les enquêtes déclaratives comportent des limites. Les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants. Dans ce cas, certaines personnes interrogées peuvent refuser de se prêter à cet exercice ou ne répondre que partiellement. De plus, lorsque l'on s'intéresse à des événements survenus au cours de la vie, le temps peut produire un phénomène d'oubli, de déni et de réinterprétation d'un état passé. En outre, la mémorisation peut être plus ou moins précise en fonction de différents paramètres tels que l'état de santé du sujet au moment de la passation du questionnaire, sa disponibilité et sa motivation pour participer à l'enquête.

## 3.1. Le Baromètre santé

Les Baromètres santé ont été créés en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES devenu INPES en 2002). Ils ont été répétés à un rythme d'abord bisannuel puis quinquennal (1993, 1995, 2000, 2005, 2010), avec une même méthodologie et les mêmes questions pour certaines rubriques, afin de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions des Français liés à leur état de santé et à leurs prises de risques. Ce dispositif d'enquête permet une surveillance conjointe de la perception des risques et des comportements de santé, et sa répétition rend possible le suivi de leur évolution dans le temps.

Il s'agit d'une enquête transversale, représentative de la population résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire. L'échantillon de la population interrogée repose sur un sondage à deux degrés (tirage au sort du ménage puis tirage au sort de l'individu à interroger parmi l'ensemble des personnes éligibles dans le ménage).

Les premiers Baromètres santé interrogeaient environ 2 000 personnes entre 18 et 75 ans. En 2000 et 2005, la population cible était celle des 12 à 75 ans (respectivement environ 13 000 et 30 000 personnes ont été interviewées au cours de ces deux enquêtes). En 2010, environ 27 000 individus entre 15 et 85 ans ont été interrogés.

La passation du questionnaire se fait par téléphone. Au fil du temps, les Baromètres santé ont intégré :
- en 2000, les ménages inscrits sur liste rouge ;
- en 2005, les ménages avec « mobiles exclusifs » (12 % des ménages) ;
- en 2010, les ménages avec des téléphones fixes « dégroupés totaux sans numéro géographique » (5 % des ménages).

Depuis 2000, des questions abordent les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, le nombre de tentatives de suicide au cours de la vie et la date de la dernière tentative de suicide. Des questions sur la prise en charge de la dernière TS sont aussi posées. En 2010, a été ajoutée une question sur l'intentionnalité de mourir lors du geste suicidaire.

Une exploitation particulière selon l'emploi peut être réalisée à partir de ces questions (cf. 5 « Suicides et travail »).

*Résultats*
La fiche 4 « Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires en 2005 et 2010 » présente les données sur les tentatives de suicide déclarées et les pensées suicidaires à partir de l'analyse des Baromètres santé 2005 et 2010.

### En savoir plus

Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.B., 2013, *Méthodologie d'enquête du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 28 p.

Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saias T., 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bull Épidemiol Hebd*, 47-48, p. 488-492.

Beck F., Guignard R., Husky M., Du Roscoat E., Saias T., Michel G., Chan-Chee C., 2013, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans », *in Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, p. 235-249.

## 3.2. Les autres enquêtes en population générale

En France, deux enquêtes ponctuelles en population générale ont étudié la thématique du suicide au travers de questionnaires standardisés : l'enquête « Santé mentale en population générale » et l'enquête « European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ». À la différence des Baromètres santé qui abordent de multiples thématiques de santé, ces deux enquêtes étaient spécifiquement conçues pour étudier la santé mentale.

**L'enquête SMPG « Santé mentale en population générale »**
L'enquête SMPG « Santé mentale en population générale : images et réalités » a été menée sur 44 sites différents en France métropolitaine entre 1999 et 2003. C'est une enquête coordonnée par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) et l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), en collaboration avec la DREES.

Ses objectifs étaient d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale adulte, et de recueillir les représentations sociales liées à la « maladie mentale », la « folie » et la « dépression ».

L'échelle géographique de l'enquête était le secteur psychiatrique. Pour chaque site participant à l'enquête, environ 900 questionnaires ont été administrés en face-à-face à des personnes âgées de 18 ans et plus ne vivant pas en institution. Ces personnes ont été sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, profession et catégorie socioprofessionnelle [PCS], niveau d'étude) de manière à constituer un échantillon représentatif de la population. L'échantillon total obtenu par agrégation des échantillons des 44 sites était composé d'environ 36 000 individus.

Le questionnaire utilisé est le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) qui explore différents troubles mentaux. Le MINI interroge aussi sur le risque suicidaire, en six questions, dont cinq portant sur le mois écoulé :
« Avez-vous :
- *pensé qu'il voudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?* (Q1)
- *voulu vous faire du mal ?* (Q2)
- *pensé à vous suicider ?* (Q3)
- *établi la façon dont vous pourriez vous suicider ?* (Q4)
- *fait une tentative de suicide ?* (Q5) »

Il contient également une question portant sur les antécédents de TS sur la vie entière (Q6).

Une réponse positive à au moins une question définit un « risque suicidaire ». Celui-ci peut ensuite être classé en « léger » (réponse positive à Q1, Q2 ou Q6), « moyen » (réponse positive à Q3 ou Q2 + Q6) ou élevé (réponse positive à Q4, Q5 ou Q3 + Q6).

*Résultats*
Le risque suicidaire en population générale a été évalué à 13,7 % au cours du dernier mois (risque léger : 9,7 %, risque moyen : 2,1 % et risque élevé : 1,9 %).

La prévalence de pensées suicidaires était de 3,6 % au cours du dernier mois et celle des TS de 0,7 % au cours du dernier mois et de 7,8 % au cours de la vie.

### En savoir plus

Bellamy V., Roelandt J.L. et Caria A., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale – premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 347, 1-12.

Chabaud F., Debarre J., Serazin C., Bouet R., Vaiva G., Roelandt J.L., 2010, « Étude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France : Enquête santé mentale en population générale », *L'Encéphale*, 36 (3, Supplément 1), p. 33-8.

**L'enquête ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*)**
ESEMeD est une enquête représentative de la population adulte âgée de 18 ans et plus menée dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Italie, Espagne, France et Pays-Bas) en 2001-2003. C'est la composante européenne de la *World Mental Health Survey* (enquête mondiale sur la santé mentale) mise en place par l'OMS avec une méthodologie commune qui a permis ainsi d'effectuer des comparaisons entre pays.

Les objectifs d'ESEMeD étaient de mesurer la prévalence des troubles psychiatriques les plus courants, d'évaluer leur sévérité, d'identifier les facteurs de risque, de mesurer le retentissement de ces troubles sur la vie quotidienne et leur prise en charge.

Les sujets ont été interrogés à domicile en face-à-face par des enquêteurs préalablement formés et leurs réponses enregistrées en temps réel sur un ordinateur portable. Les données sur la symptomatologie psychiatrique ont été recueillies à l'aide du *Composite International Diagnostic Interview* dans la version WMH-Survey-Initiative de l'OMS (WMH-CIDI), permettant de générer des diagnostics selon les critères de la 4e révision du *Manuel*

*diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) et de la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Le questionnaire comportait des questions sur les idées suicidaires, les projets de suicide ainsi que les tentatives de suicide. Le sujet était également interrogé sur la gravité de ses tentatives de suicide et sur sa réelle velléité autoagressive.

***Résultats***
En France, 6 796 foyers ont été sélectionnés et contactés. Le taux de réponse a été de 46 %. Au total, 2 894 personnes ont pu fournir des données complètes.

Les prévalences de l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide au cours de la vie étaient respectivement de 12,4 % et 3,4 %. Comparées aux autres pays européens, ces prévalences françaises étaient les plus élevées. Dans les autres pays européens, les prévalences de l'idéation suicidaire allaient de 3,0 % en Italie à 9,8 % en Allemagne, tandis que celles des TS allaient de 0,5 % en Italie à 2,3 % dans les Pays-Bas.

**En savoir plus**

Nicoli M., Bouchez S., Nieto I., Gasquet I., Kovess V., Lépine J.P., 2012, « Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD », *L'Encéphale*, 38 (4), p. 296-303.

Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T., de Graaf R., Bruffaerts R. *et al.*, 2007, « Risk Factors for Suicidality in Europe : Results from the ESEMED Study », *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), p. 27-34.

## 3.3. Les enquêtes auprès de populations spécifiques

**Enquêtes auprès des jeunes**
De nombreuses études sur la santé sont menées au niveau national auprès des jeunes dans le cadre du système scolaire – enquête triennale en milieu scolaire, *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) et *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) ou universitaire (études répétées conduites par les mutuelles étudiantes), ou encore lors de la Journée défense et citoyenneté (ex-Journée d'appel de préparation à la défense) pendant laquelle se déroule l'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense).

Bien que la thématique de la santé mentale soit souvent abordée dans les enquêtes auprès des jeunes, des questions sur les tentatives de suicide y sont rarement incluses. Par exemple, l'étude ESPAD en 2011 proposait aux pays participants d'inclure un module de questions sur les TS, inclusion facultative et non intégrée dans le questionnaire français.
*A contrario*, l'enquête Escapad a inclus un module pérenne sur les TS depuis 2008 (en 2008, 2011 et 2014).

**L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense)**

Escapad est une enquête sur la santé et les consommations de substances psychoactives mise en place depuis 2000. Elle est conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et administrée au cours des Journées défense et citoyenneté (JDC) en collaboration avec le Bureau national du service des armées. La JDC est une journée d'information civique et militaire, obligatoire pour tous les adolescents de nationalité française âgés de 17 ans. Lors de deux jours sélectionnés aléatoirement, l'enquête est proposée à tous les adolescents participant aux JDC.

*Résultats*

En 2011, 27 402 adolescents français âgés de 17 ans ont répondu à l'enquête anonyme Escapad de l'OFDT qui s'est déroulée du 14 au 22 mars lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Le questionnaire centré sur les usages de drogues aborde également des questions relatives à la santé des adolescents. Deux questions concernaient le suicide, la première demandait : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a conduit à l'hôpital (Non/Une fois/Plusieurs fois) » ; la seconde : « Avez-vous pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois (Non/Une fois/Plusieurs fois) ».

À la première question, 2,2 % des adolescents de 17 ans (soit 582 parmi les appelés interrogés) ont répondu avoir déjà fait une tentative de suicide nécessitant d'être conduit à l'hôpital et parmi eux, un quart a déclaré l'avoir fait plusieurs fois. Ces tentatives de suicide sont trois fois plus fréquentes parmi les filles (3,2 % contre 1,1 % parmi les garçons). L'âge moyen de la première tentative est 14,4 ans, les garçons l'ayant fait plus précocement que les filles (14,2 ans *versus* 14,5 ans).

Les pensées suicidaires concernent pour leur part 10,7 % des adolescents au cours de l'année écoulée. Là encore, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à en avoir eu une ou plusieurs dans les 12 mois précédant l'enquête (13,7 % *versus* 7,8 %).

Enfin, signalons que parmi ceux qui ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie, plus de la moitié a pensé au suicide au cours de l'année écoulée.

**En savoir plus**

Pensées suicidaires et tentative de suicide parmi les adolescents de 17 ans, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, à paraître : http://www.ofdt.fr/

**Les enquêtes auprès de personnes sans domicile**

Une étude épidémiologique ponctuelle abordant spécifiquement les pathologies mentales a été menée auprès des personnes sans domicile en région parisienne en 2009 par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'Inserm, afin d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques dans cette population. Cette étude utilise le questionnaire structuré MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) qui explore différents troubles mentaux, aborde la question des TS au cours de la vie et explore le risque suicidaire au moment de l'étude (les questions portant sur le risque suicidaire sont détaillées dans le chapitre 3.2 de ce dossier). Il a été rempli en face à face auprès de 840 personnes rencontrées dans différentes structures d'accueil (dispositifs d'urgence, hôtels sociaux et dispositifs d'insertion). Ce questionnaire était complété d'une évaluation clinique par un psychologue avec un codage des troubles par un psychiatre.

*Résultats*

Au cours de leur vie, 22 % des personnes sans logement ont déclaré avoir tenté de se suicider (24 % des hommes et 17 % des femmes).

Un risque suicidaire moyen ou élevé a été détecté au moment de l'enquête chez 13 % des personnes interrogées (15 % des hommes et 10 % des femmes). Cette situation était repérée davantage dans le dispositif d'urgence (17 % des personnes rencontrées) que dans les autres structures d'accueil : hôtels sociaux (12 %) et dispositifs d'insertion (8 %).

**En savoir plus**

Laporte A., Douay C., Détrez M.A., Le Masson V., Le Méner E., Chauvin P., 2010, Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France, Paris, Observatoire du Samusocial de Paris, 225 p. Disponible à partir de l'URL : http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf

À noter qu'une enquête menée par l'INSEE auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas en 2012 (enquête SD2012) contient également quelques questions sur les comportements suicidaires, qui seront exploitées prochainement par la DREES, en lien avec la santé mentale des répondants et les difficultés qu'ils ont pu connaître dans l'enfance.

**Les enquêtes auprès de personnes détenues**

Une enquête nationale a été menée en 2004 par l'Inserm et Cemka-Eval à la demande conjointe de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), afin de mesurer les troubles psychiatriques dans la population carcérale. Dans cette étude, le questionnaire structuré MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*, cf. chapitre 3.2 de ce dossier) a aussi été posé en face-à-face et complété d'une évaluation clinique par deux cliniciens (psychiatre et psychologue). Au total, 998 entretiens ont été réalisés auprès de 798 hommes et 100 femmes détenus en métropole et de 100 hommes incarcérés dans les départements d'outre-mer (DOM).

*Résultats*

Un risque suicidaire au moment de l'enquête a été repéré par le MINI pour 40 % des hommes détenus en métropole et 26 % dans les DOM, et 62 % des femmes détenues. Ce risque était jugé élevé pour environ la moitié des personnes concernées. Ce risque suicidaire était le plus élevé lorsque la personne présentait aussi une pathologie psychiatrique, associée ou non à une dépendance aux substances.

**En savoir plus**

Lukasiewicz M., Blecha L., Falissard B., Neveu X., Benyamina A., Reynaud M. *et al.*, 2009, « Dual Diagnosis : Prevalence, Risk Factors, and Relationship With Suicide Risk in a Nationwide Sample of French Prisoners », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 33(1), p. 160-8.

Duburcq A., Coulomb S., Bronte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard B., 2004, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Bourg-la-Reine, Cemka-Eval, 283 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf

## 4. Données des associations sur la thématique du suicide

De nombreuses associations sont investies dans la prévention du suicide et le soutien aux familles endeuillées. Certaines, comme SOS Amitié, mettent en place un système de recueil de données. Elles apportent des informations essentiellement qualitatives, recueillies sur la base d'échanges non directifs. La quantification de ces échanges est possible, mais celle des personnes recourant aux services de ces associations est difficile. Le respect de l'anonymat des appelants ne permet en effet pas de relier un appel à une personne déterminée.

Un travail est actuellement en cours avec l'INPES pour la réorganisation des dispositifs d'intervention à distance tels que la mise en place d'outils d'évaluation et de rapports communs, la mutualisation des connaissances et des formations des différentes associations.

### 4.1. SOS Amitié

Créée en 1960, l'association SOS Amitié a pour premier objectif la prévention du suicide sur le modèle des « *Samaritans* » de Grande-Bretagne. Fédération de 50 associations régionales, c'est la seule association d'aide par téléphone qui fonctionne 24 heures sur 24, 365 jours par an, uniquement avec des bénévoles (environ 1 500 écoutants actifs originaires de tous les secteurs de la société). De plus, SOS Amitié a mis en place un système d'aide par messagerie et par « *chat*[5] ». Ces derniers ne représentent qu'environ 1 % de l'ensemble des appels mais sont en progression constante dans le temps. La charte de SOS Amitié est fondée sur trois principes fondamentaux :

- le respect absolu de l'anonymat et de la confidentialité des échanges ;
- un échange centré sur la personne qui appelle, non directif et sans jugement, avec comme objectif premier d'aider l'appelant à desserrer son angoisse, à clarifier sa situation et à reprendre l'initiative ;
- une formation complète des écoutants, tant sur le plan théorique que pratique, ainsi qu'un accompagnement et un soutien.

Une base de données totalement anonyme est constituée à partir de la saisie de quelques informations par l'écoutant. Ainsi, le sexe, une classe d'âge estimée par l'écoutant et le ou les motif(s) d'appel (au maximum trois motifs) sont enregistrés pour chaque appel pris à SOS Amitié.

5. Le terme « *chat* » dérive de l'anglais « *to chat* » : bavarder. Il désigne un lieu virtuel de rencontre et de discussion qui permet des échanges de messages en temps réel, sur Internet, entre deux ou plusieurs individus.

*Résultats*
Parmi l'ensemble des appels entrants à SOS Amitié, environ un appel sur quatre est pris en raison de l'occupation des lignes téléphoniques. En 2013, environ 676 000 appels ont été pris à SOS Amitié dont environ 10 000 appels (1,5 %) concernaient la thématique du suicide. Sur ces 10 000 appels, certains provenaient d'appelants qualifiés d'« habitués » par les écoutants. Un « habitué » est défini comme une personne appelant de façon répétée plusieurs fois par semaine pendant plusieurs mois.

Le nombre d'appels hors « habitués » concernant la thématique « suicide » en 2013 était de 7 832, parmi lesquels 66 % provenaient de femmes. La grande majorité de ces appels concernaient des personnes suicidaires et près de 8 % des personnes suicidantes, c'est-à-dire appelant en cours de geste suicidaire ou dont le passage à l'acte était ressenti comme imminent par l'écoutant.

La situation évoquée dans presque la moitié des cas lors des appels de personnes suicidaires ou suicidantes, par les femmes comme par les hommes, est une souffrance psychique (dépression, maladie psychique, crises d'angoisse…). Quant aux jeunes filles de moins de 16 ans, elles expriment en premier lieu des problèmes relationnels. Ensuite viennent par ordre d'importance, chez les hommes, la solitude (un appel sur cinq) et la rupture incluant le deuil (environ un appel sur six), tandis que près d'une femme sur cinq mentionne les problèmes familiaux ou sentimentaux et la solitude. À noter que chez les femmes comme chez les hommes, le pourcentage d'appels indiquant la solitude, la souffrance physique ou des situations de rupture ou de deuil augmente avec l'âge des appelants.

**En savoir plus**

http://www.sosamitieidf.asso.fr/qui-sommes-nous/observatoire-sos-amitie-des-souffrances-psychiques/

## 4.2. Recueil d'informations par d'autres associations

Certaines associations ont aussi organisé un système de recueil d'informations sur les personnes faisant appel à leurs services. Par exemple l'association Phare Enfants Parents envoie régulièrement, depuis 1997, un questionnaire à ses membres (dont 50 % sont des familles endeuillées par le suicide d'un enfant) afin d'essayer de comprendre les facteurs psychiques, familiaux et environnementaux du geste suicidaire. L'analyse de ces questionnaires

est surtout utile pour proposer des pistes de réflexion sur la prévention du suicide chez les jeunes.

## 5. Suicides et travail

Plusieurs études épidémiologiques en France et à l'étranger se sont intéressées, ces dernières années, aux questions relatives aux liens entre suicide et travail. Il faut cependant noter que le fait d'exercer une activité professionnelle (par rapport au fait d'être au chômage) a un effet protecteur vis-à-vis du suicide ou des TS. Plusieurs études (Cohidon, 2010 ; Agerbo, 2006) ont ainsi montré qu'être en recherche d'emploi multipliait par trois le risque de mortalité par suicide par rapport aux individus en activité professionnelle.

Il existe en France plusieurs systèmes d'information qui permettent d'appréhender les liens épidémiologiques entre suicide ou TS et travail. Ceux-ci sont développés par la suite.

La surveillance des suicides et TS selon les caractéristiques d'emploi nécessite de disposer conjointement d'informations sur les suicides ou TS et sur l'emploi (profession, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité, etc.). Or, la plupart des données de surveillance 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. La surveillance des suicides et des TS 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 populations agricoles par exemple). La surveillance de la mortalité (chapitre 5.1), quant à elle, repose essentiellement sur le programme Cosmop (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession), les projets de surveillance de la mortalité en entreprise ou en institution, et l'étude de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants, développés par l'InVS. En ce qui concerne l'étude du risque suicidaire (chapitre 5.2), trois grandes enquêtes contribuent à la production d'indicateurs au niveau national : le Baromètre santé de l'INPES, qui explore les TS au cours de la vie en population générale, l'Enquête santé itinéraire professionnel (SIP) menée conjointement par la DREES et la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) qui décrit les idées suicidaires (à partir d'une question) et le programme Samotrace (Santé mentale

observatoire travail Rhône-Alpes Centre) de l'InVS, qui s'intéresse notamment au risque suicidaire de personnes salariées dans deux régions françaises.

Une seconde approche consiste à essayer de dénombrer et de décrire les suicides en lien avec le travail survenus en France, c'est-à-dire ceux pour lesquels un lien de causalité entre le suicide et le travail a été établi (chapitre 5.3). À l'heure actuelle, il n'existe pas de données fiables en France sur ce sujet, malgré l'intérêt porté à la question ces dernières années. Une étude de faisabilité relative à la mise en place d'un système multisources de surveillance des suicides en lien avec le travail a été initiée en 2012 par l'InVS. Suite à celle-ci, une collaboration avec les services de médecine légale pourrait être développée afin de mettre en place un dispositif de surveillance pérenne.

Enfin, les connaissances épidémiologiques sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires sont encore insuffisantes en France. Plusieurs initiatives régionales ont été développées dans ce sens. Elles sont présentées dans l'encadré p. 70, et pourront faire l'objet de développements plus approfondis dans un prochain rapport.

## 5.1. Surveillance épidémiologique des suicides selon l'emploi

**Étude de la mortalité par suicide à partir du programme Cosmop (InVS)**
Le programme de surveillance Cosmop (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession) a été initié en 2002 par l'InVS, avec pour objectif principal de produire de façon systématique et régulière des indicateurs de mortalité par cause, en fonction de l'activité professionnelle, à l'échelle de la population française. Il vise notamment à constituer une base de taux de mortalité de référence selon la profession et le secteur d'activité économique. Les résultats obtenus et l'évolution dans le temps des indicateurs épidémiologiques de mortalité doivent contribuer à repérer et suivre des situations à risque, à alerter sur l'apparition de nouveaux facteurs de risque potentiels d'origine professionnelle, et à évaluer, à terme, l'efficacité des politiques de prévention.

Le programme Cosmop s'appuie sur le couplage d'échantillons existants, représentatifs de la population, comportant des données socioprofessionnelles, avec les données de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm). Deux échantillons de population ont été exploités jusqu'à présent : l'Échantillon démographique permanent (EDP) et le panel des Déclarations annuelles des données sociales (DADS). L'EDP a été mis en place par l'INSEE dans l'objectif de constituer une vaste base de données longitudinale représentative des personnes vivant en France. Initialement, l'EDP était un échantillon au 100e représentatif de la population

française, constitué lors du recensement de 1968 et enrichi régulièrement de nouveaux sujets. Sa constitution a ensuite été élargie par inclusion des personnes nées 16 jours particuliers et représente désormais 4 % de la population. Il comporte des informations, notamment sur le sexe, la date de naissance, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, issues des bulletins d'état civil et des recensements successifs (1968, 1975, 1982 et 1990). Le panel DADS est un échantillon au 1/12, constitué par l'INSEE à partir des données des déclarations annuelles des données sociales dont l'INSEE est l'un des destinataires officiels. La DADS est une formalité administrative que doit accomplir chaque année l'ensemble des employeurs pour chacun des salariés (à l'exception des agents des organismes de l'État, des services domestiques et des activités extraterritoriales). Des données issues d'autres sources sont ajoutées aux données issues des DADS pour couvrir l'ensemble du champ de l'emploi salarié. Le panel comporte des informations sur le salarié, son poste et sur les caractéristiques de son employeur.

Deux analyses spécifiques de mortalité par suicide selon l'emploi ont été conduites à partir des données du programme (cf. fiche 6 « Suicide selon l'emploi exercé »).

La première exploitation, basée sur l'EDP apparié aux causes médicales de décès portait sur 187 938 hommes et 150 683 femmes, nés en France métropolitaine, actifs à l'un des recensements et décédés entre 1968 et 1999. Cette analyse a permis d'estimer des risques relatifs de décès par suicide selon le dernier groupe socioprofessionnel, le dernier secteur d'activité et le dernier statut vis-à-vis de l'emploi (actif occupé ou au chômage).

La seconde étude, fondée sur les données issues du panel DADS apparié aux causes médicales de décès, visait à décrire la mortalité par suicide et son évolution entre 1976 et 2002 dans la population des salariés (hommes), selon le secteur d'activité de leur employeur. De par la constitution de l'échantillon utilisé, les agriculteurs exploitants, les professions indépendantes ainsi que les salariés de la fonction publique d'État, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales étaient exclus de l'étude. Bien que la population d'étude soit essentiellement constituée de salariés en emploi, les individus présents dans le panel mais n'ayant pas d'activité salariée connue l'année considérée (ce qui peut correspondre à des années d'inactivité, de chômage ou d'activité hors champ de l'exploitation) ont été également inclus.

***Résultats***

La fiche 6 « Suicide selon l'emploi exercé » présente une partie des résultats des deux analyses spécifiques de mortalité par suicide selon l'emploi conduites à partir des données du programme Cosmop.

• Exploitation EDP
Les résultats montrent des inégalités selon les catégories socioprofessionnelles, mais aussi selon les secteurs d'activité. Les agriculteurs exploitants présentent un risque de décéder par suicide trois fois plus élevé pour les hommes et deux fois plus élevé pour les femmes que celui des cadres. Chez les salariés, un gradient social de mortalité par suicide est observé quel que soit le sexe. Les ouvriers présentent un risque de décéder par suicide plus de deux fois plus élevé que celui des cadres.

• Exploitation DADS
Sur la période 1976-2002, le taux standardisé de mortalité par suicide pour les salariés est estimé à 25,1 pour 100 000, et donc inférieur au taux produit en population générale à partir du fichier des causes médicales de décès (33,4 pour 100 000), sans évolution notable au cours du temps. En revanche, les taux de mortalité diffèrent sensiblement selon les secteurs d'activité. Le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34,3 pour 100 000), suivi des secteurs de l'administration publique en dehors de la fonction publique d'État (29,8 pour 100 000), de la construction (27,3 pour 100 000) et de l'immobilier (26,7 pour 100 000). L'analyse par groupe socioprofessionnel montre des taux de mortalité près de trois fois plus élevés chez les employés, et surtout chez les ouvriers, par rapport aux cadres.

**En savoir plus**

Geoffroy-Perez B., 2006, *Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Échantillon démographique permanent – Étude pour la mise en place du programme Cosmop* : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire. 159 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

**Surveillance épidémiologique de la mortalité en entreprise ou en institution (InVS)**
Le projet de surveillance épidémiologique de la mortalité en entreprise ou en institution a été initié par l'InVS en 2004. Ce projet répond à la mission donnée par la loi à l'InVS d'accompagner les entreprises ou les institutions pour qu'elles se dotent d'un système de surveillance épidémiologique de leurs salariés. La finalité de cette activité est double. D'une part, elle permet de disposer d'informations sur des groupes de travailleurs spécifiques pour lesquels des risques potentiels pour la santé sont présents. Ces informations sont complémentaires de celles produites à partir d'échantillons représentatifs de la population française (programme Cosmop) (cf. partie du dossier

thématique « Cosmop » et fiche 6 « Suicide selon l'emploi exercé »). D'autre part, elle permet à l'entreprise ou à l'institution de disposer de données quantifiées et objectives sur l'état de santé de ses salariés en fonction de caractéristiques professionnelles détaillées (métier, type d'activité, expositions professionnelles, etc.). L'entreprise ou l'institution peut ainsi utiliser ces données pour identifier ou suivre des mesures de prévention.

La première étape proposée aux entreprises ou aux institutions pour la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique est la réalisation d'une étude de mortalité rétrospective. L'étude consiste à mettre en place une cohorte en identifiant toutes les personnes ayant travaillé dans l'entreprise ou l'institution, et de comparer leur mortalité toutes causes – et par cause – à celle de la population générale française. Le suicide est l'une des causes analysées.

Actuellement, plusieurs cohortes, aux niveaux d'avancement et d'exploitation variables, existent :
• EDF-GDF : la « Cohorte-78 » a permis d'étudier la mortalité de l'ensemble des agents ayant travaillé chez EDF-GDF entre 1978 et 1995 ;
• RATP : la collaboration entre la RATP et l'InVS pour l'analyse de la mortalité des agents RATP est en cours depuis 2002 (l'étude est pilotée par l'entreprise avec l'appui de l'InVS) ;
• Air France Industries : le partenariat entre la direction générale industrielle d'Air France et l'InVS est en cours depuis 2007 (parution d'un premier rapport de l'InVS courant 2015) ;
• corps des sapeurs-pompiers : l'analyse de mortalité de la cohorte des sapeurs-pompiers professionnels ayant été en activité en 1979 a été réalisée en partenariat avec l'École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (Ensosp) et l'université Bordeaux 2, cette dernière étant pilote de l'étude ;
• administration pénitentiaire (AP) : le partenariat avec l'InVS est en cours depuis 2009, et concerne la cohorte de l'ensemble des agents ayant travaillé dans l'institution depuis 1990. Les premières analyses réalisées en 2012 mettent en évidence un excès de suicide chez les hommes. L'excès concerne spécifiquement les métiers de surveillant pénitentiaire et d'adjoint technique. Aucune association positive n'a été observée entre les indicateurs professionnels étudiés (type d'établissement, taux d'occupation carcérale) et le risque de suicide (parution du rapport fin 2014).

### En savoir plus

Marchand J.-L., Imbernon E., Goldberg M., 2006, *Surveillance épidémiologique en entreprise : analyse sur 20 ans de la mortalité des travailleurs et ex-travailleurs d'EDF-GDF*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, août, 4 p.

Marchand J.-L., Imbernon E., Goldberg M., 2005, *Analyse de la mortalité générale et par cancer des travailleurs et ex-travailleurs d'Électricité de France – Gaz de France*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 84 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr

Campagna D., Ihaddadene K., Randon A., Mattei N., Marchand J.-L. *et al.*, 2008, *Analyse de la mortalité des agents et ex-agents de la RATP sur la période 1980-1999 – Cohorte EDGAR*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, septembre, 21 p.

Amadeo B., Marchand J.-L., 2012, *Analyse de la mortalité des sapeurs-pompiers professionnels actifs au 1er janvier 1979 – Cohorte C.PRIM*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 43 p.

**Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants (InVS)**
L'InVS et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associés afin de produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans la population des agriculteurs à partir de 2007.

La première phase de l'étude a consisté à analyser la mortalité par suicide et par causes externes dans la population des exploitants agricoles (chefs d'exploitation et collaborateurs d'exploitation), selon des variables sociodémographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution entre 2007 et 2011. Les données sociodémographiques et professionnelles ont été extraites des bases de données existantes de la CCMSA et transmises à l'InVS et comprenaient des données :
- relatives aux individus : date de naissance, fonction dans l'exploitation (chef d'exploitation agricole ou collaborateur d'exploitation), dates de début et de fin d'activité agricole ;
- relatives à l'activité professionnelle : région du siège de l'exploitation, superficie réelle de l'exploitation, forme juridique, nature de l'activité agricole de l'exploitant et type d'activité agricole principale du chef d'exploitation.

Les causes médicales de décès ont été recueillies auprès du CépiDc-Inserm et appariées aux données sociodémographiques et professionnelles.

*Résultats*
Une première analyse a été réalisée pour les données 2007-2009. La population étudiée comportait en moyenne 500 164 personnes par an, dont 68 % d'hommes et 32 % de femmes. Durant les trois années, 2 769 décès ont été observés chez les hommes et 997 chez les femmes. Parmi ces décès, 417 suicides chez les hommes et 68 suicides chez les femmes ont été dénombrés. Sur l'ensemble de la période étudiée, les suicides représentent la troisième cause de décès de cette population. La comparaison de la mortalité par suicide des hommes agriculteurs exploitants avec celle des hommes du même âge dans la population française montre un excès de suicides de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cet excès était surtout marqué en 2008 et en 2009, chez les hommes, dans les classes d'âge de 45 à 64 ans, et dans les secteurs des filières d'élevage bovins-lait et bovins-viande.

La fiche 7 « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants » présente les principaux résultats de cette étude.

**En savoir plus**

Bossard C., Santin G., Guseva Canu I., 2013, *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 28 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

## 5.2. Surveillance des antécédents de tentatives de suicide et du risque suicidaire selon l'emploi

**Tentatives de suicide à partir du Baromètre santé (INPES)**
La notion de tentative de suicide (TS) au cours de la vie a été documentée à partir du Baromètre santé de l'INPES (cf. chapitre 3.1). Le questionnaire aborde le problème par la question suivante : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* ». Une exploitation de cette question selon l'activité professionnelle a été conduite à partir des données 2005. Les prévalences de TS au cours de la vie ont été décrites selon la catégorie socioprofessionnelle à un chiffre (six grandes catégories) et deux chiffres (31 catégories), le statut d'emploi (intérim, CDD, CDI ou à son compte) et le temps de travail (temps complet/temps partiel).

*Résultats*
La population d'étude comprend 52,5 % d'hommes et 47,5 % de femmes. Les hommes à temps partiel déclarent plus souvent des TS que les hommes à temps plein (6,0 % *versus* 2,9 %) ; par ailleurs, les intérimaires représentaient

le statut d'emploi le plus concerné par les TS chez les hommes (7,6 % *versus* 3,1 % pour les CDI). Il n'y a pas de lien significatif entre TS et temps de travail ou statut d'emploi chez les femmes. Sur l'ensemble des groupes socioprofessionnels et quel que soit le sexe, les agriculteurs exploitants présentent la prévalence déclarée de TS la plus faible[6]. Dans la population salariée, on observe un gradient social, les ouvriers étant les plus touchés (3,9 % pour les hommes, 12,5 % pour les femmes) et les cadres, les moins concernés (2,2 % pour les hommes et 4,2 % pour les femmes).

### En savoir plus

Cohidon C., Santin G., Geoffroy Perez B., Imbernon E., 2010, « Suicide et activité professionnelle en France », *Rev Épidémiol Santé Publique*, 58(2), p. 139-50.

**Risque suicidaire exploré à partir du programme Samotrace (InVS)**

Le programme Samotrace (Santé mentale observatoire du travail Rhône-Alpes et Centre), mis en place par l'InVS, associé à l'origine à l'Institut de médecine du travail et à l'université François Rabelais de Tours, a permis de décrire les prévalences de différents troubles de santé mentale et d'analyser les liens entre ces troubles et les expositions professionnelles pour un large ensemble de professions et de secteurs d'activité. Samotrace 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 (départements du Rhône et de l'Isère).

Le dispositif prévoyait trois volets indépendants :

- un volet de veille épidémiologique en entreprise, qui permet d'obtenir des prévalences de différents problèmes de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, et des descriptions des expositions professionnelles associées. Il s'appuie sur la participation volontaire des médecins du travail ;

6. Les agriculteurs exploitants, qui présentent le risque le plus élevé de mortalité par suicide, sont aussi ceux qui déclarent le moins de TS. Plusieurs explications sont envisageables. En premier lieu, l'existence probable d'une sous-déclaration des TS chez les agriculteurs exploitants comme suggéré dans la littérature (Judd F. *et al.*, 2006). Le deuxième facteur qui pourrait expliquer cette discordance est l'accès des agriculteurs exploitants à des moyens de suicide plus radicaux (armes, pesticides, engins agricoles), se traduisant par un taux de mortalité élevé malgré la faible fréquence des TS. Enfin, il est possible que la sous-estimation des effectifs de suicides diffère selon la catégorie socioprofessionnelle. Par exemple, les suicides masqués en accidents de la route et donc catégorisés comme tels, et non comme suicides, dans les causes de mortalité, pourraient être moins fréquents pour les agriculteurs exploitants que pour d'autres catégories socioprofessionnelles (Cohidon, 2010).

• un volet médico-administratif, qui a pour objectif de décrire les mises en invalidité pour troubles psychiatriques selon les catégories socioprofessionnelles et les secteurs d'activité. Les données sont recueillies auprès du salarié par les médecins-conseils de l'assurance maladie (régime général et MSA) lors de la visite concluant à l'attribution de la pension d'invalidité ;
• un volet de recueil monographique, facultatif, qui consiste en une analyse qualitative détaillée de situations de souffrance mentale ou de décompensation psychopathologique, par un réseau de médecins du travail expérimentés dans le domaine de la santé mentale et dans la rédaction de monographies fondées sur la clinique médicale du travail.

L'échantillon a été constitué par tirage au sort aléatoire au sein d'une population de salariés, surveillée par un réseau d'environ 100 médecins du travail, entre 2007 et 2009 dans les départements du Rhône et de l'Isère.

Le risque suicidaire a été exploré dans le cadre du volet de veille épidémiologique en entreprise, par le médecin du travail via le questionnaire MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Le détail des questions est donné dans la partie 3.2.

L'emploi est décrit par la profession et le secteur d'activité. Le risque suicidaire est décrit selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

*Résultats*
Le risque suicidaire concerne près de 10 % des femmes et 7 % des hommes. Chez les hommes, ce risque suit un gradient social, les catégories sociales les plus favorisées étant les moins concernées. Bien que les résultats ne soient pas significatifs, le secteur de la santé et de l'action sociale, et celui des transports et communications semblent être plus particulièrement concernés, toujours pour les hommes. Pour les femmes, le risque suicidaire selon l'emploi est moins contrasté.

**En savoir plus**

Cohidon C., Rabet G., Caillet E., Imbernon E., 2011, « Risque suicidaire et activité professionnelle », *Bull Épidémiol Hebd*, (47-48), 501-4. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

**Idées suicidaires à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP)**
L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), conjointement réalisée par la DREES et la DARES, est une enquête réalisée en face à face, et effectuée

en deux vagues en population générale en France métropolitaine. Elle permet de dresser une biographie sur le travail, l'emploi, les événements de vie et la santé de personnes interrogées deux fois à quatre années d'intervalle. En 2006, les trajectoires familiales, professionnelles et de santé de près de 14 000 individus ont été recueillies et analysées. Puis, en réinterrogeant ces derniers quatre ans plus tard, la seconde vague de l'enquête a permis de disposer de données en panel de 11 016 personnes. Chaque vague dispose d'informations fines sur l'emploi, les conditions de travail et la santé au moment de l'enquête.

Une analyse spécifique sur les idées suicidaires a été réalisée récemment. Dans cette étude, la partie longitudinale de l'enquête SIP a été exploitée, c'est-à-dire l'ensemble des répondants aux deux vagues de l'enquête, âgés de 40 à 59 ans. Les données de près de 4 800 individus ont ainsi été analysées.

Les idées suicidaires ont été explorées dans l'enquête SIP à l'aide de la question suivante, posée uniquement aux personnes présentant des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives) : « *Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé ou sans intérêt pour la plupart des choses, avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires (comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?* ».

***Résultats***
Les résultats de cette analyse sont présentés dans la fiche 5 « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires d'après l'enquête SIP ».

**En savoir plus**

Riccardis (de) N., 2014, « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires », *Études et Résultats*, DREES, 6 p.

## 5.3. La surveillance épidémiologique des suicides en lien avec le travail

Comptabiliser avec précision le nombre de décès par suicide survenus sur un lieu de travail est un exercice encore impossible aujourd'hui en France. Quantifier le nombre de suicides annuels liés à un problème professionnel est encore plus difficile. Pourtant le phénomène semble avoir pris une grande ampleur ces dernières années. Relier un décès par suicide, événement particulièrement chargé d'émotion, à une cause principale est toujours très complexe pour des raisons à

la fois médicales, éthiques, culturelles et légales. Cet objectif de quantification se heurte de plus à de nombreuses difficultés d'ordre méthodologique. Il n'existe pas de définition validée de l'imputabilité d'un suicide au travail, ni de source de données enregistrant de façon exhaustive les suicides en lien potentiel avec le travail, ni même ceux survenus sur un lieu de travail. Pourtant, certaines sources d'information pourraient être utiles pour documenter cette question.

**Étude pilote pour la mise en place d'un système multisources de surveillance des suicides en lien avec le travail (InVS)**

Une étude de faisabilité a été conduite en 2012 par l'InVS afin d'identifier les sources de données potentiellement utiles et de tester leur utilisation à travers un système multisources pour estimer la fréquence des suicides liés au travail chez les actifs en emploi en France. Il s'agissait ensuite de les caractériser selon des variables sociodémographiques et professionnelles.

L'étude a été conduite en deux étapes : 1. une identification et une exploration des sources de données existantes potentiellement utiles à la mise en place d'un système multisources avec sélection des plus pertinentes ; 2. une phase pilote de test du système multisources à l'échelle régionale (données 2007-2009 sur la région Auvergne).

L'étude a porté sur les actifs français âgés de 16 ans ou plus et occupant un emploi, quel que soit le secteur d'activité et la profession. En l'absence de définition consensuelle d'un suicide en lien avec le travail, la définition retenue pour cette étude a été élaborée à partir de l'exploration des sources de données et d'une revue de la littérature. L'ensemble des cas suivants ont été considérés comme étant potentiellement des suicides en lien avec le travail :

- suicides survenus sur un lieu de travail ;
- suicides déclarés au titre des accidents du travail ;
- suicides pour lesquels un lien avec le travail peut être établi par un courrier, des témoignages ;
- suicides pour lesquels l'outil de travail est le moyen létal utilisé ;
- suicides survenus en tenue de travail alors que la victime ne travaillait pas.

L'étude de faisabilité a identifié six sources de données utilisables pour la mise en place du système. Quatre d'entre elles ont été considérées d'importance majeure : les données de mortalité du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), les données de réparation au titre des accidents du travail (AT) des principaux régimes de sécurité sociale, les rapports des structures médico-légales et les signalements de l'Inspection du travail en cas d'accident très grave ou mortel.

**Données de mortalité du CépiDc de l'Inserm**

Les certificats médicaux de décès (cf. chapitre 1) permettent en théorie au médecin certificateur de cocher la notion d'« accident du travail » ainsi que le lieu de survenue en cas d'accident. Cependant, l'analyse de la qualité des données a montré la faiblesse de l'enregistrement des accidents du travail mortels, dont les suicides, via les certificats de décès (nombre important de données manquantes et mauvaise qualité de la variable accident du travail[7]). Par ailleurs, le fichier des causes de décès ne permet pas de description fiable selon les caractéristiques professionnelles. La mise à disposition de cette source n'est possible qu'après consolidation relativement longue (deux ans). Cependant, la refonte du certificat de décès pourrait permettre d'appréhender avec une meilleure précision la question de décès sur le lieu du travail (cf. chapitre 1).

**Données de réparation des accidents du travail : Régime général**

En France, un décès survenant au temps et au lieu de travail donne droit de façon quasi irréfutable à une réparation au titre des accidents du travail en raison du principe de présomption d'imputabilité. Il appartient à l'employeur de démontrer que le décès n'a aucun lien avec le travail, le cas échéant. Dans le cas contraire, la caisse d'assurance décide ou non de reconnaître le décès en AT, il en est de même pour les décès par suicide. Depuis fin 2007, la Direction des risques professionnels (DRP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) a mis en place une remontée parallèle d'informations spécifiques aux suicides déclarés en accidents du travail. D'après ces données, une cinquantaine de décès par suicide font annuellement l'objet d'une déclaration par les ayants droit au titre des accidents du travail et environ la moitié est reconnue comme accident du travail. Un fichier est mis à jour chaque année. Des limites dans l'utilisation de ces données dans le cadre de l'étude ont été constatées : réactivité de la source assez variable, analyse par catégories socioprofessionnelles possible dans 70 % des cas uniquement, pas d'enregistrement des suicides qui auraient éventuellement pu être pris en charge au titre des maladies professionnelles en tant que pathologie dépressive. Une autre limite relative à cette source (et à l'ensemble des régimes) se situe dans le fait que l'enregistrement par les régimes de protection sociale de ces suicides liés à l'activité professionnelle est assujetti à leur déclaration par l'employeur ou la famille, qui est loin d'être systématique pour de multiples raisons. En revanche, cette source de données présente des avantages certains : elle est théoriquement exhaustive de l'ensemble des suicides déclarés en AT pour le Régime général (et non uniquement des suicides reconnus) et les informations professionnelles enregistrées permettent une description par secteur d'activité.

7. D'après l'étude réalisée, près de la moitié des cas avec une réponse positive à la question « S'agit-il d'un accident du travail ? » correspondaient en fait à des décès liés à une pathologie, et non à un accident.

**Données de réparation des accidents du travail : Régime agricole**
Les suicides reconnus en AT par la Mutualité sociale agricole (MSA) font l'objet d'un enregistrement dans les bases de données relatives aux accidents du travail mortels, pour les salariés agricoles comme pour les agriculteurs exploitants. La plupart des informations nécessaires au système sont enregistrées dans ces bases de données mais le nombre de suicides enregistré chaque année est très faible (moins d'une dizaine de cas) et probablement largement sous-estimé par rapport au nombre de suicides en lien avec le travail réellement survenus dans la population. L'enregistrement des suicides liés au travail de la population agricole via cette source de données semble donc peu pertinent.

**Données des services de médecine légale (Instituts médicaux-légaux et unités de médecine judiciaire)**
La recommandation européenne 1999 N°R(99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale précise que tous les cas de mort non naturelle, suspecte ou violente, et en particulier les cas de suicides et d'accidents du travail mortels devraient faire l'objet d'une autopsie. Les services de médecine légale pourraient à ce titre disposer d'informations quasi-exhaustives sur les suicides survenant sur le lieu de travail. De plus, ces rapports médico-légaux rédigés après chaque examen mentionnent des informations très précises sur les circonstances du décès, notamment issues des observations de la police ou de la gendarmerie. Ainsi, dans le cas des suicides, le lieu du suicide est quasi-systématiquement renseigné, ainsi que les circonstances et les liens éventuels avec l'activité professionnelle (courrier de la victime mentionnant le travail parmi les causes du suicide, témoignages des proches, etc.). Par ailleurs, cette source de données présente l'avantage de concerner une large population, sans différence *a priori* selon l'emploi. Cependant, dans les faits, il semble qu'un nombre important de suicides et d'accidents du travail mortels ne fasse pas l'objet d'une autopsie. Celles-ci sembleraient le plus souvent réservées aux cas où le médecin constatant le décès n'a pu se prononcer sur sa cause exacte. De plus, les informations issues des enquêtes médico-légales ne font pas l'objet d'une informatisation systématique et encore moins d'une standardisation ni d'une centralisation. Pour autant, cette source, bien que non exhaustive, se révèle une des plus informatives parmi les sources explorées. Son utilisation en routine nécessiterait cependant la mise en place d'un système d'informatisation et de centralisation des informations (cf. partie 6 « Recommandations »).

**Données de l'inspection du travail**
En cas d'accident très grave ou mortel survenu dans le cadre professionnel, l'Inspecteur du travail référent doit diligenter une enquête sur le terrain.

De plus, il est encouragé à signaler rapidement cet accident à l'échelon central, via une fiche de signalement. Ces fiches ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique et ne sont pas conservées au-delà d'une année à la Direction générale du travail (DGT). Par ailleurs, les suicides ne peuvent être identifiés dans ces fiches que par la mention spécifique en clair de ce type d'accident. L'exploration a montré la relative rareté de remontées de ces informations au niveau de l'administration centrale puisqu'en 2010, on dénombrait seulement 25 cas de suicides identifiés par cette source. De plus, en l'état actuel, les variables sociodémographiques et professionnelles renseignées sont insuffisantes pour que cette source permette d'alimenter le système multisources de surveillance des suicides au travail. Néanmoins, la grande réactivité de la transmission des fiches de signalement est un atout indéniable pour le système et le travail initié en 2011 avec la DGT pour l'amélioration de la précision des données recueillies, et pourrait permettre leur utilisation à des fins de surveillance épidémiologique.

Une première tentative de dénombrement des suicides en lien avec le travail a été faite au niveau régional mais sa mise en œuvre est extrêmement compliquée à l'heure actuelle. Toutefois, au vu des résultats de l'étude, l'intérêt de mettre en place un tel système de surveillance semble indéniable. Malgré les difficultés rencontrées, la réflexion pour la mise en place d'un système de surveillance doit être poursuivie.

### En savoir plus

Bossard C., Cohidon C., Santin G., 2013, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 90 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

Brière J., Chevalier A., Charbotel B., Imbernon E., 2011, *Des indicateurs en santé travail – Les accidents mortels d'origine professionnelle en France*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 24 p.

Comité des ministres. Recommandation N°R(99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. 02/02/1999. [consulté le 24/03/2011]. Disponible à partir de l'URL : http://www.medileg.fr

Acte suicidaire et accident du travail, Paris, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 2008.

**Travaux régionaux sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires**

Plusieurs travaux et études régionaux portant sur la thématique suicides et travail ont été développés, par exemple en régions Basse-Normandie, Pays de la Loire ou PACA. Ceux-ci étudient les caractéristiques professionnelles ou les conditions de travail de personnes ayant fait une tentative de suicide, ou s'attachent à quantifier la part du travail dans les gestes suicidaires et à rechercher les facteurs du travail décompensateurs ou protecteurs, par exemple. La plupart de ces travaux ou études se font en collaboration avec les services hospitaliers d'urgences ou de prise en charge de patients suicidants ou suicidaires. Ils permettent d'étudier des aspects particulièrement intéressants et qu'il est impossible d'appréhender à un niveau de surveillance national. Leur poursuite est primordiale pour contribuer à l'enrichissement des connaissances dans ce domaine. Ces travaux et études régionaux pourront faire l'objet d'une présentation plus détaillée dans un prochain rapport de l'Observatoire.

## 6. Recommandations

Ces recommandations ont été discutées lors des réunions du groupe de travail « Surveillance et suivi des indicateurs » et approuvées par l'ensemble des membres de l'Observatoire. Elles portent essentiellement sur cinq objectifs :

**1) Rendre effective la refonte du certificat de décès et l'accélération du déploiement de la certification électronique**

Un décret encore en cours de discussion prévoit la mise en place d'un nouveau certificat de décès qui permettra d'améliorer les données sur le suicide. Celui-ci permettra notamment :

– de recueillir les circonstances apparentes du décès, et l'intentionnalité en cas de mort violente : accident, suicide, homicide ;

– en cas de mort violente, de préciser le lieu de survenue de l'événement déclencheur : exploitation agricole, école/administration, commerce, local industriel/chantier, etc.

– d'améliorer la quantification des décès lors d'une activité professionnelle : le nouveau certificat de décès prévoit de poser la question suivante : « *Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle ?* (Oui/Non/Ne sait pas) », la notion d'activité professionnelle étant définie par « toute activité source

de revenus (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels… »[8].

Ce décret doit également permettre la transmission d'un volet complémentaire en cas de recherches approfondies des causes de décès (médicales ou médico-légales). Le contenu du volet complémentaire est similaire au volet médical du certificat de décès, il devrait permettre d'améliorer la précision des informations non disponibles immédiatement lorsque le médecin constate le décès.

La certification électronique initiée en France en 2007 ne concerne actuellement que 7 % des déclarations ; sa généralisation permettrait une mise à disposition plus rapide des données sur les causes de décès par le CépiDc et la transmission du volet complémentaire.

L'Observatoire national du suicide (ONS) sollicite la sortie du décret de mise en place des nouvelles modalités de certification des décès et considère essentiel de déployer la certification électronique.

**2) Permettre l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases de données : SNIIR-AM, SNGC-CNAV, DADS, EDP**

L'appariement pérenne de la base des causes médicales de décès avec la base SNIIR-AM permettrait une description plus fine des liens entre TS et suicide (notamment d'analyser finement la mortalité par suicide après tentatives de suicides repérées à travers le SNIIR-AM) et d'approfondir la question de facteurs de risques médicaux, ou médicamenteux.

Comme indiqué précédemment, la base des causes médicales de décès ne permet pas actuellement de faire des analyses des causes de décès par activité professionnelle, la qualité de cette information étant insuffisante. Faciliter l'appariement de la base des causes médicales de décès avec d'autres bases contenant des données sur l'emploi, telles que le Système national de gestion des carrières (SNGC) de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), l'Échantillon démographique permanent (EDP), ou encore le panel des Déclarations annuelles des données sociales (DADS) permettrait d'analyser plus en détail la mortalité par suicide selon l'emploi. À l'heure actuelle, des appariements sont réalisés ponctuellement (dans le cadre du programme Cosmop par exemple) et nécessitent la mise en œuvre de moyens importants.

8. La question qui figure actuellement dans les certificats de décès est la suivante : « S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? (Oui/Non/Sans précision) ».

L'ONS demande les évolutions légales nécessaires pour permettre le croisement de ces bases à partir d'un identifiant unique (NIR ou autre) et par appariements probabilistes avec les bases de causes médicales de décès (qui ne disposent pas du NIR), ainsi que la pérennisation de ces appariements pour permettre une surveillance longitudinale.

**3) Renforcer la participation des services de médecine légale en tant qu'acteur de la surveillance des suicides**

Les services de médecine légale sont placés sous l'autorité des ministères de la Justice et de la Santé, excepté l'IML de Paris qui dépend de la préfecture de police de Paris. Ce sont des structures essentielles de la surveillance épidémiologique des morts violentes, dont les suicides, compte tenu de leur rôle particulier en cas de décès non naturel. Les recherches complémentaires effectuées dans les services de médecine légale, complétées par un travail en étroite collaboration avec les services enquêteurs (police, gendarmerie), permettent aux services de médecine légale de détenir des informations extrêmement riches et précieuses, en particulier sur le contexte et les circonstances du décès. Cependant, les informations issues des enquêtes médico-légales ne sont pas systématiquement informatisées, standardisées et centralisées à l'heure actuelle.

Aussi, l'Observatoire estime important de faire reconnaître aux services de médecine légale leur mission de santé publique. Il préconise l'harmonisation des critères permettant de prendre la décision de recourir aux structures médico-légales en fonction des circonstances de décès sur l'ensemble du territoire français et la standardisation des procédures liées aux services de médecine légale (investigations, recueil d'informations, transmission au CépiDc), afin de tendre vers la mise en place d'une informatisation et d'une centralisation des données des IML, dont l'analyse pourrait être confiée au CépiDc et à l'InVS.

L'ONS demande que la transmission des informations issues des enquêtes médico-légales au CépiDc soit effective, afin de réduire une partie de la sous-estimation des chiffres sur l'épidémiologie du suicide en France.

Enfin, l'ONS recommande la réalisation d'une étude pilote menée par l'InVS en collaboration avec le CépiDc et un ensemble de services de médecine légale afin de travailler sur les modalités de mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique des suicides utilisant les données des services de médecine légale.

**4) Améliorer les données concernant les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives**

Les bases médico-administratives d'hospitalisation et de recours aux services d'urgences sont largement utilisées et sont indispensables pour la surveillance des tentatives de suicide. La qualité de leurs données repose totalement sur les diagnostics portés par les médecins, et sur la manière dont ils les reportent et les codent dans les résumés de sortie (des urgences ou des services hospitaliers) du patient. L'anonymisation complète des données transmises au niveau national ne permet aucun retour aux dossiers des patients pour une éventuelle vérification. Plusieurs pistes d'amélioration des données sur les tentatives de suicide peuvent être proposées :

- la systématisation du codage de la tentative de suicide lors de chaque passage aux urgences ou de chaque hospitalisation des patients suite à une tentative de suicide. Cette proposition mérite d'être relayée activement auprès des cliniciens dans le cadre de la formation initiale mais également de la formation continue ;
- la mise en place d'un identifiant unique permettant de chaîner les différents passages aux urgences d'un même patient et aussi de chaîner les passages aux urgences et les hospitalisations d'un même patient[9] ;
- l'intégration des données concernant l'emploi (catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité) dans les bases de données médico-administratives.

**5) Développer et renforcer la surveillance des suicides et TS selon l'emploi**

L'ONS considère nécessaire de poursuivre la surveillance épidémiologique des suicides et TS selon l'emploi ainsi que les dispositifs permettant de documenter les liens entre conditions de travail et suicide.

Les approches fondées sur le croisement entre les bases de données administratives détenant de l'information sur l'emploi (DADS et EDP de l'INSEE, SNGC de la CNAV, etc.) avec les données de mortalité du CépiDc sur de larges populations (le programme Cosmop notamment) sont tout à fait intéressantes et méritent d'être poursuivies (cf. recommandation 2). Par ailleurs, des approches spécifiques par population, en priorité celles pour lesquelles un excès de mortalité par suicide a été rapporté notamment à l'étranger, sont également à encourager. Elles pourraient ainsi viser : les travailleurs indépendants, les professions du secteur agricole (salariés ou non-salariés agricoles), le personnel des secteurs de la santé et de l'action sociale par exemple, mais également les inactifs dont les chômeurs.

9. Pour ce qui concerne l'étude des parcours de soins en santé mentale, la mise en place d'un identifiant unique permettrait de chaîner les soins ambulatoires du RIM-P aux autres recours aux soins.

# Les actions de prévention du suicide

Ce dossier propose une revue de différentes actions de prévention du suicide, de leur mise en œuvre et de leur efficacité. Il s'appuie principalement sur les présentations faites lors de la séance plénière de l'Observatoire national du suicide (ONS) du 4 février 2014 et de la réunion du groupe de travail « Axes de recherche » du 1er avril 2014, ainsi que sur un recensement, effectué par la Direction générale de la santé (DGS), d'actions de prévention du suicide pilotées par les agences régionales de santé (ARS). Les travaux présentés visent à contribuer à la réflexion sur l'amélioration de l'efficacité de la prévention du suicide en France, l'enjeu pour l'Observatoire étant de s'interroger notamment sur le caractère transférable de certaines actions avérées efficaces à l'étranger au contexte national ou d'un contexte local à un autre. L'objectif est également d'identifier des axes de recherche dans ce domaine.

Cette revue est nécessairement sélective et hétérogène.

Elle présente tout d'abord les actions mises en œuvre en France dans le cadre notamment du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Direction générale de la santé et du plan national d'actions de la Mutualité sociale agricole couvrant la même période, en détaillant certaines actions pilotées par les ARS.

Elle reprend ensuite les principales conclusions d'une revue de littérature réalisée par l'INPES, axée sur sept types d'interventions : la restriction des moyens permettant aux personnes d'attenter à leur vie, le maintien d'un contact avec les personnes à risque suicidaire, les lignes d'appel, la formation des médecins généralistes, les programmes en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge et les campagnes d'information du public. Cette revue de littérature, commandée dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 piloté par la Direction générale de la santé, a été consultée et retenue par l'ONS, car elle offre un panorama global des actions de prévention du suicide dont l'efficacité a été prouvée à l'étranger.

Sont étudiés, enfin, de façon plus détaillée les systèmes de maintien de contact et de veille après une tentative de suicide et les interventions communautaires de prévention du suicide, politiques s'appuyant sur plusieurs actions simultanées, mises en œuvre au niveau local et promues par l'OMS. Ces deux types d'intervention ont semblé particulièrement pertinents aux membres de l'ONS. Des dispositifs de maintien de contact et de veille ont en effet été expérimentés et évalués en France, à la suite de travaux étrangers. La transférabilité des actions communautaires de prévention du suicide au contexte français semblait particulièrement intéressante à interroger.

La dernière partie présente les axes de recherche dans le domaine de la prévention du suicide qui se dégagent de ces présentations.

Ce dossier ne couvre de fait pas l'ensemble des actions de prévention possibles, qu'elles aient été évaluées ou non, pour la raison principale que l'Observatoire n'a pu traiter, au cours de sa première année de travail, tout le spectre possible de ce champ très vaste (prévention en population générale ou auprès de groupes à risque, prévention de la souffrance psychique, postvention auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide ou auprès de l'entourage endeuillé par le suicide d'un proche, etc.). En particulier, les actions des associations en France ne sont vues qu'à travers leur participation aux plans nationaux ou régionaux d'actions de prévention du suicide. Cette revue a ainsi vocation à être complétée au fur et à mesure de l'avancée des travaux de l'Observatoire.

# 1. Actions de prévention mises en œuvre dans le cadre de la politique nationale de prévention du suicide

## 1.1. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

En 2008, la ministre chargée de la Santé a confié à David Le Breton, sociologue, la présidence d'un comité de pilotage, composé d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs. Ce comité a abordé le problème du suicide dans sa globalité, de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la postvention. Ces travaux ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide qui ont été ensuite déclinées en actions concrètes dans le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Ce programme, élaboré en partenariat avec plusieurs ministères, aborde le problème du suicide dans sa globalité, de la prévention de la souffrance

psychique à la réduction de l'accès aux moyens létaux, ainsi qu'aux actions de postvention auprès de l'entourage endeuillé par le suicide d'un proche. Il traite, en particulier, des environnements jugés préoccupants (milieu du travail, milieu carcéral, milieu rural), vise des populations spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité), et implique la mobilisation d'un nombre important d'institutions (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs de secteurs différents (travail, justice, éducation, sanitaire, social…), tant au niveau national que local.

Ce programme comporte six axes :
**Axe 1 :** Développement de la prévention et de la postvention
**Axe 2 :** Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire
**Axe 3 :** Information et communication autour de la prévention du suicide
**Axe 4 :** Formation des professionnels
**Axe 5 :** Développement des études et de la recherche
**Axe 6 :** Suivi et animation du programme national

**Axe 1. Développement de la prévention et de la postvention**
Afin de développer la qualité et l'efficacité des actions de prévention du suicide, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a réalisé et diffusé, auprès des professionnels et de la communauté scientifique, une synthèse de la littérature des interventions efficaces et validées en matière de prévention du suicide.

La synthèse de littérature réalisée par l'INPES a donné lieu à deux publications :
• un article scientifique : « Efficient Interventions on Suicide Prevention : a Literature Review », *Rev Épidémiol Santé Publique*, 62, 2013 ;
• un article destiné au grand public et aux professionnels : « Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature », *Santé de l'homme*, n° 422, novembre-décembre 2012.

Les principales conclusions de cette revue de littérature sont reprises dans le chapitre suivant « Les actions évaluées dans le champ de la prévention du suicide ».

La nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire implique, outre le développement des connaissances sur ce thème, l'acquisition de compétences spécifiques tant chez les parents que chez leurs enfants.

L'INPES a conduit un travail de repérage, de synthèse et de diffusion des interventions efficaces de développement et de soutien des compétences psychosociales (compétences émotionnelles, cognitives et sociales) des enfants et des parents. Des supports méthodologiques sont en cours d'élaboration et

seront diffusés courant 2014 auprès des professionnels porteurs de projets dans les champs sanitaire et social.

La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les partenaires associatifs, qui proposent des dispositifs de lutte contre l'isolement social, au travers notamment de « l'aide à distance » qui constitue un moyen d'écoute, de sociabilité et de soutien aux personnes en souffrance et à leurs proches. Un ensemble de mesures sont conduites par l'INPES, en lien avec les associations concernées (SOS Amitié, Phare Enfants Parents, SOS Suicide Phenix et Suicide Écoute), afin d'améliorer, développer et promouvoir les dispositifs existants, et notamment :

- des outils d'évaluation et de « *reportings* » communs ont été finalisés et des modules de formations mutualisables ont été élaborés afin de renforcer la formation initiale et continue des écoutants bénévoles ;
- une base d'orientation commune (établissements d'accueil, de prise en charge ou de soins) enrichie et mise à jour par les différents dispositifs d'aide à distance en santé a été créée (2013) dans le but d'améliorer l'orientation des appelants vers les structures de prise en charge. L'organisation d'une offre de soins pour des personnes identifiées à risque de suicide s'avère en effet être une action efficace dans la littérature étrangère (voir partie suivante) ;
- la promotion de ces dispositifs est assurée par l'INPES avec notamment une brochure d'information (28 000 exemplaires diffusés).

D'autres travaux sont en cours, notamment :

- le développement d'une plateforme téléphonique permettant d'améliorer l'accessibilité des lignes d'écoute en réacheminant les appels entre les différents postes régionaux ;
- la mise en œuvre d'un processus de labellisation afin d'inscrire les dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service.

En ce qui concerne la prévention de l'isolement social et de la détresse psychique, des actions sont menées par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de lutter contre l'isolement des personnes atteintes de handicap psychique et en situation de fragilité, au travers des groupements d'entraide mutuelle (GEM). Il s'agit d'un dispositif spécifique pour l'accompagnement du handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de lésion cérébrale acquise, créé par la loi du 11 février 2005. Les GEM reposent sur un modèle d'intervention sous forme associative, fondé sur le principe d'une action « entre pairs » : c'est un collectif de personnes animées d'un même projet d'entraide visant à favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres. En 2012, 377 GEM faisaient l'objet d'un financement, 90 % de ces GEM étaient dédiés aux personnes présentant des

troubles psychiques[1]. Une évaluation nationale de l'impact des GEM sera entreprise dans le courant du second semestre 2014 par l'association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (ANCREAI).

L'INPES élabore et diffuse plusieurs outils visant à favoriser l'émergence et le développement d'actions de prévention de l'isolement social chez les personnes âgées : notamment un guide d'aide à l'action, élaboré avec l'Institut national de santé publique du Québec, et publié en juin 2013 : *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique*. Il a pour objectif de mieux faire connaître l'approche écologique de promotion de la santé. Cette approche est un cadre de recherche et d'action centré sur une vision large des déterminants de la santé, qui va au-delà des actions sur les capacités individuelles pour inclure une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Le guide fournit des pistes concrètes pour mettre en œuvre, planifier des interventions ou évaluer des programmes inspirés de ce modèle.

Afin d'améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez les personnes âgées, des outils de formation et d'élaboration d'une démarche d'amélioration de la qualité dans les pratiques professionnelles ont été élaborés par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), au travers du programme Mobiqual, développé en partenariat avec la CNSA[2].

**Exemple d'action innovante sur la prévention du suicide issue du programme national d'action contre le suicide**

Une des mesures du programme consiste à améliorer la prévention du suicide sur Internet. À cette fin, la Direction générale de la santé pilote un groupe de travail composé de l'INPES, de représentants de sites Internet proposant des forums de discussion (Skyrock, Doctissimo) et d'associations œuvrant dans les champs de la prévention du suicide (UNPS, SOS Amitié) ou auprès des jeunes (Fil santé jeunes, e-enfance). La réflexion du groupe de travail s'est portée sur la sensibilisation des modérateurs Internet sur la thématique de la prévention du suicide et une première

1. Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle année 2012, CNSA, publication mars 2014.

2. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a également émis des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la prise en compte de la souffrance psychique des personnes âgées : *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*, mai 2014.

expérimentation a eu lieu en octobre 2014 dans le cadre du séminaire annuel des modérateurs professionnels et bénévoles du site Internet Doctissimo.

Par ailleurs, sur cette thématique, l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) et l'Université numérique ingénierie et technologie (UNIT) de Compiègne élaborent un programme de formation en e-learning destiné aux acteurs de la prévention du suicide intervenant dans le cadre associatif. À terme, l'objectif est d'adapter et de déployer cette formation vers d'autres secteurs professionnels, dont les modérateurs Internet.

Les actions de prévention en amont portent également sur la limitation de l'accès aux moyens létaux utilisés pour les passages à l'acte suicidaire. Ces actions font l'objet de groupes de travail pilotés par la Direction générale de la santé, impliquant plusieurs partenaires institutionnels et associatifs.

La sensibilisation des détenteurs d'armes à feu a ainsi fait l'objet de travaux pilotés par la DGS avec la collaboration de l'INPES, du ministère de l'Intérieur, de la Fédération nationale des chasseurs, de l'Office national des forêts et de l'Office national de la chasse et de la faune sauvage. Des documents de sensibilisation ont été élaborés afin d'informer sur les facteurs de risques et signes d'alerte, de promouvoir l'entreposage sécuritaire des armes et des munitions, et de communiquer sur les dispositifs de prise en charge et les associations d'écoute.

Par ailleurs, la Fédération nationale de la chasse diffuse des informations relatives à la prévention du suicide dans des publications à destination des chasseurs (*Petit livre vert*, 1 500 000 exemplaires, remis à chaque chasseur lors de la validation annuelle de son permis de chasser, publication dans le courant du second semestre 2014 et *Guide des armes de chasse*, édition Hachette Nature, 10 000 exemplaires, octobre 2013).

En matière de postvention, une des actions du programme consiste à former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide. Cette action est inscrite dans les axes de formation 2012 des agents des établissements publics et participant au service public (circulaire DGOS 6 juin 2011) dans l'orientation relative à l'amélioration de la qualité des soins.

Une autre action de postvention consiste à soutenir les associations portant des projets d'information et de communication autour du suicide. Une subvention de la DGS a été attribuée à la fédération « Vivre son deuil » pour

des actions spécifiques au soutien de personnes endeuillées par suicide : groupes de parole, entretiens individuels, actions de formation et d'information (séminaires, congrès). L'action de la fédération européenne « Vivre son deuil » s'inscrit ainsi dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

**Axe 2 : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

En matière de repérage et de prise en charge, les pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la dépression chez les adolescents seront actualisées, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) qui seront diffusées fin 2014[3].

Afin d'améliorer la prise en charge globale et coordonnée, somatique et psychiatrique, des troubles des patients en situation de précarité, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) conduit des travaux visant à renforcer les liens entre les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) avec l'objectif d'éviter les ruptures de soins et les récidives.

La circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a pour objet d'améliorer leur fonctionnement et d'harmoniser les prestations assurées dans les différents établissements où elles existent. Une journée des PASS psychiatriques a été organisée en décembre 2013 et a permis d'échanger sur la diversité des pratiques des PASS, liées notamment aux besoins des populations locales.

Par ailleurs, une évaluation de l'action des équipes mobiles psychiatrie précarité est engagée.

**Axe 3 : Information et communication autour de la prévention du suicide**

Des actions de communication autour des facteurs de risque de suicide sont menées par l'INPES auprès du grand public, avec la poursuite d'actions d'information autour de la dépression (guide *La dépression : en savoir plus pour en sortir,* diffusé à 375 000 exemplaires et site Internet www.info-depression.fr)

3. Les recommandations actuelles datent de la conférence de consensus de 1995 qui avait pour thème « Les troubles dépressifs de l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir », avec des mises au point en 2005 et en 2008 sur l'utilisation des nouveaux antidépresseurs dans ces tranches d'âge par l'AFSSAPS.

et des addictions (réédition de guides et brochures à destination des adolescents et des parents).

La DGS apporte un soutien aux associations porteuses de projets portant sur la communication et l'information auprès du grand public et des professionnels, et contribuant par leur expertise au développement de la prévention du suicide. Chaque année, des manifestations sur la thématique de la prévention du suicide et de la santé mentale (colloques et conférences, ateliers rencontres et débats, village associatif, projections de films, représentations théâtrales, expositions...) sont organisées en direction du grand public :
• la journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre) ;
• les journées nationales et régionales de prévention du suicide (autour du 5 février) ;
• la semaine d'information sur la santé mentale (SISM, mars) : près de 700 manifestations ont eu lieu lors de la SISM 2014.

**Exemple d'action innovante sur la communication autour de la présentation du suicide issue du programme national d'action contre le suicide**

Une action est menée à destination des écoles de journalisme, profession susceptible de contribuer, par une communication adaptée, à la prévention du suicide. En effet, la littérature scientifique internationale s'est intéressée à l'impact du traitement médiatique des cas de suicide sur la mortalité, et notamment à l'effet « Werther » ou effet de contagion. Sur la base des recommandations de l'OMS (indications pour les professionnels des médias, 2002 et 2008) et en raison du rôle actif que peuvent avoir les journalistes dans la prévention du suicide, la DGS finance une expérimentation d'actions de sensibilisation auprès des étudiants en journalisme réalisées par le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), association de professionnels dans le champ de la suicidologie, en collaboration avec la Fédération de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM).

**Axe 4 : Formation des professionnels**
La formation des professionnels concerne différents publics :
• le repérage par les professionnels de l'éducation nationale s'appuie sur la diffusion depuis septembre 2013 d'un guide pour le repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, à destination des infirmières et assistantes sociales exerçant dans les lycées et collèges. Il a été élaboré par la Fédération française de psychiatrie, avec l'appui de la DGS et la collaboration des ministères de l'Éducation nationale et de l'Agriculture (15 000 exemplaires) ;

• les actions de formation à l'intervention de crise suicidaire sont déployées localement par les ARS. Le programme de formation à l'intervention de crise suicidaire a été développé, à la demande de la DGS, par les professeurs Seguin (Québec) et Terra (Lyon) afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique pouvant conduire à un acte suicidaire. Depuis 2001, plus de 700 professionnels (psychiatres, psychologues…) sont devenus formateurs et près de 70 000 personnes de différents milieux professionnels et associatifs ont bénéficié de ces formations qui sont déployées par les agences régionales de santé depuis 2010. Une enquête auprès des ARS sera réalisée par la DGS au cours du second semestre 2014 afin d'évaluer la mise en œuvre régionale de ces actions de formations ;
• d'autre part, le programme prévoit d'intégrer l'enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge dans le cadre de la mise en place du développement professionnel continu de l'ensemble du personnel des équipes soignantes ;
• par ailleurs, le milieu de l'entreprise est également concerné, afin que les acteurs de l'entreprise puissent acquérir une connaissance en matière de prévention des risques psychosociaux. Ainsi la Direction générale du travail (DGT) diffuse sur le site Internet « www.travailler-mieux.gouv.fr » des informations et outils pédagogiques. La formation des managers et des responsables à la santé au travail s'appuie également sur le référentiel de compétences et sur des outils pédagogiques diffusés par le Réseau francophone de formation en santé au travail (RFFST). Le CNAM propose, à partir de 2014, un cours en ligne gratuit sur la santé au travail à destination principale des salariés (cadres, ingénieurs et techniciens). Ce cours ne vise pas la formation de spécialistes de la santé au travail mais fournit des éléments en la matière permettant aux cadres ou futurs cadres d'intégrer cette dimension dans leur pratique professionnelle.

**Axe 5 : Développement des études et de la recherche**

Des travaux sont conduits par l'Institut de veille sanitaire (InVS) afin d'améliorer l'analyse des données concernant le suicide et les tentatives de suicide en population générale mais aussi dans le milieu du travail et le milieu carcéral. Ces travaux sont présentés dans le dossier 1 « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide ». Des premières données ont été publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique – Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France*, décembre 2011. Par ailleurs, plusieurs travaux ont fait l'objet de publications en 2013 et 2014, notamment :
• l'étude exploratoire relative à la mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail (publiée en octobre 2013)[4] ;

4. Bossard C., Cohidon C., Santin G., 2013, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 90 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

• l'analyse des données de mortalité par suicide des agriculteurs exploitants (premiers résultats publiés en octobre 2013)[5] ;
• les rapports relatifs à « l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger » et aux « dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger » (rapports d'étude publiés en juin 2014)[6].

Enfin, la prévention du suicide a été inscrite dans les priorités nationales de recherche, en particulier dans les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). Cette thématique a également été introduite dans :
• les appels à projets du programme de l'Agence nationale de la recherche consacré à la recherche en santé mentale (programme Samenta : Santé mentale et addictions) ;
• des projets de cohortes des investissements d'avenir financés par le grand emprunt (projet i-Share : suivi annuel pendant 10 ans de 30 000 étudiants en première année universitaire ; la dépression, le risque suicidaire, les addictions et la survenue d'accidents ou d'actes autodestructifs seront spécifiquement étudiés. Projet Psy-Coh : suivi pendant 10 ans de 2 000 jeunes adultes atteints de schizophrénie et de troubles bipolaires).

**Axe 6 : Suivi et animation du programme national**
Les actions nationales viennent en appui des actions menées par les agences régionales de santé dont le rôle est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention du suicide. La problématique du suicide et de sa prévention est ainsi inscrite dans les volets santé mentale des projets régionaux de santé (PRS) des ARS, de façon adaptée aux particularités et priorités régionales.

Le suivi de ces actions est assuré dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre le ministère de la Santé et chaque ARS, avec l'insertion d'un indicateur de réduction du taux de suicide.

Pratiquement l'ensemble des régions a inscrit la prévention du suicide dans son PRS. Ainsi, chaque ARS déploie, en fonction des priorités qu'elle cible, des actions de prévention, en mobilisant des partenariats institutionnels ou

5. Bossard C., Santin G., Guseva Canu I., 2013, *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 28 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

6. Godin-Blandeau E., Verdot C., Develay A.E., 2014, *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 94 p. ; Verdot C., Godin-Blandeau E., Develay A.E., 2014, *Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 48 p. Disponibles à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications

associatifs, au moyen par exemple de conventions ou d'appels à projets pour mieux structurer les interventions.

La prévention auprès des publics jeunes est sensiblement renforcée :
• en Bourgogne, des partenariats sont conclus avec les missions locales, et l'ARS finance un réseau de psychologues intervenant dans ces missions ;
• en région PACA, une action de « *Peer Education* » est en cours avec la Mutualité française sur trois villes des Alpes-Maritimes. Ce projet consiste à prévenir les comportements et conduites à risque en formant des pairs (une trentaine pour 700 jeunes). Une étude auprès d'un groupe contrôle a montré que cette action avait des effets positifs en termes d'estime de soi et de prévention des comportements dangereux pour la santé. Néanmoins, dans la littérature étrangère, l'efficacité d'une formation des pairs dans la population jeune n'est pas toujours démontrée (voir partie suivante) ;
• en Poitou-Charentes, une action de promotion de la santé mentale est conduite auprès des animatrices du Réseau des relais assistantes maternelles du Nord de la Vienne, avec la construction d'une « mallette pédagogique » comme outil de promotion de la santé mentale dès la plus jeune enfance, et la formation des animatrices intervenant auprès des assistantes maternelles à une meilleure compréhension, un meilleur repérage et un meilleur accompagnement de la souffrance psychique chez l'enfant.

La prévention des risques psychosociaux est de plus en plus présente dans les PRS :
• en région Pays de la Loire, a été lancée en 2013 une démarche de sensibilisation des partenaires sociaux aux risques psychosociaux dans les entreprises, en partenariat avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) ;
• en région Poitou-Charentes, un dispositif expérimental pour prévenir le suicide chez les chefs d'entreprise et les exploitants agricoles, le dispositif APESA (Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë) a été conclu en partenariat avec le tribunal de commerce, le parquet de Saintes et la Mutualité sociale agricole ;
• en Champagne-Ardenne, l'ARS a été associée en 2013 par la Direccte à la signature des CPOM interentreprises de santé au travail. Dans les trois départements, tous les services interentreprises ont signé leur CPOM et ont adopté comme thématique prioritaire les risques psychosociaux et leur prévention dans le monde du travail.

## 1.2. Le plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole

Le plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité sociale agricole est le volet du programme national d'actions contre le suicide de la DGS relatif au monde agricole et comporte trois axes :
**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

Dans l'axe 1, l'action principale menée en partenariat avec l'InVS est d'analyser la mortalité par suicide des exploitants agricoles. L'objectif est de décrire périodiquement la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants selon des variables démographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution. La première analyse a été réalisée sur trois ans à compter de 2007 (2007-2008-2009). Les premiers résultats ont été publiés en octobre 2013.

485 suicides, de 417 hommes et de 68 femmes, ont été répertoriés chez les agriculteurs de 2007 à 2009. Sur les trois années, les suicides représentent 15 % de l'ensemble des décès des hommes, soit la troisième cause de décès après les cancers (32 %) et les affections de l'appareil cardio-vasculaire (19 %). Chez les femmes, ils représentent 7 % de l'ensemble des décès, après les cancers (49 %) et les pathologies de l'appareil circulatoire (18 %).

La mise à jour des données est prévue sur les années 2010 et 2011, puis des actualisations seront menées à intervalles réguliers afin de suivre l'évolution dans le temps. Par ailleurs, il est envisagé de réaliser le même type d'étude pour les salariés agricoles.

Dans le cadre de l'axe 2 du plan (« Mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse »), en partenariat avec l'INPES, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix, un projet de création d'un numéro cristal dédié aux ressortissants agricoles[7] devrait être déployé en 2014.

L'axe 3, qui consiste à créer des cellules pluridisciplinaires de prévention des risques psychosociaux dans chaque MSA, pour repérer les agriculteurs en difficulté et prévenir les risques de suicide, constitue une action innovante. Les cellules pluridisciplinaires ont trois missions : détecter, accompagner et

7. Les ressortissants sont les actifs non salariés, comme les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre, les salariés agricoles, ainsi que leurs ayants droit et les retraités.

orienter. Elles sont composées de différents services : social, santé-sécurité au travail, technique et contrôle médical/médecine préventive.

Dans le cadre de ces cellules, il a été nécessaire de former les personnels (les membres de la cellule mais aussi le personnel MSA en contact avec les assurés), de définir une gestion de l'urgence (Que fait-on face à une personne en crise suicidaire ?) ainsi qu'une charte de confidentialité (secret professionnel partagé).

Un bilan de l'activité de ces cellules en 2012 a été réalisé à partir d'une enquête menée en 2013. 30 MSA sur 35 ont répondu à l'enquête (soit un taux de participation de 86 %). L'action sanitaire et sociale est le service pilote dans 50 % des cas, la direction dans 25 % des cas, le service de santé au travail, dans 11 % des cas. Un représentant de l'action sanitaire et sociale et un médecin du travail sont présents dans chaque cellule, et un tiers des cellules travaillent en collaboration avec des psychologues (présents ou non au sein de la cellule). Les cellules fonctionnent souvent en partenariat avec l'ARS, le conseil général, les associations d'aide, ou d'autres organismes.

Un bilan de l'activité des 22 cellules pleinement opérationnelles en 2012 montre qu'elles ont détecté, en 2012, 408 personnes en situation de fragilité. Dans plus d'un tiers des cas, il s'agissait de situations urgentes et graves, avec potentiellement un risque suicidaire. Ces situations ont été portées à la connaissance de la cellule par les travailleurs sociaux de la MSA (22 % des cas), par l'intéressé lui-même (12 %), par son entourage proche (9 %), par le personnel d'accueil MSA (8,5 %), par son entourage professionnel (8 %), par les médecins du travail (6 %), par les élus MSA (5 %), par les conseillers en prévention (5 %) et enfin par le contrôle médical (3 %). Tous les signalements ont été faits avec l'accord de la personne concernée. Cette diversité sur l'origine des signalements renforce l'idée que l'information sur l'existence et la fonction de la cellule doit être connue de tout le personnel MSA et même au-delà. Elle suggère également que la prévention du suicide est plus efficace quand elle mobilise une grande diversité d'acteurs, un résultat cohérent avec les évaluations des interventions communautaires, présentées dans la partie suivante.

Ce plan permet de mobiliser fortement les MSA en faveur de la prévention du suicide et d'organiser le travail des caisses en pluridisciplinarité pour plus d'efficacité, et il nécessite du temps de formation des personnels. Le travail en réseau et le système de sentinelle mis en place par la CCMSA mobilisent des personnes non spécialisées dans la gestion de la crise suicidaire. Ils semblent permettre de repérer des hommes en risque suicidaire, ce qui est rare car les dispositifs sont généralement plus efficaces pour repérer des femmes, mais qui s'explique en grande partie par la proportion élevée d'hommes parmi les

agriculteurs. La manière dont se fait, sur le terrain, le lien entre la cellule de la MSA, les médecins généralistes et les psychiatres dépend des régions et du développement du tissu associatif mais, de manière générale, la mise en place de liens et d'accompagnements de qualité prend beaucoup de temps.

## 2. Actions évaluées dans le champ de la prévention du suicide

### 2.1. Une revue de littérature

Ce paragraphe s'appuie sur l'intervention d'Enguerrand du Roscoät de l'INPES au cours de la séance du groupe de travail « Axes de recherche » du 1er avril 2014, qui a réalisé une revue de littérature dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 piloté par la Direction générale de la santé.

Le travail de l'INPES s'appuie principalement sur les résultats d'un article présentant une synthèse bibliographique réalisée à la demande du gouvernement écossais : *Effectiveness of Interventions to Prevent Suicide and Suicidal Behaviour : A Systematic Review,* Marie Leitner, Wally Barr, Lindsay Hobby, Scottish Government Social Research, 2008, 248 p[8]. L'ensemble des études analysées dans cette revue écossaise, à l'exception de celles portant sur l'évaluation des psychothérapies et des traitements médicamenteux et de celles relatives aux programmes en milieu militaire ou carcéral, ont été retenues par l'INPES. De plus, deux autres références[9] et six autres articles postérieurs à 2009 ont été mobilisés par l'INPES.

La revue de littérature réalisée par l'INPES propose une analyse plus qualitative des actions que celle réalisée par Leitner et ses coauteurs. Elle compare, au sein de chaque type d'intervention, les modalités d'action ayant produit ou non des résultats significatifs afin d'identifier les éléments susceptibles de contribuer à leur efficacité. Cette analyse s'appuie sur un corpus de 42 études d'évaluation, toutes étrangères, présentant des résultats sur au moins l'un des trois indicateurs suivants : suicides, tentatives de suicide, pensées suicidaires, et sur les sept catégories d'interventions suivantes :

1. la restriction des moyens létaux ;
2. le maintien d'un contact avec des personnes à risque de récidive suicidaire ;

8. Cette synthèse bibliographique est réalisée à partir de 17 bases de données électroniques, 26 085 références, 235 articles sélectionnés dont 37 revues de la littérature.

9. Wahlbeck K., Mäkinen M., 2008, *Prevention of Depression and Suicide, Consensus Paper*, Luxembourg, European Communities.

Julien M., Laverdure J., 2004, *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés.

3. les lignes d'appel ;
4. la formation des médecins généralistes ;
5. les programmes en milieu scolaire ;
6. l'organisation de la prise en charge après une tentative de suicide ;
7. les campagnes d'information du public.

La revue de littérature écossaise souligne par ailleurs que les pharmacothérapies ont fait l'objet de nombreuses évaluations, mais conduisent à des résultats variables et équivoques. Les psychothérapies les plus évaluées sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie comportementale dialectique (TCD). Les travaux cherchant à démontrer un effet de ces psychothérapies sur le comportement suicidaire restent peu nombreux. Cette question des effets des traitements médicamenteux, en particulier par antidépresseur, et des psychothérapies sur le comportement suicidaire sera abordée ultérieurement à la parution de ce premier rapport par le groupe de travail « Axes de recherche ». Une approche par type de population incluant les militaires, les détenus et le personnel pénitentiaire est également prévue.

**La restriction des moyens létaux**

La restriction des moyens létaux apparaît comme particulièrement efficace pour prévenir le suicide. Les sept études qui analysent cette thématique portent sur l'indicateur « suicides » et montrent toutes une réduction du taux de suicides.

La restriction des moyens létaux peut intervenir :
- à un niveau national (lois et réglementations sur la restriction des armes à feu, la réduction du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville, etc.) ;
- à un niveau local (sécurisation des lieux à risques et de leurs environnements, prisons, hôpitaux psychiatriques, ponts...) ;
- à un niveau individuel (dans l'environnement de l'individu à risque, pour limiter l'accès à des moyens létaux déjà utilisés, comme une arme à feu chargée à domicile).

Le fait d'avoir à son domicile une arme, et qui plus est une arme chargée, est un facteur de risque important de suicide.

**Le maintien du contact avec des personnes à risque de récidive suicidaire**

Le maintien d'un contact avec des personnes à risque de récidive suicidaire (par téléphone, envoi de cartes postales ou distribution d'une carte permettant la réhospitalisation du patient à sa demande, etc.), qu'il soit accompagné ou non d'un autre type de support à ces personnes, est assez prometteur. Trois études sur cinq qui analysent cette thématique montrent un impact positif de ce type d'intervention, deux études portent sur l'indicateur suicides,

une sur les tentatives de suicide. Les deux autres études n'ont pas abouti à une différence significative entre les personnes recontactées et les autres.

Le maintien du contact avec le patient semble être d'autant plus efficace qu'il est actif et ne doit pas être laissé à la seule initiative du patient, régulier (avec quatre à huit contacts par an), inscrit dans la durée (entre un et quatre ans) et personnel (du type cartes postales). Cette catégorie d'interventions est analysée de façon plus détaillée dans la section suivante.

**Les lignes d'appel**

Les lignes d'appel offrent, à ceux qui choisissent d'appeler, une écoute psychologique le plus souvent ponctuelle, anonyme, confidentielle, sans jugement et non interventionniste. Ces dispositifs prévoient l'orientation vers l'offre de soins, si elle est demandée, et plus rarement un suivi actif (par des « appels sortants »). Cinq études sur six qui analysent ce type d'action montrent une réduction des suicides (quatre études) et des pensées suicidaires (une étude). Cependant, une étude réalisant une méta-analyse aboutit à un lien non significatif entre l'existence de lignes d'appels et le taux de suicide.

Trois pistes de prévention peuvent être dégagées :

- faciliter l'accès aux lignes dans les lieux ou environnements à risque de suicide ;
- développer des services actifs de suivi des personnes (« appels sortants ») ou des services en direction des personnes âgées isolées. Par exemple, en Italie, un service composé d'une ligne d'appel (*tele-help*), à utiliser en cas de besoin, et d'une option de suivi (*tele-check*) qui consistait à contacter les personnes âgées deux fois par semaine pour s'assurer qu'elles allaient bien ou n'avaient besoin de rien a été évalué. Ce programme a démontré son efficacité auprès des femmes notamment[10] ;
- réfléchir à la définition des protocoles d'écoute les mieux adaptés en fonction des caractéristiques et de l'état psychologique de l'appelant.

**La formation des médecins généralistes**

Les médecins généralistes sont des acteurs importants dans le repérage et la prévention des actes suicidaires. Une étude danoise montre que 64 % des suicidés ont rencontré leur médecin le mois précédant le suicide et 92 % l'année précédente. En France, une enquête menée fin 2011 a montré qu'au cours des

10. De Leo D., Carollo G., Dello Buono M., 1995, « Lower Suicide Rates Associated with a Tele-help/Tele-check Service for Elderly at Home », *Am J Psychiatry*, 152 (4), p. 632-4.

cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide[11].

Deux études sur les quatre qui analysent cette thématique montrent un impact positif de ce type d'intervention, l'une porte sur l'indicateur suicides, l'autre sur les pensées suicidaires. Les deux autres études qui évaluent les effets d'une formation de courte durée mettent en évidence un effet non significatif.

Pour observer un impact sur les taux de suicide, il semble que la formation :
- doit être continue ou du moins répétée au cours des années ;
- doit être dispensée à une large majorité des médecins généralistes ;
- doit être ciblée sur une pathologie spécifique (dépression).

**Les interventions en milieu scolaire**

Les interventions en milieu scolaire peuvent être de différents types : sessions de formation sur la réduction du stress, diffusion de vidéo ou de guide sur la dépression, etc. et peuvent associer les parents et les enseignants. Trois études sur sept qui analysent cette thématique montrent un impact positif de ce type d'intervention, une étude porte sur les tentatives de suicide, deux sur les pensées suicidaires.

Les interventions en milieu scolaire, qu'elles s'adressent à la population scolaire en général ou aux élèves ayant déjà fait une tentative de suicide, n'ont pas montré la valeur ajoutée d'une prévention par les pairs, c'est-à-dire une prévention consistant à former des jeunes pour informer ou aider d'autres jeunes. Il semble que l'intervention d'adultes formés soit suffisante.

Deux risques plaident en effet pour une utilisation circonspecte des programmes qui s'appuient sur la formation des pairs :
- le risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance contre la volonté de la personne ;
- le risque de faire porter à des adolescents une part de la responsabilité en cas d'acte suicidaire.

La seule intervention fondée sur l'éducation et l'information des pairs évaluée comme efficace s'est inscrite dans une démarche pédagogique autour de la connaissance du suicide et de la dépression, et a eu pour cible la population générale des élèves.

11. Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P., 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et Résultats,* DREES, nº 810, sept.

**L'organisation de la prise en charge après une tentative de suicide**
La prise en charge après une tentative de suicide peut être médicale et/ou sociale et peut être de différents types : visites au domicile du patient, thérapie familiale après la tentative de suicide d'un adolescent, intégration d'un centre spécialisé qui dispense une psychothérapie, suivi par un spécialiste, suivi par un conseiller personnel, etc. La nature de cette prise en charge semble avoir un impact sur le comportement suicidaire. Une prise en charge médicale effective, directement dans la structure d'accueil ou à l'extérieur, permet d'obtenir des résultats positifs.

Les études qui analysent cette thématique s'appuient pour la plupart sur des essais randomisés contrôlés en comparant le groupe bénéficiant d'une prise en charge spécifique à un groupe bénéficiant du traitement habituel proposé à la sortie de l'hôpital après tentative de suicide. Ce traitement habituel consiste souvent en l'envoi d'un courrier de relais de prise en charge par le médecin traitant ou un service de santé mentale, mais il peut être très différent selon les terrains ou les établissements d'investigation. Cinq études sur neuf montrent un impact positif de ce type d'intervention, quatre d'entre elles portent sur les tentatives de suicide, une sur les pensées suicidaires. Les quatre autres études ne mettent pas en évidence un effet significativement différent entre les deux groupes.

Les résultats de ces interventions sont donc contrastés, mais il semble que les prises en charges efficaces soient celles qui engagent directement un recours au soin pendant et après une tentative de suicide à travers, par exemple, une prise en charge dans un centre spécialisé ou un suivi par un spécialiste. Le suivi individualisé et intensif par un conseiller personnel pendant plusieurs semaines après la sortie de l'hôpital a aussi un impact positif sur les récidives.

**L'information du public**
L'information du public consiste en des campagnes d'information destinées au grand public sur le suicide ou la dépression (par exemple, semaine de prévention du suicide). Deux études sur trois qui analysent cette thématique montrent un impact positif de ce type d'intervention ; les deux études portent sur les suicides. La première est l'expérience de Nuremberg développée dans la partie 2.3 sur les interventions communautaires. Cette expérience était composée de multiples actions dont des campagnes d'information sur la dépression auprès du grand public. Une baisse des actes suicidaires (suicides et tentatives) a été observée durant les années de mise en œuvre des actions par rapport à l'année de contrôle.

La deuxième étude porte sur un programme de prévention du suicide des personnes âgées au Japon en milieu rural, mis en place avec le concours

des mairies. Il visait à informer les personnes sur la dépression, repérer par autoévaluation celles en souffrant et leur proposer une prise en charge médicale et sociale. Cette étude montre une réduction du taux de suicide chez les femmes durant les huit années d'application du programme. Aucun changement du taux de suicide n'a toutefois été noté pour les hommes[12].

La troisième étude sur cette thématique porte sur l'évaluation d'une semaine annuelle de prévention du suicide au Québec. La comparaison du taux de suicide avant et après cette semaine de campagne d'information du public n'a pas montré d'impact significatif.

Pour que l'information du public ait un impact sur les indicateurs du suicide, il semble qu'elle doive être couplée avec une prise en charge et une offre de soins. Par ailleurs, les expériences ayant montré un effet sur la prévention du suicide ont été conduites à un niveau local et informaient non pas directement sur la prévention du suicide mais sur les troubles dépressifs.

En conclusion de cette revue de littérature internationale, trois types d'interventions semblent particulièrement efficaces :
- la réduction des moyens létaux qui doit être appliquée également au niveau individuel ;
- le maintien du contact surtout s'il est proactif et « humain » ;
- la mise en place de lignes d'appel à condition de réfléchir à leurs modalités de mise en œuvre (méthodes d'écoute, possibilités d'orientation vers le soin, éventuellement organisation d'un service de suivi par des « appels sortants », etc.).

Pour être efficace, la formation des médecins généralistes doit être répétée et généralisée. L'intervention en milieu scolaire doit être maniée avec précaution en raison de risques d'effets négatifs. L'organisation de la prise en charge doit s'assurer de la continuité des soins du patient après la sortie de l'hôpital et l'information du public est efficace si elle est associée à une offre de prise en charge (cf. partie 2.3 « L'efficacité des interventions communautaires de prévention du suicide »).

Cette revue de la littérature suggère que les évaluations d'actions de prévention conduites à l'étranger, bien que peu nombreuses, montrent une efficacité de certaines d'entre elles et des voies d'amélioration possibles pour d'autres. Néanmoins, il semble difficile de tirer des conclusions dichotomiques (tel dispositif marche, tel dispositif ne marche pas), il faut interroger le contexte dans lequel un dispositif fonctionne et pour quels publics. Cela suggère que des études françaises, trop rares, doivent être réalisées.

12. Oyama H., Goto M., Fujita M., Shibuya H., Sakashita T., 2006, « Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan », *Crisis*, 27 (2), p. 58-65.

Cette revue de la littérature conduit par ailleurs à interroger les procédures pour la prise en compte des droits des personnes dans les actions de prévention du suicide ainsi que les enjeux éthiques (consentement, anonymat, procédures et organisations) :

- la possibilité d'avoir des « appels sortants » adossés aux dispositifs d'écoutes téléphoniques pour en améliorer l'efficacité a été interrogée. Les dispositifs d'écoute reposent pour la plupart sur l'anonymat des appels mais ce protocole n'interdit pas de suggérer à l'appelant d'entrer en contact avec un soignant ;
- les implications de l'essor des nouvelles technologies de l'information sont questionnées ;
- l'articulation entre un dispositif de prévention et un dispositif d'intervention auprès de la personne en crise suicidaire est interrogée. À quel moment bascule-t-on d'un dispositif de prévention vers un dispositif d'intervention ? Que fait-on lorsqu'on détecte un risque ?

Ces questions suggèrent aussi que, dans les projets de mise en œuvre et d'évaluation d'actions de prévention, les enjeux éthiques sont primordiaux et se posent sans doute avec plus d'acuité pour certains publics (détenus, précaires, adolescents…).

## 2.2. L'efficacité des systèmes de maintien de contact et de veille après une tentative de suicide

Cette partie s'appuie sur l'intervention de Guillaume Vaiva (psychiatre, CHRU de Lille) au cours de la séance du groupe de travail « Axes de recherche » du 1er avril 2014 : « Quelques exemples de systèmes de veille après tentatives de suicide. Intérêts et limites de leur combinaison ».

Parmi les différents types d'actions analysés dans la section précédente, cette section détaille les actions permettant un maintien du contact avec le patient ayant fait une tentative de suicide, après sa sortie de l'hôpital, et dont l'évaluation s'appuie sur des essais randomisés contrôlés[13].

Le principe des systèmes de recontact et de veille est de maintenir un lien après les soins immédiats, sans envahir l'existence du suicidant, sans se substituer à un système de soins, mais en proposant des ressources valides

13. Les ERC (RCT en anglais) sont souvent utilisés pour tester l'efficacité de plusieurs approches thérapeutiques dans une population de patients. Après évaluation pour éligibilité dans l'étude puis recrutement, les sujets sont aléatoirement répartis (randomisation) parmi les groupes correspondants à chaque approche thérapeutique testée. L'intérêt de la randomisation est qu'elle limite les biais de sélection.

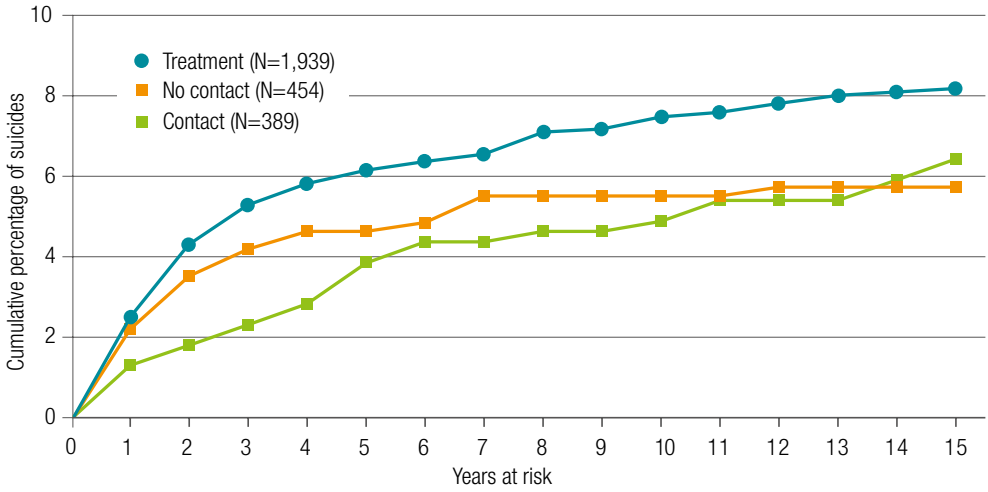
en cas de besoin. La veille se réfère à la notion éthique de l'inquiétude, à la clinique du souci et à la notion de « *connectedness*[14] ».

**Aux États-Unis, les travaux de Jérôme Motto (2001)**

Aux États-Unis, le précurseur en matière d'évaluation d'une stratégie de veille est Jérôme Motto avec une étude publiée en 2001[15]. Il a mis en place un système d'envoi de lettres pour maintenir un contact après la sortie de l'hôpital pour des personnes qui ont refusé des soins ou pour qui le suivi mis en place a été rompu. Ces patients ont reçu une courte lettre envoyée par la personne rencontrée pendant le séjour à l'hôpital. Les lettres étaient personnalisées autant que possible et ont été envoyées mensuellement jusqu'à quatre mois, puis tous les deux mois pendant huit mois, puis tous les trois mois pendant quatre ans (24 lettres ont été envoyées au total sur cinq ans).

Cette étude de Motto a inclus environ 3 000 patients admis à l'hôpital pour dépression ou crise suicidaire à San Francisco entre 1969 et 1974. Trente jours après la sortie de l'hôpital, ces personnes ont été interrogées par téléphone sur l'observance du traitement qui leur a été proposé. Celles qui ne le suivaient pas ont été divisées en deux groupes avec 389 personnes qui ont été destinataires de lettres et 454 qui n'en ont pas été destinataires.

## GRAPHIQUE




14. C'est le degré de proximité sociale d'une personne ou d'un groupe avec d'autres personnes ou d'autres groupes.

15. Motto J.A., Bostrom A.G., 2001, « A Randomized Controlled Trial of Post Crisis Suicide Prevention », *Psychiatric services*, June, Vol. 52, n° 6. Disponible à partir de l'URL : http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3569/828.pdf

Les résultats de l'étude sont différents à cinq ans et à quinze ans pour les deux groupes (voir graphique ci-dessus). Le groupe qui a été contacté par lettres présente un pourcentage de suicides inférieur durant les cinq premières années. Ensuite, les écarts avec le groupe sans contact diminuent et s'annulent après 14 ans. Il faut noter que les patients qui ont suivi le traitement proposé à la sortie de l'hôpital et qui n'ont donc pas été inclus dans le protocole ont un taux de suicides plus élevé que ceux qui ont une faible observance, ceci étant sans doute lié à une sévérité et une chronicité de la maladie plus élevée des premiers.

**À Bristol, une étude sur la remise d'une carte ressource**

Une équipe anglaise de Bristol a mis en place une stratégie fondée sur la remise d'une carte ressource indiquant un numéro d'appel joignable 24 heures sur 24 (étude de Evans *et al.*[16]). Ce type d'intervention a été développé pour pallier la non observance du suivi habituellement proposé aux suicidants après la sortie de l'hôpital. L'intervention de Bristol a eu un effet positif significatif à six mois sur les récidives chez les primosuicidants, comparativement au groupe témoin qui a bénéficié d'un suivi habituel. Mais cet effet n'est plus observé à 12 mois. Il n'y a pas non plus d'effet chez les personnes qui avaient fait des tentatives de suicide auparavant. Cette étude a mis en évidence que les patients qui ont pris contact par téléphone dans les six mois présentent des taux élevés de récidive. Ceux qui appellent (seulement 6 % des primosuicidants) s'auto désignent donc comme un groupe à risque pour qui il faudrait donc déclencher une intervention.

**En Australie, une intervention proche de celle de Motto**

En Australie, une intervention proche de celle de Motto a été mise en place (étude de Carter *et al.*[17]). Huit cartes postales, avec le texte ci-contre, ont été envoyées dans l'année suivant la tentative de suicide à des personnes survivant à une tentative de suicide médicamenteuse (à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 et 12 mois). À 12 mois et à 24 mois, la proportion de récidivistes n'est pas différente dans le groupe ayant reçu les cartes postales et dans le groupe de contrôle, mais parmi les récidivistes, le nombre de récidives est plus faible dans le premier groupe que dans le deuxième. L'effet est net chez les femmes, pas chez les hommes.

16. Evans J., Evans M., Morgan H.G., Hayward A., Gunnell D.J., 2005, « Crisis Card Following Self Harm : 12 Month Follow up of a Randomised Controlled Trial », *The British Journal of Psychiatry*, 187, 186-187. Disponible à partir de l'URL : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16055834

17. Carter G.L., Clover K., Whyte I.M., Dawson A.H., D'Este C., 2005, « Postcards from the EDge Project : a Randomised Controlled Trial of an Intervention Using Postcards to Reduce Repetition of Hospital Treated Deliberate Self Poisoning », *BMJ*, 331, 805. Disponible à partir de l'URL : http://www.bmj.com/content/331/7520/805

Hunter Area
Toxicology Service

Dear «FirstName»

It has been a short time since you were here at the Newcastle Mater Hospital, and we hope things are going well for you.

If you wish to drop us a note we would be happy to hear from you.

Best wishes,

Dr Andrew Dawson

Dr Ian Whyte

Newcastle Mater Misericordiae Hospital
Bag 7, Hunter Regional Mail Centre NSW 2310
Phone: 49 211 283 Fax 49 211 870

**En Nouvelle-Zélande, une intervention avec envoi de cartes postales**

Une équipe néo-zélandaise a également produit une étude de ce type avec des résultats plus nuancés (étude de Beautrais *et al.*)[18]. 327 personnes âgées de 16 ans et plus ayant fait une tentative de suicide ont été séparées en deux groupes, l'un bénéficiant du traitement habituel consistant en une évaluation de la crise suicidaire et d'une orientation vers des services de santé mentale, l'autre du traitement habituel auquel s'ajoute l'envoi de cartes postales à 2 et 6 semaines, puis à 3, 6, 9 et 12 mois.

Des résultats intermédiaires à six mois ont montré une différence significative entre le groupe bénéficiant de l'intervention et le groupe de contrôle. Cette efficacité de l'intervention à six mois, cumulée à des difficultés de recrutement des patients pour participer au protocole, a conduit l'équipe de recherche à arrêter l'essai randomisé à huit mois. De plus, les résultats intermédiaires ont été remis en cause par une analyse des données à 12 mois[19] qui montre que l'affectation dans les deux groupes n'a pas été complètement aléatoire. Le nombre de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois était significativement plus faible dans le groupe bénéficiant de l'intervention que dans le groupe de contrôle.

En effet, dans le tableau sur la page suivante, le retour à un service d'urgence psychiatrique pour tentative de suicide à 12 mois est plus faible pour le groupe bénéficiant de l'intervention que le groupe de contrôle, comme à six mois. Mais ce résultat n'est pas observé pour les urgences générales. D'autre part,

18. Beautrais A.L., Gibb S.J., Faulkner A., Mulder R.T., 2008, « A Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention to Reduce Repeat Presentations to the Emergency Department for Suicide Attempt », *Annals for Emergency Medicine*, 51, p. 474.

19. Beautrais A.L., Gibb S.J., Faulkner A., Fergusson D.M., Mulder R.T., 2010, « Postcard Intervention for Repeat Self Harm : Randomized Controlled Trial », *BJP*, 197, p. 55-60.

**TABLEAU** Re-presentation for self harm in the 12 months following the index presentation

| | Intervention | Control | *P* | OR (95 %) | IRR (95 % CI) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Re-presentation for self-harm, %** | | | | | |
| To psychiatric emergency service | 15.0 | 23.6 | <0.06 | 0,57 (0.33-1.01) | - |
| To emergency department | 25.5 | 27.0 | >0.75 | 0.92 (0.56-1.52) | - |
| **Total (psychiatric emergency service or emergency department)** | **25.5** | **28.2** | **>0.58** | **0.87 (0.53-1.43)** | **-** |
| **Number of self-harm re-presentation*** | | | | | |
| To psychiatric emergency service | 23.5 | 51.1 | <0.0001 | - | 0,46 (0.31-0.68) |
| To emergency department | 53.6 | 71.8 | <0.04 | - | 0.75 (0.56-0.99) |
| **Total (psychiatric emergency service or emergency department)** | **56.9** | **78.2** | **<0.03** | **-** | **0.73 (0.56-0.95)** |

* Total number of re-presentations per 100 people.
OR : odds ratio ; IRR : incident risk ratio.

les auteurs de l'étude observent une différence entre le groupe bénéficiant de l'intervention et le groupe de contrôle dans le nombre de visites pour tentatives de suicide dans les 12 mois précédant l'entrée dans le protocole. Le groupe bénéficiant de l'intervention est passé moins fréquemment à l'hôpital que le groupe de contrôle, de sorte que l'écart observé entre les deux groupes n'est plus significatif une fois que l'on contrôle la fréquentation de l'hôpital pour tentatives de suicide dans les 12 mois avant le recrutement dans l'étude.

Les auteurs justifient le fait qu'ils ne retrouvent pas les mêmes résultats que Carter *et al.* par deux hypothèses :
1. ils travaillent sur l'ensemble des moyens de tentatives de suicides alors que Carter *et al.* ne travaillent que sur des tentatives de suicide médicamenteuses ;
2. l'efficacité des interventions par envoi de cartes postales dépend sans doute du traitement habituellement proposé, de l'organisation des soins et du soutien déjà disponible pour les suicidants, tous ces éléments pouvant varier d'un contexte à l'autre. Cette étude suggère également qu'il faut séparer les primosuicidants et les récidivistes dans des groupes distincts avant même la randomisation.

### En France, une étude sur le recontact téléphonique des suicidants quittant les services d'urgence sans hospitalisation

En France, Vaiva *et al.*[20] ont mesuré l'impact sur la récidive de suicide d'un maintien du contact par téléphone, à un mois ou à trois mois, pour 605 personnes ayant quitté un service d'urgence après tentative de suicide. Environ 150 personnes ont été

20. Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C., Goudemand M., 2006, « Effect of Telephone Contact on Further Suicide Attempts in Patients Discharged from an Emergency Department : Randomized Controlled Study », *BMJ,* 332, p. 1241-1245. Disponible à partir de l'URL : http://www.bmj.com/content/332/7552/1241

contactées à un mois, le même nombre à trois mois et 300 personnes ont intégré le groupe de contrôle. 13 services d'urgence du Nord de la France ont participé.

Les difficultés de l'étude sont que 48 personnes ont récidivé avant la période du premier contact théorique à un mois (15 dans la première semaine dont neuf dans les trois premiers jours) et qu'un tiers des sujets n'étaient pas joignables après trois essais.

Parmi les sujets contactés, 107 l'ont été à un mois et 95 à trois mois. Le nombre de personnes contactées à un mois qui ont récidivé est significativement plus faible que dans le groupe de contrôle (12 % *versus* 22 %, p = 0.039). Par contre, parmi les personnes contactées à trois mois, le nombre de récidivistes n'est pas significativement différent du groupe de contrôle (17 % *versus* 22 %, p =0.3).

**À Brest, une étude d'acceptabilité d'envoi de SMS**

À Brest, un dispositif de veille par SMS a été étudié en 2011, pour évaluer sa faisabilité technique et son acceptabilité par les patients[21]. Ceux-ci ont été « recrutés » parmi les patients ayant fréquenté le CHRU de Brest sur une période d'un mois. Les envois de SMS ont été gérés automatiquement selon un échéancier (à 48 heures, à 7 jours, à 15 jours et à 28 jours) puis une évaluation a eu lieu par entretien téléphonique. Les messages comportaient une validation de la souffrance, un rappel du compromis de sortie et une présentation du système de veille.

Sur un échantillon de 20 patients, l'étude a montré une bonne acceptabilité du dispositif dont l'évaluation de l'efficacité va être réalisée prochainement. Il apparaît préférable que la réponse ne soit pas possible par SMS, il faut favoriser le rappel téléphonique des patients. Par rapport aux autres dispositifs de veille existants, ce dispositif a plusieurs avantages :

- il offre un recontact écrit comme le courrier postal ;
- il constitue une marque rémanente de la préoccupation de l'équipe de soins ;
- il permet des messages personnalisés ;
- il délivre une information concernant l'accès aux soins ;
- il facilite le recontact téléphonique par le patient ;
- il présente un faible coût institutionnel et financier.

**L'étude du dispositif de veille ALGOS**

Après cette revue de littérature, Guillaume Vaiva présente l'étude du dispositif ALGOS qui est un algorithme de veille sur six mois après une tentative de

21. Berrouiguet S., Gravey M., Le Galudec M., Alavi Z., Walter M., 2014, « Post acute crisis text messaging outreach for suicide prevention : a pilot study », *Psychiatry Research*, (3) : 154-7.

suicide, instauré dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)[22].

23 centres (CHU, CH, cliniques) sur la France entière ont participé à l'étude et 1 055 personnes ont été incluses, quittant directement les urgences ou hospitalisées moins de sept jours au décours de leur geste.

Les patients ont été répartis de manière aléatoire entre une prise en charge classique, c'est-à-dire avec une simple transmission au médecin traitant (492 personnes), et le système de veille constitué d'un ensemble de dispositifs déjà évalués séparément. Les patients primosuicidants (54 % de la cohorte) ou récidivistes ont été séparés.

Dans le cadre du système de veille, une « carte ressource » avec notamment un numéro d'appel disponible 24 heures sur 24 était distribuée aux primosuicidants et en cas d'appel, une consultation aux urgences était organisée. Pour les récidivistes, un contact téléphonique était effectué 10 à 21 jours après l'inclusion et, en cas de crise, une consultation aux urgences était organisée ; si le patient n'était pas joignable, une série de quatre cartes postales personnalisées sur cinq mois était envoyée.

L'analyse en per protocole[23] montre que le système de veille est associé à un taux de conduites suicidaires plus faible au plan statistique par rapport à la prise en charge classique. Le détail des résultats montre que l'algorithme a surtout un impact sur le nombre de récidives. La proportion de personnes qui ont récidivé après leur inclusion dans le dispositif ou le groupe témoin n'est pas impactée de manière substantielle, mais le nombre de récidives, pour les personnes qui en font une, l'est.

Une évaluation médico-économique en cours doit préciser le coût du dispositif.

Un travail plus qualitatif avec l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) vise également à mesurer comment le dispositif ALGOS a été approprié.

22. Vaiva G., Walter M., Al Arab A.S., Courtet P., Bellivier F., Demarty A.L., Duhem S., Ducrocq F., Goldstein P., Libersa C., 2011, « ALGOS : the Development of a Randomized Controlled Trial Testing a Case Management Algorithm Designed to Reduce Suicide Risk Among Suicide Attempters », *BMC Psychiatry,* 11, 1. Disponible à partir de l'URL : http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/1

23. L'analyse dite en per protocole est fondée sur l'exclusion des patients qui n'ont pas été traités en conformité avec le protocole, qui ont reçu par erreur le traitement de l'autre groupe ou qui ont eu un suivi incomplet et pouvant « perturber » l'estimation de l'effet du traitement. L'analyse en intention de traiter consiste au contraire à prendre en compte tous les patients de l'essai randomisé, quel que soit leur écart au protocole.

Cette revue de littérature de l'efficacité des dispositifs de recontact et de veille pose des questions méthodologiques, sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes d'évaluation, et notamment des essais randomisés contrôlés (ERC). Les ERC sont considérés comme une méthode d'évaluation quantitative d'une grande valeur scientifique et fiable, notamment parce qu'elle permet de réduire le biais de sélection. Néanmoins, les procédures des ERC sont exigeantes et ne peuvent pas toujours être appliquées. Elles ne permettent pas non plus de tenir compte du contexte dans lequel est mise en œuvre l'action de prévention. Or, ce qui fonctionne avec une population d'un pays ou d'un territoire peut ne pas marcher dans une autre population. Il est difficile dans les actions mises en place d'identifier par quel mécanisme l'action est efficace, d'où le besoin de compléter avec une analyse qualitative. Le travail qualitatif sur ALGOS avec l'IRESP devrait permettre de répondre en partie à cette dernière interrogation.

## 2.3. L'efficacité des interventions communautaires de prévention du suicide

Cette section repose sur la contribution de Jean-Luc Roelandt, du centre collaboratif de l'OMS (CCOMS) de Lille à la réunion du 1er avril 2014[24] et sur des recherches réalisées sur les pages Internet consacrées à la santé mentale de l'Union européenne (http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_fr.htm). Celle-ci propose en particulier un accès à une base de données sur la santé mentale et le bien-être « *Mental Health Compass* » (http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_fr.htm), qui contient notamment des documents stratégiques pour les États membres et des bonnes pratiques en matière de prévention du suicide.

Les interventions communautaires de prévention du suicide sont des interventions combinant différents types d'actions, par opposition à des actions isolées, et visant à coordonner un grand nombre d'acteurs de divers secteurs (professionnels de santé, du social et du médico-social, usagers, familles, établissements d'enseignement, lieux de travail, élus locaux, etc.) ainsi qu'à mettre en place des politiques de prévention à différents niveaux en partant du niveau local. Les actions de prévention couvrent les campagnes de sensibilisation du public pour améliorer l'identification et le traitement des personnes à risque suicidaire, réduire la stigmatisation et faciliter le soutien aux personnes ayant fait une tentative de suicide.

24. Intervention de Jean-Luc Roelandt (CCOMS - EPSM Lille-Métropole) : « La prévention du suicide : Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé » et un exemple européen de bonne pratique (le projet de prévention du suicide « *telefono speciale* » de Trieste).

L'objectif de ces approches multisectorielles et multiniveaux est d'établir des synergies qui vont au-delà des effets des interventions isolées. Ce type d'intervention est soutenu par les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE) (voir annexe).

Les deux exemples d'interventions communautaires qui suivent peuvent être cités à titre d'exemple.

**Le projet de prévention du suicide en 1997 à Trieste en Italie**

À Trieste, une ville d'environ 250 000 habitants, le taux de suicide était historiquement très élevé, environ 25 à 30 pour 100 000 habitants (soit trois fois plus que le taux italien). En suivant les recommandations de l'OMS, le Département de santé mentale (DSM) de Trieste a monté en 1996 le projet « *telefono speciale* » avec l'implication de la société Televita.

Le projet s'est déroulé de la manière suivante[25] :

1. 1996 : montage du projet (planification, budgétisation, formation) ;
2. 1997 : activation d'un numéro vert – centre d'écoute pour personnes en difficulté – avec un opérateur formé en état de relier la demande aux services d'intervention (118, ambulances, service psychiatrique hospitalier, police) ;
3. 1997-2000 : travail de communication sociale, avec implication de journalistes, d'écrivains, d'experts de la communication, de médecins généralistes, du personnel enseignant des écoles supérieures, des citoyens, dans des initiatives publiques de sensibilisation au problème du suicide ;
4. montage d'un observatoire du phénomène, afin d'avoir des données fiables en continu, avec implication des médecins légistes, des forces de sécurité et des institutions ;
5. organisation de retours sur les résultats du travail mis en place de façon périodique (environ une fois par an) à la population via les médias et des événements publics.

Les résultats montrent :

- une sensibilisation de la population générale au problème du suicide facilitant l'accueil de la demande d'aide des personnes en état d'isolement et/ou de détresse ;
- une diffusion de l'information concernant la disponibilité d'un service d'écoute et d'intervention disponible 24 heures sur 24 ;
- une sensibilisation des journalistes pour une information adaptée à la population ;

25. Source : « *Prevenire il suicidio » linee guida per i medici di medicina generale*, livre publié en avril 2011 par le DSM de Trieste avec la supervision de l'OMS.

• une implication des médecins généralistes et des enseignants, considérés comme étant première ligne dans l'écoute et la détection des sujets en détresse.

Les données épidémiologiques montrent une baisse du taux de suicide, qui passe de 25,5 pour 100 000 habitants par an entre 1990 et 1996 à 18,7 entre 1997 et 2003 et à 13,8 entre 2004 et 2011.

**Le projet pilote de prévention du suicide de Nuremberg en Allemagne : « The Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD) » en 2001 et 2002**

Le projet pilote de prévention du suicide de Nuremberg en Allemagne « *The Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)* » est un autre exemple d'intervention communautaire, multisectoriel et multiniveaux. Il a été suivi du projet « *European Alliance Against Depression (EAAD)* » et du projet plus récent « *Optimizing Suicide Prevention programmes and their Implementations in Europe (OSPI-Europe)* »[26].

Dans le projet pilote NAAD, des actions parallèles ont été mises en œuvre à différents niveaux du système de santé qui sont :
• des coopérations avec les médecins de premier recours pour optimiser le diagnostic et le traitement de la dépression ;
• le lancement de campagnes d'information sur la dépression auprès du grand public ;
• des coopérations avec des acteurs de la communauté (enseignants, infirmières gériatriques, policiers, média, pharmaciens, etc.) ;
• et des services d'aide pour les groupes à risque et leurs familles (lignes d'appels, etc.).

Le message clé de ce projet était que la dépression peut toucher tout le monde, qu'elle a différentes facettes et qu'elle peut être traitée.

Ce projet mis en place en 2001 et 2002 a été évalué avec pour référence l'année 2000 et une région de contrôle (Würzburg) qui n'a pas mis en place une intervention systématique du même type. Une baisse des actes suicidaires (suicides et tentatives) de 24 % a été observée durant les années de mise en œuvre des actions par rapport à l'année 2000 et cette réduction a été jugée significative par rapport à la région de contrôle. Des enquêtes représentatives au sein de la population ont par ailleurs montré que la prise de conscience publique au sujet de la dépression s'est améliorée.

26. Source : base de données *Mental Health Compass* : https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/

Le projet EAAD mis en place à partir de 2004 a été financé par la Commission européenne afin d'étendre cette expérience de Nuremberg à d'autres régions européennes. Chaque région partenaire du projet (17 en tout) a élaboré un projet local d'alliance contre la dépression et a commencé à étendre ses activités à d'autres régions de son pays. Il est apparu que le projet EAAD peut être adapté facilement à différentes cultures et que cette approche locale de la prévention du suicide permet de mobiliser l'engagement civil contre la dépression et le risque suicidaire.

Le projet OSPI est également financé par la Commission européenne avec 14 pays partenaires. L'objectif d'OSPI est de fournir aux États membres des outils de prévention du suicide et des instruments pour mettre en œuvre et évaluer ces interventions. Les résultats de ce projet en cours ne sont pas encore connus.

Les deux exemples de projets des villes de Trieste et de Nuremberg suggèrent l'importance du caractère communautaire, multisectoriel et multiniveaux de la prévention du suicide afin d'accroître son efficacité. Ils soulignent l'importance de faire participer l'ensemble des acteurs d'une communauté aux actions de prévention du suicide, de susciter la prise en charge par la population elle-même de ses problèmes de santé mentale. L'efficacité semble accrue lorsque les interventions ne reposent pas que sur le seul secteur sanitaire, mais aussi sur les secteurs sociaux et médico-sociaux. Elle semble également améliorée lorsque les interventions privilégient une approche allant du niveau local vers les niveaux les plus élevés. Ces expériences semblent suggérer enfin que la transférabilité de ce type d'interventions à différents contextes locaux, différentes cultures et différents systèmes de santé est élevée.

Par ailleurs, en France, ces expériences étrangères interrogent le rôle des conseils locaux de santé mentale dans la prévention du suicide. Les conseils locaux sont en effet des outils de décloisonnement entre acteurs et promoteurs de la prévention en santé mentale au niveau des territoires. Ce sont des lieux de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les représentants d'usagers et d'aidants ainsi que les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social, etc.

Le CCOMS a émis des recommandations pour l'élaboration d'un conseil local en santé mentale. Les plans de santé mentale 2005-2008 et 2011-2015 incitent à la création de tels conseils et plusieurs ARS ont lancé des appels à projets pour soutenir leur mise en place. Au niveau européen, les conseils locaux en santé mentale sont référencés depuis 2010 par l'Union européenne comme des outils techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS visant au décloisonnement des partenariats

locaux, et à la coordination locale des services et des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Les conseils locaux de santé mentale, par le biais de la participation active de tous les acteurs locaux, peuvent ainsi constituer un espace pour la prévention du suicide.

## 3. Considérations pour la recherche sur l'évaluation des actions de prévention

Quelques enseignements sur les conditions de réussite d'une action de prévention peuvent être tirés des différentes expériences exposées dans ce dossier. Les interventions visant à faire participer en réseau l'ensemble des acteurs, professionnels ou non, à différentes actions de prévention du suicide combinées semblent efficaces. Les exemples des villes de Trieste et de Nuremberg, ainsi que l'activité des cellules des MSA en sont des exemples. Ces expériences montrent que l'efficacité des actions de prévention semble améliorée lorsque l'information sur leur existence est connue de tous, le signalement de personnes en crise suicidaire pouvant provenir d'un large spectre de personnes formées. Elles suggèrent aussi que la mesure des effets synergiques d'actions combinées, par rapport à des interventions isolées, est sans doute une question de recherche importante. Celle de la bonne échelle de population sur laquelle il s'agit d'intervenir en est une autre.

De la même manière, l'efficacité semble accrue lorsque les interventions ne reposent pas sur le seul secteur sanitaire, mais aussi sur les secteurs sociaux et médico-sociaux. Il semble que les dispositifs qui fonctionnent ont souvent mis en place une coordination entre les différents types de prise en charge. Les travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) sur la prévention du suicide des personnes âgées aboutissent au même constat : les expériences où des liens entre la prise en charge gériatrique et gérontologique, d'une part, et la prise en charge psychiatrique, d'autre part, ont été établis sont plus efficaces.

Un autre constat est que les actions de prévention du suicide sont rarement évaluées, en particulier dans le contexte français. Les interventions efficaces qui ont été repérées localement sur certains territoires ou des interventions identifiées comme prometteuses dans la littérature internationale mériteraient donc d'être évaluées en France. Cela suggère que la recherche française dans ce domaine doit être favorisée.

Les travaux de l'Observatoire montrent également qu'évaluer des actions de prévention du suicide requiert de répondre aux questions suivantes :

- Quel indicateur d'évaluation de l'efficacité de l'action faut-il utiliser ? Comment mesure-t-on l'imputabilité de l'évolution des suicides ou des tentatives de suicide à une action de prévention, en tenant compte des autres facteurs susceptibles d'exercer une influence ?
- Comment tenir compte des enjeux éthiques (consentement, anonymat, procédures et organisations) dans la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention ?
- Que fait-on lorsqu'on détecte un risque suicidaire important ? À quel moment et comment bascule-t-on d'une action de prévention vers une action de prise en charge ?

La question de la transférabilité d'actions efficaces à l'étranger au contexte français ou d'un contexte local à un autre est complexe. La réussite d'un dispositif de prévention du suicide dépend en effet du contexte dans lequel il est mis en œuvre (et notamment de l'organisation de l'offre sanitaire et sociale) et de la population qui en bénéficie. Pour mesurer la transférabilité d'une action, une compréhension des mécanismes sous-jacents est donc nécessaire. Cela suppose de ne pas seulement évaluer si une intervention marche ou non, mais quand, où, comment, pourquoi et pour qui elle fonctionne ou devrait fonctionner. Pour répondre à ces questions, des études qualitatives sont nécessaires. Plus précisément, dans ce domaine de recherche comme dans d'autres, la combinaison d'études quantitatives et qualitatives ainsi que l'accompagnement, dès l'élaboration de l'action, par une équipe en charge de son évaluation, constituent des apports majeurs.

## Annexe : Les recommandations de l'OMS et de l'UE dans le domaine de la prévention du suicide

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE) émettent de manière coordonnée des recommandations en matière de prévention du suicide. En janvier 2005, l'UE et l'OMS ont co-organisé une conférence consacrée à la santé mentale qui a abouti en octobre de la même année à la constitution d'un livre vert intitulé *Améliorer la santé mentale de la population ; vers une stratégie sur la santé mentale pour l'UE*. Concernant la prévention du suicide, les stratégies préconisées sont : la mise hors d'atteinte des candidats au suicide de méthodes qui leur permettraient de parvenir à leurs fins, la formation idoine des prestataires de soins, ou encore la collaboration entre les services chargés des soins secondaires (médecine spécialisée à la ville et à l'hôpital) et ceux qui assurent les soins de suite après une tentative de suicide.

À la suite du livre vert, une conférence européenne sur la santé mentale a été organisée le 13 juin 2008. Elle a débouché sur la création du *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*. Ce pacte appelle les pays à l'action dans cinq domaines prioritaires dont la prévention de la dépression et du suicide. Concernant ce domaine, les responsables politiques et les acteurs concernés sont invités à prendre des mesures visant notamment à :

- améliorer la formation des professionnels de santé et des principaux acteurs de la santé mentale au sein du secteur social ;
- limiter l'accès aux moyens pouvant être utilisés pour attenter à ses jours ;
- sensibiliser le grand public, les professionnels de santé et les autres secteurs concernés aux questions de santé mentale ;
- réduire les facteurs de risque pouvant conduire à un comportement suicidaire, comme l'alcoolisme, la toxicomanie, l'exclusion sociale, la dépression et le stress ;
- mettre en place des mécanismes de soutien pour les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours et celles touchées par la mort d'un proche, comme une assistance téléphonique.

En 2009 et 2010, des conférences dans les cinq domaines prioritaires ont eu lieu. À cet effet, une conférence sur la prévention de la dépression et du suicide s'est tenue à Budapest les 10 et 11 décembre 2009.

En 2009, la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire a présenté une résolution du Parlement européen en matière de santé mentale. Sur la prévention du suicide, les États membres sont invités notamment à mettre en place des programmes de prévention plurisectoriels, en particulier auprès des jeunes et des adolescents, centrés sur la promotion d'une vie saine et la réduction des facteurs de risque, et à mettre en place des réseaux régionaux d'information permettant de relier tous les acteurs.

Dans le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, la prévention du suicide est également une priorité majeure. Selon l'OMS, les actions visant à prévenir le suicide doivent être plurisectorielles, c'est-à-dire menées non seulement par le secteur de la santé, mais aussi par d'autres secteurs et doivent concerner :
• la restriction de l'accès aux moyens d'autodestruction ou de suicide (y compris les armes à feu, les pesticides et les médicaments toxiques pouvant être utilisés pour provoquer une overdose) ;
• l'adoption d'une attitude responsable par les médias ;
• la protection des personnes à haut risque ;
• le dépistage précoce et la prise en charge des troubles mentaux et des comportements suicidaires.

Il est proposé aux États membres d'élaborer et mettre en œuvre au niveau national des stratégies globales de prévention du suicide en prêtant une attention particulière aux groupes les plus exposés au risque de suicide comme les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, les jeunes et d'autres groupes vulnérables de tous âges, en fonction du contexte local.

Dans le rapport mondial sur la violence et la santé (2002), l'OMS faisait également des recommandations sur le suicide, qui est assimilé à de la violence dirigée contre soi-même. Ces recommandations sont les suivantes :
• **De meilleures données :** améliorer les informations sur les causes du suicide, à l'échelle nationale et internationale, notamment dans les groupes minoritaires. Des études interculturelles peuvent aider à mieux comprendre les facteurs de causalité et de protection et, par conséquent, à améliorer les efforts de prévention.
• **Plus de recherche :** effectuer plus de recherches pour examiner la contribution relative des facteurs biologiques et psychosociaux au comportement suicidaire.
• **De meilleurs traitements psychiatriques :** la contribution considérable des facteurs psychiatriques au comportement suicidaire donne à penser qu'il est important d'améliorer le traitement des troubles psychiatriques afin de prévenir le suicide des personnes atteintes de tels troubles.
• **Des changements environnementaux :** divers changements environnementaux peuvent être entrepris afin de limiter l'accès à des méthodes de suicide (grillager les ponts élevés ; limiter l'accès aux toits et aux extérieurs élevés ; limiter l'accès des non-agriculteurs aux pesticides et aux engrais ; limiter l'accès des groupes à risque de suicide aux armes à feu, etc.).
• **Renforcer les interventions communautaires :** les interventions communautaires sont des interventions coordonnées sur un territoire (une ville le plus souvent), mises en œuvre par tous les acteurs locaux : les élus, les usagers, les aidants, les professionnels de la psychiatrie, les policiers, les enseignants, etc., associant plusieurs secteurs (sanitaire, social et médico-social) et plusieurs niveaux, en partant du plus local.

# La recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention

Le comportement suicidaire, composé des idéations suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dont l'issue est fatale, est une préoccupation majeure de santé publique en France comme dans d'autres pays développés. L'objet de ce dossier est de retracer et de synthétiser les différentes pistes de recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention identifiées dans le cadre des travaux de l'Observatoire, depuis sa création en septembre 2013. Ces pistes seront reprises de manière priorisée dans le cadre d'un appel à projets de recherche qui sera lancé fin 2014-début 2015 par l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) et financé par l'Observatoire et éventuellement d'autres partenaires.

Dans le livre *International handbook of suicide prevention*[1], les recherches sur le comportement suicidaire et sa prévention sont classées en trois principaux types :
- la recherche qui vise à connaître les facteurs de risque et de protection du suicide ;
- la recherche sur le développement et l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide ;
- et la recherche (neuro)biologique qui inclut des études génétiques, des études sur le rôle des hormones et des neurotransmetteurs impliqués dans les comportements suicidaires, ainsi que des études fondées sur les techniques d'imagerie médicale.

Les deux premiers types ont été discutés au cours de la première année des travaux de l'Observatoire. Leurs intérêts, limites et perspectives en matière de recherche sont synthétisés dans ce dossier.

1. « What Kind of Research do we Need in Suicidology Today ? », *in* O'Connor R., Platt, S. & Gordon, J. (eds.), 2011, *International Handbook of Suicide Prevention*, Oxford, Wiley-Blackwell.

La recherche (neuro)biologique n'a pas pu être traitée au cours de cette première année, mais fera l'objet d'une réunion du groupe de travail « Axes de recherche », postérieurement à la remise de ce premier rapport. Un courant actuel vise en effet à étudier la notion de vulnérabilité aux conduites suicidaires. Cette notion recouvre l'idée que seuls les individus porteurs d'une vulnérabilité spécifique réaliseraient un geste suicidaire, lorsqu'ils sont soumis à des situations de stress. Il existerait ainsi des déterminants neurologiques à la vulnérabilité au suicide. Identifier cette vulnérabilité suicidaire permettrait alors de détecter les sujets les plus à risque avant qu'ils ne passent à l'acte et d'envisager de nouvelles stratégies thérapeutiques face au comportement suicidaire.

# 1. Connaissance des facteurs de risque et de protection et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide

## 1.1. Mieux connaître les déterminants du comportement suicidaire

Différentes disciplines (épidémiologie, étiologie, statistique, psychiatrie, psychologie, sociologie, etc.) s'intéressent aux facteurs de risque et aux facteurs de protection du suicide. En particulier, l'épidémiologie procure des informations sur les taux et l'évolution des idéations suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dans différentes populations, à différentes périodes et dans différents pays ou territoires. Cette discipline s'appuie sur des analyses quantitatives et permet d'identifier des corrélations entre des facteurs de risque (qui augmentent la probabilité d'un comportement suicidaire) et le comportement suicidaire.

L'Observatoire a souligné que ces analyses quantitatives sont importantes et doivent être développées. Aller plus loin dans la mise en œuvre d'une recherche rigoureuse et de qualité dans ce domaine exige, en outre, l'amélioration de la collecte de données et la mise en place de collectes multisources (cf. dossier « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide »).

L'identification des facteurs de risque et de protection du suicide et la hiérarchisation de ces facteurs sont des composantes clé pour comprendre le comportement suicidaire et pour concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention pertinentes. Les facteurs de risque peuvent être de différents types et différentes classifications en sont proposées dans la littérature (voir encadré).

Les facteurs de protection sont les facteurs qui réduisent la probabilité d'adopter un comportement suicidaire.

## Les facteurs de risque de suicide

Les facteurs de risque sont des caractéristiques qui augmentent la probabilité que des individus envisagent ou tentent de se suicider, ou décèdent par suicide[1]. Les facteurs de protection du suicide sont, à l'opposé, des caractéristiques qui vont diminuer cette probabilité. Ces facteurs sont identifiés sur la base de données statistiques ou épidémiologiques. La causalité entre un facteur de risque et le comportement suicidaire ne se situe donc pas au niveau individuel mais au niveau populationnel.

L'approche par les facteurs de risque conduit parfois à définir des sous-populations à risque[2]. Ainsi, les jeunes, les personnes âgées, les minorités sexuelles, certaines professions, etc. sont présentés comme des groupes avec un risque plus élevé de suicide. Or, au niveau individuel, il n'existe évidemment pas de lien mécanique entre appartenance à un groupe et comportement suicidaire[3]. De plus, il est généralement difficile, voire impossible, d'agir sur la caractéristique qui définit le groupe (âge, profession, etc.) afin de réduire le risque de suicide. L'étude des facteurs de risque propres à ces groupes et l'évaluation de l'efficacité d'actions de prévention dédiées sont néanmoins utiles et nécessaires (voir partie 3 de ce dossier).

La littérature montre également que les facteurs de risque fonctionnent en interaction les uns avec les autres (l'impact d'un facteur peut être différent en présence ou en l'absence d'autres facteurs) et que le cumul de différents facteurs accentue le risque de suicide[4].

La liste des facteurs de risque identifiés dans la littérature est longue et différentes possibilités de classement sont proposées. On distingue souvent

1. Suicide Prevention Resource Center, & Rodgers P., 2011, *Understanding Risk and Protective Factors for Suicide : a Primer for Preventing Suicide*, Newton, MA, Education and Development Center, Inc.
2. http://www.preventionsuicide.be/view/fr/leSuicide/FacteursRisque.html
3. Ceci vaut également pour les facteurs de protection, comme le suggère l'exemple d'Emma Bovary, cité par C. Baudelot et R. Establet (*Durkheim et le suicide*, 1984) : « L'un des suicides littéraires les plus célèbres est celui d'Emma Bovary ; c'est aussi l'un des plus improbables. Femme, jeune, mariée, mère d'un enfant, rurale et catholique, elle cumulait les traits dont Durkheim a montré qu'ils constituaient les facteurs les plus efficaces de préservation du suicide. Et pourtant elle se tue, dans le roman comme dans la vie : Flaubert n'a rien inventé ; il s'est inspiré, jusque dans le moindre détail, d'un fait divers réel (…). ».
4. Rapport de l'OMS, Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial, 2014.

les facteurs individuels (troubles psychiatriques, antécédents de tentatives de suicide, addictions, événements de vie négatifs, etc.) et les facteurs contextuels ou environnementaux (crise économique, catastrophes naturelles et guerres, etc.). Parfois les facteurs de risque socio-économiques sont dissociés : l'isolement, la précarité financière, l'endettement, le chômage, etc.

Nous retenons ici deux classifications qui nous semblent intéressantes pour la recherche sur le suicide et sa prévention :
- celle adoptée par la Conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000, qui distingue les facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires[5] ;
- celle retenue par l'OMS dans son rapport sur la prévention du suicide de 2014 (p. 31), qui distingue les facteurs liés aux individus, aux relations, aux communautés, aux sociétés et aux systèmes de santé.

La classification des facteurs de risque adoptée par la Conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000 distingue :
- **les facteurs primaires** : ils ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel, sont en interaction les uns avec les autres, et surtout pourront être influencés par les traitements thérapeutiques. Il s'agit notamment des troubles psychiatriques, des antécédents personnels et familiaux de suicide, de la communication d'une intention suicidaire ou de l'impulsivité ;
- **les facteurs secondaires** : ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge, et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Il s'agit notamment des pertes parentales précoces, de l'isolement social, du chômage, des difficultés financières et professionnelles et des événements de vie négatifs ;
- **les facteurs tertiaires** : ils ne peuvent pas être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires. Il s'agit notamment du sexe, de l'âge, d'une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle par exemple).

La classification des facteurs de risque adoptée par l'OMS distingue :
- **les facteurs liés aux individus** : antécédents de tentative de suicide, troubles mentaux, usage nocif de l'alcool, perte d'emploi ou financière, désespoir, douleur chronique, antécédents familiaux de suicide, facteurs génétiques et biologiques ;

5. Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », 19 et 20 octobre 2000.

- **les facteurs liés aux relations** : sentiment d'isolement et manque de soutien, relations conflictuelles, mésentente ou perte ;
- **les facteurs liés aux communautés** : catastrophes naturelles, guerres et conflits, stress liés à l'acculturation et au déplacement, discrimination, traumatisme ou abus ;
- **les facteurs liés aux sociétés** : accès aux moyens létaux, couverture médiatique inappropriée, stigmatisation associée à la demande d'aide ;
- **les facteurs liés aux systèmes de santé** : obstacles aux soins.

La classification des facteurs de risque adoptée par la Conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000 présente l'avantage de fournir une partition claire des différents risques, et de distinguer les facteurs sur lesquels il est possible d'agir ou non. La classification de l'OMS est quant à elle plus exhaustive, et permet de mettre en face de chaque facteur de risque une action de prévention possible.

Les interactions entre les différents facteurs de risque et de protection sont multiples et méritent d'être plus étudiées. Dans ce domaine, les approches par les méthodes du risque attribuable, de la fraction attribuable, et des calculs de risques relatifs ou de « *odds ratio* » permettent de manière intéressante d'isoler le poids des différents facteurs, en tenant compte de leurs interactions. Si la présence de certains facteurs augmente le risque de conduites suicidaires, une question intéressante est en effet d'identifier quel peut être le poids des différents facteurs, pour quels individus, dans quel contexte et à quelle période de leur vie[2].

Une voie de recherche a été particulièrement mise en avant par l'ONS : l'impact des évolutions actuelles du travail et des politiques managériales sur le risque de suicide[3]. Les principaux facteurs de risque identifiés dans la littérature sont : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le degré d'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail[4].

2. Une revue de littérature sur les facteurs de risque, et en particulier sur le poids relatif des facteurs médicaux et socio-économique est en cours et sera incluse dans un rapport ultérieur de l'ONS.

3. Au cours de ses travaux, le groupe de travail « Axes de recherche » s'est penché sur la thématique particulière du suicide en lien avec le travail (séance du 3 juin 2014).

4. 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, 2011.

Dans ce domaine, la psychodynamique du travail, développée par Christophe Dejours[5], offre une grille de lecture du suicide au travail en mettant l'accent sur les relations entre la souffrance ou le plaisir au travail, d'une part, et l'organisation du travail, d'autre part. En particulier, une notion importante est la souffrance éthique qui exprime l'existence d'un désaccord entre ce que les personnes estiment devoir faire dans leur travail et ce qu'elles sont conduites à faire en raison de l'organisation du travail et qu'elles réprouvent. Cette souffrance éthique peut conduire à une forme de « haine de soi » pouvant elle-même provoquer des comportements suicidaires. La psychodynamique du travail met aussi en exergue la solitude au travail, l'absence de coopération entre salariés ou entre les salariés et la hiérarchie, ainsi que la surcharge de travail comme facteurs pouvant conduire au suicide. Selon cette approche, une plus grande coopération au travail et un lien humain plus fort peuvent au contraire constituer une ressource et un facteur de protection de la santé mentale des travailleurs.

Cette grille de lecture proposée par la psychodynamique du travail pourrait être mobilisée par les chercheurs qui s'intéressent à une meilleure compréhension des liens entre le suicide et le vécu dans le cadre de l'activité de travail. Des études du rôle de l'organisation du travail et des nouvelles formes de management sur le suicide ou sa prévention, dans différents milieux ou secteurs professionnels, doivent être développées.

Par ailleurs, la causalité entre suicide et travail est une thématique qui doit être développée d'un point de vue juridique. Selon les travaux de Loïc Lerouge[6] présentés au sein du groupe de travail « Axes de recherche » (séance du 3 juin 2014), le suicide lié au travail est une question aujourd'hui essentielle, mais très difficile à saisir en des termes juridiques. En France, l'employeur a l'obligation de protéger la santé physique et mentale de ses salariés et il est tenu d'une obligation de résultat. La grande difficulté est néanmoins de prouver que l'employeur avait conscience ou aurait dû avoir conscience du danger qu'encourait le salarié.

La jurisprudence sur le suicide lié au travail s'est développée mais reste maigre. Dès lors qu'un suicide intervient au temps et au lieu de travail ou sous la subordination de l'employeur, au regard de l'obligation de sécurité et de résultat, cela peut signifier que des mesures de prévention adaptées n'ont pas été prises. L'employeur peut également être considéré responsable quand

5. *Travail, usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 1980, nouvelles éditions augmentées en 1993 et 2000, 281 p.

6. Lerouge L., 2014, « État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique », *Travailler*, nº 31, p. 11-29.

le travail a été l'élément déclencheur d'un état préexistant ou encore quand le travail a aggravé l'état dépressif qui au final a conduit à l'acte suicidaire.

Le suicide est par contre plus facilement saisissable par le jeu de la réparation, c'est-à-dire une fois l'acte suicidaire commis. La reconnaissance du suicide en accident du travail et celle de la faute inexcusable de l'employeur en cas de suicide sont les éléments clés en droit de la sécurité sociale.

Le rôle de la pauvreté, d'une part, et des conséquences de la crise économique et financière de 2008, d'autre part, sont d'autres pistes de recherche qui paraissent importantes pour l'ONS (impact du chômage, de la précarité de l'emploi, de l'évolution des revenus, d'une charge de travail plus élevée en cas de réduction du personnel, de l'évolution des inégalités, etc.). Une approche internationale sur cette question est à privilégier (cf. « Revue de littérature : crise de 2008 et suicide »).

Par ailleurs, des recherches sur la variabilité, entre territoires ou pays, des tentatives de suicide et du suicide, et des facteurs de risque et de protection associés seraient utiles (variabilité liée aux caractéristiques de la population et/ou à l'organisation territoriale des prises en charge, etc.). En effet, l'identification et la hiérarchisation des déterminants du suicide d'une part, et la connaissance des inégalités sociales et territoriales du comportement suicidaire d'autre part, peuvent s'éclairer mutuellement.

## 1.2. Mieux comprendre le processus suicidaire

Pour enrichir les analyses, l'Observatoire préconise que les analyses quantitatives des facteurs de risque et de protection du suicide soient menées conjointement avec des analyses plus qualitatives, permettant de mieux comprendre le processus suicidaire et les différentes trajectoires qui mènent au suicide, et déterminer quelles actions de prévention mettre en œuvre. L'identification quantitative de facteurs de risque ne permet en effet pas d'expliquer pourquoi la grande majorité des personnes présentant ces facteurs ne se suicident pas. Des études qualitatives portant sur les trajectoires de vie, les profils psychologiques et les parcours de soins des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide sont ainsi fondamentales. Des réflexions sur le risque suicidaire, c'est-à-dire la probabilité à plus ou moins long terme qu'une personne réalise un geste suicidaire, et sur la conduite à tenir en cas de détection d'un risque suicidaire constituent également une voie de recherche nécessaire.

Dans l'idéal, les méthodologies quantitatives et qualitatives devraient être utilisées de manière combinée. Les études qualitatives peuvent en effet

générer des hypothèses qu'il convient de valider par des études quantitatives et, en sens inverse, les études qualitatives permettent souvent de mieux comprendre les résultats quantitatifs.

Ainsi, l'Observatoire souhaite promouvoir des recherches au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques (épidémiologie, étiologie, statistique, psychiatrie, psychologie, sociologie, etc.), combinant approches quantitatives et qualitatives, dans le but d'améliorer les connaissances sur les facteurs de risque et de protection du suicide ainsi que sur la trajectoire et la succession d'événements dont l'issue ultime est le suicide.

Enfin, des études visant à mettre en place un recueil sur les processus conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide dans un but de renforcement de la surveillance pourraient être proposées (cf. dossier « Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide »). L'identification des facteurs de risque et de protection, et l'amélioration de la collecte des données sont en effet cruciales pour aider à déterminer les types d'actions de prévention efficaces, ce qui constitue le deuxième axe de recherche identifié.

## 2. Évaluation des actions de prévention du suicide

**Améliorer les connaissances sur les interventions de santé publique et les dispositifs de prévention efficaces pour réduire le suicide**

La recherche sur l'évaluation des actions de prévention du suicide consiste à mesurer l'efficacité, fondée sur l'évidence scientifique, de ces actions. L'évaluation consiste à analyser, grâce à des méthodes et des techniques variées (cf. infra), les résultats d'une intervention pour savoir si celle-ci a atteint les objectifs qui lui étaient assignés. La séance du groupe de travail « Axes de recherche » du 1er avril 2014 a été consacrée à ce type de recherche pour diverses actions de prévention du suicide. Ce champ de recherche est apparu comme insuffisamment développé en France et doit donc être favorisé.

Ces actions de prévention peuvent être :
- universelles (par exemple, la réduction des moyens létaux, la responsabilisation des médias, la lutte contre les addictions, etc.) ;
- sélectives, visant des sous-populations à risque (par exemple, formation de personnes sentinelles en contact avec des populations à risque, dispositifs de postvention visant l'entourage endeuillé, etc.) ;
- individuelles (à l'attention directe de personnes identifiées comme vulnérables ou à risque, par exemple auprès des personnes ayant fait une première tentative de suicide, ou souffrant de troubles psychiatriques, etc.).

L'Observatoire propose qu'un accent particulier soit mis sur les expériences où des coordinations d'acteurs (associations, médecins, psychiatres, etc.) ou des liens entre différents modes de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ont été établis ou renforcés, caractéristiques que l'on retrouve fréquemment dans les dispositifs de prévention qui fonctionnent.

D'autres pistes de recherche sur la prévention du suicide ont déjà été évoquées dans le dossier « Les actions de prévention du suicide » et sont reprises ici.

L'Observatoire souligne l'importance des questions éthiques liées à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'action, en particulier concernant la manière de concevoir un dispositif de gestion de l'urgence en cas de repérage d'une crise suicidaire. Les recherches doivent permettre de repérer les conditions de réussite d'une action de prévention : anticiper les mécanismes potentiels de l'efficacité d'une intervention, définir des indicateurs de suivi, veiller si possible à l'accompagnement par une équipe de recherche.

Par ailleurs, la question de la « transférabilité » d'une action de prévention efficace d'un pays à un autre ou d'un territoire à un autre est fondamentale mais complexe. Les réflexions de l'Observatoire ont fait apparaître que pour mesurer la « transférabilité » d'une action, une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents est nécessaire. L'enjeu est en effet non seulement de déterminer quels types d'actions sont efficaces, mais également évaluer quand, où, comment, pourquoi et pour qui une intervention fonctionne ou devrait fonctionner. Par quels mécanismes réduit-elle le comportement suicidaire ?

Pour y répondre, des études qualitatives sont donc nécessaires. Plus précisément, dans ce domaine de recherche comme dans le précédent, la combinaison d'études quantitatives et qualitatives d'évaluation de l'efficacité d'un dispositif constituerait un apport majeur.

Enfin, la mesure des effets synergiques d'actions de prévention du suicide combinées, par rapport à des interventions isolées, est sans doute une question de recherche importante. Celle de la bonne échelle de population sur laquelle il s'agit d'intervenir en est une autre.

D'un point de vue méthodologique, les études d'évaluation d'actions de prévention du suicide peuvent être de plusieurs ordres. Il peut s'agir :
• d'essais randomisés contrôlés : les ERC (RCT en anglais) sont souvent utilisés pour tester l'efficacité de plusieurs approches thérapeutiques dans une population de patients. Après évaluation de l'éligibilité pour l'étude puis recrutement, les sujets sont aléatoirement répartis (randomisation) parmi les

groupes correspondant à chaque approche thérapeutique testée. L'intérêt de la randomisation est qu'elle limite les biais de sélection ;
• d'études épidémiologiques comparant l'avant et l'après intervention ou l'ici et l'ailleurs (comparaison d'un territoire ayant mis en œuvre une intervention et d'un territoire ne l'ayant pas fait) ; ces études peuvent être des études « cas-témoins » ou de cohortes notamment ;
• d'études coût efficacité (ou d'évaluations médico-économiques). Appliquées au domaine de la santé, ces analyses mettent en regard les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire. Cela suppose que les interventions de santé soumises à la décision publique soient comparées, sur la base de leurs résultats et de leurs coûts respectifs ;
• de méthodes fondées sur la « *comparative effectiveness research* ». Il s'agit d'une méthodologie assez nouvelle consistant à comparer des interventions en situation réelle afin de déterminer quelle intervention fonctionne le mieux, pour qui et dans quelles circonstances ;
• de travaux qualitatifs pour comprendre les mécanismes qui font qu'une action est efficace ou non ;
• d'accompagnement méthodologique par des équipes de recherche de mise en place et d'évaluation de dispositifs de prévention du suicide ;
• de revue de la littérature ou de méta-analyses de l'efficacité des dispositifs de prévention du suicide pour les groupes spécifiques précités. La méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné ;
• ...

## 3. Recommandations

Sur la base des réflexions menées lors de la séance plénière de l'Observatoire national du suicide du 4 février 2014 et de la réunion du groupe de travail « Axes de recherche » du 1er avril 2014, l'Observatoire souligne la nécessité de développer :
• des recherches multidisciplinaires combinant des travaux qualitatifs et des travaux quantitatifs, avec des méthodes autorisant des allers-retours entre ces deux types de travaux, et cela sur les deux axes de recherche mentionnés ci-dessus ;
• des travaux de recherche sur la population générale et sur des populations spécifiques.
Les populations spécifiques qu'il faudrait étudier avec attention sont les suivantes.

Tout d'abord, selon l'Observatoire, la question du genre doit être une question transversale dans la recherche sur le suicide. Les raisons expliquant les

différences de taux de décès par suicide et de taux de tentatives de suicide entre les hommes et les femmes méritent d'être mieux connues.

Ensuite, il est tout particulièrement pertinent de s'intéresser à certaines classes d'âge. Selon les données du CépiDc (voir fiche 1), le taux de décès par suicide augmente fortement après 75 ans. Les personnes âgées constituent donc une population à cibler dans les travaux de recherche. Le rapport du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD)[7] sur la prévention du suicide des personnes âgées a permis d'identifier les facteurs de risque de cette population et de proposer des pistes d'action de prévention possibles. Par exemple, chez les personnes âgées, la connaissance du rôle et du poids respectif de la dépression, de la fragilité psychique et physique, des comorbidités et de l'isolement, en tenant compte des interactions entre ces différents facteurs, mériterait d'être approfondie. Concernant les actions de prévention, les dispositifs qui fonctionnent semblent être ceux où des liens entre le secteur gériatrique, le secteur médico-social gérontologique et le secteur psychiatrique sont suffisamment structurés. Le développement et l'évaluation de ces dispositifs doivent être poursuivis.

Parmi les moins de 75 ans, les personnes âgées de 45 à 54 ans ont le taux de suicide le plus élevé (27,2 pour 100 000 habitants, voir fiche 1). Les quadragénaires et les quinquagénaires doivent donc également faire l'objet de recherches ciblées.

Alors que le taux de suicide est plus bas chez les jeunes, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée parmi eux : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès (voir fiche 1). Les facteurs de risque les plus significatifs pour cette classe d'âge méritent d'être étudiés (abus de substances toxiques, violences physiques subies, dépression, etc.) afin d'identifier les actions de prévention possibles. Les jeunes adolescents (10-19 ans) et les jeunes en situation de vulnérabilité sociale (jeunes des missions locales) pourraient par exemple être ciblés.

Certaines populations concentrant un grand nombre de facteurs de risque (population en milieu carcéral, voir fiche 8, minorités sexuelles, voir fiche 9) doivent également faire l'objet d'études approfondies. D'autres populations ayant fait l'objet de peu de travaux comme les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques (voir recueil numérique) méritent d'être ciblées.

Par ailleurs, l'étude du lien entre le suicide et le travail ou entre le suicide et l'absence de travail doit être approfondie. L'attention doit être portée en

7. CNBD, 2013, Prévention du suicide chez les personnes âgées.

particulier à certains milieux professionnels où les conditions de travail sont difficiles (travailleurs indépendants ; professionnels du secteur agricole salariés et non-salariés, etc.) ou bien où les travailleurs sont confrontés à des situations individuelles complexes dans l'exercice de leur profession (surveillants de prison face aux détenus, professionnels du secteur de la santé et de l'action sociale face aux patients et aux usagers, etc.).

De même, le chômage, les difficultés financières quotidiennes ou de remboursement de crédits immobiliers sont des facteurs de risque d'anxiété ou de dépression et des facteurs de risque de suicide potentiels (voir « Revue de littérature : crise de 2008 et suicide »).

De surcroît, approfondir les travaux de recherche concernant les personnes qui ont des antécédents de tentatives de suicide apparaît nécessaire, dans la mesure où ces personnes présentent un risque futur de suicide élevé.

Enfin, les difficultés des proches des personnes ayant fait une tentative de suicide ou décédées par suicide doivent également faire l'objet d'études. Le suicide d'un membre de la famille ou d'un ami peut en effet bouleverser la vie d'une personne, qui présentera alors elle-même un risque accru de suicide[8].

## Conclusion

Même si les facteurs de risque et de protection du suicide sont globalement identifiés, l'étude de leurs interactions et de leur poids dans le processus qui conduit certains individus à se suicider reste à approfondir. En particulier, des travaux qualitatifs sur les contextes de vie personnelle et professionnelle, les profils psychologiques et les parcours de soins des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide sont nécessaires. La causalité entre suicide et travail est notamment une question fondamentale. Enfin, l'évaluation des actions de prévention du suicide, fondée sur l'évidence scientifique, doit être développée en France.

8. OMS, 2014, Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial.

SYNTHÈSE P.11

DOSSIERS P.35

# FICHES

ANNEXES P.179

# SOMMAIRE

**Fiche 1**
Données épidémiologiques sur les décès par suicide ..... 125

**Fiche 2**
Pathologies associées aux suicides déclarées
dans les certificats médicaux de décès ..... 132

**Fiche 3**
Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide ..... 141

**Fiche 4**
Tentatives de suicide déclarées
et pensées suicidaires en 2005 et 2010 ..... 147

**Fiche 5**
Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires
d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel (sip) ..... 151

**Fiche 6**
Suicide selon l'emploi exercé ..... 156

**Fiche 7**
Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants ..... 162

**Fiche 8**
Le suicide des personnes détenues en France ..... 167

**Fiche 9**
Les minorités sexuelles face au risque suicidaire ..... 173

FICHE 1

# Données épidémiologiques sur les décès par suicide

L'indicateur du nombre de suicides est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'Inserm.

Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas connus à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée.

Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 10 % pour les données nationales, même si les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction.

Les causes de ce biais étant constantes dans le temps, mort violente sans précision de l'intention et absence de retour de certains instituts médico-légaux, l'ampleur de la sous-évaluation est vraisemblablement stable.

## Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2011, 10 367 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (voir **tableau 1**). Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compte, après correction, près de 11 400 décès.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 759 et 2 608), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 27,7 et 8,1 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes[1]).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes. En 2011, il s'élevait à 9,4 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 68,7 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans

1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat EU & EFTA).

**TABLEAU 1** Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge – France métropolitaine, 2011

| | Hommes | | | Femmes | | | Deux sexes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb décès | Taux* | % mortalité totale | Nb décès | Taux* | % mortalité totale | Nb décès | Taux* | % mortalité totale |
| **1 - 14 ans** | **23** | **0,4** | **3,45** | **13** | **0,3** | **2,61** | **36** | **0,3** | **3,09** |
| **15 - 24 ans** | **364** | **9,4** | **16,62** | **124** | **3,3** | **15,96** | **488** | **6,4** | **16,45** |
| **25 - 54 ans** | **3907** | **31,7** | **13,29** | **1 178** | **9,3** | **8,22** | **5 085** | **20,5** | **11,63** |
| 25 - 34 ans | 776 | 20,2 | 23,10 | 169 | 4,3 | 13,18 | 945 | 12,3 | 20,36 |
| 35 - 44 ans | 1 424 | 33,3 | 19,56 | 401 | 9,3 | 11,26 | 1 825 | 21,3 | 16,83 |
| 45 - 54 ans | 1 707 | 40,4 | 9,10 | 608 | 13,9 | 6,41 | 2 315 | 27,2 | 8,20 |
| **55-74 ans** | **2043** | **32,7** | **2,43** | **841** | **12,0** | **2,00** | **2 884** | **22,3** | **2,29** |
| 55 - 64 ans | 1 262 | 32,3 | 3,24 | 567 | 13,6 | 3,12 | 1 829 | 22,9 | 3,20 |
| 65 - 74 ans | 781 | 33,1 | 1,74 | 274 | 10,1 | 1,15 | 1 055 | 21,6 | 1,53 |
| **75 ans ou +** | **1 422** | **68,7** | **0,92** | **452** | **12,5** | **0,22** | **1 874** | **40,6** | **0,52** |
| 75 - 84 ans | 906 | 55,6 | 1,13 | 290 | 12,0 | 0,43 | 1 196 | 33,8 | 0,81 |
| 85 - 94 ans | 492 | 102,7 | 0,74 | 149 | 13,8 | 0,14 | 641 | 58,3 | 0,37 |
| 95 ans ou + | 24 | 103,7 | 0,29 | 13 | 12,6 | 0,04 | 37 | 58,1 | 0,10 |
| **Tous âges** | **7 759** | **27,7** | **2,85** | **2 608** | **8,1** | **0,99** | **10 367** | **17,9** | **1,94** |

* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
**Source** • CépiDc-Inserm.

la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

## Variation du taux de suicide entre 2000, 2005 et 2010

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : - 14 % entre 2000 et 2010 (voir **tableau 2**). Cette baisse est constante sur les périodes 2000-2005 et 2005-2010. Les taux diminuent pour toutes les classes d'âges à l'exception des 45-54 ans et des 55-64 ans.

En particulier pour la classe d'âges 45-54 ans, le taux de mortalité par suicide est significativement plus élevé en 2010 qu'en 2000 (+ 6,6 %), la hausse du taux étant uniquement observée durant la période 2000-2005.

**TABLEAU 2** Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2000, 2005 et 2010 – France métropolitaine, deux sexes

| | Taux standardisés[1] | | | % variation du taux | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2000 | 2005 | 2010 | 2000-2005[2] | 2005-2010[3] | 2000-2010[4] |
| **1 - 14 ans** | 0,4 | 0,3 | 0,4 | -32,4 | 40,4 | -5,1 |
| **15 - 24 ans** | **8,1** | **7,2** | **6,4** | **-10,3** | **-11,3** | **-20,4*** |
| **25 - 54 ans** | 22,9 | 22,2 | 20,8 | -3,1 | -6,4* | -9,3* |
| 25 - 34 ans | 16,4 | 14,8 | 12,7 | -10,2* | -13,8* | -22,6* |
| 35 - 44 ans | 25,9 | 23,0 | 21,3 | -11,1* | -7,4* | -17,7* |
| 45 - 54 ans | 25,7 | 28,0 | 27,4 | 8,9* | -2,1 | 6,6* |
| **55-74 ans** | **25,3** | **24,0** | **22,3** | **-5,1** | **-7,1*** | **-11,8*** |
| 55 - 64 ans | 22,4 | 22,3 | 22,6 | -0,3 | 1,4 | 1,1 |
| 65 - 74 ans | 28,8 | 26,0 | 22,0 | -9,6* | -15,7* | -23,8* |
| **75 ans ou +** | **54,5** | **46,1** | **40,7** | **-15,4*** | **-11,7*** | **-25,3*** |
| 75 - 84 ans | 44,9 | 39,0 | 33,6 | -13,3* | -13,8* | -25,2* |
| 85 - 94 ans | 81,3 | 66,1 | 60,6 | -18,7* | -8,4 | -25,5* |
| 95 ans ou + | 59,5 | 48,9 | 45,2 | -17,8 | -7,6 | -24,0 |
| **Tous âges** | **21,0** | **19,5** | **18,0** | **-7,0*** | **-7,8*** | **-14,2*** |

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
2. (taux 2005 – taux 2000) x 100 / taux 2000
3. (taux 2010 – taux 2005) x 100 / taux 2005
4. (taux 2010 – taux 2000) x 100 / taux 2000
* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.
**Source** • CépiDc-Inserm.

## Taux de décès par suicide par région

Les taux standardisés de décès par suicide moyens sur la période 2009-2011 varient fortement selon les régions (voir **tableau 3**). En Bretagne, les taux dépassent de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin, avec des taux supérieurs de plus de 25 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période

## TABLEAU 3 Taux standardisés de décès par suicide par région en 2009-2011, variations régionales par rapport à la moyenne métropolitaine et aux taux de 2000-2002 – Tous âges, deux sexes

| Région de domicile | Taux standardisés[1] | Variations régionales[2] | Variations temporelles 2000-2002 / 2009-2011[3] |
|---|---|---|---|
| **11. Île-de-France[4]** | 9,3 | -48,6 | -14,6* |
| **21. Champagne-Ardenne** | 21,2 | 17,4 | -10,2* |
| **22. Picardie** | 23,0 | 27,5 | -12,7* |
| **23. Haute-Normandie** | 22,5 | 24,2 | -12,2* |
| **24. Centre** | 21,2 | 17,3 | -15,5* |
| **25. Basse-Normandie** | 25,6 | 41,6 | -5,3 |
| **26. Bourgogne** | 21,5 | 19,0 | -12,9* |
| **31. Nord-Pas-de-Calais** | 24,7 | 36,8 | -8,2* |
| **41. Lorraine** | 19,0 | 5,1 | 10,8* |
| **42. Alsace** | 13,4 | -26,0 | -9,3 |
| **43. Franche-Comté** | 20,7 | 14,6 | -12,1* |
| **52. Pays de la Loire** | 22,2 | 22,7 | -14,3* |
| **53. Bretagne** | 28,9 | 60,1 | -8,7* |
| **54. Poitou-Charentes** | 22,3 | 23,2 | -12,0* |
| **72. Aquitaine** | 18,1 | 0,2 | -12,9* |
| **73. Midi-Pyrénées** | 14,9 | -17,8 | -1,7 |
| **74. Limousin** | 22,7 | 25,6 | -10,1 |
| **82. Rhône-Alpes** | 14,5 | -19,7 | -19,3* |
| **83. Auvergne** | 19,9 | 10,4 | -15,4* |
| **91. Languedoc-Roussillon** | 19,6 | 8,4 | -3,5 |
| **93. PACA** | 16,7 | -7,6 | -9,1* |
| **94. Corse** | 14,0 | -22,8 | -8,8 |
| **France métropolitaine** | **18,1** | | **-11,1** |

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.
2. Variation régionale à partir des taux standardisés = (taux régional – taux France métropolitaine) x 100 / taux France métropolitaine
3. Variation temporelle = (taux standardisé 2009-2011 – taux standardisé 2000-2002) x 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.

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

**Source** • CépiDc-Inserm.

de référence) et 2009-2011, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour six régions, le Limousin, l'Alsace, la Corse, la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative. La seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine.

## Modes de suicide

En 2011, les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (53 %), les prises de médicaments et autres substances (14 %), les armes à feu (14 %), et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 58 % des suicides et les armes à feu de 17 %. Pour les femmes, la pendaison (37 %) et la prise de médicaments et autres substances (28 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

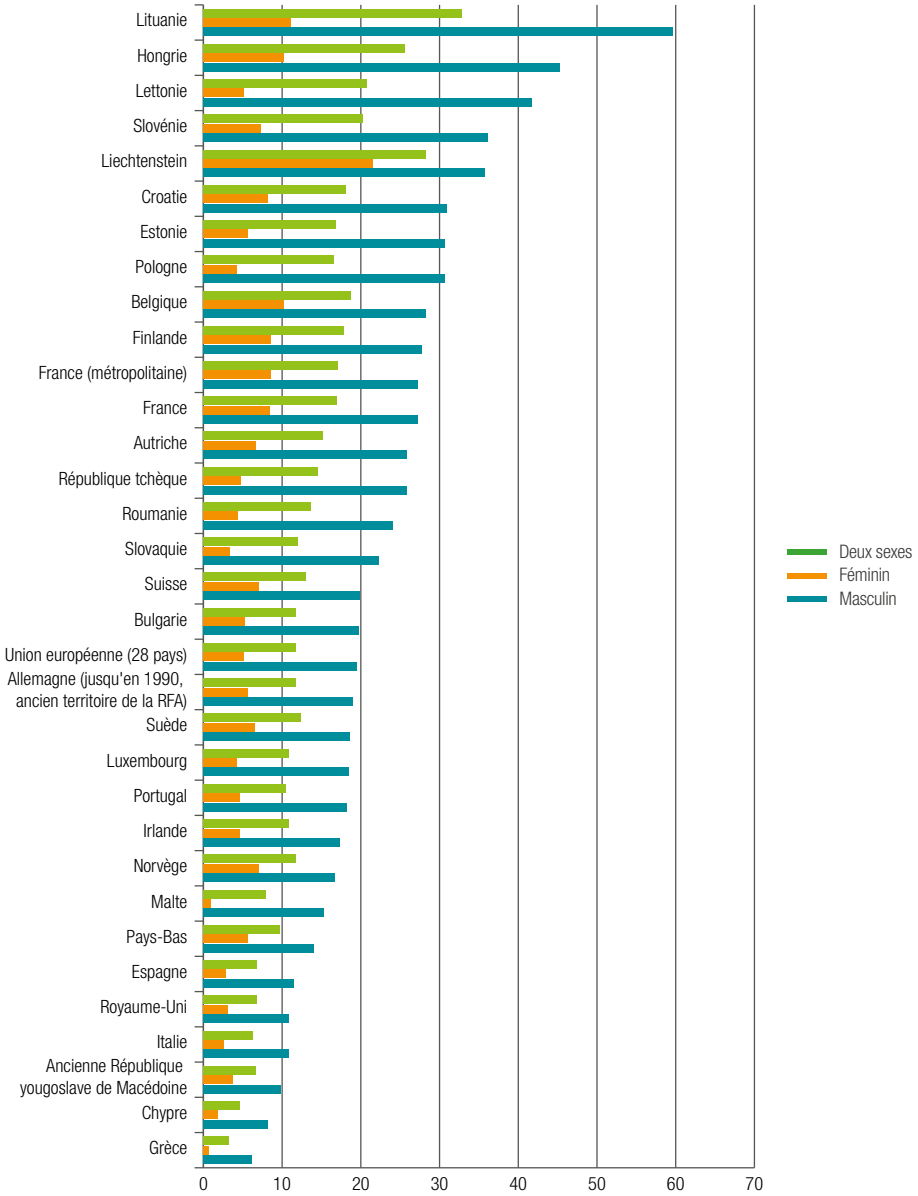
## Taux de décès par suicide par pays de l'Union européenne

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (voir **graphique**). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définition du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.

### Synthèse

Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide, malgré une baisse du taux de suicide observée entre 2000 et 2010. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, et en particulier les hommes âgés. Il varie fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Les comparaisons régionales et internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence, en raison de la disparité de la déclaration du suicide et de la remontée de cette information auprès des organismes responsables de la statistique de mortalité par cause.

## GRAPHIQUE Taux* de décès par suicide en 2010 dans l'Union européenne




* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

## Références


- Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G., 2002, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Rev Épidémiol Santé Publique,* 50(1), p. 49-62.
- Jougla E., Pequignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M., 2003, « Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide », *Actualité et dossier en santé publique*, 45, décembre, p. 31-34.
- Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla E., 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004 », *Le Concours Médical*, 31-32, p. 1085-1094.
- Aouba. A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla E., 2008, « Fréquence et caractéristiques de la mortalité par suicide en France métropolitaine », *Canal Psy*, 11, p. 4-12.
- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E., 2009, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 702.
- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E., 2011, « Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », *Bull Épidémiol Hebd,* 47-48, p. 497-500.
- Laanani M., Ghosn W., Jougla E., Rey G., 2014, « Impact of Unemployment Variations on Suicide Mortality in Western European Countries (2000-2010) », *J Epidemiol Community Health*, doi : 10.1136/jech-2013-203624.

FICHE 2

# Pathologies associées aux suicides déclarées dans les certificats médicaux de décès

Pour tout constat de décès, le médecin certificateur est tenu d'inscrire dans le volet médical du certificat les circonstances de la mort (accident, suicide, homicide, cause naturelle), la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide ayant conduit directement au décès, ainsi que toute autre affection et tout autre antécédent médical susceptibles d'avoir contribué au décès. Les causes médicales de décès enregistrées dans la base nationale du CépiDc de l'Inserm regroupent ainsi toutes les maladies, états morbides et traumatismes qui ont abouti ou contribué au décès, indiqués par le médecin certificateur.

Le lien entre suicide et pathologies psychiatriques est scientifiquement connu. Les travaux internationaux faisant appel à l'autopsie psychologique indiquent que près de 90 % des personnes qui se suicident étaient atteintes d'un trouble mental ou du comportement. Tous les troubles y sont décrits, principalement les troubles de l'humeur (30 à 70 % des cas), les conduites addictives notamment l'alcoolisme (18 à 40 %), les troubles psychotiques (4 à 24 %) et les troubles de la personnalité (13 à 17 %), en particulier ceux qui associent des traits d'impulsivité ou de dépendance pouvant être potentialisés par des événements de vie tels les deuils, ruptures, situations d'échec. Par ailleurs, dans de nombreuses études, le suicide est lié à des facteurs physiologiques tels que la douleur chronique ou un traumatisme crânien. Les maladies graves et invalidantes s'avèrent également être des facteurs de risque, la phase d'annonce constituant une période de vulnérabilité psychique particulièrement importante (voir références : Arsenault-Lapierre [2004] et Expertise collective Inserm [2005]).

En France, la base des causes médicales de décès du CépiDc est la seule source d'information permettant de quantifier au niveau national la fréquence des maladies mentales et pathologies somatiques associées aux décès par suicide.

**Cette fiche décrit la fréquence des troubles mentaux et des grands groupes de pathologies somatiques signalés dans les certificats de décès par suicide (CDS), en les confrontant aux fréquences des causes associées aux décès du reste de la population (CDR) du même âge sur la période 2000 à 2010, en France.**

## Nombre moyen de causes médicales de décès indiquées dans les certificats de décès par suicide

Sur la période 2000 à 2010, 117 824 suicides ont été enregistrés en France, dont 73 % d'hommes. Le nombre moyen de causes indiquées dans les certificats en cas de suicide (traumatismes, troubles mentaux ou du comportement, pathologies somatiques, symptomatologie non spécifique ayant abouti

### TABLEAU 1 Nombre de causes de décès indiquées en cas de suicide et pour tout autre décès, selon l'âge et le sexe – France, 2000-2010

| | Suicides | | | | | | Autres décès | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | | | Femmes | | | Hommes | | | Femmes | | |
| Âges | Effectif | Nb moyen de causes | 1 seule cause | Effectif | Nb moyen de causes | 1 seule cause | Effectif | Nb moyen de causes | 1 seule cause | Effectif | Nb moyen de causes | 1 seule cause |
| **8-14** | 271 | **2,1** | **34 %** | 107 | **2,2** | **37 %** | 3 781 | **3,0** | **14 %** | 2 667 | **3,1** | **15 %** |
| **15-24** | 4 936 | **2,1** | **35 %** | 1 427 | **2,3** | **28 %** | 27 021 | **2,8** | **17 %** | 9 498 | **3,0** | **17 %** |
| **25-44** | 27 960 | **2,2** | **32 %** | 8 214 | **2,5** | **22 %** | 118 705 | **2,9** | **20 %** | 59 144 | **3,1** | **16 %** |
| **45-64** | 29 570 | **2,3** | **29 %** | 12 458 | **2,6** | **21 %** | 601 181 | **3,2** | **14 %** | 272 765 | **3,3** | **12 %** |
| **65-74** | 9 425 | **2,4** | **27 %** | 3 965 | **2,6** | **21 %** | 582 148 | **3,4** | **12 %** | 316 106 | **3,3** | **12 %** |
| **75-84** | 9 820 | **2,5** | **27 %** | 3 487 | **2,7** | **22 %** | 917 267 | **3,5** | **11 %** | 811 174 | **3,4** | **13 %** |
| **≥85** | 4 495 | **2,5** | **29 %** | 1 689 | **2,6** | **27 %** | 670 623 | **3,4** | **12 %** | 1 370 295 | **3,3** | **14 %** |
| **Tous** | 86 477 | **2,3** | **30 %** | 31 347 | **2,6** | **22 %** | 2 920 726 | **3,4** | **13 %** | 2 841 649 | **3,3** | **13 %** |

**Source** • CépiDc-Inserm. Analyses InVS.
**Lecture** • 271 hommes âgés de 8 à 14 ans sont décédés par suicide entre 2000 et 2010. Le nombre moyen de causes inscrites sur le certificat par le médecin certificateur (causes initiales + associées) était de 2,1 et 34 % de ces certificats ne comportaient qu'une seule cause (aucune pathologie associée).

au décès), 2,4, est significativement inférieur à la moyenne de 3,3 causes indiquées pour les autres décédés. Le nombre de causes augmente avec l'âge. Quel que soit l'âge, le nombre de causes indiquées en cas de suicide est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Ce n'est pas le cas pour les autres décès où, après 65 ans, le nombre de causes associées s'avère plus important chez les hommes. Dans 28 % des cas de suicide (30 % chez les hommes, 22 % chez les femmes), une seule cause est indiquée : la lésion auto-infligée. En comparaison, seuls 13 % des certificats des autres décès ne contiennent qu'une seule cause (13,2 % chez les hommes, 12,6 % chez les femmes) (voir **tableau 1**).

*Ces données suggèrent une moins grande propension des médecins certificateurs à indiquer des comorbidités liées au décès lorsque le décès est de nature suicidaire et un report plus fréquent et multiple de causes associées aux suicides chez les femmes que chez les hommes.*

## Fréquence des troubles mentaux

Sur les 117 824 certificats de décès par suicide, 40,4 % indiquent l'existence de troubles mentaux associés au décès. La fréquence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 49,2 % contre 37,2 %. Elle est maximale chez les 45-64 ans (femmes : 53,5 %, hommes : 40,4 %). Plusieurs troubles sont enregistrés pour moins de 5 % des personnes suicidées. Dans 7 % des cas, le décès par suicide est signalé comme étant associé à la fois à des troubles mentaux et à des pathologies organiques.

Les troubles mentaux associés aux suicides sont en très grande majorité des troubles de l'humeur (32,7 % des CDS). Sont cités avec une fréquence moindre : les conduites addictives – principalement l'alcoolisme – (5,4 %), les troubles anxieux essentiellement de type anxiodépressif ou troubles de l'adaptation (2,9 %), puis les troubles psychotiques (2,4 %). Les troubles du comportement ou de la personnalité, de même que les troubles mentaux d'origine organique sont rarement évoqués. Au total, une composante dépressive, qu'elle rende compte d'un trouble de l'humeur, réactionnel, psychotique ou secondaire à un trouble organique a été signalée chez 34,8 % des suicidés (voir **tableau 2**).

En comparaison, des troubles mentaux sont notifiés pour 9,6 % des autres décès. Il s'agit essentiellement de troubles mentaux d'origine organique ou de conduites addictives (respectivement 4,6 % et 3,4 % des CDR). À noter que les troubles de l'humeur et globalement toute forme d'état dépressif sont peu associés à la mortalité autre que par suicide (1,2 % des CDR). Après ajustement sur le sexe et l'âge, le risque qu'au moins un trouble mental soit cité comme

## TABLEAU 2 Fréquence des troubles mentaux signalés associés aux décès par suicide et aux autres décès. Risques relatifs ajustés sur l'âge et le sexe – France, 2000-2010

| | Hommes | | | Femmes | | | Tous sexes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Suicides N= 86 477 (%) | Autres décès N= 2 920 726 (%) | RR | Suicides N= 31 347 (%) | Autres décès N= 2 841 649 (%) | RR | Suicides N= 117 824 (%) | Autres décès N= 5 762 375 (%) | RR |
| **Tous troubles mentaux** | **37,2** | **9,7** | **3,1** | **49,2** | **9,5** | **6,6** | **40,4** | **9,6** | **4** |
| **Troubles mentaux organiques** | **0,2** | **3,1** | **0,2** | **0,3** | **6,2** | **0,2** | **0,2** | **4,6** | **0,2** |
| **Addiction** | **5,7** | **5,5** | **0,5** | **4,4** | **1,4** | **0,8** | **5,4** | **3,4** | **0,5** |
| - alcool | 5,1 | 3,6 | 0,6 | 4 | 0,9 | 1 | 4,8 | 2,3 | 0,6 |
| - tabac | 0,3 | 2,7 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 0,1 | 0,3 | 1,6 | 0,1 |
| - drogues | 0,1 | 0 | 0,9 | 0,1 | 0 | 1,2 | 0,1 | 0 | 0,9[NS] |
| - substances multiples | 0,6 | 0,1 | 1,1 | 0,4 | 0 | 2,1 | 0,5 | 0,1 | 1,2 |
| **Schizophrénie et autres troubles psychotiques** | **2,3** | **0,4** | **3,5** | **2,5** | **0,5** | **3,2** | **2,4** | **0,5** | **3,5** |
| - schizophrénie | 0,8 | 0,1 | 3,6 | 0,5 | 0,1 | 3,2 | 0,7 | 0,1 | 3,5 |
| - troubles psychotiques aigus | 0,1 | 0 | 11,5 | 0,1 | 0 | 6,8 | 0,1 | 0 | 9,7 |
| - autres troubles psychotiques | 1,5 | 0,3 | 3,3 | 1,9 | 0,5 | 3,1 | 1,6 | 0,4 | 3,3 |
| **Troubles de l'humeur et troubles anxieux** | **31,8** | **0,9** | **39,9** | **44,2** | **1,6** | **29,3** | **35,1** | **1,2** | **35,1** |
| - troubles de l'humeur | 29,6 | 0,7 | 43,9 | 41,2 | 1,3 | 31,9 | 32,7 | 1 | 38,5 |
| - *dépression* | 29 | 0,6 | 48,6 | 39,8 | 1,1 | 36,1 | 31,8 | 0,9 | 42,9 |
| - *troubles bipolaires* | 0,7 | 0,1 | 8,1 | 1,6 | 0,1 | 7,3 | 1 | 0,1 | 7,6 |
| - troubles anxieux | 2,6 | 0,2 | 22,3 | 3,6 | 0,3 | 31 | 2,9 | 0,2 | 20,7 |
| - *réaction à un facteur stress* | 0,5 | 0 | 50,5 | 0,5 | 0 | 16,4 | 0,5 | 0 | 52,1 |
| - *trouble anxiodépressif* | 2,1 | 0,1 | 29,9 | 2,9 | 0,2 | 36,2 | 2,3 | 0,1 | 26,4 |
| **Troubles du comportement ou de la personnalité** | **0,3** | **0,2** | **2,7** | **0,6** | **0,2** | **2,7** | **0,4** | **0,2** | **2,7** |
| **Trouble mental sans précision** | **1,1** | **0,1** | **7** | **1,7** | **0,1** | **8,9** | **1,3** | **0,1** | **7,7** |
| **Toutes formes d'état dépressif*** | **31,5** | **0,8** | **42,8** | **43,9** | **1,4** | **31** | **34,8** | **1,1** | **37,4** |

* Comprend tous les états dépressifs relatifs aux troubles organiques, psychotiques, de l'humeur et réactionnels : trouble dépressif organique (F063), schizoaffectif (F25), bipolaire avec épisode actuel dépressif ou mixte (F313-319), épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, trouble affectif persistant ou sans précision (F32 à 39), trouble anxieux et dépressif mixte (F412), trouble de l'adaptation, réaction dépressive (F432), trouble des conduites avec dépression (F920).

**Lecture** • Chez les hommes, 37,2 % des suicides et 9,7 % des autres décès sont déclarés associés à un ou plusieurs troubles mentaux dans les certificats de décès. Le risque relatif ajusté sur l'âge et le sexe est de 3,1, ce qui signifie, pour les hommes, que les troubles mentaux sont 3,1 fois plus fréquemment associés aux suicides qu'aux autres décès, à âge de décès égal.

**Source** • CépiDc-Inserm. Analyses InVS.

**TABLEAU 3** Fréquence des pathologies somatiques signalées associées aux décès par suicide et aux autres décès – France, 2000-2010

En %

| | Suicides | | | Autres décès | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes N = 86 477 | Femmes N = 31 347 | Tous N = 117 824 | Hommes N = 2 920 726 | Femmes N = 2 841 649 | Tous N = 5 762 375 |
| Maladies de l'appareil circulatoire | 4,8 | 5,0 | 4,8 | 42,6 | 47,0 | 44,8 |
| Cancers | 3,5 | 1,9 | 3,0 | 37,0 | 25,7 | 31,4 |
| Maladies du système nerveux | 4,0 | 4,3 | 4,0 | 9,2 | 11,6 | 10,4 |
| Maladies de l'appareil respiratoire | 2,0 | 2,9 | 2,2 | 22,2 | 18,6 | 20,4 |
| Maladies endocriniennes, métaboliques | 1,5 | 2,2 | 1,7 | 11,5 | 13,9 | 12,7 |
| Maladies de l'appareil digestif | 0,9 | 1,2 | 1,0 | 11,1 | 9,3 | 10,2 |
| Maladies infectieuses et parasitaires | 0,7 | 1,1 | 0,8 | 8,2 | 7,3 | 7,8 |
| Maladies du système ostéoarticulaire | 0,6 | 0,8 | 0,7 | 1,3 | 2,4 | 1,9 |
| Maladies de l'appareil génito-urinaire | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 7,7 | 6,7 | 7,2 |

**Lecture** • Les certificats de décès par suicide font état d'un cancer chez 3,5 % des hommes et 1,9 % des femmes (3,0 % tous sexes confondus), alors que les certificats de décès pour d'autres causes indiquent un cancer chez 37,0 % des hommes et 25,7 % des femmes (31,4 % tous sexes confondus).
**Source** • CépiDc-Inserm. Analyses InVS.

diagnostic associé au décès apparaît quatre fois plus élevé lorsqu'il s'agit d'un suicide (RR = 4,0). Ce risque relatif est de 3,5 pour les troubles psychotiques, 2,7 pour les troubles du comportement et de la personnalité et s'élève à plus de 20 pour les troubles anxieux et 38 pour les troubles de l'humeur. Inversement, les conduites addictives et les troubles mentaux organiques apparaissent bien plus faiblement associés aux décès par suicides qu'aux décès d'autres causes (voir **tableau 2**).

L'analyse selon la classe d'âge indique un plus faible signalement de pathologies associées aux suicides chez les moins de 25 ans que chez leurs aînés. Néanmoins, c'est dans cette tranche d'âge que la fréquence des troubles psychotiques ainsi que des troubles de la personnalité et du comportement notifiés lors des suicides s'avère la plus élevée (voir **tableau 4**).

## Fréquence des pathologies somatiques

Pour 15 % des suicides, le certificat indique l'existence de pathologies somatiques ayant contribué au décès. Seuls 3 % des CDS relèvent plusieurs localisations somatiques en cause. Le signalement de pathologies somatiques s'accompagne près d'une fois sur deux de l'inscription d'un trouble mental.

## TABLEAU 4 Fréquence de troubles mentaux et pathologies organiques associés aux suicides, selon l'âge, et risques relatifs par rapport aux autres décès – France, 2000-2010

| | 8-24 ans | | 25-44 ans | | 45-64 ans | | >65 ans | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N= 6 741 | | N= 36 174 | | N=42 028 | | N=32 881 | |
| | % | RR* | % | RR* | % | RR* | % | RR* |
| **Tous troubles mentaux** | **24,7** | **7,3** | **39,4** | **3,0** | **44,3** | **3,3** | **39,7** | **4,9** |
| Troubles de l'humeur et troubles anxieux | 17,6 | 65,8 | 31,7 | 23,4 | 39,0 | 35,1 | 37,3 | 35,6 |
| Toutes formes d'état dépressif | 17,4 | 66,8 | 31,5 | 24,0 | 38,8 | 36,6 | 36,9 | 38,8 |
| Addiction | 3,1 | 1,5 | 7,1 | 0,7 | 7,3 | 0,6 | 1,6 | 0,5 |
| Schizophrénie et autres tr. psychotiques | 3,8 | 11,3 | 3,7 | 3,9 | 2,0 | 3,2 | 1,1 | 2,4 |
| Troubles mentaux organiques | 0,0 | 1,05$^{NS}$ | 0,0 | 0,6 | 0,1 | 0,2 | 0,8 | 0,2 |
| Troubles du comportement ou de la personnalité | 0,7 | 3,8 | 0,5 | 2,1 | 0,3 | 2,1 | 0,3 | 2,1 |
| Trouble mental sans précision | 2,0 | 18,0 | 1,8 | 6,0 | 1,3 | 7,3 | 0,6 | 8,0 |
| **Toutes maladies organiques** | **7,8** | **0,2** | **8,6** | **0,2** | **12,8** | **0,2** | **26,2** | **0,3** |
| Maladies du système nerveux | 4,6 | 0,4 | 4,1 | 0,4 | 3,8 | 0,5 | 5,0 | 0,4 |
| Maladies appareil circulatoire | 1,7 | 0,2 | 1,9 | 0,1 | 3,6 | 0,1 | 10,3 | 0,2 |
| Cancer | 0,0 | | 0,2 | 0,0 | 2,3 | 0,1 | 7,7 | 0,2 |
| Maladies endocriniennes, métaboliques | 0,4 | 0,1 | 0,7 | 0,1 | 1,7 | 0,2 | 2,9 | 0,2 |
| Maladies appareil respiratoire | 1,2 | 0,1 | 1,4 | 0,1 | 1,8 | 0,1 | 3,9 | 0,2 |
| Maladies appareil digestif | 0,3 | 0,1 | 0,8 | 0,1 | 0,8 | 0,1 | 0,9 | 0,1 |
| Maladies infectieuses | 0,3 | 0,1 | 0,8 | 0,1 | 0,8 | 0,1 | 0,9 | 0,1 |
| Maladies système ostéoarticulaire | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 1,5 | 0,8 |
| Maladies appareil génito-urinaire | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 1,3 | 0,2 |

* RR ajustés sur le sexe et l'âge.

**Lecture** • Chez les 8-24 ans, 24,7 % des certificats de décès indiquant un suicide font aussi état de troubles mentaux. Le risque relatif ajusté sur l'âge et le sexe est de 7,3, ce qui signifie que les troubles mentaux sont 7,3 fois plus fréquemment associés aux suicides qu'aux autres décès dans cette tranche d'âge.

**Source** • CépiDc-Inserm. Analyses InVS.

Les **tableaux 3 et 4** indiquent la fréquence des pathologies somatiques regroupées selon les grands chapitres de la classification internationale des maladies :

• **tous âges confondus**, le groupe de pathologies somatiques le plus représenté (maladies de l'appareil circulatoire) concerne moins de 5 % des suicides, alors qu'il est signalé en cause initiale ou associée dans le décès de près d'une personne sur deux dans les autres cas. Les autres pathologies ont des fréquences de signalement encore moindres en cas de suicide et systématiquement très en deçà des fréquences observées dans les CDR :

cancers : 3 % (31,4 % dans les CDR), maladies du système nerveux : 4 % (10,4 % dans les CDR), maladies respiratoires : 2,2 % (20,4 % dans les CDR), endocriniennes 1,7 % (12,7 % dans les CDR), digestives : 1 % (10,2 % dans les CDR).

• à l'exception des maladies du système nerveux, on note une **augmentation de fréquence du signalement** des pathologies somatiques **avec la classe d'âge chez les suicidés.** Chez les plus de 65 ans, c'est un décès par suicide sur quatre qui s'accompagne du signalement de pathologies somatiques associées au décès, un cancer est indiqué chez 8 % d'entre eux. La comparaison avec les fréquences observées dans les CDR ne permet cependant de suggérer, pour aucune tranche d'âge, de pathologies liées particulièrement aux suicides (RR systématiquement significativement inférieurs à 1).

## Synthèse

Les informations médicales recueillies dans les certificats de décès confortent le lien entre troubles mentaux et suicide : 40 % des suicides en France sont associés selon les médecins certificateurs à la présence de tels troubles, en grande majorité dépressifs (35 % des suicides). Les troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques constituent dans le champ de la pathologie psychiatrique un facteur contributeur généralement considéré comme majeur dans le phénomène suicidaire. En France, les certificats de décès indiquent des troubles psychotiques en cause chez 2,4 % des suicidés (3,8 % chez les moins de 25 ans). Ces troubles psychotiques sont 3,5 fois plus fréquemment déclarés associés aux décès par suicide qu'à l'ensemble des autres décès, le risque relatif étant particulièrement important chez les moins de 25 ans (RR : 11,3). Ces proportions s'avèrent plutôt basses par rapport aux résultats issus des études internationales menées par autopsies psychologiques (voir références : Arsenault-Lapierre [2004] et Expertise collective Inserm [2005]), mais sont en France cohérentes avec les données recueillies au sein du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) auprès des patients hospitalisés pour tentative de suicide (TS) qui indiquent chez 35 % de ces patients une pathologie dépressive associée à l'acte suicidaire et chez 2,5 % d'entre eux des troubles psychotiques (voir référence : Chan Chee [2014]).

Pour 15 % des suicides, le certificat indique l'existence d'affections somatiques ayant contribué au décès, sans que l'étude n'ait été en mesure d'identifier de pathologies somatiques liées particulièrement aux suicides. Ce lien entre suicides et pathologies organiques s'avère difficile à apprécier, compte tenu, d'une part, de la multiplicité des troubles signalés, et de la forte contribution des différentes pathologies aux décès toutes causes. Par ailleurs, sont intégrées les affections générées au cours même du processus morbide ayant conduit au décès. Néanmoins les pathologies

graves restent des causes contributives à ne pas négliger, en particulier chez les sujets les plus âgés.

Au total, cette étude exploratoire a permis une première description de l'information transmise par les médecins certificateurs sur les causes de décès associées aux suicides qu'il conviendra d'affiner. Ces données transversales restent cependant limitées par l'absence d'information sur l'antériorité des troubles signalés, qui permettrait de mieux édicter des recommandations dans une démarche de prévention du risque suicidaire.

**Indicateur**
Fréquence des troubles mentaux et pathologies somatiques associés aux suicides dans les certificats de décès.
**Champ**
France (métropole + DOM), population âgée de 8 ans et plus. Années 2000 à 2010.
**Source**
Base CépiDc-Inserm des causes médicales de décès issues des certificats de décès.
**Mode de construction de la fiche**
Nombre de décès comportant un code de trouble mental (ou de pathologie somatique) parmi les décès comportant un code de suicide (*versus* aucun code de suicide), quel que soit l'ordre d'inscription dans le certificat. Les risques relatifs de troubles associés aux suicides sont issus d'un modèle de régression de poisson ajustant sur l'âge et le sexe. Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant un des codes X60 à X84 ; les troubles mentaux et du comportement correspondent au chapitre V (code F) de la CIM10. Les pathologies somatiques considérées correspondent aux chapitres I à XVII de la CIM 10 (codes A à Q), à l'exclusion du chapitre V (code F) des troubles mentaux et du comportement, et du code I46 d'arrêt cardiaque. Les chapitres pour lesquels les fréquences étaient inférieures à 0,5 % chez les suicidés n'ont pas été reportés dans les tableaux.
**Limites et biais**
Le fichier de données des causes de décès ne différencie pas les affections générées au cours du processus morbide ayant entraîné la mort des antécédents en cause (par ex. : une hémorragie intracérébrale peut-être secondaire à l'acte suicidaire ou avoir contribué à la décision d'acte suicidaire). Les médecins certificateurs peuvent ne pas considérer utile de mentionner des pathologies qui n'entrent pas directement dans le processus mortel, mais sont des facteurs de risque dont la causalité sur l'acte suicidaire est incertaine, en particulier pour les pathologies somatiques. La qualité des informations portées en causes associées aux suicides n'a pas fait jusqu'ici l'objet d'évaluation.
**Organisme responsable de la fiche**
Institut de veille sanitaire.

## Références


- Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G., 2004, « Psychiatric Diagnoses in 3 275 Suicides : a Meta-analysis », *BMC Psychiatry*, 4, 37.
- Expertise collective Inserm, 2005, *Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, Paris, Les éditions Inserm.
- Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *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, 52 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr

FICHE 3

# Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide

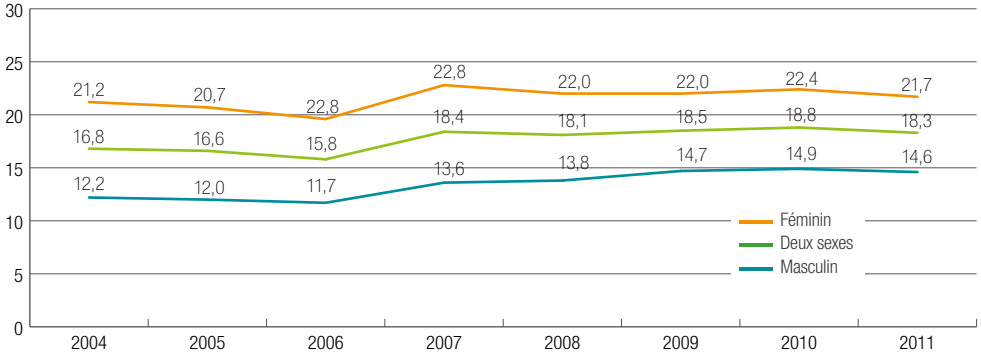
Entre 2004 et 2011, en France métropolitaine, le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) a permis de comptabiliser 765 616 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) hors services de psychiatrie. Ces hospitalisations ont concerné 556 708 personnes, soit une moyenne annuelle de 90 000 hospitalisations pour TS concernant 70 000 personnes. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté environ 65 % de l'ensemble des séjours pour TS.

## Taux d'hospitalisation en médecine et chirurgie

Sur la période d'étude, le taux d'hospitalisation pour TS est en moyenne de 17,7 pour 10 000 habitants par an. Ces taux sont différents selon le sexe : 13,4 pour 10 000 hommes et 21,5 pour 10 000 femmes. L'évolution entre 2004 et 2011 montre une augmentation des taux passant de 16,8 pour 10 000 à 18,3 pour 10 000 (de 12,2 à 14,6 chez les hommes et de 21,2 à 21,7 chez les femmes). L'augmentation annuelle des taux d'hospitalisation pour TS sur l'ensemble des années étudiées est estimée à respectivement 4,8 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes. Cette augmentation concerne surtout les années 2004 à 2007 (4 % chez les hommes et 3 % chez les femmes) ; de 2008 à 2012, l'augmentation annuelle des taux est estimée à 2,5 % chez les hommes tandis que chez les femmes, l'évolution des taux n'est pas significative (voir **graphique 1**). Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure cette hausse s'explique par une amélioration de la mesure des TS (meilleure qualité du codage par les établissements de santé), ou par une véritable hausse des hospitalisations pour TS, et dans ce dernier cas, pour en comprendre les raisons.

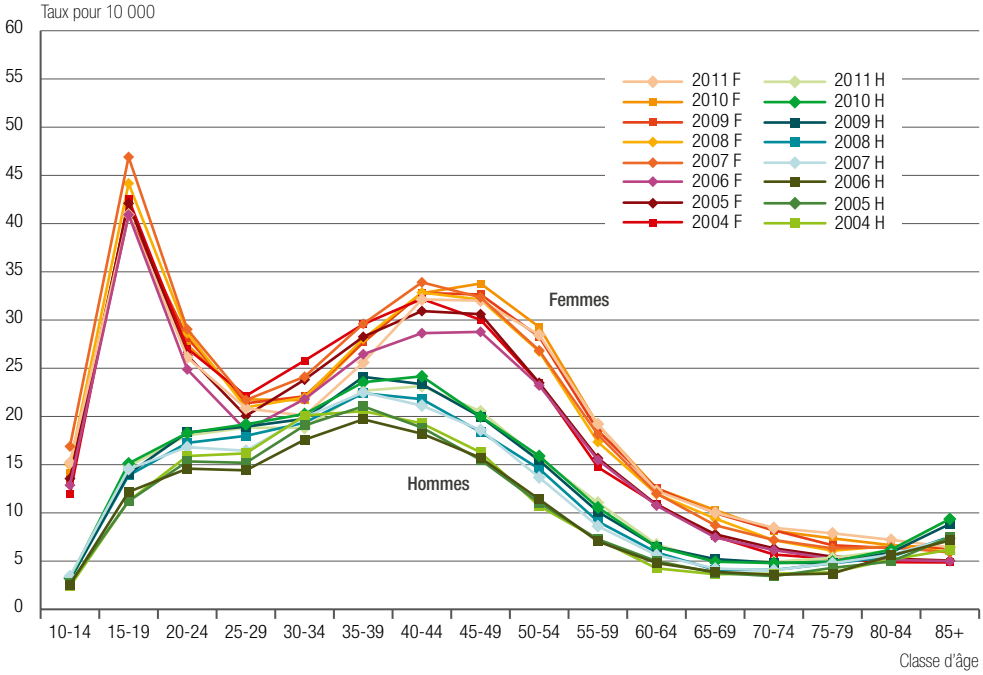
Lorsque l'âge est pris en compte, les taux d'hospitalisation pour TS montrent des courbes avec des allures différentes selon le sexe (voir **graphique 2**). Les séjours hospitaliers pour TS des jeunes filles de 15 à 19 ans présentent les taux les plus élevés, avoisinant en moyenne 43 pour 10 000.

## GRAPHIQUE 1 Taux standardisés* des hospitalisations pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) en France métropolitaine – PMSI-MCO 2004-2011




* Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.
**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, en 2004, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 12,2 pour 10 000 habitants chez les hommes en France métropolitaine.
**Source** • ATIH, analyses InVS.

## GRAPHIQUE 2 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) selon l'âge et le sexe en France métropolitaine – PMSI-MCO 2004-2011




**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, en 2004, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 12,2 pour 10 000 habitants chez les hommes de la tranche d'âge 10-14 ans en France métropolitaine.
**Source** • ATIH, analyses InVS.

Les régions du Nord et de l'Ouest à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire présentent systématiquement des taux standardisés supérieurs de plus de 20 % au taux national chez les hommes comme chez les femmes.

## Modes opératoires des tentatives de suicide hospitalisées

Quelle que soit l'année considérée, l'auto-intoxication médicamenteuse est le mode opératoire de loin le plus fréquent et concerne 82 % des TS hospitalisées (74 % des séjours masculins et 89 % des séjours féminins). Les médicaments les plus utilisés sont les psychotropes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire, ne représentant que 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (11 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins). La phlébotomie (section des veines) et la pendaison représentent respectivement 5 % et 1,6 % des séjours hospitaliers pour TS tandis que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont des modalités plus rares représentant chacune moins de 1 % des séjours par an. Par ailleurs, les trois-quarts des hospitalisations pour TS par pendaison et 86 % des hospitalisations pour TS par arme à feu concernent des hommes.

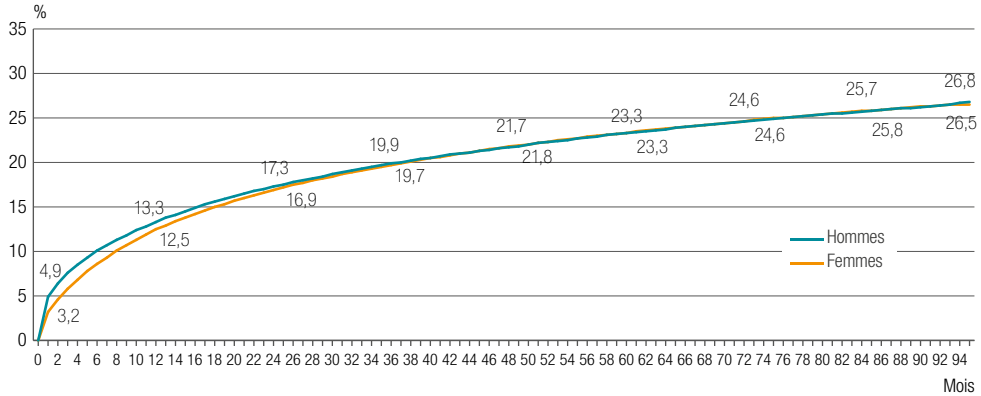
## Réhospitalisation pour TS

Au cours des huit années étudiées, 80,3 % des patients (n = 447 011) ont été hospitalisés une seule fois pour TS et pour 19,7 % d'entre eux (n = 109 697), il y a eu plusieurs séjours en médecine ou chirurgie. Lorsqu'il y a réadmission pour TS, le nombre moyen de séjours hospitaliers entre 2004 et 2011 est de 2,9 sans différence significative entre les hommes et les femmes. Le délai moyen entre deux séjours pour TS est estimé à 368 jours, le délai médian[1] à 179 jours. Le délai moyen entre deux hospitalisations est de 353 jours chez les hommes contre 376 jours chez les femmes et le délai médian respectivement de 158 et 189 jours.

Après une première hospitalisation ayant lieu entre 2004 et 2011, le taux d'une réadmission pour TS est globalement de 3,8 % à un mois, 12,8 % à 12 mois et augmente jusqu'à 26,6 % à 8 ans. Ces taux sont plus élevés chez les hommes jusqu'à 24 mois (13,3 % à un an et 17,3 % à deux ans contre respectivement 12,5 % et 16,9 % chez les femmes). Au-delà de deux ans, les courbes selon le sexe sont superposables (voir **graphique 3**).

1. Lorsqu'il y a une réhospitalisation pour TS, pour la moitié des patients, la réadmission a eu lieu moins de 179 jours après l'hospitalisation précédente.

**GRAPHIQUE 3** Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulés après une hospitalisation index entre 2004-2011 par sexe – PMSI-MCO




**Lecture** • D'après les données du PMSI-MCO, entre 2004 et 2011, un mois après une hospitalisation pour TS, 3,2 % des femmes concernées sont réadmises à l'hôpital pour TS.
**Source** • ATIH, analyses InVS.

## Passages aux urgences pour TS

Dans la base de données Oscour® sur les passages dans les services d'urgences hospitalières, 63 % des passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 ont été suivis d'une hospitalisation : 9 % en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales (52 % chez les hommes et 56 % chez les femmes). À partir du pourcentage de transfert en médecine ou chirurgie et du nombre de patients hospitalisés dans ces services pour TS par classe d'âge et par sexe, le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années, répartis entre 66 000 et 78 000 recours masculins et entre 108 000 et 120 000 recours féminins (voir **tableau 1**).

## Hospitalisation en psychiatrie

Les hospitalisations en psychiatrie n'ont donné lieu à des enregistrements pour le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qu'à partir de 2007 avec une montée en charge progressive. Dans le RIM-P, entre 2009 et 2011, 33 269 patients avaient un code de TS pour un total de 44 748 séjours en établissements psychiatriques en France métropolitaine, soit une moyenne annuelle de 11 000 patients dont environ 4 000 étaient transférés en psychiatrie après un séjour en médecine.

**TABLEAU** Répartition du nombre de passages aux urgences pour TS selon le sexe, PMSI-MCO et Oscour® 2007-2011

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hommes** [IC 95 %] | **N = 65 986** [57 925-77 339] | **N = 66 634** [59 194-76 745] | **N = 75 393** [68 509-84 191] | **N = 78 337** [72 657-85 175] | **N = 76 075** [70 868-82 274] |
| **Femmes** [IC 95 %] | **N = 108 715** [98 964-120 949] | **N = 107 377** [98 434-118 374] | **N = 108 878** [101 060-118 205] | **N = 121 112** [114 026-129 238] | **N = 115 783** [109 447-122 985] |
| **Total** [IC 95 %] | **N = 176 708** [156 889-198 288] | **N = 176 018** [157 628-195 119] | **N = 186 280** [169 569-202 396] | **N = 201 459** [186 682-214 413] | **N = 193 869** [180 315-205 260] |

IC : intervalle de confiance.
**Source** • ATIH et Oscour®, analyses InVS.

## Synthèse et conclusion

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées pour TS pour 90 000 séjours en médecine et chirurgie. L'analyse circonscrite aux TS hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie entre 2004 et 2011 donne une image homogène mais partielle du phénomène suicidaire. En effet, le PMSI-MCO ne comptabilise pas les patients suicidants ne recourant pas aux urgences, ni ceux non hospitalisés après un passage aux urgences, ni ceux hospitalisés en psychiatrie soit directement soit après un passage aux urgences. En utilisant également les données de la base Oscour®, le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années. Par ailleurs, les données du RIM-P semblent encore parcellaires pour rendre fidèlement compte des hospitalisations en établissements psychiatriques suite à une TS, car entre 2009 et 2011, seulement environ 11 000 patients par an avaient un code de TS.

Malgré ces limites, ces données mettent en évidence certains points importants : la vulnérabilité des adolescentes de 15-19 ans avec un taux d'hospitalisation très élevé, les récidives de TS concernant un patient sur cinq. Les données suggèrent également une augmentation des hospitalisations pour TS entre 2004 et 2011, en particulier chez les hommes ; des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure cette hausse s'explique par une amélioration de la mesure des TS (meilleure qualité du codage par les établissements de santé), ou par une véritable hausse des hospitalisations pour TS, et dans ce dernier cas, pour en comprendre les raisons. Ces résultats suggèrent la nécessité de développer des programmes de prévention et de prise en charge de la TS dans la population adolescente et des études d'une part pour évaluer les modalités de suivi des patients afin de prévenir les récidives.

**Indicateur**
hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide.
**Champ**
France métropolitaine, population âgée de 10 ans ou plus.
**Source**
PMSI-MCO et RIM-P ATIH, analyses InVS et Oscour®.
**Mode de construction de la fiche**
Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population française 1999. Pour les hospitalisations pour TS, codes X60-X84 en diagnostics associés (codes X60-X84 interdits en diagnostic principal dans le PMSI).
**Limites et biais**
La qualité des données est dépendante du codage effectué par les cliniciens et l'anonymisation des données nationales ne permet aucun retour direct aux sources pour vérification. Une évaluation de la qualité et de l'exhaustivité du codage n'a pas été faite et semble nécessaire, en particulier pour les données du RIM-P.
**Organisme responsable de la fiche**
Institut de veille sanitaire.

## Références


- Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *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, 52 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2011, *Aide à l'utilisation des informations de chaînage*, Lyon, 22 p.
- Caillère N., Fouillet A., Henry V., Vilain P., Mathieu A., Raphaël M. *et al.*, 2012, *Surveillance des urgences. Réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 12 p.

FICHE 4

# Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires en 2005 et 2010

## Contexte

En France, les tentatives de suicide (TS) ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement consulté au service des urgences d'un hôpital. En conséquence, les enquêtes menées auprès de la population générale comme le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) fournissent des données uniques sur l'épidémiologie des tentatives de suicide et des pensées suicidaires et constituent un complément indispensable à la surveillance des actes suicidaires. Elles permettent de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire et d'étudier de façon fine les facteurs qui y sont associés. La littérature confirme le fort lien existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli, justifiant de ce fait de l'attention portée à de tels indicateurs. Plusieurs études ont par ailleurs souligné un impact de la hausse du chômage liée à la crise financière sur le taux de suicide en Europe et en Amérique, surtout chez les hommes en âge de travailler.

## Niveaux et évolutions

En 2010, parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans (n = 27 653), 5,5 % déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes) et 0,5 % au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7 %) que les hommes (0,3 %) à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. La prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois varie également en fonction de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %), et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge (voir **graphique 1**). Entre 2005 et 2010, on observe une légère tendance à la hausse

(p = 0,09) des TS déclarées au cours des 12 derniers mois sur la population des 15-75 ans[1] : respectivement 0,3 % en 2005 contre 0,5 % en 2010.

Par ailleurs, en 2010, parmi les 15-85 ans, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois[2]. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (4,4 %) que les hommes (3,4 %) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes (4,0 % des 15-25 ans chez les femmes contre 2,4 % chez les hommes) ou les plus élevées (4,4 % des femmes de 55-85 ans contre 2,5 % des hommes de la même tranche d'âge). Entre 26 et 54 ans, les niveaux de pensées suicidaires sont relativement proches entre hommes et femmes. C'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5,1 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes ; voir **graphique 2**).

## Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées en 2005 et 2010

En 2005, parmi les personnes de 15 à 54 ans[3], le facteur de risque le plus important dans la survenue des TS était le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois pour les femmes (OR[4] = 7,2 ; OR [hommes] = 5,1) et le fait de vivre seul pour les hommes (OR = 6,2 ; OR [femmes] = 2,5). Les autres facteurs associés étaient la situation de chômage pour les deux sexes et le tabagisme pour les femmes. Le niveau de diplôme et le revenu n'étaient pas significativement liés aux TS déclarées.

En 2010, le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois reste le facteur le plus important pour les femmes (OR = 8,4 ; OR [hommes] = 4,5) alors qu'un faible niveau de revenu devient le facteur le plus fortement associé pour les hommes (OR = 4,6 ; non significatif pour les femmes). Les autres facteurs liés aux TS au cours des 12 derniers mois sont, comme en

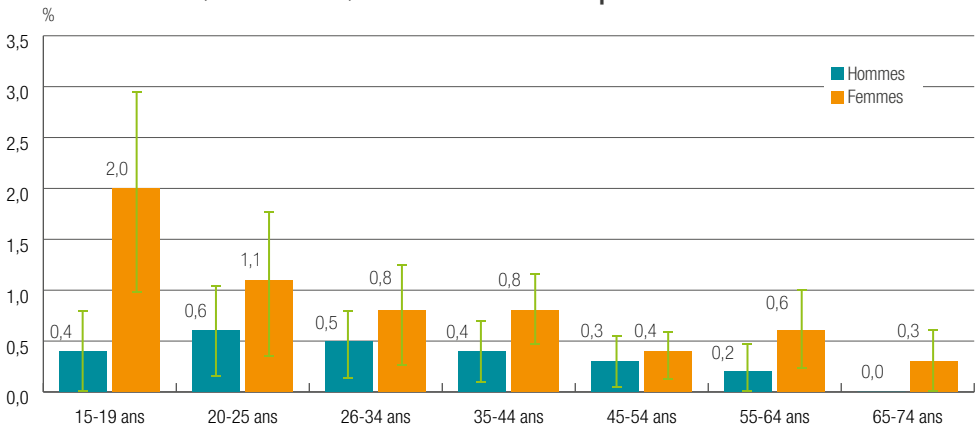
1. Les 76-85 ans n'étaient pas interrogés en 2005.

2. La comparaison avec 2005 n'est pas possible dans la mesure où la question était moins spécifique et portait sur le fait d'avoir pensé « au suicide » de manière générale.

3. Dans la mesure où aucun homme de plus de 54 ans n'a déclaré de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois en 2005, l'analyse des facteurs associés est restreinte aux 15-54 ans pour les deux années.

4. Le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois multiplie par 7,2 le risque de faire une TS chez les femmes par rapport à celles qui n'ont pas subi de violences physiques dans les 12 derniers mois, toutes choses égales par ailleurs. Cet *odds-ratio* (OR) est issu d'une régression logistique ayant pour variable dépendante la survenue déclarée d'une TS au cours des 12 derniers mois et pour variables explicatives l'âge en tranches, le niveau de diplôme, la situation de chômage, le revenu par unité de consommation, le fait de vivre seul, les violences physiques subies au cours des 12 derniers mois, le tabagisme quotidien et l'usage d'alcool à risque chronique.

## GRAPHIQUE 1 Prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-75 ans)* – France métropolitaine 2010



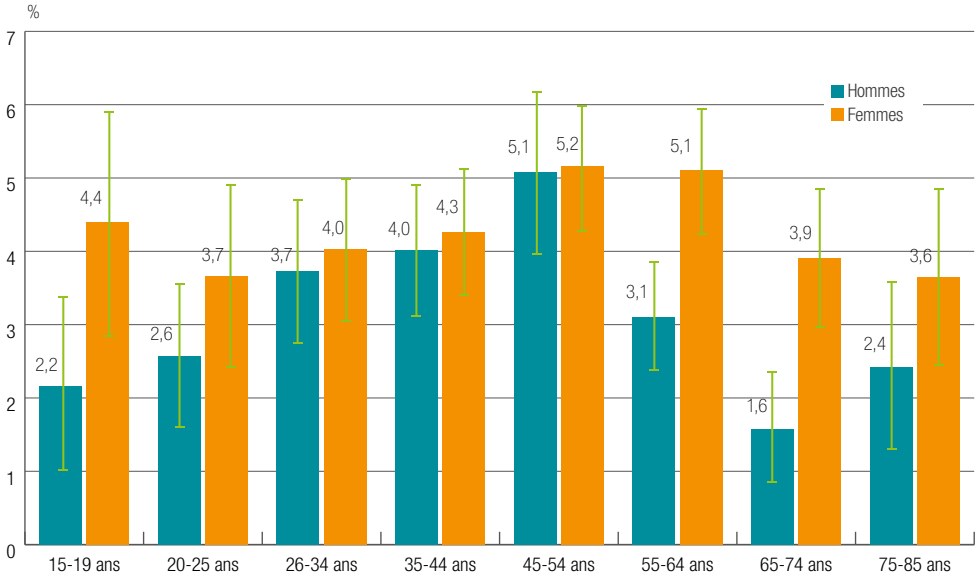

* Dans la mesure où aucun enquêté n'a déclaré de tentative de suicide au cours de l'année au-delà de 75 ans, la fiabilité des chiffres sur cette tranche d'âge est sujette à caution. En effet, s'il est probable qu'au-delà de 75 ans, les tentatives aboutissent très fréquemment à un décès, il est aussi possible que l'on touche aux limites de l'enquête pour les plus âgés (plus de refus, entretiens plus difficiles pour les questions sensibles...).

**Champ** • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.

**Lecture** • 0,4 % des hommes de 15 à 19 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

**Source** • Baromètre santé 2010, INPES.

## GRAPHIQUE 2 Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-85 ans) – France métropolitaine 2010




**Champ** • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 85 ans.

**Lecture** • 2,2 % des hommes de 15 à 19 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.

**Source** • Baromètre santé 2010, INPES.

2005, le fait de vivre seul, et l'usage de substances psychoactives avec des différences selon le genre. L'usage d'alcool à risque chronique est ainsi associé aux TS chez les hommes seulement (OR = 3,2) alors que la consommation de tabac n'y est associée que chez les femmes. En 2010, le chômage n'est plus associé aux TS dans l'année.

Ces facteurs, mis en avant grâce aux données du Baromètre santé 2010, sont relativement semblables à ceux relevés dans la littérature. Le lien entre chômage et TS dans les 12 derniers mois, qui était observé en 2005, a disparu en 2010 parmi les individus de 15 à 54 ans, alors qu'un faible niveau de revenu apparaît comme un facteur de risque majeur chez les hommes en 2010. Depuis la crise financière, dans le contexte où les taux de TS déclarées pourraient avoir très légèrement augmenté, cette évolution peut être interprétée comme un effet protecteur des ressources financières. Il faut rester néanmoins prudent quant à l'interprétation qui peut être faite à partir de ce constat qui n'est pas suffisant pour établir un lien de causalité avec la crise économique. Il faut ajouter à cela les limites liées au faible nombre de TS déclarées dans cette enquête.

## Références


- Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saïas T., 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bull Épidémiol Hebd*, décembre, numéro spécial suicide, 47-48, p. 489-492.
- Beck F., Guignard R., Saïas T., Du Roscoat E., 2014, « Suicidal Attempts in France After the 2008 Crisis [poster] », Conférence de l'*International Society for Affective Disorders,* Avril, Berlin.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., 2011, « Effects of the 2008 Recession on Health : a First Look at European Data», *The Lancet*, Volume 378, Issue 9786, July 9, p. 124-5.

FICHE 5

# Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel (sip)

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP, cf. encadré), les personnes présentant des idées suicidaires ont des indicateurs de santé plus dégradés que les autres individus. Leur isolement social et relationnel est également plus marqué. Elles sont moins souvent en emploi et, lorsqu'elles le sont, elles sont plus exposées aux risques psychosociaux. Au cours de leur carrière, elles ont passé moins de temps en emploi.

En 2010, 5 % des personnes âgées de 40 à 59 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête SIP. Dans cette enquête, les idées suicidaires ont été explorées à l'aide de la question suivante, posée uniquement aux personnes présentant des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives) : « *Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé ou sans intérêt pour la plupart des choses, avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires (comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?* ». Ces personnes présentant des idées suicidaires (et des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie) ont des indicateurs de santé nettement plus dégradés que les autres. Elles sont environ trois fois plus nombreuses à déclarer une santé altérée[1] ou des limitations dans leurs activités quotidiennes pour raison de santé (**tableau 1**). À noter que par sa nature subjective et synthétique, un état de santé altéré peut aussi refléter une santé mentale dégradée. Entre leurs 19 et 40 ans, elles ont également passé plus de temps avec au moins un évènement de santé[2] (12,7 ans contre 8,6 ans). 23 % des personnes présentant des idées suicidaires sont obèses contre 14 % des autres individus. Elles sont

1. La santé est dite « altérée » lorsque l'état de santé perçu est déclaré comme « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

2. Les évènements de santé regroupent les pathologies chroniques, les accidents et les handicaps déclarés par l'enquêté.

## TABLEAU 1 Indicateurs de santé

| | Parmi les personnes | |
|---|---|---|
| | présentant des pensées suicidaires | ne présentant pas des pensées suicidaires |
| **Santé altérée** | 77 %*** | 28 %*** |
| **Au moins une maladie chronique** | 55 %*** | 33 %*** |
| **Limitation d'activité** | 51 %*** | 17 %*** |
| **Temps passé entre 19 et 40 ans, avec au moins un événement de santé (en année)** | 12,7*** | 8,6*** |
| **Indice de masse corporelle (IMC[1])** | | |
| - Sous-poids | *5 %** | 2 %* |
| - Poids normal | 45 %** | 49 %** |
| - Surpoids | 26 %** | 34 %** |
| - Obésité | 23 %*** | 14 %*** |
| **Comportements à risque** | | |
| - Fumeur quotidien | 50 %*** | 28 %*** |
| - Consommateur d'alcool à risque chronique | *11 %*** | 5 %** |

1. L'IMC calcule la corpulence d'un individu en divisant le poids, exprimé en kilogrammes, par la taille, en mètres, élevée au carré.

**Note** • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). Les données en italique disposent d'effectifs faibles.

**Champ** • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010.

**Lecture** • 77 % des personnes présentant des idées suicidaires (et des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie) déclarent leur état général de santé comme altéré (c'est-à-dire comme moyen, mauvais ou très mauvais), contre 28 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

**Source** • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

## TABLEAU 2 Les caractéristiques sociodémographiques

| | Parmi les personnes | |
|---|---|---|
| | présentant des pensées suicidaires | ne présentant pas des pensées suicidaires |
| **Hommes** | 38 %*** | 49 %*** |
| **Diplôme** | | |
| - Aucun | 12 % | 9 % |
| - Inférieur au baccalauréat | 51 % | 47 % |
| - Baccalauréat | 20 % | 18 % |
| - Supérieur au baccalauréat | 15 %*** | 25 %*** |
| **En couple** | 63 %*** | 82 %*** |
| **Quelqu'un sur qui compter** | 81 %*** | 92 %*** |
| **Événement dans l'enfance** | 69 %*** | 48 %*** |

**Note** • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*).

**Champ** • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010.

**Lecture** • 38 % des personnes présentant des idées suicidaires (et des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie) sont des hommes, contre 49 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

**Source** • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

également deux fois plus nombreuses à fumer quotidiennement (50 % contre 28 % des autres individus) ou à avoir une consommation d'alcool à risque chronique[3] (11 % *versus* 5 %).

Les personnes présentant des idées suicidaires sont moins fréquemment des hommes, et sont moins souvent diplômées de l'enseignement supérieur (**tableau 2**). De plus, elles sont moins en couple (63 % *versus* 82 %) et disposent moins d'un soutien psychologique : 81 % déclarent avoir quelqu'un sur qui compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile, contre 92 % des autres individus. Enfin, elles sont également plus nombreuses à avoir connu au moins un événement marquant dans l'enfance[4] (69 % *versus* 48 %).

Le travail constitue un facteur de protection contre le suicide. Ainsi, les personnes ayant des idées suicidaires sont moins souvent en emploi (63 % contre 83 %), en 2010 (**tableau 3**). Et, lorsqu'elles le sont, elles travaillent plus souvent à temps partiel. Les risques psychosociaux (RPS) au travail sont des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Parmi les individus en emploi en 2010, les personnes présentant des idées suicidaires se déclarent nettement plus exposées à des facteurs psychosociaux de risque au travail. Bien que les personnes ayant des idées suicidaires occupent plus souvent des postes d'employé ou d'ouvrier, les écarts observés dépassent le clivage inhérent à la hiérarchie sociale. Enfin, les personnes présentant des idées suicidaires ont des sentiments exacerbés par rapport à la place de leur travail (ou de la recherche d'un emploi) dans leur vie. Elles sont plus nombreuses à déclarer que l'emploi ou la recherche d'emploi est plus important que tout le reste[5] (18 % contre 5 %) ou, au contraire, qu'il a peu d'importance (12 % contre 4 %). Au cours de leur carrière, les personnes présentant des idées suicidaires ont passé plus de temps hors de l'emploi (5,3 ans contre 3,3 ans). Elles sont aussi moins satisfaites de leur parcours professionnel.

3. Personnes consommant un nombre important de verres d'alcool par semaine (au moins 22 pour les hommes et 15 pour les femmes) ou qui consomment 6 verres d'alcool ou plus en une seule occasion au moins une fois par semaine.

4. Il s'agit des événements qui ont marqué la vie de l'enquêté depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 18 ans. Ils sont repérés à l'aide de 12 items (un handicap, une longue maladie, le décès d'un proche, des conflits ou des violences, répétés, à l'école ou dans le voisinage…).

5. Vie familiale, personnelle, sociale…

## TABLEAU 3 Caractéristiques liées à l'emploi

| | Parmi les personnes | |
|---|---|---|
| | présentant des pensées suicidaires | ne présentant pas des pensées suicidaires |
| **En emploi dont :** | 63 %*** | 83 %*** |
| - emploi à temps partiel | 29 %** | 18 %** |
| - score d'exposition aux risques psychosociaux | 6,3*** | 4,2*** |
| **Groupe social :** | | |
| - agriculteur ou artisan | *6 %** | 10 %* |
| - cadre ou profession intermédiaire | 30 %** | 39 %** |
| - employé ou ouvrier | 63 %*** | 51 %*** |
| **Actuellement, l'emploi ou la recherche d'emploi :** | | |
| - est plus important que tout le reste | *18 %**** | 5 %*** |
| - est très important, mais autant que d'autres choses | 35 %*** | 48 %*** |
| - est assez important, mais moins que d'autres choses | 34 %** | 44 %** |
| - n'a que peu d'importance | *12 %**** | 4 %*** |
| **Entre 15 et 40 ans, années passées :** | | |
| - étude | 2,9*** | 3,7*** |
| - emploi long | 5,5*** | 3,8*** |
| - emploi court | 12,1*** | 15,0*** |
| - hors emploi | 5,3*** | 3,3*** |
| **Note moyenne (sur 10) relative au ressenti face au sentiment de satisfaction** | **6,3*** ** | **7,4*** ** |

**Note** • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). Les données en italique disposent d'effectifs faibles.
**Champ** • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010.
**Lecture** • 63 % des personnes présentant des idées suicidaires (et des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie) sont en emploi en 2010 contre 83 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.
**Source** • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

### L'enquête Santé et itinéraire professionnel

Les liens entre santé et travail sont complexes et l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), menée par la DREES et la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) permet de les éclairer en abordant de façon combinée les questions d'emploi, de conditions de travail et de santé. Cette enquête innovante a été effectuée en deux vagues en population générale en France métropolitaine. En 2006, la première vague de l'enquête a permis de récupérer, à l'aide d'une approche rétrospective, les trajectoires familiales, professionnelles et de santé de près de 14 000 individus. En réinterrogeant ces derniers quatre ans plus tard, la seconde vague de l'enquête dispose de données en panel auprès de 11 016 personnes. Chaque vague dispose d'informations fines sur l'emploi, les conditions de travail et la santé au moment de l'enquête. La seconde vague permet, par ailleurs, de recueillir des éléments plus détaillés sur les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les personnes ayant un emploi au moment de l'enquête. Dans cette étude, nous exploitons uniquement la partie longitudinale de l'enquête SIP, c'est-à-dire l'ensemble des répondants aux deux vagues de l'enquête, en nous restreignant aux personnes âgées de 40 à 59 ans.

## Références


- Riccardis (de) N., 2014, « Profils et trajectoires des personnes présentant des idées suicidaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 886.

FICHE 6

# Suicide selon l'emploi exercé

## Contexte

La conduite suicidaire est complexe et multifactorielle. Il est aujourd'hui difficile de comptabiliser le nombre exact de suicides directement liés au travail en l'absence de systèmes de surveillance spécifiques. Néanmoins il existe des programmes de surveillance permettant de fournir des éléments de connaissance dans ce domaine tel que le projet Cosmop développé depuis 2002 par le département santé travail de l'Institut de veille sanitaire. Il consiste à décrire de façon systématique les causes de décès selon l'emploi. L'objectif de ce programme est de repérer d'éventuelles surmortalités dans certains secteurs d'activité ou catégories socioprofessionnelles et d'en suivre l'évolution afin de contribuer à générer des hypothèses nouvelles et à orienter les actions de prévention.

Une première analyse a été réalisée à partir des données de l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE (période 1968-1999). Une seconde exploite les données du panel des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE (période 1976-2002). La cause des décès recensés dans les deux échantillons a été recherchée par appariement aux causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

## Indicateurs principaux

### Risques relatifs de mortalité par suicide et modes opératoires chez les actifs selon l'emploi

Selon l'analyse des données issues de l'EDP apparié aux causes médicales de décès (période entre 1968 et 1999), les agriculteurs exploitants ont un risque relatif de mortalité par suicide 3,1 fois plus élevé que les cadres chez les hommes et 2,2 fois chez les femmes (voir **tableau**). Chez les salariés, quel que soit le sexe, on observe un gradient social de mortalité par suicide, les moins touchés étant les cadres et les plus concernés étant les ouvriers.

Concernant les secteurs d'activité, on observe chez les hommes une surmortalité relative significative dans les secteurs de l'agriculture, sylviculture et pêche, des industries agricoles et alimentaires et des industries des biens

## TABLEAU Risques relatifs (RR) de décès prématurés par suicide chez les deux sexes selon le dernier secteur d'activité (NAP) et le dernier groupe socioprofessionnel (GS) connus en tant qu'actif occupé, ajustés sur l'âge et la période – France, 1968-1999*

| | Hommes (N = 1114 décès; PA = 3 534 883) | | | | Femmes (N = 268 décès; PA = 2 698 299) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N décès | PA | RR | IC 95 % | N décès | PA | RR | IC 95 % |
| **Dernière NAP connue en tant qu'actif occupé** | | | | | | | | |
| Agriculture, sylviculture, pêche | 158 | 375 242 | **1,63** | 1,29–2,06 | 37 | 219 430 | **1,90** | 1,24–2,91 |
| Industrie agricole et alimentaire | 45 | 117 923 | **1,47** | 1,05–2,06 | 7 | 74 645 | **1,18** | 0,54–2,59 |
| Production et distribution d'énergie | 24 | 87 302 | **1** | 0,65–1,55 | - | - | **-** | - |
| Industrie des biens intermédiaires | 130 | 352 608 | **1,39** | 1,09–1,77 | 11 | 108 933 | **1,25** | 0,66–2,40 |
| Industrie des biens d'équipement | 87 | 366 643 | **0,89** | 0,68–1,17 | 24 | 135 356 | **2,21** | 1,37–3,59 |
| Industrie des biens de consommation courante | 59 | 220 652 | **1,02** | 0,75–1,39 | 29 | 270 947 | **1,40** | 0,89–2,20 |
| Industrie de mise en œuvre du bâtiment et du génie civil et agricole | 137 | 439 726 | **1,21** | 0,95–1,54 | 4 | 36 779 | **1,29** | 0,47–3,57 |
| Commerce | 96 | 358 233 | **1,01** | 0,77–1,31 | 25 | 388 267 | **0,78** | 0,49–1,26 |
| Transport et télécommunication | 96 | 304 302 | **1,15** | 0,88–1,50 | 9 | 101 003 | **1,06** | 0,52–2,15 |
| Services marchands | 136 | 474 522 | **1,06** | 0,83–1,35 | 62 | 635 785 | **1,17** | 0,81–1,69 |
| Locations de biens immobiliers | - | - | **-** | - | 1 | 6 855 | **1,56** | 0,22–11,3 |
| Assurances | 7 | 22 729 | **1,16** | 0,54–2,48 | 1 | 35 490 | **0,36** | 0,05–2,58 |
| Institution financière | 11 | 58 291 | **0,69** | 0,37–1,27 | 5 | 67 102 | **0,93** | 0,37–2,32 |
| Services non-marchand | 128 | 461 937 | **1** | Réf | 53 | 617 707 | **1** | Réf |
| **Dernier GS connu en tant qu'actif occupé** | | | | | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 127 | 289 192 | **3,07** | 2,26–4,18 | 32 | 197 449 | **2,20** | 1,07–4,52 |
| Artisans, commerçants, chef d'entreprise | 92 | 319 053 | **1,85** | 1,34–2,56 | 12 | 169 334 | **0,93** | 0,40–2,17 |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 61 | 378 137 | **1** | Réf | 10 | 132 587 | **1** | Réf |
| Professions intermédiaires | 136 | 645 948 | **1,38** | 1,02–1,87 | 47 | 451 280 | **1,51** | 0,76–2,99 |
| Employés | 141 | 423 514 | **2,39** | 1,77–3,23 | 108 | 1 263 729 | **1,31** | 0,68–2,51 |
| Ouvriers | 557 | 1 584 266 | **2,57** | 1,97–3,36 | 59 | 483 919 | **1,91** | 0,97–3,74 |

* Analyses réalisées par l'InVS (programme Cosmop) à partir des données issues de l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE appariées aux causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

**Mode de construction de l'indicateur** • Risques relatifs de mortalité par suicide selon l'emploi calculés par régression de poisson. Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en causes initiales les codes E950 à E959 (CIM-8 avant 1979, CIM-9 de 1979 à 1999). L'emploi a été décrit par le dernier groupe socioprofessionnel et le dernier secteur d'activité (NAP) connus en tant qu'actif occupé.

**Limites et biais** • Sous-estimation des effectifs de suicides dans les statistiques de décès (20 % pour les années antérieures à 2002), manque de puissance pour certaines analyses, non prise en compte des facteurs de confusion (antécédents psychiatriques, événement marquants).

**Champ** • Personnes nées en France métropolitaine après 1890, déclarées actives occupées à au moins un des recensements.

**Lecture** • Les femmes du secteur de l'industrie des biens d'équipement ont un risque relatif de mortalité par suicide 2,2 fois plus élevé que les femmes du secteur des services non-marchand. Les agriculteurs exploitants ont un risque relatif de mortalité par suicide 3,1 fois plus élevé que les cadres chez les hommes et 2,2 fois chez les femmes.

**Source** • Programme Cosmop (InVS) – données socioprofessionnelles et démographiques : Échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE ; causes médicales de décès : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Période entre 1968 et 1999.

intermédiaires. Chez les femmes, le secteur de l'industrie et des biens d'équipement présente une surmortalité significative, le secteur de l'agriculture, sylviculture et pêche arrivant en deuxième position.

Il existe chez les femmes des différences selon les groupes socioprofessionnels concernant les modes de suicide. Les cadres, professions intermédiaires, employées et ouvrières se suicident davantage par ingestion de substances solides ou liquides (41,7 ; 38,3 ; 33,8 et 41,9 % respectivement), tandis que la pendaison est plus fréquente chez les exploitantes agricoles et les artisanes-commerçantes (59,4 et 53,8 % respectivement). Les hommes ont globalement recours à des moyens violents dans tous les groupes socioprofessionnels ; la pendaison est le mode de suicide le plus répandu chez les exploitants agricoles (56,0 %), artisans commerçants (42,3 %), cadres (30,8 %), professions intermédiaires (35,1 %) et ouvriers (48,5 %). Chez les employés, les armes à feu sont le mode de suicide le plus fréquent (32,3 %), la pendaison arrivant en deuxième position (29,7 %).

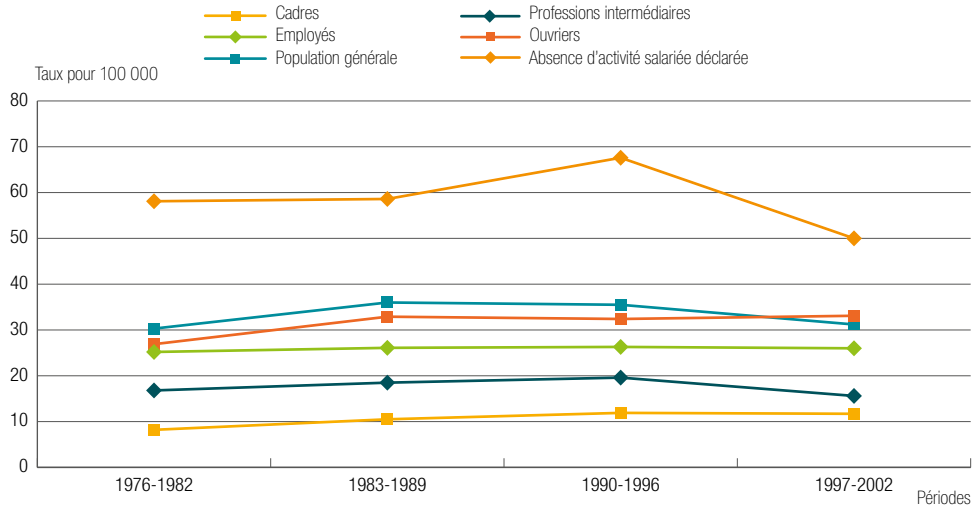
## Taux de mortalité standardisés par suicide chez les travailleurs salariés hommes selon l'emploi

L'analyse des données issues du panel DADS apparié aux causes médicales de décès, sur l'ensemble de la période 1976-2002, montre également un gradient social de mortalité par suicide. Les groupes les plus touchés sont les ouvriers avec un taux standardisé sur l'ensemble de la période de 31,8/100 000, les moins concernés étant les cadres avec un taux standardisé sur l'ensemble de la période de 11,0/100 000. Les taux de suicide chez les ouvriers sont proches de ceux de la population générale (33,4/100 000). Ce gradient social est retrouvé quelle que soit la période considérée. Si la mortalité par suicide demeure relativement stable entre 1976 et 2002, on observe une légère augmentation chez les ouvriers pour la période 1983-1989 (par rapport à 1976-1982) ainsi qu'une légère baisse chez les professions intermédiaires pour la période 1997-2002 (par rapport à 1990-1996) (voir **graphique 1**).

Le taux de mortalité par suicide a également été calculé chez les personnes faisant partie de l'échantillon DADS et n'ayant pas d'activité salariée connue l'année considérée (inactivité ou hors champs d'exploitation). Ce taux est particulièrement élevé sur l'ensemble de la période (58,1/100 000). On observe une augmentation de ce taux pour la période 1990-1996 (par rapport à 1983-1989) suivi d'une baisse pour la période 1997-2002 (voir **graphique 1**).

Concernant les évolutions temporelles de la mortalité par suicide selon les secteurs d'activité, celles-ci ne sont pas strictement superposables selon le secteur considéré (voir **graphique 2**). Dans le secteur de la santé et de

**GRAPHIQUE 1** Taux de mortalité standardisés par suicide chez les hommes selon le groupe socioprofessionnel et en population générale en France – Période 1976-2002, hommes âgés de 15 à 64 ans*




* Hors activité non salariée, salariés de la fonction publique d'État, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales. Analyses réalisées par l'InVS (programme Cosmop) à partir de données issues du panel DADS (INSEE) apparié aux causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

**Mode de construction de l'indicateur** • Taux standardisés de mortalité par suicide. Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en causes initiales les codes E950 à E959 (CIM-8 avant 1979, CIM-9 entre 1979 et 1999) et X60 à X84 (CIM-10 après 2000). L'emploi a été décrit par le groupe socioprofessionnel (PCS 1994), standardisation sur l'âge des salariés au recensement de 1990.

**Limites et biais** • Sous-estimation des effectifs de suicides dans les statistiques de décès (20 % pour les années antérieures à 2002), manque de puissance pour certaines analyses, non prise en compte des facteurs de confusion (antécédents psychiatriques, événement marquants), non couverture de l'ensemble des actifs.

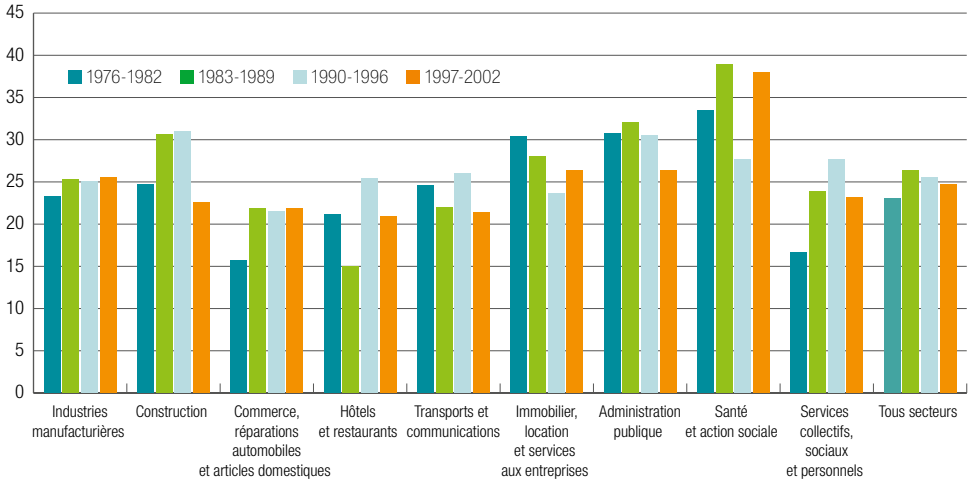
**Champ** • Salariés hommes âgés de 15 à 64 ans à l'exclusion des salariés de la fonction publique d'État, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales.

**Lecture** • Le taux standardisé de mortalité par suicide chez les hommes ouvriers est de 27 pour 100 000 sur la période 1976-1982.

**Source** • Programme Cosmop (InVS) – données socioprofessionnelles et démographiques : panel DADS (Déclaration annuelle des données sociales) de l'INSEE ; causes médicales de décès : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Période entre 1976 et 2002.

l'action sociale, les taux sont élevés quelle que soit la période. Dans le secteur de l'administration publique, la mortalité par suicide présente une tendance à la baisse sur la dernière période, passant de 30,7/100 000 entre 1976 et 1982 à 26,4/100 000 entre 1996 et 2002. Dans la construction, les taux des périodes intermédiaires (1982-1996) sont les plus élevés. Dans l'immobilier, location et services aux entreprises, les taux estimés suggèrent une diminution au cours du temps. Quel que soit le secteur d'activité, il n'est pas observé de tendance nette à l'augmentation de la mortalité par suicide au cours du temps.

## GRAPHIQUE 2 Taux de mortalité standardisés par suicide chez les hommes salariés selon le secteur d'activité en France – Période 1976-2002, hommes âgés de 15 à 64 ans*




* Hors activité non salariée, salariés de la fonction publique d'État, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales. Analyses réalisées par l'InVS (programme Cosmop) à partir de données issues du panel DADS (INSEE) apparié aux causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

**Mode de construction de l'indicateur** • Taux standardisés de mortalité par suicide. Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en causes initiales les codes E950 à E959 (CIM-8 avant 1979, CIM-9 entre 1979 et 1999) et X60 à X84 (CIM-10 après 2000). L'emploi a été décrit par le secteur d'activité (NAF 1993), standardisation sur l'âge des salariés au recensement de 1990.

**Limites et biais** • Sous-estimation des effectifs de suicides dans les statistiques de décès (20 % pour les années antérieures à 2002), manque de puissance pour certaines analyses, non prise en compte des facteurs de confusion (antécédents psychiatriques, événement marquants) non couverture de l'ensemble des actifs, longue période d'étude et changement dans les secteurs d'activité.

**Champ** • Salariés hommes âgés de 15 à 64 ans à l'exclusion des salariés de la fonction publique d'État, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales.

**Lecture** • Sur la période 1983-1989, le taux de mortalité par suicide des hommes du secteur santé et action sociale est d'environ 39 pour 100 000.

**Source** • Programme Cosmop (InVS) – données socioprofessionnelles et démographiques : panel DADS (Déclaration annuelle des données sociales) de l'INSEE ; causes médicales de décès : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Période entre 1976 et 2002.

### Synthèse

Les résultats de l'étude menée pour la période entre 1968 et 1999 suggèrent que les agriculteurs exploitants sont plus à risque de mortalité par suicide que les cadres. Chez les salariés, les ouvriers semblent être les plus touchés. La mortalité par suicide varie selon le sexe et le secteur d'activité. Le secteur agricole présente une surmortalité par suicide pour les hommes et les femmes. Les hommes, quel que soit le groupe socio-professionnel, et les femmes agricultrices exploitantes et artisanes-commerçantes ont plus souvent recours à la pendaison comme mode de suicide.

L'analyse de l'évolution temporelle des taux de suicide entre 1976 et 2002 montre une relative stabilité dans le temps du taux de suicide chez les salariés hommes, confirme les écarts entre les différents groupes sociaux, notamment la surmortalité par suicide des ouvriers (dont le taux de suicide est trois fois plus élevé que chez les cadres et proche de celui de la population générale), et suggère une surmortalité par suicide chez les hommes sans activité salariée déclarée. Dans l'échantillon étudié, le secteur de la santé et de l'action sociale présente sur l'ensemble de la période le plus fort taux de mortalité par suicide.

**Organisme responsable de la fiche**
Institut de veille sanitaire.

## Références


- Cohidon C., Santin G., Geoffroy-Perez B., Imbernon E., 2010, « Suicide et activité professionnelle », *Rev Épidémiol Santé Publique,* 58, avril, p. 139-150.
- Cohidon C., Geoffroy-Perez B., Fouquet A., Le Naour C., Goldberg M., Imbernon E., 2010, Rapport Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles, Institut de veille sanitaire, avril. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr

FICHE 7

# Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants

Un excès de risque de décès par suicide parmi les travailleurs du monde agricole a été mis en évidence dans plusieurs études françaises et internationales. Dans ce contexte, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associés afin de produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans la population des agriculteurs exploitants et des conjoints collaborateurs d'exploitation à partir de 2007. Une première étude transversale a été menée sur les années 2007 à 2009. Les données sociodémographiques et professionnelles de la CCMSA ont été appariées avec les causes médicales de décès pour l'ensemble des individus en activité au 1er janvier des trois années d'étude.

## Indicateurs

### Nombre de suicides, part des suicides parmi les décès et ratios standardisés de mortalité par suicide

Durant les trois années, 2 769 décès ont été observés chez les hommes et 997 chez les femmes. Parmi ces décès, 417 suicides chez les hommes et 68 chez les femmes ont été enregistrés. Au total, sur les trois années, les suicides représentaient 15 % de l'ensemble des décès chez les hommes, soit la troisième cause de décès, après les cancers (32 %) et les affections de l'appareil cardio-vasculaire (19 %). Chez les femmes, les suicides représentaient 7 % des décès après les cancers (49 %) et les pathologies de l'appareil circulatoire (18 %). Une surmortalité par suicide a été observée chez les hommes, par rapport à la population générale, à partir de 2008. Cette surmortalité était de 28 % par rapport à la population générale en 2008 et de 22 % en 2009 (voir **tableau 1**).

### Moyen létal utilisé

La pendaison est de loin le mode de suicide le plus fréquent pour les hommes (61 %) comme pour les femmes (54 %). Chez les hommes, elle est suivie du recours aux armes à feu et explosifs (26 %). Les décès par noyade occupent la

**TABLEAU 1** Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation, en activité professionnelle, selon l'année et le sexe. Années 2007, 2008 et 2009 – France métropolitaine (hors Alsace-Moselle)*

| | Hommes | | | Femmes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb décès par suicide observés | SMR | IC 95 % | Nb décès par suicide observés | SMR | IC 95 % |
| **2007** | 130 | **1,11** | 0,93-1,31 | 19 | **0,91** | 0,55-1,39 |
| **2008** | 146 | **1,28** | 1,08-1,50 | 27 | **1,33** | 0,87-1,90 |
| **2009** | 141 | **1,22** | 1,03-1,44 | 22 | **1,16** | 0,72-1,72 |

* Données issues de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) et du fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).
IC : intervalle de confiance ; SMR : ratio standardisé de mortalité.
**Lecture** • L'excès de mortalité par suicide chez les hommes en 2008 est de 28 % par rapport à la population générale.

troisième position (5 %). Les femmes ont le plus souvent recours à la noyade (15 %) et à l'ingestion de substances (9 %), le recours aux armes à feu et explosifs étant moins fréquent que chez les hommes (4 %).

## Ratios standardisés de mortalité par suicide selon l'âge

Les résultats varient sensiblement avec l'âge. En 2008, l'excès de mortalité par suicide était surtout marqué chez les hommes âgés de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans, qui présentaient un risque de décéder par suicide respectivement de 31 % et 47 % supérieur à celui de la population générale. En 2009, seuls les individus âgés de 55 à 64 ans présentaient une surmortalité significative par suicide de 64 % (voir **tableau 2**).

## Ratios standardisés de mortalité par suicide selon les secteurs d'activité

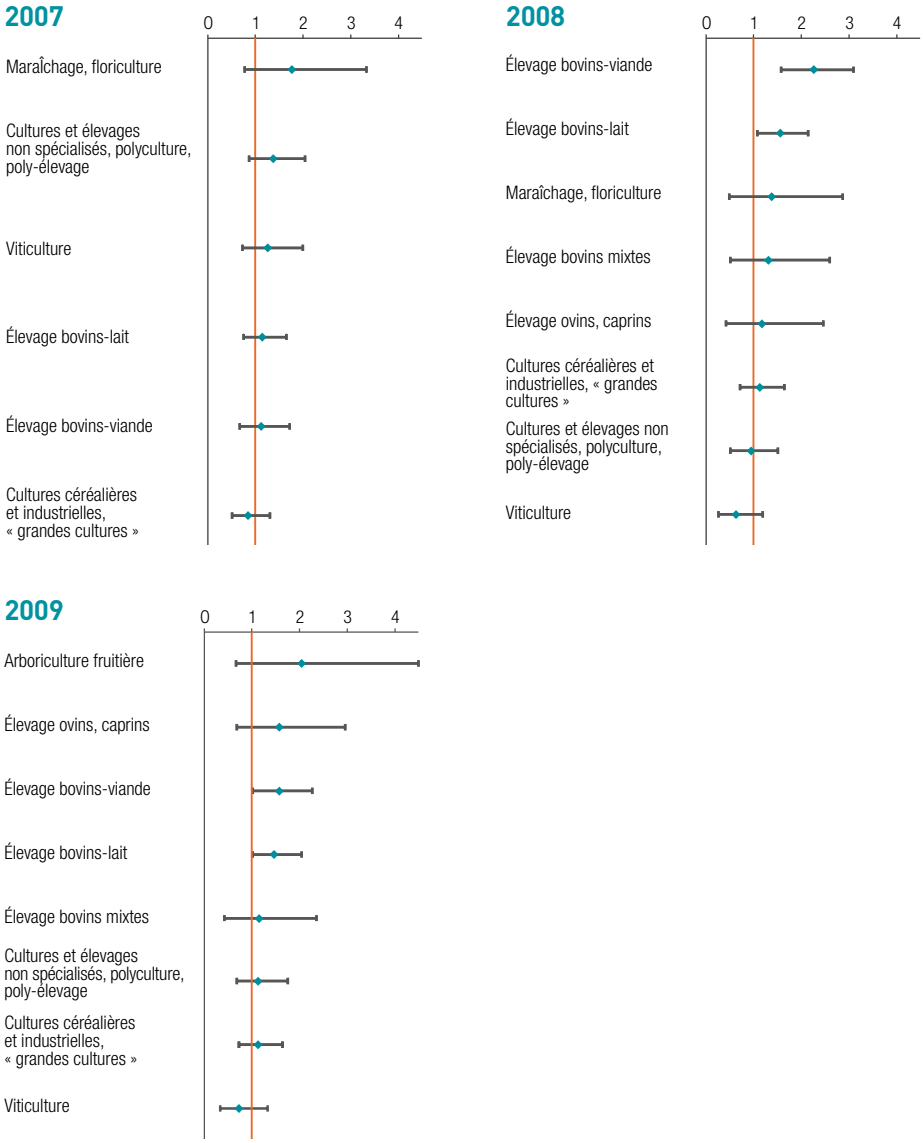
Les résultats varient également avec l'activité agricole principale de l'exploitation. En 2008, deux secteurs d'élevage, l'élevage bovins-lait et bovins-viande présentaient les surmortalités par suicide les plus élevées, respectivement de 56 % et de 127 % supérieures à celle de la population générale. En 2009, ces deux secteurs d'activité présentaient toujours une surmortalité par suicide par rapport à la population française de 47 % pour l'élevage bovin-lait, et de 57 % pour l'élevage bovin-viande (voir **graphique**).

**TABLEAU 2** Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les chefs d'exploitations agricoles et les collaborateurs d'exploitation, en activité professionnelle, âgés de 15 à 84 ans, par classe d'âge, selon l'année et le sexe. Années 2007, 2008 et 2009 – France métropolitaine (hors Alsace-Moselle)*

| | | Hommes | | | Femmes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Année | Classe d'âge | Nb décès par suicide observés | SMR | IC 95 % | Nb décès par suicide observés | SMR | IC 95 % |
| 2007 | 15-24 ans | 3 | **4,94** | 1,02-13,19 | 0 | **0** | 0-157,26 |
| | 25-34 ans | 10 | **1,07** | 0,51-1,90 | 0 | **0** | 0-6,44 |
| | 35-44 ans | 32 | **0,98** | 0,67-1,36 | 2 | **0,49** | 0,06-1,56 |
| | 45-54 ans | 56 | **1,14** | 0,86-1,47 | 8 | **0,93** | 0,40-1,76 |
| | 55-64 ans | 29 | **1,29** | 0,87-1,83 | 7 | **1,04** | 0,42-2,04 |
| | 65-74 ans | 0 | **0** | 0-2,12 | 1 | **1,47** | 0,04-6,87 |
| | 75-84 ans | 0 | **0** | 0-3,80 | 1 | **3,93** | 0,1-18,39 |
| 2008 | 15-24 ans | 2 | **3,36** | 0,41-10,77 | 0 | **0** | 0-177,45 |
| | 25-34 ans | 10 | **1,14** | 0,54-2,01 | 0 | **0** | 0-6,10 |
| | 35-44 ans | 32 | **1,04** | 0,71-1,44 | 5 | **1,33** | 0,43-2,93 |
| | 45-54 ans | 62 | **1,31** | 1,00-1,67 | 9 | **1,04** | 0,48-1,90 |
| | 55-64 ans | 35 | **1,47** | 1,02-2,02 | 12 | **1,85** | 0,96-3,14 |
| | 65-74 ans | 1 | **0,63** | 0,02-2,96 | 1 | **1,54** | 0,04-7,21 |
| | 75-84 ans | 2 | **2,55** | 0,31-8,19 | 0 | **0** | 0-12,74 |
| 2009 | 15-24 ans | 1 | **1,83** | 0,05-8,54 | 0 | **0** | 0-140,37 |
| | 25-34 ans | 13 | **1,53** | 0,81-2,54 | 0 | **0** | 0-5,93 |
| | 35-44 ans | 32 | **1,05** | 0,72-1,47 | 6 | **1,89** | 0,70-3,91 |
| | 45-54 ans | 54 | **1,12** | 0,84-1,45 | 6 | **0,75** | 0,27-1,54 |
| | 55-64 ans | 41 | **1,64** | 1,18-2,21 | 10 | **1,58** | 0,76-2,80 |
| | 65-74 ans | 0 | **0** | 0-1,94 | 0 | **0** | 0-4,40 |
| | 75-84 ans | 0 | **0** | 0-3,97 | 0 | **0** | 0-13,89 |

* Données issues de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) et du fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).
IC : intervalle de confiance ; SMR : ratio standardisé de mortalité.
**Lecture •** L'excès de mortalité par suicide chez les hommes âgés de 55 à 64 ans en 2008 est de 31 % par rapport à la population générale.

**GRAPHIQUE** Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les hommes chefs d'exploitations agricoles et collaborateurs d'exploitation, en activité professionnelle, selon le secteur d'activité (avec un nombre de suicide supérieur ou égal à 5). Années 2007, 2008 et 2009 – France métropolitaine (hors Alsace-Moselle)*




* Données issues de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) et du fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

**Lecture** • En 2008, les hommes du secteur « Élevage bovins-lait » présentent une surmortalité par suicide 56 % supérieure à celle de la population générale.

## Synthèse

Entre 2007 et 2009, 417 suicides chez les hommes et 68 chez les femmes ont été enregistrés dans la population d'étude. Un excès de mortalité par suicide a été mis en évidence chez les hommes exploitants agricoles par rapport à la population française à partir de 2008. Cet excès est particulièrement marqué parmi les hommes âgés de 45 à 64 ans et dans deux secteurs d'élevage bovin (bovins-lait et bovins-viande). Des analyses internes, permettant de comparer des catégories d'exploitant entres elles et utilisant des caractéristiques professionnelles non encore étudiées à ce stade seront menées et permettront d'apporter un éclairage supplémentaire. La mise à jour des données est prévue sur les années 2010 et 2011.

**Champ**
Chefs d'exploitations agricoles et collaborateurs d'exploitation, en activité professionnelle en France métropolitaine (hors Alsace-Moselle).
**Sources**
Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA), CépiDc-Inserm.
**Mode de construction de l'indicateur**
Effectifs, ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide (standardisation sur l'âge par tranche de 5 ans), population de référence : taux de mortalité population française des trois années d'étude (CépiDc-Inserm). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM 10 : X60–X84 et Y87.0.
**Limites et biais**
Sous-estimation des effectifs globaux de suicides d'environ 10 %. Analyses limitées dans certains sous-groupes de la population, notamment pour les femmes en raison des faibles effectifs.
**Organisme responsable de la fiche**
Institut de veille sanitaire.

## Références


- Bossard C., Santin G., Guseva Canu I., 2013, rapport Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 26 p. Disponible à partir de l'URL : http://invs.sante.fr

FICHE 8

# Le suicide des personnes détenues en France

Si une politique volontariste de prévention du suicide a été mise en place par l'administration pénitentiaire dès 1967, elle s'est accentuée à partir de la fin des années 1990[1], puis a été particulièrement renforcée en 2009 avec l'adoption par le garde des sceaux d'un grand plan national d'actions de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral[2], toujours en vigueur.

Ce plan d'envergure du 15 juin 2009 a repris, en les précisant, des recommandations figurant dans les précédents rapports et circulaires et a initié de nouvelles mesures, dont certaines expérimentales. Il comporte vingt mesures autour de cinq axes :

- le renforcement de la formation des personnels pénitentiaires à l'évaluation du potentiel suicidaire (en ciblant en priorité l'ensemble des personnels affectés dans les quartiers de détention les plus sensibles, notamment le quartier arrivants) ;
- l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire (tenues déchirables, cellule de protection d'urgence...) ;
- le développement de la pluridisciplinarité (commission pluridisciplinaire unique dédiée à la prévention du suicide) ;
- la lutte contre le sentiment d'isolement au quartier disciplinaire (procédure d'accueil, accès au téléphone et mise à disposition de postes radio) ;
- et enfin la mobilisation de l'ensemble de la « communauté carcérale » (personnel pénitentiaire, sanitaire, associations, autorités judiciaires, partenaires du ministère de la Justice, famille et codétenus).

Une mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral a été créée en janvier 2010 au sein de la direction de l'administration pénitentiaire afin de renforcer le suivi et l'accompagnement de l'action prioritaire conduite et de l'inscrire dans le long terme.

1. Circulaire DAP JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires ; circulaire Santé/Justice du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires et rapport du professeur Terra de décembre 2003.

2. Note ministérielle du 15 juin 2009.

## Nombre et taux de décès par suicide des personnes détenues

L'étude de l'Institut national d'études démographiques (INED) et de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)[3] sur l'évolution des suicides depuis 1945 permet d'analyser les raisons du niveau de suicide plus élevé en prison qu'en population générale et souligne que les modifications du profil pénal des personnes détenues ont probablement joué un rôle important dans la hausse du suicide dans la seconde moitié du XXe siècle (voir **graphique 1**).

Le nombre de suicides en prison a augmenté ces vingt dernières années, passant de 39 en 1980 à plus de 100 par an à partir de 1993, et se stabilisant autour de 116 depuis la fin des années 1990. Dans le même temps, la population carcérale a doublé.

Les taux de suicide des personnes détenues sont passés par une période de forte augmentation suivie de périodes de stabilisation et de baisse. Ainsi, le taux de suicide pour 10 000 personnes détenues est passé de 10 en 1980 à 24,4 en 1996. Après 1996, on note une baisse, puis une relative stabilisation du taux, avec notamment un taux de 20,4 en 2005 (122 suicides). Plus particulièrement depuis le lancement du plan d'actions de prévention du suicide des personnes détenues de 2009, le taux de mortalité par suicide[4] (pour 10 000 personnes détenues) a été stabilisé et connaît en 2013 une baisse significative, passant de 18,4/10 000 en 2009 à 14,4/10 000 en 2013, soit une baisse de quatre points (voir **tableau 1**). Il convient de préciser que cette baisse s'inscrit dans un contexte d'augmentation progressive de la population moyenne écrouée (de 67 366 en 2009 à 78 824 en 2013).

Les auteurs rappellent que le taux suicide en prison reste toutefois sept fois supérieur à celui observé pour les hommes en population générale pour la période 2005-2010.

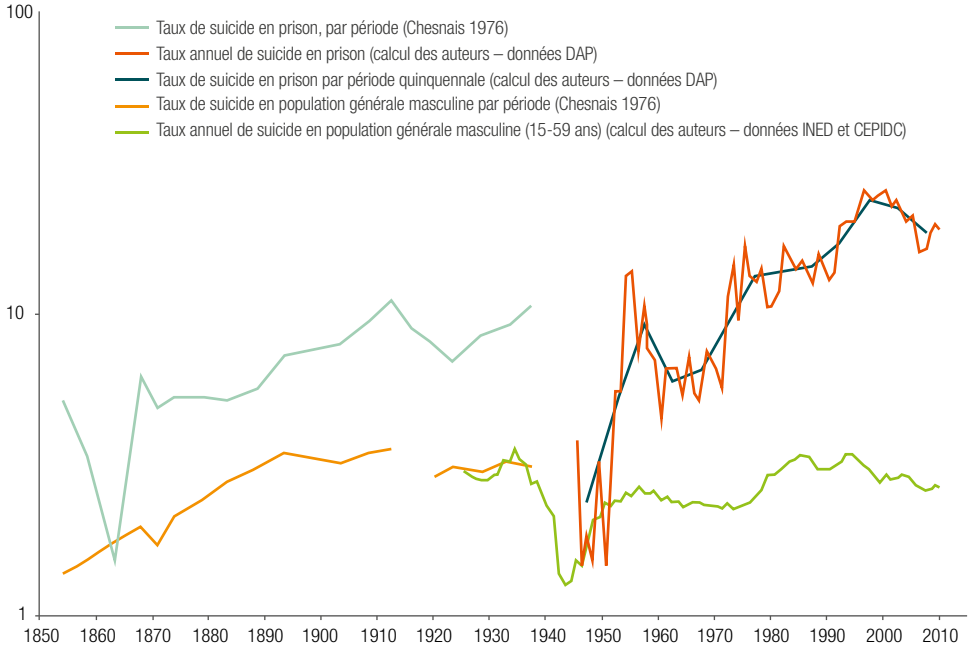
Une des caractéristiques de la population écrouée par rapport à la population générale, est qu'elle concentre un grand nombre de facteurs de risque. Cette situation explique en partie le niveau élevé du taux de mortalité par suicide des personnes écrouées par rapport à la population générale[5]. En effet, les personnes détenues cumulent souvent des facteurs de risque individuels de nature sociodémographique (sexe, statut marital) ; de nature sociale

3. Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J-L., 2011, « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », *Bull Épidémiol Hebd,* (47-48), p. 504-508.

4. Calculé en prenant en compte l'ensemble de suicides en détention de personnes écrouées par rapport à la moyenne annuelle de la population pénale écrouée hébergée.

5. Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J-L., 2009, « Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens », *Population et Sociétés*, 462.

## GRAPHIQUE Évolution du taux de suicide en prison et en population générale masculine en France métropolitaine depuis le milieu du XIXe siècle, pour 10 000




**Source** • Chesnais 1976, ministère de la Justice/DAP, INED (1925-1999) et CepiDC (2000-2010).

## TABLEAU 1 Bilan des suicides et des tentatives de suicide entre 2009 et 2013

| Période 2009-2013 | Suicides en détention | Population moyenne écrouée hébergée | Taux de mortalité par suicide en détention (pour 10 000) | TS* | AS** | Taux AS | Total suicides | Total population moyenne écrouée hébergée et non hébergée | Taux global de mortalité par suicide (pour 10 000) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2009** | 115 | 62 596 | **18,4** | 2 599 | 2 714 | 433,6 | **123** | 67 366 | **18,3** |
| **2010** | 109 | 61 374 | **17,8** | 2 246 | 2 355 | 383,7 | **121** | 67 317 | **18,0** |
| **2011** | 116 | 63 767 | **18,2** | 1 932 | 2 048 | 321,2 | **123** | 71 755 | **17,1** |
| **2012** | 106 | 66 661 | **15,9** | 1 671 | 1 777 | 266,6 | **123** | 76 836 | **16,0** |
| **2013** | 97 | 67 422 | **14,4** | 1 391 | 1 488 | 220,7 | **111** | 78 824 | **14,1** |

* Tentative de suicide (TS).
** Acte suicidaire (AS) : ensemble des suicides et tentatives de suicide.
**Source** • DAP.

## TABLEAU 2 Nombre de décès par suicide des personnes détenues selon la catégorie pénale

| Catégorie pénale | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Condamnés** | 62 | 54 | 44 | 71 | 61 |
| **Prévenus** | 53 | 55 | 72 | 35 | 36 |
| **Total** | 115 | 109 | 116 | 106 | 97 |

**Source** • DAP.

## TABLEAU 3 Évolution des taux* de mortalité par suicide des personnes détenues selon la catégorie pénale

| Catégorie pénale | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Condamnés** | 13,3 | 11,8 | 9,3 | 14,2 | 12,1 |
| **Prévenus** | 33,1 | 34,9 | 43,6 | 21,0 | 21,3 |
| **Total** | 18,4 | 17,8 | 18,2 | 15,9 | 14,4 |

* Taux pour 10 000 personnes détenues.
**Source** • DAP.

(éloignement familial et avec les proches en général), des risques inhérents aux conditions de la mise sous écrou (incarcération, placement en quartier disciplinaire), des facteurs de risque de nature pénale (catégorie pénale, durée de la peine et tout particulièrement nature de l'infraction ayant motivé la mise sous écrou) et clinique (dépression, précédentes tentatives de suicide, troubles psychiatriques et alcoolisme).

Des variations significatives apparaissent selon la catégorie pénale des personnes détenues suicidées. Au cours du temps, la législation change et modifie la structure de la population écrouée. Des changements législatifs (comme l'allongement en 1989 de la durée de prescription des victimes mineures d'agression ou l'élargissement de la définition pénale d'une violence volontaire dans les années 2000) ont entraîné une hausse des personnes écrouées pour des infractions sexuelles puis pour des violences volontaires. Or, les auteurs d'agressions sexuelles, de violences et de meurtres sont plus vulnérables au suicide. Ils cumulent des handicaps affectifs et sociaux et encourent ou sont condamnés à des peines plus longues de prison, ce qui est aussi un facteur de risque important.

Depuis 2012, en données brutes, il y a plus de condamnés qui décèdent par suicide que de personnes prévenues (voir **tableau 2**). En revanche, en taux, les résultats s'inversent par rapport au nombre de personnes détenues de chaque catégorie (voir **tableau 3**). En effet, en valeurs relatives, la part des personnes prévenues décédées par suicide est toujours plus importante que celle des personnes condamnées. Cette situation trouve des explications dans l'influence du choc carcéral, l'incertitude des suites judiciaires ou l'appréhension du milieu carcéral inconnu pour des personnes détenues primaires.

## Synthèse

La mobilisation de l'administration pénitentiaire et de ses partenaires autour de l'objectif de lutte contre le suicide en détention a permis de constater pour la première fois depuis vingt ans une évolution générale à la baisse de la mortalité par suicide sur cinq ans.

Ces premiers résultats sont positifs, même si les progrès restent fragiles, eu égard à la concentration de facteurs de risques suicidaires des personnes détenues, notamment chez les prévenus.

**Champ**
France métropolitaine et outre-mer, ensemble de la population pénale écrouée.
**Sources**
DAP.
**Mode de construction de l'indicateur**
Effectif de la population pénale écrouée selon le lieu de passage à l'acte (en détention ou hors détention). Hors détention désigne les personnes écrouées qui sont passées à l'acte notamment à l'hôpital, sous PSE, en permission de sortie, en semi-liberté…
**Limites et biais**
Sous-estimation des effectifs globaux de suicides d'environ 10 %. Analyses limitées dans certains sous-groupes de la population, notamment pour les femmes en raison des faibles effectifs.
**Organisme responsable de la fiche**
Ministère de la Justice/DAP/PMJ/Mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral.

## Références :


- Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J-L., 2011, « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », *Bull Épidémiol Hebd,* (47-48), p. 504-508.
- Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J-L., 2009, « Suicides en prison : la France comparée à ses voisins européens », *Population et Sociétés*, 462.
- Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan-Ké-Shon J-L.,2013, « Suicide Among Male Prisoners in France : a Prospective Population-Based Study », *Forensic Science International*, 233 (1-3), p. 273-7.
- Duthé G., Hazard A., Kensey A., 2014, « Suicide des personnes écrouées en France. Évolution depuis le milieu du XIXe siècle et facteurs de risque dans la période récente », *Population* (à paraître).

FICHE 9

# Les minorités sexuelles face au risque suicidaire

Violences subies, usages problématiques de drogues illicites ou d'alcool, histoire familiale marquée par le suicide, difficultés ou absence de communication, manque de soutien sont les principaux facteurs corrélés aux comportements suicidaires observés dans les enquêtes et raisons évoquées par les individus ayant commis une tentative de suicide. S'y ajoutent également certaines pathologies mentales, notamment des troubles de l'humeur, et les difficultés professionnelles ou scolaires, en particulier la déscolarisation. Enfin, la découverte de son homosexualité ou de sa bisexualité est également un facteur de risque important chez les jeunes.

Depuis une vingtaine d'années, le lien entre comportement suicidaire et orientation sexuelle a été pris en compte dans certaines recherches en santé publique portant sur les discriminations, ainsi que dans des dispositifs de prévention des conduites suicidaires. Les personnes se définissant comme homosexuelles et bisexuelles, ou ayant des comportements homosexuels, semblent en effet davantage touchées par le risque de suicide. Le harcèlement et la discrimination, dont ces minorités sexuelles sont souvent victimes, pourraient aggraver les causes habituelles de comportement suicidaire (maladie grave ou invalidante, événement traumatique, perte affective, situation de stress économique, consommation de produit psychoactif, etc.) ou même s'y substituer et expliquer le risque accru de comportement suicidaire observé.

## Des tentatives de suicide plus fréquentes parmi les lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenre (LGBT)

Parmi les 18-30 ans, les tentatives de suicide sont notablement plus fréquentes chez les hommes et les femmes homosexuels ou bisexuels. Du fait d'un modèle culturel hétérosexuel largement dominant et de différentes formes d'intolérance à l'homosexualité, bien des éléments jouent un rôle important dans la genèse des comportements suicidaires chez les jeunes qui découvrent leur homosexualité ou leur bisexualité, ou bien qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle. Or, concernant les actes suicidaires, davantage qu'un seul facteur, c'est le cumul qui importe : le risque augmente dès lors

## TABLEAU 1 Prévalences des tentatives de suicide (au cours de la vie) déclarées lors des enquêtes en population

| Étude | Effectifs | Âges | Hommes | Femmes | Ensemble |
|---|---|---|---|---|---|
| **Baromètre santé 2000 (Guilbert *et al.*, 2001)** | 13 685 | 12-75 | 3,3 % | 7,7 % | **5,6 %** |
| **Enquête de l'INED « passage à l'adulte » 1993 (Archambaut, 1998)** | 2 988 | 25-34 | 4,0 % | 7,2 % | **5,6 %** |
| **Santé des adolescents, étude nationale 1993 (Choquet & Ledoux, 1994)** | 12 391 | 15-19 | 5,2 % | 7,7 % | **6,5 %** |
| **Baromètre santé 2005 (Beck *et al.*, 2011)** | 21 096 | 18-64 | 3,3 % | 7,2 % | **5,3 %** |
| **Baromètre santé 2010 (Beck *et al.*, 2014)** | 21 809 | 18-54 | 4,1 % | 8,1 % | **6,2 %** |

**Lecture** • Dans le Baromètre santé 2010, 4,1 % des hommes de 18 à 54 ans ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

## TABLEAU 2 Prévalence des TS au cours de la vie selon les pratiques sexuelles déclarées au cours des 12 derniers mois dans l'enquête Baromètre santé 2010 chez les 18-54 ans.

| | Homosexuels (125 H, 56 F) | Bisexuels (43 H, 38 F) | Hétérosexuels (6 854 H, 7 794 F) | Aucune pratique sexuelle déclarée au cours des 12 derniers mois (701 H, 1 097 F) |
|---|---|---|---|---|
| **Ensemble** | 16 % | 29 % | 6 % | 8 % |
| **Hommes** | 14 % | 24 % | 4 % | 6 % |
| **Femmes** | 20 % | 34 % | 8 % | 9 % |

**Lecture** • 14 % des hommes ayant eu des relations strictement homosexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête ont déclaré au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.
**Source** • Baromètre santé 2010, INPES.

que plusieurs facteurs se conjuguent. Un sentiment d'indignité ou de honte peut atteindre les adolescents qui découvrent leur attirance homosexuelle, pouvant être aggravé par des conflits familiaux ou par le comportement des pairs se livrant à des actes et des paroles humiliants ou dégradants. Le jeune peut aussi souffrir d'angoisse, d'isolement, se sentir menacé. À la clé, le risque qu'un état dépressif (pouvant être associé à la consommation de substances psychoactives) s'installe et, si la souffrance devient insupportable, qu'il y ait passage à l'acte suicidaire.

Le **tableau 1** montre une certaine stabilité dans les prévalences de tentatives suicidaires, tandis que le **tableau 2** montre des prévalences de tentatives suicidaires nettement plus élevées parmi les homosexuels et bisexuels que parmi les hétérosexuels.

Outre ces résultats issus d'enquêtes en population générale, une enquête auprès de 508 individus homosexuels âgés de 15 ans et plus corrobore ce constat d'un plus grand mal-être. Elle montre que les périodes dépressives sont proches de l'âge où le « *coming out* » a été fait et que 90 % d'entre elles se situeraient avant l'âge de 30 ans (Dorais, Chollet, 2012).

## La « non-conformité » de genre

Parmi les garçons, la construction de la masculinité s'appuie particulièrement sur le rejet du féminin en soi et chez les autres. La stigmatisation au titre d'une apparence physique supposée efféminée touche beaucoup de jeunes gens parmi ceux qui sont hétérosexuels mais qui – de façon volontaire ou non – se conforment difficilement aux stéréotypes de genre. Cette « non-conformité » de genre expose également à un risque de suicide plus élevé. Les phénomènes d'exclusion, de mépris, de stigmatisation et d'exposition à l'homophobie qu'elle engendre peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, de confiance dans l'avenir et dans les autres.

## La violence des discriminations homophobes

Quelle que soit la stratégie mise en œuvre par les jeunes homosexuels ou bisexuels pour éviter ou résister à une discrimination possible (affichage revendiqué de l'orientation sexuelle ou au contraire dissimulation de l'homosexualité ou de la non-conformité aux stéréotypes de genre), le coût psychique et physique s'avère souvent élevé, même à long terme. Par rapport à d'autres types de discriminations, les effets des discriminations homophobes sont aggravés par la faiblesse du soutien de la famille. Autrement dit, le cercle familial n'est pas toujours une source de réconfort et de réassurance identitaire. Au contraire, les jeunes des minorités sexuelles ont un risque plus élevé que les jeunes hétérosexuels d'y subir de mauvais traitements. Autre facteur aggravant : la précocité des préjudices subis. Les périodes de collège et de lycée sont particulièrement éprouvantes à cet égard. Comme l'a montré l'historienne Florence Tamagne, les stéréotypes homophobes alimentent une conception hiérarchisée et sexiste de la sexualité, qui ne prend pas en compte la « confusion des genres » et contribue à définir et à durcir les frontières sexuelles (hétéro/homo) et de genre (masculin/féminin).

## Références :


- Archambault P., 1998, « États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans », *Population*, 53, p. 477-515.
- Beck F., Firdion J.M., Legleye S., Schiltz M.A., 2011, « Risque suicidaire et minorités sexuelles : une problématique récente », *Agora*, n° 58 (2), p. 33-46.
- Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A., 2014, *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives,* Saint-Denis, INPES, coll. « La Santé en action », (2e éd.), 110 p. Disponible à partir de l'URL : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf
- Choquet M., Ledoux S. « Adolescents ». Enquête nationale, Paris, Inserm, 1994, 346 p.
- Cochran S.D., Mays V.M., 2000, « Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners : Results From NHANES III », *American Journal of Public Health*, 90, p. 573-578.
- Dorais M., Chollet I., 2012, *Être homo aujourd'hui en France*, Paris, H&O Éditions, 128 p.
- Garofalo R., Wolf C., Wissow L., Woods E., Goodman E., 1999, « Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, p. 487-493.
- Guilbert P., Pommereau X., Coustou B., 2001, « Pensées suicidaires et tentatives de suicide », *in* Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dirs.), *Baromètre Santé 2000*, Vandœuvre-lès-Nancy, CFES éd, p. 163-85.
- Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., Firdion J.-M., 2010, « Suicidal Ideation Among Young French Adults : Association with Occupation, Family, Sexual Activity, Personal Background and Drug Use », *Journal of Affective Disorders*, 123, p. 108-115.
- Remafedi G., 1999, « Sexual Orientation and Youth Suicide », *JAMA*, 282, p. 1291-1292.
- Tamagne F., 2002, « Genre et homosexualité. De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité », *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 75, p. 61-73.

SYNTHÈSE P.11

DOSSIERS P.37

FICHES P.125

# ANNEXES

# SOMMAIRE

**Annexe 1**
Revue de littérature : crise de 2008 et suicide ..... 179

**Annexe 2**
Recueil numérique sur la thématique du suicide ..... 197

**Annexe 3**
Liste des sigles ..... 201

**Annexe 4**
Textes fondateurs de l'Observatoire ..... 205

**Annexe 5**
Fonctionnement et organisation de l'Observatoire national du suicide ..... 211

# ANNEXE 1
# REVUE DE LITTÉRATURE : CRISE DE 2008 ET SUICIDE

Plusieurs études récentes suggèrent que la crise économique et financière de 2008 se serait traduite par une hausse des suicides, avec néanmoins une grande variabilité de l'ampleur de cette hausse selon les pays. D'autres études pointent une dégradation de la santé mentale dans certains pays concernés par la crise.

Un certain nombre de travaux s'attachent ainsi à analyser le lien entre l'évolution des décès par suicide et celle du taux de chômage, avant et après 2008, sur des données agrégées. Une relation globalement positive entre chômage et suicide pour les hommes en âge de travailler est mise en évidence. La principale limite de ces études est que les résultats obtenus sur données agrégées ne permettent pas de conclure sur le lien entre chômage et suicide au niveau individuel. Par ailleurs, l'estimation de l'association entre chômage et suicide est très sensible à la méthodologie utilisée (partie 1).

Les études s'appuyant sur des données déclaratives de santé mentale montrent, de même, que les hommes sont davantage affectés par la crise de 2008 que les femmes. Elles suggèrent que les difficultés financières quotidiennes ou de remboursement de crédits immobiliers ou encore les pertes liées à des investissements financiers sont des facteurs de risque d'anxiété ou de dépression. De plus, les difficultés financières peuvent dégrader les relations maritales alors que le mariage joue traditionnellement un rôle de protection pour la santé mentale des hommes. Par ailleurs, même si les travaux sont encore lacunaires, il semble que la crise ne touche pas seulement les personnes qui perdent leur emploi ou qui sont au chômage, mais aussi tout leur entourage, ainsi que celles qui sont en emploi ou à la retraite (partie 2).

Au niveau individuel, le chômage ne semble ainsi pas être le seul canal par lequel la crise impacte la santé mentale et le comportement suicidaire.

Des analyses sur les mécanismes à l'œuvre dans le processus suicidaire en contexte de crise et sur les effets de la crise sont donc nécessaires (partie 3).

Ces travaux sur le lien entre la crise économique et financière de 2008 et le suicide peuvent être mis en perspective avec des travaux plus anciens et des études sur le lien entre chômage et suicide concernant des crises économiques antérieures à 2008. Ils peuvent également être resitués par rapport aux analyses plus globales des liens entre fluctuations macroéconomiques et santé des populations. Enfin, les débats les plus récents interrogent le rôle des mesures de rigueur budgétaire qui visent à limiter les effets de la crise mais qui pourraient avoir un effet délétère sur la santé mentale (partie 4).

## 1. Effets de la crise de 2008 sur le suicide

De nombreuses études, portant sur plusieurs pays (1, 2, 3, 4), ou un seul (États-Unis 5 ; Italie 6 ; Grande-Bretagne 7, 8 ; Espagne 10), mettent en évidence une hausse des décès par suicide en 2009 consécutivement à la crise de 2008. À partir des données de mortalité par suicide, la méthodologie commune à ces travaux consiste à mesurer « l'excès » de suicides consécutivement à la crise par rapport à ce qu'aurait été l'évolution de leur nombre en tendance. L'évolution du taux de chômage est généralement utilisée pour caractériser la conjoncture économique.

Les estimations de la relation entre le taux de suicide et le taux de chômage à travers des corrélations entre séries temporelles sont le plus souvent déclinées par sexe et tranches d'âge, par pays lorsque l'étude est multipays ou par région lorsque l'étude porte sur un seul pays.

Les hommes et les personnes en âge de travailler sont davantage touchés par une hausse du nombre de suicides lorsque le taux de chômage augmente (2, 7, 10). Le suicide des femmes semble moins réactif. Par ailleurs, les pays ou les régions où l'augmentation du chômage a été la plus importante connaissent l'augmentation la plus forte de suicides (2, 7).

Certaines de ces études présentent l'avantage de limiter l'analyse aux suicides pour raison économique[1] qui ont potentiellement un lien plus direct avec la crise mais elles ont pour inconvénient de porter sur un plus petit nombre

1. En Italie, la catégorisation en « suicide pour raison économique » est déterminée par une enquête de police. Cette catégorie couvre les suicides liés à la perte de l'emploi, la situation de chômage, l'endettement, la fermeture de l'entreprise personnelle, etc. Référence : Istat, 2000-2010, *Suicidi e tentativi di Suicidio in Italia* (tavole, 2000-2010), Rome, Istituto Nazionale di Statistica. Si cette catégorisation est intéressante, les résultats dépendent évidemment des pratiques des acteurs locaux.

de cas (6). Les études anglo-saxonnes incluent parmi les suicides les morts accidentelles pour cause indéterminée afin de tenir compte des pratiques différenciées des « *coroners* » dans la détermination d'une mort par suicide (7).

Ces travaux présentent plusieurs limites. Une première, d'ordre méthodologique, est que les résultats obtenus sur données agrégées ne peuvent pas être extrapolés aux comportements individuels (risque de biais écologique[2]). En effet, si une relation positive entre chômage et suicide est observée au niveau agrégé, on ne peut pas en déduire que les personnes qui se sont suicidées sont celles qui ont perdu leur emploi ou qui sont au chômage, même si ce comportement individuel pourrait expliquer une partie du phénomène observé au niveau agrégé. Il se peut qu'en période de hausse du chômage, le suicide augmente parmi les personnes qui travaillent du fait, par exemple, d'une plus grande insécurité de l'emploi ou d'une pression plus forte exercée sur les personnes en emploi. Dans les statistiques de mortalité, il n'y a pas de données individuelles sur le statut d'emploi ou de chômage des personnes décédées. Les études sur données agrégées ne mesurent ainsi généralement pas l'impact différencié sur les personnes en emploi et celles au chômage, la récession pouvant affecter les deux groupes avec la même ampleur ou davantage l'un que l'autre.

La deuxième limite est que l'estimation de l'association entre chômage et suicide varie selon la technique économétrique utilisée. Les résultats sont sensibles, en particulier, à la manière de tenir compte de l'évolution temporelle du taux de suicide (tendance linéaire ou non). Ils sont sensibles également à la prise en considération de la variabilité géographique de l'évolution du taux de suicide. Cette question technique est discutée dans deux recherches sur les mêmes données britanniques, aboutissant à des résultats différents selon que l'hétérogénéité régionale est modélisée ou non (7, 8). De même, une étude récente sur les données européennes de mortalité (3) montre que l'estimation du lien entre chômage et suicide est sensible à la méthodologie utilisée pour tenir compte de l'évolution tendancielle du taux de suicide qui peut varier selon l'âge, le sexe et le pays.

Une troisième limite est que les données de mortalité manquent souvent de profondeur historique (la période observée démarre généralement au début des années 2000) et de recul (les données les plus récentes portent au mieux sur les années 2010 ou 2011). Une quatrième tient à leur caractère annuel. Néanmoins, lorsque des données infra-annuelles sont disponibles (3, 10), l'absence de sensibilité des résultats à la variation du trimestre choisi pour caractériser le début de la crise permet généralement de conforter les résultats sur données annuelles.

2. http://www.invs.sante.fr/publications/pol_atmo1/page3.html

Une cinquième et dernière limite est que les différences entre régions d'un même pays ou entre pays sont difficiles à interpréter. Les disparités entre régions d'un même pays peuvent révéler des écarts dans la part des personnes en emploi ou au chômage ou dans la part des personnes vulnérables (par exemple, les personnes ayant des troubles de santé mentale). Les différences entre pays peuvent tenir à d'autres changements concomitants, en particulier des changements sociétaux (par exemple, l'évolution du taux de divorce qui est variable d'un pays à un autre) ou la mise en place de politiques sociales ou sanitaires plus ou moins favorables modifiant le degré de protection sociale et l'accès aux soins de la population. Ces changements peuvent alors être des facteurs de confusion, qui peuvent déformer la relation réelle entre chômage et suicide, ou des facteurs de médiation. Les modélisations sur données agrégées mises en œuvre dans la littérature ne permettent généralement pas d'affiner l'analyse.

## 2. Effets de la crise de 2008 sur la santé mentale

Les études s'intéressant aux effets sur la santé mentale montrent également une détérioration suite à la crise de 2008. Cette détérioration est plus importante pour les hommes que pour les femmes, alors même que traditionnellement depuis longtemps, ces dernières déclarent avoir une santé mentale moins bonne que les hommes dans la plupart des pays.

Sur des données anglaises, il est montré que la santé mentale s'est dégradée également pour les hommes en emploi (9). En Espagne, à l'inverse, les effets de la crise sur les troubles de l'humeur, l'anxiété et les problèmes avec l'alcool se font sentir surtout parmi les personnes touchées individuellement par le chômage ou parmi celles dont un membre de la famille se retrouve au chômage. Cette étude met aussi en exergue que les difficultés de paiement de crédits immobiliers sont anxiogènes (11).

En Australie, l'anxiété semble s'être accrue avec la crise pour les personnes travaillant à temps partiel mais pas parmi celles à temps complet. L'effet de la crise est globalement limité dans ce pays, sans doute parce que le taux de chômage n'a pas augmenté autant qu'ailleurs (12).

À Hong Kong, le risque de dépression majeure a crû pour les personnes ayant subi des pertes importantes sur des investissements financiers suite à la crise financière de 2008. Cette augmentation concerne aussi bien des personnes au chômage que des personnes en emploi, mariées et avec des revenus moyens (13). De même, en Grèce, le risque de dépression majeure a augmenté en 2011 par rapport à 2008 et touche les personnes ayant des difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, plus particulièrement les personnes jeunes et

mariées (14). Ces deux études semblent montrer que le mariage ne protège pas contre les effets de la crise, une explication possible étant que les difficultés financières peuvent entraîner des difficultés maritales. Or, les travaux pionniers de Durkheim[3] sur le lien entre statut matrimonial et suicide suggèrent que le mariage et la vie de famille protègent les hommes du suicide par rapport au célibat, alors que, pour les femmes, seule la vie familiale a un effet protecteur. La dégradation du lien du mariage avec la crise pourrait donc réduire l'avantage face au suicide des hommes mariés. Les liens entre la conjoncture économique, l'institution matrimoniale et le suicide mériteraient sans doute d'être creusés[4].

Les limites de ces études utilisant des données déclaratives recueillies à un instant donné (en coupe) sur la santé mentale sont leur sensibilité au protocole d'enquête et à l'appréciation des personnes interrogées. En outre, elles permettent de mettre en évidence une corrélation entre chômage et dégradation de la santé mentale, mais peinent à établir un lien de causalité entre les deux phénomènes. En effet, lorsqu'un tel lien est établi à partir de données transversales en coupe, deux interprétations sont possibles : le chômage peut fragiliser la santé mentale des individus, mais il se peut également que les personnes qui perdent leur emploi soient plus vulnérables et aient une santé mentale plus fragile avant même la perte de l'emploi. Cette seconde interprétation suppose l'existence d'un autre facteur non observé dans ces études. De même, les difficultés financières peuvent fragiliser les personnes et les rendre dépressives, mais il se peut également que les personnes dépressives aient plus de difficultés financières ou simplement les surdéclarent dans les enquêtes.

Pour ces raisons, des analyses sur données individuelles et longitudinales, qui permettraient d'observer des changements de statut sur le marché du travail (en particulier le passage de l'emploi au chômage) ou des changements de conditions de vie (baisse des revenus liée à la crise), seraient nécessaires pour conforter ces résultats et établir un lien de causalité.

## 3. Le manque de travaux sur les canaux par lesquels la crise impacte le suicide

La revue de littérature fait apparaître qu'il manque des travaux sur les canaux par lesquels la crise pourrait impacter la santé mentale et le suicide. Le canal

3. Émile Durkheim, 1967 [1897], *Le Suicide*, Paris, Les Presses universitaires de France, 2e édition, 462 p.

4. Une étude de 1997 aborde cette problématique : P. Besnard, 1997, « Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle », *Revue française de sociologie*, 38-4. Le suicide un siècle après Durkheim, p. 735-758.

le plus étudié est celui de l'augmentation du chômage, même si certaines études citées précédemment tentent de prendre en compte des effets financiers ou d'ordre relationnel.

Par ailleurs, certaines études suggèrent que l'effet de la crise détériore la santé mentale des personnes qui perdent leur emploi mais aussi de celles qui travaillent ou qui ne travaillent plus (les retraités), et que le chômage n'a pas seulement un effet sur l'individu concerné mais peut impacter tout son entourage, ce qui suggère que les récessions ont beaucoup d'externalités.

Des analyses qualitatives et quantitatives sur les mécanismes à l'œuvre dans le processus suicidaire en contexte de crise et sur les effets collatéraux d'une crise financière et économique sont donc nécessaires.

Une étude récente sur des données européennes (3) tente ainsi de mettre en évidence un effet de la crise économique et financière qui passerait par d'autres canaux que celui lié à la hausse du chômage. Selon les auteurs, cet « effet crise » indirect pourrait par exemple être lié à une augmentation de la peur de perdre son emploi pour la population qui travaille, ou au désespoir induit par la manière dont les médias communiquent sur l'ampleur et la durée du déclin économique. Ils montrent que les taux de chômage et de suicide sont globalement associés positivement pour les pays européens inclus dans l'étude, mais que cette association est faible, et que son amplitude et sa sensibilité à l'« effet crise » varient d'un pays à un autre. En effet, l'introduction de l'« effet crise » ne modifie pas l'effet du taux de chômage en France, l'annule au Royaume-Uni et le fait doubler aux Pays-Bas. Ces résultats montrent la fragilité statistique du lien causal entre chômage et suicide, et interrogent les autres canaux par lesquels la crise peut impacter le suicide.

## 4. Mise en perspective

Les travaux sur les effets de la crise économique et financière de 2008 peuvent être mis en perspective avec ceux, pionniers, de Durkheim dans son ouvrage *Le suicide* publié en 1897. L'étude de la relation entre richesse et suicide est, avec celle entre statut matrimonial et suicide, un point central dans l'ouvrage de Durkheim. Durkheim avait montré que c'est dans les sociétés les plus riches que l'on se suicide le plus, ce qui reste vrai aujourd'hui, mais à l'époque ce n'étaient pas les pauvres qui se suicidaient le plus. La pauvreté au contraire protégeait du suicide, car elle n'était pas le signe d'un déclassement social comme aujourd'hui et s'accompagnait d'une solidarité entre groupes défavorisés.

Un siècle plus tard, Baudelot et Establet ont questionné et actualisé les conclusions de Durkheim, dans leur ouvrage *Suicide : l'envers de notre monde,* publié en 2006. À partir de nombreuses données et en s'appuyant sur des comparaisons internationales, ils étudient, entre autres, les liens entre suicide et crise économique, niveau des inégalités, catégories socioprofessionnelles et niveau de développement économique des pays. Ils montrent notamment que le suicide est reparti à la hausse avec la crise économique des années 1970, que les ouvriers et les employés se suicident plus que les cadres, et que les femmes semblent moins sensibles aux crises économiques que les hommes, l'identité masculine étant sans doute plus remise en cause par le chômage.

Les travaux sur la dernière crise économique peuvent également être comparés à ceux portant sur les crises économiques antérieures à 2008. Le chapitre 13 du *International Handbook of suicide prevention : research, policy and practice* (15) paru en 2011 propose ainsi une revue de la littérature sur le lien entre chômage et suicide. Les travaux récents sur la hausse du chômage liée à la crise de 2008 ne sont pas inclus. Quatre types de recherches, selon le type de données utilisées, sont identifiés :

- les recherches sur les données individuelles recueillies à un instant donné ont montré pour plusieurs pays que les personnes hospitalisées après tentative de suicide sont plus souvent au chômage que l'ensemble de la population. De même, les taux de suicide et de tentative de suicide sont plus élevés parmi les personnes au chômage que parmi les personnes en emploi ;
- les recherches sur les données individuelles longitudinales font apparaître un lien entre chômage et suicide et entre instabilité de l'emploi et suicide, y compris lorsqu'on contrôle pour des caractéristiques individuelles. Les chômeurs ont entre deux et trois fois plus de risques de mourir par suicide que ceux qui travaillent. Mais le lien de causalité entre le chômage et le suicide ne peut être établi. Il se peut en effet que la situation de chômage soit plus fréquente pour les personnes dont la santé mentale est plus fragile, sans que la dégradation de celle-ci soit liée au chômage ;
- les recherches sur des données agrégées à un instant donné pour plusieurs régions ou pays ne montrent pas de relation significative entre chômage et suicide mais entre chômage et tentative de suicide ;
- enfin, les recherches sur des données agrégées longitudinales ne montrent pas d'association claire entre chômage et suicide : elle est parfois positive, parfois négative et parfois non significative. Ainsi, si cette relation est globalement positive pour les hommes, une étude française (16) menée à partir de données départementales sur la période 1982 à 2002, ne trouve pas de lien entre taux de chômage local et suicide.

Sur longue période, une étude à partir de données américaines (17) parue en 2011 montre, de 1928 à 2007, un lien entre l'évolution du taux de suicide et

la situation économique. Les auteurs constatent ainsi l'augmentation du taux global de suicide en période de récession comme durant la Grande Dépression (1929-1933), la fin du New Deal (1937-1938), la crise du pétrole (1973-1975) ou encore la crise économique de 1980-1982, et sa diminution pendant la Seconde Guerre mondiale (1939-1945) ou la période d'expansion de 1991-2001 durant laquelle l'économie a connu une croissance rapide et un chômage faible. La plus forte augmentation dans le taux global de suicide est survenue aux États-Unis durant la Grande Dépression passant ainsi de 18,0/100 000 en 1928 à 22,1/100 000 en 1932 soit une augmentation de 22,8 % sur une période de 4 ans seulement. Les auteurs montrent aussi que les effets varient selon l'âge. Globalement, les personnes en âge de travailler sont plus vulnérables mais d'autres facteurs jouent à certaines périodes (par exemple, lors du boom économique des années 1960, les plus jeunes ont vu leur taux de suicide augmenter, cela s'explique sans doute par les troubles sociaux de cette période).

Les travaux sur la crise économique de 2008 peuvent enfin être resitués par rapport aux analyses plus globales sur les liens entre fluctuations macroéconomiques et santé. Florence Jusot (18) procède à une revue de littérature qui montre que la mortalité globale, toutes causes de décès confondues, et les problèmes de santé ont tendance à se réduire durant les récessions. Certaines causes de décès (maladies cardiovasculaires, accidents de la route, accidents du travail, homicides, etc.) et certaines maladies (troubles musculosquelettiques, maladies ischémiques) diminuent en effet en période de récession. Les explications sont que les récessions s'accompagnent de changements de comportement qui peuvent être bénéfiques pour la santé : une diminution du trafic routier réduisant la pollution et les risques d'accident, une baisse de l'intensité du travail et du stress, une augmentation des temps de loisirs et un investissement plus important dans la santé. La contraction du revenu entraînée par la crise pourrait enfin être bénéfique à la santé au travers d'une réduction des consommations à risque, comme l'alcool et le tabac.

Par contre, cette revue de la littérature confirme par ailleurs que le suicide et les problèmes de santé mentale sont le plus souvent contracycliques. Elle interroge sur les conséquences néfastes à plus long terme d'une crise qui serait durable et le rôle des récessions économiques dans l'aggravation des inégalités de santé. La précarité et les difficultés économiques et financières peuvent en effet conduire à une diminution de la consommation de soins et détériorer la santé des plus défavorisés, notamment leur santé mentale.

Enfin, dans les débats les plus récents (1, 4, 19 à 24), qui font l'objet de correspondances à travers la revue *Lancet*, certains auteurs, en particulier David Stuckler et ses coauteurs, arguent que le problème ne serait pas tant que la crise économique et financière augmente le suicide mais que les politiques de rigueur budgétaire pour gérer cette crise (avec notamment une réduction des

dépenses de santé et des programmes d'aide sociale) ont un effet délétère sur la santé et notamment la santé mentale. Ces auteurs indiquent par exemple que l'Islande, qui a préservé ses dépenses sociales, connaît moins d'effets néfastes de la crise de 2008 sur la santé de sa population et sur le suicide que d'autres pays, comme la Grèce, le Portugal et l'Espagne, qui ont réduit les dépenses de santé et les programmes de protection sociale. Par contre, en Finlande, contrairement à des études antérieures, le fort système d'aides sociales ne semble pas avoir servi de protection face à la récession de 2008.

Le point de vue de ces auteurs est donc très discuté par d'autres auteurs, les points de divergence portant sur les facteurs qui influencent la hausse des suicides selon les pays et l'ampleur de cette hausse, ainsi que la difficulté de comparer des pays peu comparables en termes de population.

## 5. Bibliographie

### Articles sur la crise de 2008 (impact sur le suicide et/ou la santé mentale) :

#### MULTIPAYS

**1. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., 2011, « Effects of the 2008 Recession on Health : a First Look at European Data », *The Lancet*, Volume 378, Issue 9786, July 9, p. 124-125.**

L'étude se fonde sur les données de mortalité par groupe d'âge (pour les 0-64 ans) et causes de décès de l'OMS, et sur le taux de chômage d'Eurostat, sur la période 2000-2009 (donc avec peu de recul temporel par rapport au déclenchement de la crise) pour 10 pays de l'Union européenne : six dans l'UE avant 2004 (Autriche, Finlande, Grèce, Irlande, Pays-Bas et Grande-Bretagne) et quatre dans l'UE après 2004 (République tchèque, Hongrie, Lituanie, Roumanie).

À la fois dans les anciens et nouveaux États membres, le taux de chômage a commencé à augmenter en 2009, après la crise financière. Mais la baisse tendancielle du suicide s'est inversée dès 2008. Seule l'Autriche a vu son taux de suicide diminuer en 2009 par rapport à 2007. Dans tous les autres pays, l'augmentation a été d'au moins 5 %. Le manque de recul temporel de cette étude ne permet pas d'observer si cette augmentation est durable ou non.

Selon les auteurs, la protection sociale et les politiques actives du marché du travail peuvent constituer des protections. La forte protection sociale

expliquerait ainsi que le taux de suicide n'ait pas augmenté en Autriche. Par contre, en Finlande, contrairement à des études antérieures, le fort système d'aides sociales ne semble pas avoir servi de protection face à la récession de 2008.

**2. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D., 2013, « Impact of 2008 Global Economic Crisis on Suicide : Time Trend Study in 54 Countries », *British Medical Journal*, September 17.**

Cet article mesure l'impact de la crise économique de 2008 sur le nombre global de suicides observé en 2009 par rapport au nombre de suicides attendu à partir d'une extrapolation sur la tendance de la période 2000-2007. Les données sont issues de la base de données de mortalité de l'OMS pour 53 pays, majoritairement européens et américains, ainsi que de la base « *Center for Disease Control online* » pour les États-Unis. Les estimations des tendances du nombre de suicides sont faites pays par pays pour chaque sexe et pour différentes classes d'âge.

Les auteurs estiment à 4 884 le nombre de suicides en excès en 2009. Les hausses de suicides ont concerné surtout les hommes. Dans les pays européens, l'impact a été le plus fort sur les 15-24 ans, alors qu'en Amérique, ce sont les hommes de 45 à 64 ans qui ont été le plus concernés. L'augmentation du taux de suicide dans ces populations était sans doute dû au fait que le chômage les a touchés davantage.

Plus l'augmentation du chômage est importante, plus celle du suicide est forte, surtout pour les hommes et dans les pays où le taux de chômage était faible avant la crise.

Cette étude n'inclut pas certains pays comme la Chine et l'Inde du fait de l'indisponibilité des données.

**3. Laanani M., Ghosn W., Jougla E., Rey G., « Impact of Unemployment Variations on Suicide Mortality in Western European countries (2000-2010) », 2014, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Published Online First : June 18, doi : 10.1136/jech-2013-203624**

Cette étude menée par une équipe française porte sur huit pays (Autriche, Finlande, France, Allemagne, Pays-Bas, Espagne, Suède et Royaume-Uni) et sur la période 2000-2010. La modélisation du taux de suicide en fonction de la variation du taux de chômage s'appuie sur un modèle quasi-poisson, ajusté sur l'âge, le sexe, le pays et une tendance temporelle qui interagit avec ces trois

variables pour tenir compte de l'évolution tendancielle du taux de suicide qui peut varier selon l'âge, le sexe et le pays. La sensibilité du premier modèle est évaluée par l'ajout d'une variable contextuelle « effet crise » indépendante de l'impact du chômage, cette variable prenant la valeur de 0 pour la période 2000-2007 et 1 pour la période 2008-2010 pour chacun des pays étudiés.

La modélisation met en évidence une augmentation de 0,3 % du taux de suicide pour chaque augmentation de 10 % du taux de chômage. Ces associations sont significatives pour la France, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, et pour l'ensemble des huit pays étudiés globalement. L'effet est le plus fort pour la France. Dans le modèle tenant compte de l'effet de la crise, l'effet du chômage reste inchangé pour la France, il disparaît au Royaume-Uni et il double aux Pays-Bas.

L'usage de données plus précises pour la France (régionales et trimestrielles) confirme les estimations faites à l'échelle européenne, malgré une légère baisse de l'effet, et suggère un effet immédiat (dès le trimestre suivant) des variations du taux de chômage sur la mortalité par suicide.

**4. Reeves A., McKee M., Stuckler D., 2014, « Economic Suicides in the Great Recession in Europe and North America », *The British Journal of Psychiatry*, Published Online First : June 12, doi : 10.1192/bjp.bp.114.144766**

Cette étude estime que la grande récession de 2008 est associée à au moins 10 000 suicides supplémentaires pour l'Europe, le Canada et les États-Unis entre 2007 et 2010. La variabilité entre pays de l'évolution du taux de suicide en fonction de la gravité de la crise est très importante, ce qui suggère, selon les auteurs, que ces suicides étaient évitables. Certains pays, comme les États-Unis et la Pologne, ont connu une croissance plus forte du taux de suicide après la crise ; d'autres, comme le Canada, une augmentation à partir d'une tendance stable ; d'autres encore, comme la plupart des pays européens, un retournement d'une tendance à la baisse ; d'autres enfin, comme l'Autriche[5] et la Suède, n'ont connu aucun changement du taux de suicide.

## ÉTATS-UNIS

**5. Reeves A., Stuckler D., McKee M., Gunnell D., Chang S.-S., Basu S., 2012, « Increase in State Suicide in the USA During Economic Recession », *The Lancet*, Volume 380, issue 9856, November 24, p. 1813-1814.**

5. La référence 1 pointe une baisse du taux de suicide en Autriche en 2009 par rapport à 2007, l'étude 4 qui inclut les données de 2010 fait apparaître une stagnation.

Cette étude exploite les données américaines de mortalité par suicide de 1999 à 2010 du *Center for Disease Control and Prevention*. Les données sur le chômage proviennent du *Bureau of Labor Statistics*. La méthodologie employée permet de mesurer l'excès de suicides durant la crise économique par rapport au nombre de suicides qui auraient eu lieu si la tendance antérieure s'était poursuivie. Une augmentation de 1 % du taux de chômage est associée à une hausse de 1 % du taux de suicide. Sur la période 2007 à 2010, 4750 suicides en excès sont estimés dont environ 1330 suicides qui seraient liés à une augmentation du taux de chômage.

## ITALIE

**6. De Vogli R., Marmot M., Stuckler D., 2013, « Excess Suicides and Attempted Suicides in Italy Attributable to the Great Recession », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, April.**

Cette étude utilise des données italiennes sur les suicides et tentatives de suicide pour raison économique de ISTAT[6]. Les suicides et tentatives de suicide pour raison économique ont crû sur toute la période de 2000 à 2010 mais ont augmenté plus vite après la récession de 2008.

290 suicides et tentatives de suicides en excès par rapport à la tendance antérieure sont dénombrés. Ces résultats sont fragiles en raison d'un faible nombre de cas.

## ANGLETERRE

**7. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D., 2012, « Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England : Time Trend Analysis », *BMJ*, Aug 13.**

L'article étudie le lien entre la crise de 2008 et le suicide en s'appuyant sur les variations régionales du taux de chômage en Angleterre entre 2000 et 2010. Les données utilisées sont les données annuelles de morts par suicide et de morts accidentelles pour une cause indéterminée. Ces dernières sont incluses car les *coroners*, chargés d'enquêter sur les circonstances d'un

6. En Italie, la catégorisation en « suicide pour raison économique » est déterminée par une enquête de police. Cette catégorie couvre les suicides liés à la perte de l'emploi, la situation de chômage, l'endettement, la fermeture de l'entreprise personnelle, etc. Référence : Istat, 2000-2010, *Suicidi e tentativi di Suicidio in Italia (tavole 2000-2010)*, Rome, Istituto Nazionale di Statistica.

décès violent et d'en déterminer la cause, ont des pratiques très différentes selon les régions dans la détermination d'une mort par suicide. Les données sont disponibles pour 93 territoires. Le chômage est mesuré par le nombre de bénéficiaires d'indemnités chômage.

L'étude mesure l'excès de suicides dû à la crise en calculant le nombre de suicides en excès par rapport à la tendance. Elle mesure également le lien entre l'évolution du chômage à court terme et du suicide par région et sexe afin de mesurer si c'est la transition de l'emploi vers le chômage qui compte plutôt que le chômage de longue durée.

Avant la crise de 2008, le taux de suicide était plutôt à la baisse. Le nombre de suicides en excès est estimé à 846 pour les hommes et 155 pour les femmes par rapport à la tendance.

Entre 2000 et 2010, un accroissement de 10 % du nombre de chômeurs masculins est associé à un accroissement de 1,4 % du nombre de suicides masculins. Pour les femmes, il n'y a pas de lien statistique mis en évidence entre chômage et suicide.

L'étude montre aussi que les 2/5 de suicides excédentaires sont attribuables à la hausse du chômage. Les régions d'Angleterre qui ont connu la hausse du chômage la plus élevée ont la hausse du suicide la plus importante.

Le point fort de l'étude est de s'appuyer sur des variations régionales du taux de chômage au sein d'un même pays. Par contre, elle ne tient pas compte des différences potentielles entre personnes en emploi et personnes au chômage, la récession pouvant affecter les deux groupes. De plus, entre les régions, il peut y avoir des différences dans la part des personnes vulnérables (personnes ayant des troubles de santé mentale ou avec un faible niveau d'éducation). Il faudrait chercher à comprendre pourquoi les femmes se suicident moins en réaction au chômage.

**8. Saurina C., Bragulat B., Saez M., Lopez-Casasnovas G., 2013, « A Conditional Model for Estimating the Increase in Suicides Associated with the 2008-2010 Economic Recession in England », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, p. 779-787.**

Cette étude reprend les mêmes données que Barr *et al.* (7), mais avec une méthodologie différente qui autorise des tendances temporelles du taux de suicide et du taux de chômage ainsi que des effets du chômage sur le suicide différenciés selon les régions anglaises. Une association significative entre taux de chômage et taux de suicide est trouvée au niveau régional mais pas au

niveau national, et selon un sens et une amplitude qui varient d'une région à l'autre (sens positif pour certaines régions et négatif pour d'autres).

**9. Katikireddi S.V., Niedzwiedz C.L., Popham F., 2012, « Trends in Population Mental Health Before and After the 2008 Recession : a Repeat Cross-sectional Analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England », *BMJ Open*.**

Cette étude est fondée sur l'enquête sur la Santé en Angleterre répétée presque chaque année entre 1991 et 2010. Elle mesure l'impact à court terme de la récession de 2008 sur la santé mentale et les inégalités de genre, d'âge et de position socio-économique, en resituant l'étude dans un contexte historique plus large de 1991 à 2010. La santé mentale est mesurée à partir du questionnaire international étalonné et validé, le *General Health Questionnaire* avec 12 items (GHQ12).

Les résultats suggèrent que la santé mentale s'est détériorée pour les hommes suite à la récession de 2008, y compris parmi ceux qui sont en emploi.

Les femmes ne sont pas touchées par cette dégradation de la santé mentale suite à la crise de 2008, même si elles ont une santé mentale moins bonne que celle des hommes sur toute la période. La réponse différenciée selon le genre n'est pas due à une augmentation plus importante du chômage des hommes. De même, alors que les inégalités sociales en santé mentale se sont aggravées au cours de la décennie 2000, la récession n'est pas associée à une augmentation des inégalités en 2010.

Cette étude s'appuie sur une enquête nationale représentative avec un questionnaire de dépistage de l'anxiété et de la dépression. Les données ne sont pas disponibles pour 2007, l'année qui précède la récession, ce qui constitue une limite de l'étude. Par ailleurs, l'étude est fondée sur des données en coupe répétée et non longitudinales, qui auraient permis de mesurer l'impact des changements de statut par rapport à l'emploi sur la santé. Une autre limite est que le questionnaire GHQ a été posé en autoquestionnaire en 1999, 2002 et 2009[7], années de forte prévalence déclarée de problèmes de santé mentale, liée peut être au mode de passation du questionnaire. La forte prévalence pour les hommes se maintient néanmoins en 2010.

7. Contrairement aux autres années où le questionnaire est passé en face à face.

## ESPAGNE

**10. Lopez Bernal J.A., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M., 2013, « The Effect of the Late 2000s Financial Crisis on Suicides in Spain : an Interrupted Time-series Analysis », *European Journal of Public Health*, 23 (5), p. 732-6.**

Cet article montre qu'en Espagne la crise de 2008 a été associée à une augmentation des suicides. Les hommes, les personnes en âge de travailler et les régions méditerranéennes et du Nord de l'Espagne sont les plus à risque.

L'étude est fondée sur les données mensuelles de morts par suicide entre 2005 et 2010. Le début de la récession est fixé au 2e trimestre 2008 lorsque le PIB a commencé à baisser. Les données mensuelles de suicide baissaient en tendance mais ont marqué une hausse de façon concomitante à la crise. La crise aurait généré un surcroît de 21 suicides par mois.

**11. Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D., 2013, « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain : Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, 23, p. 103-8.**

L'analyse porte sur les liens entre la récession de 2008 et la fréquence des troubles de l'humeur, l'anxiété, les problèmes avec l'alcool ou l'alimentation parmi les personnes consultant les centres de soins primaires en Espagne.

Les médecins ont sélectionné de façon aléatoire des échantillons de patients représentatifs de la population consultant en centres de soins primaires et leur ont administré un questionnaire sur les troubles mentaux. L'enquête a été menée en 2006 et en 2010. En comparaison à la période avant la crise, l'enquête de 2010 montre une augmentation de la proportion de patients avec des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des problèmes avec l'alcool en particulier parmi les personnes touchées par le chômage individuellement, mais aussi lorsqu'un membre de la famille est touché par le chômage, ou parmi les familles avec des difficultés de paiement des crédits immobiliers.

La limite de cette étude est qu'elle n'est pas fondée sur la population générale mais seulement celle qui recourt aux centres de soins primaires. Par contre, les auteurs soulignent que la consultation de ces centres est assez systématique et élevée en Espagne : la population qui les fréquente n'a donc pas de caractéristiques particulières, susceptibles d'avoir évolué avec la crise.

## AUSTRALIE

**12. Shi Z., Taylor A.W., Goldney R., Winefield H., Gill T.K., Tuckerman J. *et al.*, 2011, « The Use of a Surveillance System to Measure Changes in Mental Health in Australian Adults During the Global Financial Crisis », *International Journal of Public Health*, 56, p. 367-72.**

Un système de surveillance mensuel de la santé mentale a été mis en place en Australie du Sud à partir de 2002. Des entretiens téléphoniques sont réalisés auprès de 600 personnes chaque mois. De juillet 2002 à juin 2009, 49 008 entretiens ont été conduits. Le questionnaire porte sur des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, stress) diagnostiqués par un médecin au cours des 12 derniers mois, et il comporte aussi quatre questions sur les idéations suicidaires du GHQ-28.

Sur la période 2002-2009, la détresse psychologique a diminué, l'anxiété a augmenté. Le stress diminue depuis 2004. Ces prévalences sont plus élevées pour les femmes que pour les hommes sauf pour les idéations suicidaires.

La déclaration de l'anxiété est plus fréquente avec la crise pour les personnes travaillant à temps partiel mais pas pour celles travaillant à temps complet. Les idéations suicidaires et la dépression n'ont pas évolué avant la crise (2005-2007) ni pendant (2008-2009).

Donc cette étude montre un faible effet global de la crise, sans doute parce que le taux de chômage n'a pas augmenté autant que dans les autres pays ou autres régions.

Cette étude présente deux principales limites : d'une part, elle est fondée sur des autodéclarations par téléphone, d'autre part, on ne recense que les problèmes de santé mentale détectés par un médecin.

## HONG KONG

**13. Lee S., Guo W.J., Tsang A. *et al.*, 2010, « Evidence for the 2008 Economic Crisis Exacerbating Depression in Hong Kong », *Journal of Affective Disorders*, 126, p. 125-33.**

L'étude s'appuie sur deux enquêtes par téléphone réalisées l'une en janvier-février 2007 et la seconde en avril-mai 2009 auprès d'adultes de Hong Kong. Le questionnaire s'appuie sur la DSM –IV[8].

8. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e version) est publié par l'association américaine des psychiatres (APA) qui classe les troubles mentaux selon des critères diagnostiques et statistiques.

Le risque de dépression majeure est significativement plus élevé en 2009 (12,5 %) qu'en 2007 (8,5 %). L'étude s'intéresse plus particulièrement aux effets des pertes liées aux investissements financiers. Les personnes qui ont fait des pertes financières importantes ont un risque de dépression majeure plus élevé. La hausse du risque de dépression majeure n'est pas uniquement liée à la hausse du chômage, car les personnes en emploi, avec des revenus moyens et mariées contribuent aussi à l'augmentation.

## GRÈCE

**14. Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A., Stefanis C.N., 2012, « Major Depression in the Era of Economic Crisis : a Replication of a Cross-sectional Study Across Greece »*, Journal of Affective Disorders*, 145, p. 3018-3024.**

L'article étudie l'impact de la crise économique de 2008 sur la dépression majeure en Grèce en 2011. Les données sont issues d'une enquête nationale par téléphone menée en 2008 et répétée en 2011 auprès d'adultes de 18 à 69 ans. En 2011, 2 256 interviews ont été menées. Pour mesurer la dépression, un questionnaire diagnostique selon les critères du DSM-IV, le « *structural clinical interview* » (SCID) a été utilisé. Les personnes qui ont déclaré au moins deux symptômes de dépression durant au moins deux semaines au cours du dernier mois ont été interrogées sur sept symptômes additionnels. Les difficultés financières ont été mesurées par un indicateur de détresse économique personnelle à partir de huit questions portant sur des difficultés financières du ménage au cours des six derniers mois, cherchant à évaluer les difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes.

Une régression logistique sur l'absence ou la présence d'une dépression majeure a été menée. Le taux de prévalence mensuelle d'une dépression majeure est de 8,2 % en 2011 contre 3,3 % en 2008. Cette étude montre que les personnes jeunes et mariées sont les plus touchées. Ce résultat contredit les études précédentes. Une explication est que les difficultés financières peuvent entraîner des difficultés maritales.

## Autres articles

15. Platt S., 2011, « Inequalities and Suicidal Behavior », *in* O'Connor R.C., Platt S., Gordon J. (ed.), *International Handbook of Suicide Prevention : Research, Policy and Practice*, Chichester, Wiley-Blackwell.

16. Buchmueller T., Grignon M., Jusot F., 2007, « Unemployment and mortality in France, 1982-2002 », *CHEPA working paper series*, 07-04.

17. Luo F., Florence C.S., Quispe-Agnoli M., Ouyang L., Crosby A.E., 2011, « Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928-2007 », *American Journal of Public Health*, vol. 101, n° 6, June.

18. Jusot F., 2012/3, « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé », *Les tribunes de la santé*, n° 36, p. 73 à 80.

19. Stuckler D., Basu S., 2013, *The Body Economic – Why Austerity Kills*, New York, Basic Books, *in* von Lennep F., 2013, « Notes de lecture critiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, Juillet-Septembre, p. 151-154.

20. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., 2009, « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe : an Empirical Analysis », *The Lancet*, Volume 374, issue 9686, July 25, p. 315-323.

21. Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D., 2011, « Health Effects of Financial Crisis : Omens of a Greek Tragedy », *The Lancet*, Volume 378, Issue 9801, October 22, p. 1457-1458.

22. Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P., 2013, « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, Volume 381, Issue 9874, 13 April, p. 1323-1331.

23. Ayuso-Mateos J.L., Barros P.P., Gusmão R., 2013, « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, Volume 382, Issue 9890, 3 August, p. 391-392.

24. Karanikolos M., Rechel B., Stuckler D., McKee M., 2013, « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe — Authors' reply », *The Lancet*, Volume 382, Issue 9890, 3 August, p. 392.

# ANNEXE 2
# RECUEIL NUMÉRIQUE SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE

Ce recueil numérique sur le suicide est réalisé dans le cadre des travaux de l'Observatoire national du suicide, créé en septembre 2013 auprès de la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Il répond 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 améliorer la prévention. Il a été présenté le 12 décembre 2013, en l'état de projet, aux membres du groupe de travail « Axes de recherche » piloté par la DREES, et son intérêt a été souligné et validé à cette occasion.

Il sera disponible sous forme électronique sur le site de l'Observatoire national du suicide en même temps que le premier rapport.

Ce recueil numérique propose une sélection bibliographique sur la thématique du suicide composée de références à des ouvrages, des études et des rapports, d'une part, et à des articles scientifiques, d'autre part. Il comporte également d'autres types d'informations en lien avec le suicide : des colloques, des sites Web institutionnels et associatifs et des émissions de radio et de télévision.

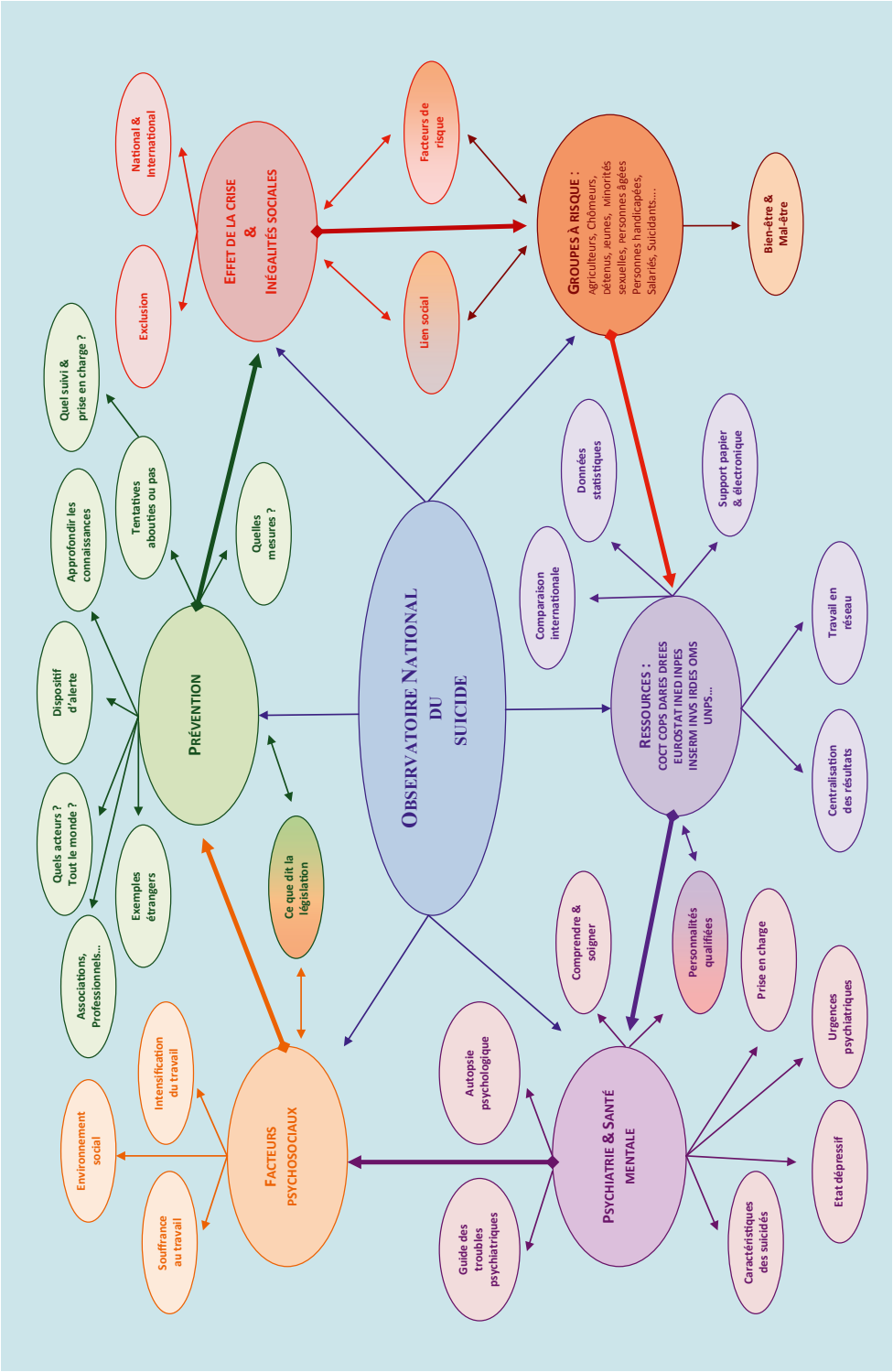
Son contenu s'appuie principalement sur le fonds documentaire « Ress@c » du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mais également sur des revues scientifiques et le Web, dans le respect du droit d'auteur. Sans chercher à être exhaustif, il recense la documentation française et internationale relative au suicide sur la période 2008-2014, sauf pour les ouvrages qui peuvent être plus anciens.

La sélection bibliographique a permis de dégager cinq thématiques phares qu'illustre **la carte mentale** (ou « *mind mapping* ») ci-jointe.

Cette carte mentale est un miroir des concepts apparus au fur et à mesure des recherches bibliographiques, réalisées dans la base Ress@c du ministère de la Santé sur environ 800 documents.

Il est intéressant de souligner que tous ces concepts se sont parfaitement retrouvés dans les thématiques jugées prioritaires par l'Observatoire.

Recueil réalisé par Monique Carrière et validé par Valérie Ulrich – Mission Recherche (MiRe)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes


Observatoire National du Suicide
Effet de la crise & Inégalités sociales
National & International
Exclusion
Facteurs de risque
Lien social
Groupes à risque : Agriculteurs, Chômeurs, détenus, jeunes, Minorités sexuelles, personnes âgées Personnes handicapées, Salariés, Suicidants....
Bien-être & Mal-être
Prévention
Quel suivi & prise en charge ?
Approfondir les connaissances
Tentatives abouties ou pas
Quelles mesures ?
Dispositif d'alerte
Quels acteurs ? Tout le monde ?
Exemples étrangers
Associations, Professionnels...
Ce que dit la législation
Ressources : COCT CDPS DARES DREES EUROSTAT INED INPES INSERM INVS IRDES OMS UNPS...
Données statistiques
Comparaison internationale
Support papier & électronique
Travail en réseau
Centralisation des résultats
Facteurs psychosociaux
Environnement social
Intensification du travail
Souffrance au travail
Psychiatrie & Santé mentale
Autopsie psychologique
Guide des troubles psychiatriques
Comprendre & soigner
Personnalités qualifiées
Prise en charge
Urgences psychiatriques
Etat dépressif
Caractéristiques des suicidés

# ANNEXE 3
# LISTE DES SIGLES

## A

**AP** Administration pénitentiaire
**ARS** Agence régionale de santé
**ASEP** Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique
**AT** Accident du travail
**ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

## C

**CCMSA** Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
**CCOMS** Centre collaborateur de l'OMS
**CépiDc** Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
**CDD** Contrat à durée déterminée
**CDI** Contrat à durée indéterminée
**CIM-10** Classification internationale des maladies dixième révision
**CnamTS** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
**CNAV** Caisse nationale de l'assurance vieillesse
**CGCT** Code général des collectivités territoriales
**Cosmop** Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession
**CPAM** Caisse primaire d'assurance maladie
**CSP** Catégorie socioprofessionnelle

## D

**DADS** Déclaration annuelle des données sociales
**DARES** Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
**DREES** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
**DGCS** Direction générale de la cohésion sociale

**DGT** Direction générale du travail
**DGS** Direction générale de la santé
**DGOS** Direction générale de l'offre de soins
**DOM** Départements d'outre-mer
**DST** Département santé travail (InVS)
**DRP** Direction des risques professionnels (de l'assurance maladie)

## E

**EDC** Épisodes dépressifs caractérisés
**EDP** Échantillon démographique permanent
**Ensosp** École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers
**Escapad** Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
**ESEMeD** European study of the epidemiology of mental disorders

## I

**IML** Institut médico-légal
**INPES** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
**INSEE** Institut national de la statistique et des études économiques
**Inserm** Institut national de la santé et de la recherche médicale
**InVS** Institut de veille sanitaire

## M

**Mini** Mini international neuropsychiatric interview
**MSA** Mutualité sociale agricole

## N

**NAF** Nomenclature d'activités française

## O

**OFDT** Observatoire français des drogues et des toxicomanies
**OMS** Organisation mondiale de la santé
**Oscour®** Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

## P

**PCS** Professions et catégories socioprofessionnelles
**PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PMSI-MCO** Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

## R

**RIM-P** Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie
**RNIPP** Répertoire national d'identification des personnes physiques
**RPU** Résumé de passage aux urgences
**RSI** Régime social des indépendants
**RSA** Résumé de sortie anonyme
**RSS** Résumé de sortie standardisé
**RUM** Résumé d'unité médicale

## S

**Samotrace** Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes Centre
**SAMU** Service d'aide médicale urgente
**SFMU** Société française de médecine d'urgence
**SIP** Santé itinéraire professionnel
**SMPG** Santé mentale en population générale
**SNGC** Système national de gestion des carrières
**SNIIRAM** Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
**SU** Services des urgences
**SurSaUD®** Surveillance sanitaire des urgences et des décès

## T

**TS** Tentative de suicide

## U

**UMJ** Unité médico-judiciaire

# ANNEXE 4
# TEXTES FONDATEURS DE L'OBSERVATOIRE

**1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide**

**2. Arrêté portant nomination à l'Observatoire national du suicide**

**3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide**

## 1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide

10 septembre 2013 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 3 sur 44

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013**
**portant création de l'Observatoire national du suicide**

NOR : *AFSE1322721D*

***Publics concernés :*** *parlementaires ; administrations ; professionnels de santé ; experts ; chercheurs ; associations.*

***Objet :*** *création d'un Observatoire national du suicide.*

***Entrée en vigueur :*** *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

***Notice :*** *le décret crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la santé. Il définit ses missions et sa composition. L'Observatoire national du suicide est indépendant et pluridisciplinaire. Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est notamment composé de parlementaires, des directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'observatoire élaborera chaque année un rapport qu'il rendra public.*

***Références :*** *le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

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,

Décrète :

**Art. 1er. –** Il est créé, pour une durée de quatre 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 et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

**Art. 2. –** L'Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- deux députés et deux sénateurs respectivement désignés par le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat ;
- 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 secrétaire général du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt 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 des travailleurs salariés ;
- un représentant du régime social des 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 chacun des organismes suivants :
  - Institut de veille sanitaire ;
  - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
  - Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
  - Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
  - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
  - Institut de recherche en santé publique ;
- un représentant de chacun des centres d'études et de recherches suivants :
  - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
  - Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
  - Fédération nationale des observatoires régionaux de santé ;
  - Institut national des études démographiques ;
  - Fédération régionale Nord - Pas-de-Calais de recherche 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 gérontologue et un médecin légiste désignés pour quatre ans par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées pour quatre ans 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 réalisation d'études.

L'Observatoire élabore chaque année 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 de l'éducation nationale, la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt 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 9 septembre 2013.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre de l'éducation nationale,*
VINCENT PEILLON

*La garde des sceaux,*
*ministre de la justice,*
CHRISTIANE TAUBIRA

*Le ministre de l'intérieur,*
MANUEL VALLS

*Le ministre du travail, de l'emploi,*
*de la formation professionnelle*
*et du dialogue social,*
MICHEL SAPIN

*La ministre de l'enseignement supérieur*
*et de la recherche,*
GENEVIÈVE FIORASO

*Le ministre de l'agriculture,*
*de l'agroalimentaire et de la forêt,*
STÉPHANE LE FOLL

## 2. Arrêté portant nomination à l'Observatoire national du suicide

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Ministère des affaires sociales et de la santé

**Arrêté du** 03 FEV 2014
**Portant nomination à l'Observatoire national du suicide**

**La ministre des affaires sociales et de la santé,**

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'observatoire national du suicide,

**Arrête :**

**Article 1er**

Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l'Observatoire national du suicide :

- Guillaume Vaiva, psychiatre ;
- Jean-Louis Terra, psychiatre ;
- Christophe Dejours, psychiatre ;
- Bruno Beauchamp, médecin généraliste ;
- Esther Simon-Libchaber, médecin urgentiste ;
- Bernard Salengro, médecin du travail ;
- Jeanne-Marie Urcun, médecin scolaire ;
- Christophe Arbus, gérontologue ;
- Michel Debout, médecin légiste.

Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l'Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

- Didier Bernus ;
- Christian Baudelot.

**Article 2**

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 03 FEV 2014

Marisol TOURAINE

## 3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Ministère des affaires sociales et de la santé

**Arrêté du** 03 FEV 2014

**Fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide**

**La ministre des affaires sociales et de la santé,**

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'observatoire national du suicide,

**Arrête :**

**Article 1er**

Les associations suivantes sont représentées à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale pour la prévention du suicide ;
- Groupement d'étude et de prévention du suicide ;
- Phare enfants-parents ;
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- Collectif interassociatif sur la santé ;
- S.O.S amitié ;
- Le Refuge ;
- Association Nationale des Maisons des Adolescents.

Chacune de ces associations désigne un représentant.

**Article 2**

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 03 FEV 2014

Marisol TOURAINE

# ANNEXE 5
# FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

Les membres de l'Observatoire national du suicide se sont réunis à trois reprises en séance plénière, au cours de sa première année d'existence entre septembre 2013 et septembre 2014.

## Séance plénière du 10 septembre 2013

**• Introduction par Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, présidente de l'Observatoire**
La réunion de lancement de l'Observatoire national du suicide est introduite par Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, qui rappelle les enjeux de santé publique que représente la prévention du suicide et la nécessité de se doter d'un observatoire.

**• Intervention de Franck von Lennep, président délégué de l'Observatoire, directeur de la DREES : fonctionnement, composition et missions de l'Observatoire**
Le fonctionnement, la composition et les missions de l'Observatoire sont définis par décret. L'Observatoire réunit des représentants des ministères, des parlementaires, des acteurs institutionnels ou opérateurs du champ sanitaire et médico-social, des chercheurs, des professionnels de santé, des personnalités qualifiées et des représentants d'associations. L'Observatoire a la possibilité, lorsqu'il l'estime nécessaire, d'inviter ponctuellement toute personne non membre susceptible de lui apporter un éclairage. Il est rappelé que la DREES assure le secrétariat de l'Observatoire ; ce dernier produira un rapport annuel.

**• Interventions de l'InVS et du CépiDc**
Françoise Weber, alors directrice de l'InVS, présente les travaux de l'InVS sur le suicide. Christine Chan Chee (InVS) présente plus en détail la surveillance des tentatives de suicide en France métropolitaine en exposant les données de cadrage disponibles, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P), ainsi que des informations extraites du réseau Oscour®. La présentation de Christine Cohidon (InVS) est consacrée au lien entre suicide et activité professionnelle. Elle rappelle qu'il existe quatre sources majeures d'information : les fichiers de mortalité du CépiDc, les données sur les structures médico-légales, les fichiers de déclaration des accidents du travail et les fichiers de l'inspection du travail.

L'intervention de Grégoire Rey (CépiDc) détaille la procédure de remontée des certificats de décès et la méthode utilisée par le CépiDc pour estimer la mortalité par suicide avant de se concentrer sur le lien entre crise économique et suicide.

**• Tour de table : priorités pour les travaux de l'Observatoire**
Concernant les données quantitatives, les participants soulignent le besoin d'améliorer la qualité de l'information sur les variables sociales. Les intervenants insistent parallèlement sur la nécessité de mettre en place des études de terrain, des études étiologiques pour comprendre les processus de souffrance et de prise en charge, les parcours de vie en amont des personnes à risque suicidaire.

## Séance plénière n° 2 du 4 février 2014

L'ordre du jour de la deuxième séance plénière s'articule autour de quatre grands points.

**• Introduction sur le fonctionnement général de l'Observatoire**
Franck von Lennep rappelle le fonctionnement de l'Observatoire avec la mise en place de deux séances plénières par an qui auront lieu lors de la journée mondiale de lutte contre le suicide (10 septembre) et lors de la semaine nationale de prévention du suicide (février). Il rappelle aussi que l'ONS s'appuie sur deux groupes de travail dont le programme de travail est décidé lors des réunions plénières, et dont les réunions sont organisées sur une même journée.

**• Présentation des actions menées dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 par la DGS et du Plan national MSA d'actions contre le suicide 2011-2014 par la CCMSA**
Rkia Elouadi (DGS) présente l'architecture globale du programme national d'actions contre le suicide, organisé en cinq axes, puis détaille certaines actions pilotées par la DGS. Matthias Tourne présente ensuite les trois axes du plan national MSA d'actions contre le suicide et notamment les cellules de prévention du suicide mises en place dans chaque caisse.

**• Présentation du rapport du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) pour la prévention du suicide des personnes âgées**
Anne-Sophie Rigaud (hôpital Broca, AP-HP, université Paris Descartes) évoque le contexte de l'élaboration du rapport. Thierry Gallarda (hôpital Sainte-Anne) rappelle l'importance du repérage de la dépression chez les personnes âgées qui est un important levier de prévention.

Marie-Paule Cuenot de la DGCS intervient ensuite sur les suites données à ce rapport. Des mesures spécifiques concernant la prévention du suicide des personnes âgées sont prévues dans le rapport annexé de la loi d'orientation et de programmation de l'adaptation de la société au vieillissement.

**• Projet de contenu du premier rapport de l'Observatoire**

## Séance plénière n° 3 du 9 septembre 2014

**• Introduction par Franck von Lennep, directeur de la DREES : bilan de la première année de l'Observatoire et perspectives**

**• Intervention de Benoît Vallet, directeur général de la Santé, sur la politique de santé mentale et la prévention du suicide, en lien avec la stratégie nationale de santé**

**• Présentation des dossiers inclus dans le rapport (InVS et DREES) et discussion du projet de rapport**

Deux groupes de travail ont été mis en place à l'issue de la première assemblée plénière sur la base du volontariat des membres de l'Observatoire. Un premier groupe est chargé de se pencher sur les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide. Un deuxième groupe est, quant à lui, centré sur les axes de recherche à développer en France sur le comportement suicidaire et sa prévention.

## Groupe de travail « Surveillance épidémiologique »

Le groupe de travail « Surveillance épidémiologique » s'est réuni trois fois entre décembre 2013 et juin 2014.

### Réunion du 12 décembre 2013

En préalable à cette réunion, un bref questionnaire a été adressé à tous les membres du groupe de travail leur demandant de décrire leur activité dans le domaine du suicide, de préciser s'ils disposaient de données pour alimenter les travaux de l'Observatoire et de noter les champs relatifs à la thématique du suicide qu'ils estiment être insuffisamment explorés ou pour lesquels les connaissances sont lacunaires.

Lors de la réunion, une synthèse des réponses au questionnaire a été présentée par Claire Gourier-Fréry de l'Institut de veille sanitaire.

Trois présentations ont suivi :

- **Alain Mathiot, SOS Amitié**
Présentation de l'Observatoire des souffrances psychiques et analyse des données recueillies au cours des appels à SOS Amitié.

- **Martine Allouard Carny, Phare Enfants Parents**
– Étude auprès des 450 familles adhérentes à l'association sur le thème « suicide des jeunes, prévention de l'acte et circonstances ».
– Résumé d'un sondage grand public sur « le mal-être des jeunes et la prévention du suicide ».

- **Claire Bossard, InVs, département santé-travail**
La surveillance suicide et travail à l'InVS, contraintes et enjeux.
Illustration par deux études sur :
– la faisabilité de mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail ;
– la surveillance de la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants.

### Réunion du 1er avril 2014

Cette réunion était particulièrement axée sur les données de mortalité par suicide. Deux présentations ont été faites :

• **Grégoire Rey, CépiDc**
Données de mortalité par suicide : circuit des certificats de décès, certification électronique, données disponibles, principaux indicateurs, intérêts et limites des données, perspectives sur l'évolution de la base de données et son appariement avec d'autres bases de données.

• **Pr Michel Debout, médecin légiste**
Place de la médecine légale pour la surveillance des suicides : organisation, réforme de la médecine légale, place des instituts médico-légaux dans le circuit de la certification des décès par suicide.

Présentation de l'étude « La santé des suicidés », d'après l'analyse des données de 308 personnes décédées par suicide entre mai 2003 et octobre 2004 : données médico-légales (services de médecine légale de Saint-Étienne et de Lyon) et de consommation de soins (service médical de l'assurance maladie de la région Rhône-Alpes).

## Réunion du 3 juin 2014

Lors de cette réunion, la thématique abordée était la surveillance des tentatives de suicide avec trois présentations :

• **Christine Chan Chee, InVS**
Systèmes d'information actuellement utilisés pour la surveillance des TS, en particulier les hospitalisations et recours aux urgences.

• **Albert Vuagnat, DREES**
Étude sur le décès à un an et causes de décès parmi les personnes hospitalisées pour TS en médecine et chirurgie à partir du projet Amphi qui a apparié les données du PMSI-MCO et les données de mortalité du CépiDc.

• **Romain Guignard, INPES**
Données déclaratives sur les actes suicidaires dans les enquêtes en population.

Une intervention a porté spécifiquement sur les données régionales disponibles.

• **Hélène Martineau, FNORS**
Panorama des travaux sur le suicide et tentatives de suicide, conduits dans le réseau des ORS.

## Groupe de travail « Axes de recherche »

Le groupe de travail « Axes de recherche » s'est également réuni trois fois entre décembre 2013 et juin 2014.

### Réunion du 12 décembre 2013

Cette réunion a consisté en l'installation du groupe et s'est concentrée sur la prévention du suicide chez les personnes âgées. La réunion a débuté par la définition du programme de travail du groupe avec deux présentations et un tour de table des participants.

• **Valérie Ulrich, DREES**
Synthèse des observations et des pistes de recherche évoquées lors de la réunion de lancement de l'Observatoire du 10 septembre 2013.

• **Monique Carrière et Christine Le Clainche, DREES**
Présentation de la démarche bibliométrique et bibliographique en cours à la DREES.

• **Tour de table pour recueillir les propositions d'interventions (études, projets, actions) en lien avec les pistes à explorer.**

La réunion s'est poursuivie avec deux présentations sur la prévention du suicide chez les personnes âgées.

• **François Beck, OFDT (INPES au moment de la contribution)**
*Social participation, social environment and death ideations in later life.*

• **Anne-Sophie Rigaud, hôpital Broca, AP-HP, université Paris Descartes**
Rapport du sous-groupe « Suicide des personnes âgées » du Comité national pour la bien-traitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

### Réunion du 1er avril 2014

Cette réunion a porté sur les actions de prévention du suicide, les expériences locales et internationales et leur évaluation. Les objectifs étaient :

• **de répertorier les programmes ou dispositifs de prévention du suicide (ou de postvention) et les actions de terrain efficaces, à l'étranger ou localement, en s'appuyant sur les ARS ;**

- **de considérer la transférabilité des interventions efficaces au contexte français ou à d'autres contextes locaux ;**

- **d'identifier des axes de recherche dans ce domaine, de réfléchir au rôle de l'Observatoire pour favoriser la recherche action et son évaluation (recherche interventionnelle).**

Quatre présentations ont été réalisées :

- **Enguerrand du Roscoät, INPES**
Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature.

- **Guillaume Vaiva, psychiatre, CHRU de Lille**
Quelques exemples de systèmes de veille après tentatives de suicide. Intérêts et limites de leur combinaison.

- **Anne Boucharlat, ARS Rhône-Alpes**
Actions de prévention du suicide mises en place en région Rhône-Alpes.

- **Jean-Luc Roelandt, CCOMS - EPSM Lille-Métropole**
La prévention du suicide : recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et un exemple européen de bonne pratique (le projet de prévention du suicide « *telefono speciale* » de Trieste).

## Réunion du 3 juin 2014

Cette réunion a porté sur le suicide lié au travail et les effets de la crise avec quatre présentations :

- **Loïc Lerouge, université de Bordeaux IV, Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale**
Suicide au travail en droit social.

- **Claire Bossard, InVS, département santé-travail**
Surveillance des suicides liés au travail en France : une étude exploratoire.

- **Christophe Dejours, psychiatre**
De l'analyse étiologique à la prévention du suicide en milieu de travail.

- **Moussa Laanani et Grégoire Rey, CépiDc**
Impact du chômage sur les variations de la mortalité dans les pays d'Europe de l'Ouest.

# Contributeurs

Rapport réalisé sous la direction de Nathalie Fourcade et Franck von Lennep (DREES) et sous la coordination scientifique de Claire Bossard, Christine Chan-Chee (InVS), Muriel Moisy et Valérie Ulrich (DREES)

**Ce rapport a bénéficié de la collaboration de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide ainsi que des membres des groupes de travail « Surveillance épidémiologique » et « Axes de recherche ».**

**Contributeurs :**
**CépiDc** (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) : Mireille Eb, Grégoire Rey ;
**DAP** (Direction de l'administration pénitentiaire) : Véronique Pajanacci, Amélie Tostivint ;
**DGS** (Direction générale de la santé) : Rkia Elouadi ;
**DREES** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) : Monique Carrière, Nicolas De Riccardis, Nathalie Fourcade, Christine Le Clainche, Rémy Mas, Muriel Moisy, Valérie Ulrich ;
**INPES** (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) : Romain Guignard ;
**InVS** (Institut de veille sanitaire) : Nathalie Beltzer, Claire Bossard, Christine Chan Chee, Laurence Chérié-Challine, Claire Gourier-Fréry, Imane Khireddine, Charlotte Verdot ;
**OFDT** (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) : François Beck (INPES au moment d'une partie de la rédaction), Stanislas Spilka ;
**SOS Amitié** : Alain Mathiot.

**Ont également collaboré :**
**DREES** : Michèle Coste, Marie-Claude Mouquet, Sylvie Rey, Ghislaine Vertueux, Albert Vuagnat ;
**InVS** : Christine Cohidon, Catherine Buisson, Béatrice Geoffroy-Perez, Isabelle Grémy, Sylvie Julliard, Frédéric Moisan.

**Ce rapport a été édité par la mission Publication de la DREES :**
**Responsable d'édition** : Carmela Riposa
**Correction** : Reine Bellivier
**Conception et réalisation graphique** : Philippe Brulin

**Contacts :**
**DREES** : drees-ons@sante.gouv.fr ;
**InVS** : invs-ons@invs.sante.fr

**Site Internet :**
www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html

Un Français sur cinquante décède par suicide et un sur vingt déclare avoir fait une tentative au cours de sa vie. Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe.

En février 2013, dans son plaidoyer en faveur d'une prévention active du suicide, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a rappelé l'importance du suicide comme problème de santé publique et préconisé la mise en place d'un observatoire.

L'Observatoire national du suicide (ONS) a été installé, en septembre 2013, par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et placé auprès de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Indépendant et de composition plurielle, il incarne la diversité des acteurs impliqués dans la prévention du suicide.

Ce rapport est un premier état des lieux des connaissances sur le suicide. Il énonce des recommandations qui seront suivies et complétées dans les rapports ultérieurs.

N° Dicom : 14-079
N° ISBN : 978-2-11-138966-3

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE