SYNTHÈSE P.09

DOSSIERS P.25

FICHES

ANNEXES P. 255

SOMMAIRE

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

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE

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

FICHE 1 La stratégie multimodale de prévention du suicide

Dr Pascale Fritsch (Direction générale de la santé)

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

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

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

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

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

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

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

- généraliser à l'ensemble du territoire français le dispositif VigilanS de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, dans les suites de leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation ;
- actualiser la formation à l'intervention sur la crise suicidaire et former les médecins généralistes à la prise en charge de la dépression ; trois rôles différents ont ainsi été identifiés : le rôle de sentinelle (qui a une fonction de repérage et d'orientation), celui d'évaluateur (qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'orientation) et celui d'intervenant de crise (qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'intervention pour désamorcer une crise en urgence);
- prévenir la contagion suicidaire en formant les médias, en intervenant dans les réseaux sociaux et en réduisant l'accès aux moyens létaux, notamment l'accès aux hot spots²;
- mettre en place un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême ;
- informer le public sur ces ressources.

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

Références bibliographiques

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

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

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

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

FICHE 2 Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine

Grégoire Rey (CépiDc-Inserm)

'indicateur du nombre de décès par suicide est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas identifiés dans cette statistique nationale des décès. Les personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou celles pour qui l'origine de la mort violente est restée indéterminée n'y sont pas comptabilisées.

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

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

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

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

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

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

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

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

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

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

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

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

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

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

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

Variation du taux de décès par suicide entre 2000 et 2016

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

Taux de décès par suicide selon les régions

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

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

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

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

	Taux standardisés¹			Variation du taux (en %)						
	2000	2008	2016	2000-2008 ²		2008-2016 ³		2000-20164		
1-14 ans	0,4	0,3	0,3	-37,5		6,7		-33,3		
15-24 ans	8,1	6,8	4,5	-15,4	*	-33,4	*	-43,7	*	
25-54 ans	22,9	20,8	15,4	-9,1	*	-26,0	*	-32,8	*	
25-34 ans	16,4	13,5	10,0	-18,0	*	-25,5	*	-38,9	*	
35-44 ans	25,9	21,5	14,4	-17,0	*	-33,0	*	-44,4	*	
45-54 ans	25,8	26,7	21,2	3,8		-20,6	*	-17,6	*	
55-74 ans	25,4	22,8	18,1	-10,2		-20,3	*	-28,4	*	
55-64 ans	22,4	22,1	19,7	-1,3		-11,0	*	-12,1	*	
65-74 ans	28,9	23,5	16,3	-18,5	*	-30,7	*	-43,6	*	
75 ans ou plus	54,6	42,0	33,3	-23,0	*	-20,7	*	-39,0	*	
75-84 ans	45,0	35,7	27,5	-20,7	*	-22,8	*	-38,8	*	
85-94 ans	81,3	58,9	46,9	-27,5	*	-20,5	*	-42,4	*	
95 ans ou plus	59,5	53,9	65,0	-9,4		20,5		9,2		
Total tous âges	21,0	18,3	14,0	-13,0	*	-23,5	*	-33,5	*	

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

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

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

Modes de suicide

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

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

^{2. (}Taux 2008 - Taux 2000) *100 / Taux 2000.

^{3. (}Taux 2016 - Taux 2008) *100 / Taux 2008.

^{4. (}Taux 2016 – Taux 2000) *100 / Taux 2000.

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

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

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

Région du domicile	Taux standardisés¹ 2000-2002	Taux standardisés¹ 2014-2016	Variations régionales² 2014-2016 (en %)	Évolutions 2000-2002 / 2014-2016³ (en %)	
Auvergne-Rhône-Alpes	19,1	12,6	-14,0	-34,1	*
Bourgogne-Franche-Comté	24,4	16,9	15,6	-30,7	*
Bretagne	31,7	22,2	52,0	-29,9	*
Centre-Val de Loire	25,1	16,7	14,4	-33,4	*
Corse	15,3	9,4	-35,8	-38,7	*
Grand-Est	18,1	15,1	3,5	-16,4	*
Hauts-de-France	26,8	19,0	30,2	-28,9	*
Île-de-France ⁴	10,9	7,4	-49,2	-31,7	*
Normandie	26,3	19,0	30,2	-27,6	*
Nouvelle-Aquitaine	22,8	17,0	16,3	-25,6	*
Occitanie	17,5	13,6	-7,2	-22,7	*
Pays de la Loire	25,9	19,1	30,5	-26,4	*
Provence-Alpes-Côte d'Azur	18,4	13,1	-10,3	-28,8	*
France métropolitaine	20,3	14,6	0,0	-28,0	*

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

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

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

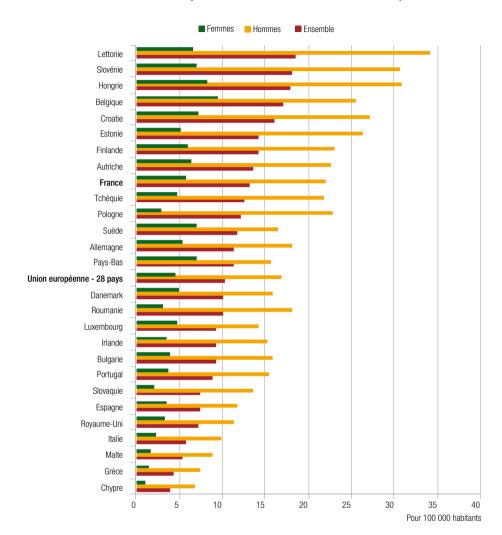
^{1.} Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU & EFTA (année de référence : 2013).

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

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

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

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



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

Source • Eurostat.

Synthèse

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

Références bibliographiques

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

FICHE 3 Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017

Christine Chan-Chee (Santé publique France)

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

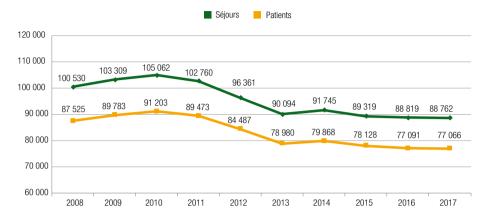
L'analyse des données du PMSI-MCO est circonscrite aux tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les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

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

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

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

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



MCO: médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Champ • France entière.

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

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

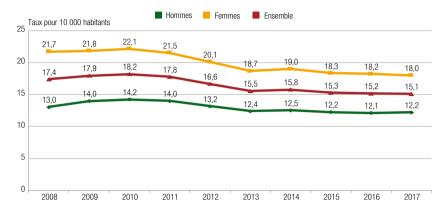
Entre 2008 et 2017, la part relative des séjours masculins pour tentative de suicide a augmenté passant de 36,4 % à 38,7 % de l'ensemble des séjours, réduisant légèrement l'écart entre les taux d'hospitalisation féminin et masculin.

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

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

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

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



MCO: médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

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

Champ • France entière.

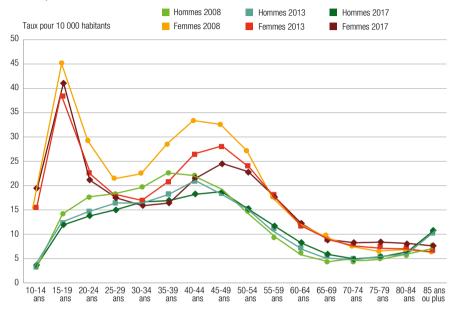
Source • ATIH, PMSI-MCO, traitements Santé publique France.

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

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

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

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



MCO: médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Champ • France entière.

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

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

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

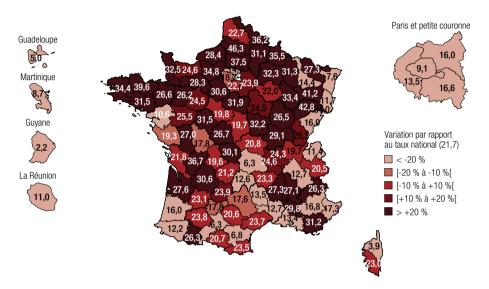
national en 2017. A contrario, d'autres départements tels que la Moselle, le Vaucluse, la Sarthe et la Creuse sont passés de taux supérieurs au taux national en 2008 à des taux proches voire inférieurs au taux national en 2017 chez les hommes et les femmes. Enfin, en Lozère et dans l'Allier, les taux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

Synthèse

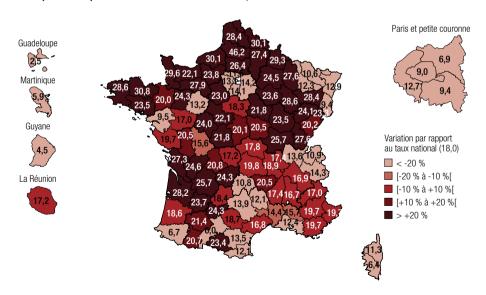
Entre 2008 et 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les services de médecine et chirurgie en France métropolitaine et départements d'outremer est passé de 17,4 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,1 pour 10 000 en 2017. Cette diminution est particulièrement nette entre 2010 et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

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

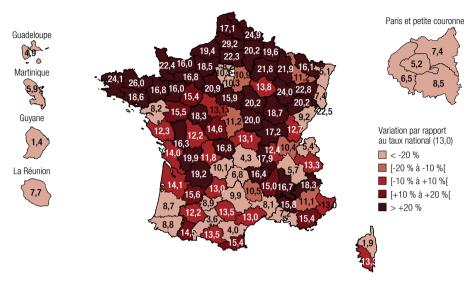
1. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 femmes, en 2008



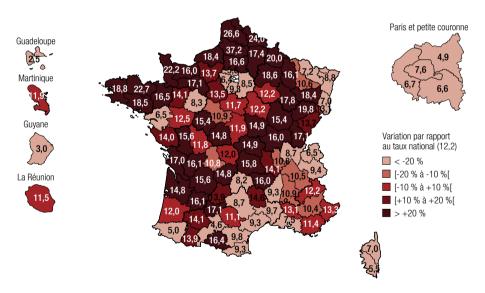
2. Hospitalisations pour tentative de suicide / 10 000 femmes, en 2017



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



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



MCO: médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • ATIH, traitements Santé publique France.

Références bibliographiques

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

FICHE 4 Prévalences et évolutions des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2017

Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon (Santé publique France)

Contexte

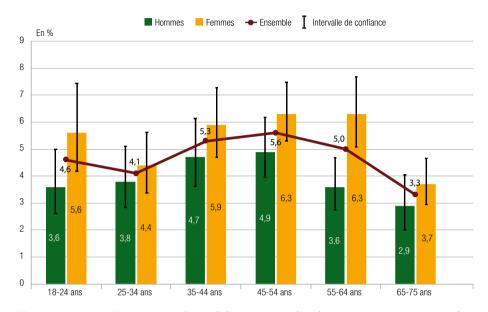
Le Baromètre de Santé publique France est la seule enquête en population générale adulte qui permet de suivre l'évolution des conduites suicidaires, et ce depuis le début des années 2000 (données disponibles pour les années 2000, 2005, 2010, 2014, 2017). Cette fiche s'appuie sur les données de l'édition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

Prévalences et évolutions

Prévalences

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

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



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

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

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

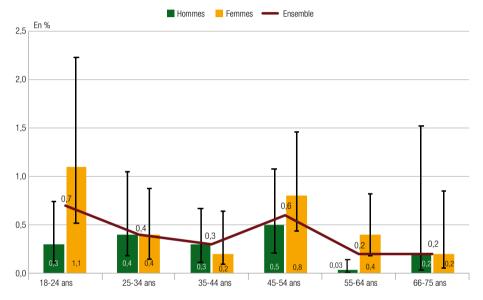
Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

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

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

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

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



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

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

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

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Évolutions

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

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

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

Motifs suicidaires

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

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

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

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

Facteurs de risque associés aux conduites suicidaires

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse et limites

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

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

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

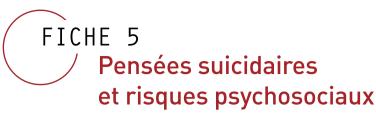
Référence bibliographique

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

SANTÉ MENTALE,

SUICIDE ET TRAVAIL

Fiche 5 • Pensées suicidaires et risques psychosociaux1	37
Fiche 6 • Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier	49
Fiche 7 • Pathologies psychiques en lien avec le travail : les données du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) - 2001-20171	55
Fiche 8 • Pensées suicidaires en population active occupée en 2017 1	69
Fiche 9 • Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale 1	174
Fiche 10 • La prévention du suicide en milieu agricole 1	79
Fiche 11 • Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole 1	85
Fiche 12 • Le dispositif APESA pour les chefs d'entreprise en souffrance aiguë1	90
Fiche 13 • Le programme de mobilisation contre le suicide dans la police nationale2	200
Fiche 14 • Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire2	207



Valérie Carrasco (DREES)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

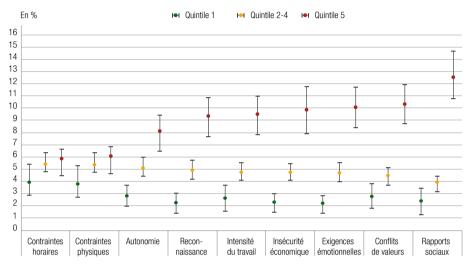
Les personnes les plus exposées à certains RPS³ durant les 12 derniers mois déclarent également plus souvent que la moyenne des pensées suicidaires : 13 % en cas de mauvais rapports sociaux au travail, 10 % en cas de conflit de valeurs, d'exigences émotionnelles ou d'insécurité économique, un peu moins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

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

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

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

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



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

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

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

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

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

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

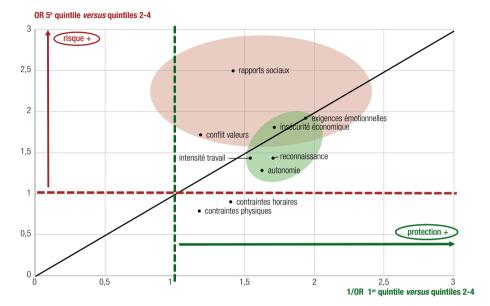
À l'inverse, une faible exposition aux RPS est associée à un moindre risque de pensées suicidaires, divisée par presque deux pour les 20 % de personnes les moins soumises à des exigences émotionnelles, à une insécurité économique ou à un manque de reconnaissance, et par environ 1,5 concernant le manque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

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

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

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

RPS qui diminuent significativement le risque de pensées suicidaires en cas de faible exposition (1/OR ≥1,5)
 RPS qui augmentent significativement le risque de pensées suicidaires en cas de forte exposition (0R ≥ 1,5)



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

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

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

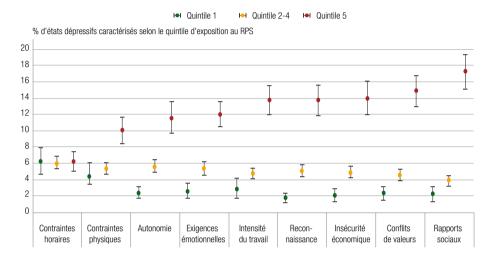
Source • Dares, enquête RPS 2016.

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

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

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

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



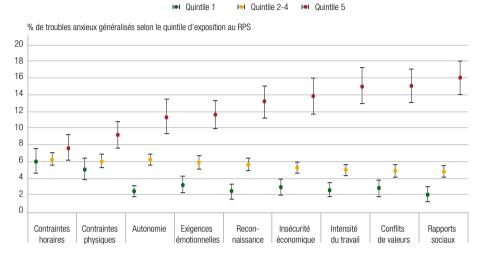
Lecture • Concernant la dimension de RPS « intensité du travail », la part des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé est de 2,9 % pour les personnes les moins exposées (1er quintile), de 13,7 % pour les personnes les plus exposées (dernier quintile) et de 4,7 % pour les autres (2e, 3e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

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

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

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

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

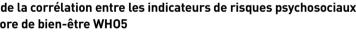


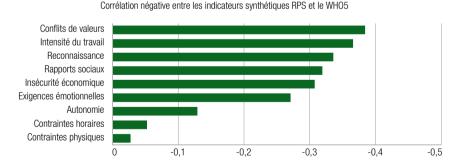
Lecture • Concernant la dimension des risques psychosociaux « intensité du travail », la part des personnes présentant un trouble anxieux généralisé est de 2,5 % pour les personnes les moins exposées (1er quintile), de 15,1 % pour les personnes les plus exposées (dernier quintile) et de 5,0 % pour les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

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

Source • Dares, enquête CT-RPS 2016.

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



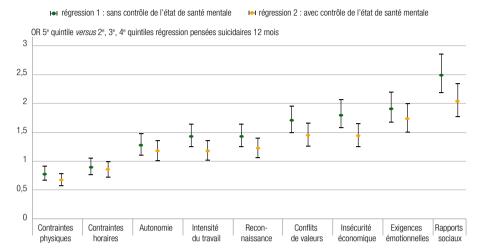


Lecture • Le coefficient de corrélation entre le score du WHO5 et l'indicateur synthétique d'exposition au RPS « conflits de valeurs » est de -0,38.

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

Source • Dares, enguête CT-RPS 2016.

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



Note • Résultat des deux régressions logistiques sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, sans contrôler la présence de troubles psychiques (régression 1), puis en ajoutant ce contrôle (régression 2). **Lecture** • Pour le dernier quintile de la dimension de RPS « conflits de valeurs », l'odds ratio passe de 1,7 à 1,4 en ajoutant le contrôle de la présence de troubles psychiques, cette différence n'étant pas significative au seuil de 5 %. **Champ** • Actifs occupés en France métropolitaine et d'outre-mer.

Source • Dares, enquête RPS 2016.

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

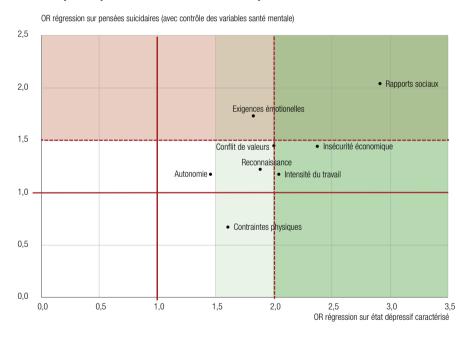
La prise en compte de l'existence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux généralisé aboutit globalement aux mêmes résultats que ceux obtenus sans prise en compte de la santé mentale, mais avec un effet atténué de la forte exposition à certains RPS, notamment les mauvais rapports sociaux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

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

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

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

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



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

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

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

Source • Dares, enquête RPS 2016.

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

Références bibliographiques

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

FICHE 6 Pensées suicidaires et expositions aux risques psychosociaux pour les personnels du secteur hospitalier

Jacques Pisarik (DREES)

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

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

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

^{1.} Agents d'entretien des locaux, agents de service hospitalier, ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets.

^{2.} Les sages-femmes sont regroupées avec les infirmiers dans la classification des familles professionnelles (FAP) de la Dares. Bien qu'il s'agisse d'une profession médicale, contrairement aux infirmiers, avec des compétences particulières (suivi de grossesse, accouchements), leur effectif trop faible dans l'échantillon ne permet pas de les étudier à part. Nous avons donc choisi, comme dans des travaux menés précédemment, de les maintenir avec les infirmiers dans cette classe, dont elles ne représentent qu'une très faible part (4 %).

^{3.} Médecins et pharmaciens salariés.

^{4.} Techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

Agents et cadres administratifs.

^{6.} Principalement des conducteurs ambulanciers, des agents de sécurité, des cuisiniers et des travailleuses familiales.

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

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

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

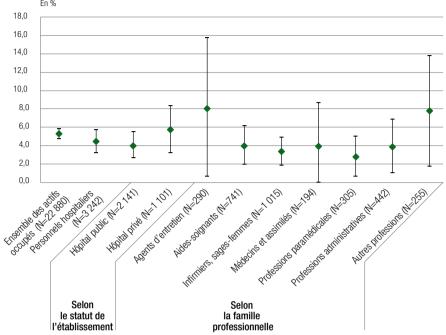
Il n'existe pas non plus de différence significative s'agissant des tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, puisque 0,5 % des actifs occupés à l'hôpital en font état, ce qui correspond au taux observé pour l'ensemble des actifs occupés.

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

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

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

GRAPHIQUE 1 • Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois



N: effectif.

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

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

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

Une fréquence des symptômes dépressifs et d'anxiété également comparable

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

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

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

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

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

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

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

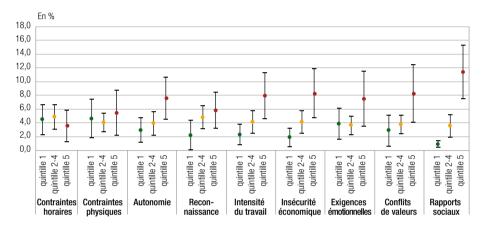
La proximité des taux de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête entre le secteur hospitalier et le reste des secteurs d'activité peut néanmoins être testée à l'aune de différentes variables. Celles-ci permettent d'estimer l'incidence du travail à l'hôpital sur le risque suicidaire,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

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

Dans quelle mesure, alors, les expositions à des RPS qui présentent des spécificités à l'hôpital, comme les niveaux supérieurs d'exposition à des exigences émotionnelles, les contraintes horaires, les contraintes physiques et l'intensité du travail sont-elles associées à la fréquence de déclaration de pensées suicidaires ?

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

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



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

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

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

Il existe ainsi un plus fort risque de pensées suicidaires associé à une exposition à des rapports sociaux dégradés (11,4 % pour le dernier quintile contre 3,6 % pour les trois quintiles intermédiaires), à des conflits de valeur marqués (8,2 % contre 3,8 %), à des exigences émotionnelles intenses (7,6 % contre 3,8 %), à une insécurité économique forte (8,3 % contre 4,1 %), à un travail particulièrement intense (8,0 % contre 4,1 %) et à un manque d'autonomie (7,6 % contre 3,9 %) 10 .

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

FICHE 7

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

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

Contexte

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

Selon le Baromètre Santé de Santé publique France, le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail a augmenté au cours de la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes (de 1,1 % à 1,4 %) que chez les hommes (de 2,3 % à 3.1 %) (Khireddine, 2015).

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

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

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

ENCADRÉ 1 - PRÉSENTATION DU RNV3P

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

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

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

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

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

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



Source • RNV3P.

Méthodologie

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

Sont exclues de cette étude les pathologies suivantes :

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

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

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

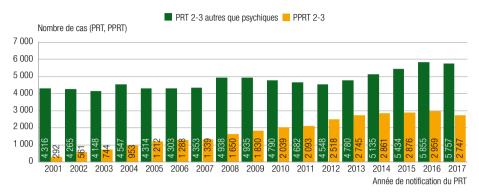
ENCADRÉ 2 - DÉFINITIONS / CODAGE

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

Les pathologies psychiques en lien avec le travail dans le RNV3P

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

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



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

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

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

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

Adressage et caractéristiques sociodémographiques

Modes d'adressage

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

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



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

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

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

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

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Caractéristiques sociodémographiques

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

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

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

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

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

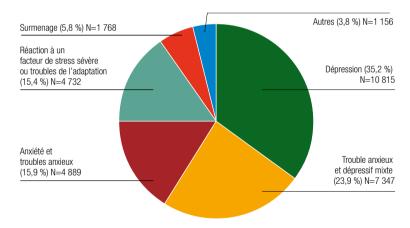
Lecture • 67,5 % des personnes atteintes de PPRT 2-3 sont des femmes, âgées en moyenne de 44,2 ans. 31,1 % des PRT autres que psychiques concernent des femmes, âgées en moyenne de 43,4 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

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

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



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

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Les principales pathologies psychiques

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

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

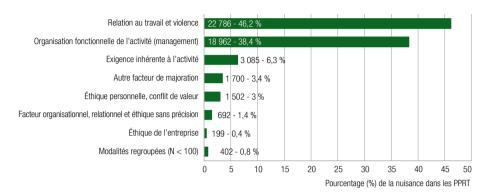
Les principales expositions imputées aux pathologies psychiques en lien avec le travail

Les expositions

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

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

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



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

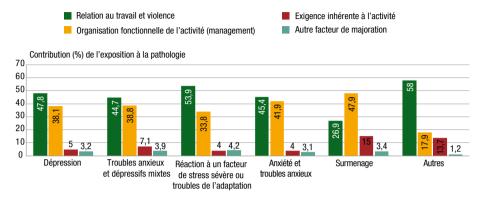
Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

Les expositions par pathologie

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

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



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

Champ • France métropolitaine.

Source • RNV3P 2001-2017.

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

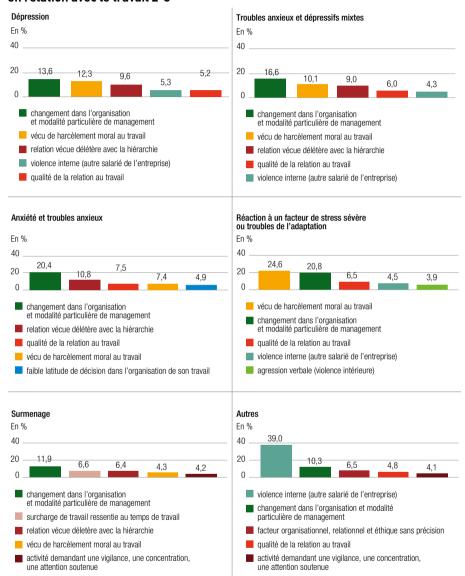
La dépression et les troubles anxieux et dépressifs mixtes partagent la même répartition des expositions (graphique 5).

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

Les principaux secteurs d'activité concernés

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

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



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

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

Champ • France métropolitaine.

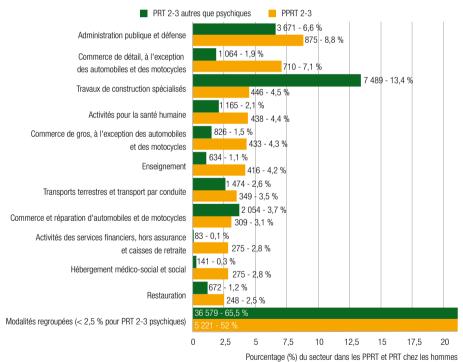
Source • RNV3P 2001-2017.

Chez les hommes

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

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

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



PRT autres que psychiques 2-3 : pathologies en relation avec le travail autres que psychiques d'imputabilité 2-3 (effectifs : 55 852). PPRT 2-3 : pathologies psychiques en relation avec le travail d'imputabilité 2-3 (effectifs : 9995). **Lecture** • Dans le secteur de la construction spécialisée travaillent 4,5 % des hommes atteints de PRT 2-3 et 13,4 % des hommes atteints de PRT 2-3 autres que psychiques.

Champ • France métropolitaine.

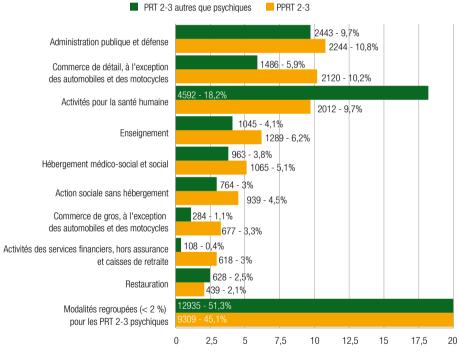
Source • RNV3P 2001-2017.

Chez les femmes

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

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

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



Pourcentage (%) du secteur dans les PPRT et PRT chez les femmes

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

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

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

Champ • France métropolitaine.

Conclusion et discussion

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

FICHE 8 Pensées suicidaires en population active occupée en 2017

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

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

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

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

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

La population d'étude comprend 14 536 personnes actives occupées, dont 51 % d'hommes. En 2017, 3,8 % des actifs occupés déclarent avoir eu des pensées

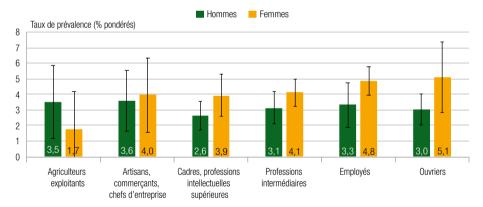
^{1.} Les actifs occupés sont définis par les personnes qui occupent un emploi.

suicidaires au cours des 12 derniers mois². Le taux de prévalence des pensées suicidaires est significativement plus élevé chez les femmes (4,5 %) que chez les hommes (3,1 %). Concernant l'âge, il n'y a pas de différence statistiquement significative quel que soit le sexe.

Les hommes travaillant à leur compte sont plus fréquemment sujets aux pensées suicidaires que les salariés (4,3 %, contre 2,8 %). Les personnes ayant des revenus inférieurs à 1 500 euros par mois présentent des taux de prévalence de pensées suicidaires significativement plus élevés (7,7 % chez les femmes et 4,8 % chez les hommes).

Chez les femmes, comme chez les hommes, les taux de prévalence des pensées suicidaires ne sont pas significativement différents selon la catégorie socioprofessionnelle. Toutefois, un gradient social croissant, allant des cadres aux ouvrières, semble exister dans la population des femmes salariées (graphique 1), les cadres étant moins touchées (3,9 %) et les ouvrières plus touchées (5,1 %). Chez les hommes, les pensées suicidaires sont plus couramment rapportées parmi les agriculteurs exploitants (3,5 %) et parmi les artisans, commercants et chefs d'entreprise (3,6 %).

GRAPHIQUE 1 • Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés selon la catégorie sociale et le sexe en 2017



Lecture • En 2017, 5,1 % des femmes ouvrières ont présenté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

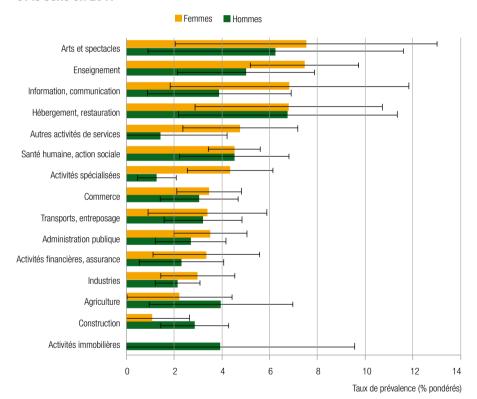
Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

^{2.} Ce taux de 3,8 % (IC à 95 % = [3,4 ; 4,1]) produit à partir du Baromètre santé 2017 semble légèrement différer de celui établi dans la fiche 5 à partir de l'enquête CT-RPS de la Dares en 2016 (5,3 %) IC à 95 % = [4,7; 5,9]. Malgré une formulation identique de la question sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, les différences de contexte de passation de l'enquête (enquête santé en population générale *versus* enquête sur les conditions de travail), de protocole d'enquête et la place de la question dans le questionnaire peuvent expliquer des niveaux de réponse légèrement différents. La comparaison des deux taux n'est donc pas pertinente. Néanmoins, les deux enquêtes permettent d'analyser l'impact de facteurs professionnels différents.

Par ailleurs, les taux de prévalence des pensées suicidaires varient de façon significative selon le secteur d'activité (**graphique 2**). Les hommes travaillant dans les secteurs de l'hébergement, de la restauration (6,8 %), des arts et spectacles (6,3 %), de l'enseignement (5,0 %) et de la santé humaine/action sociale (4,5 %) présentent les taux de prévalence les plus élevés. Chez les femmes, les secteurs les plus concernés par les pensées suicidaires au cours de l'année sont les arts et spectacles (7,5 %), l'enseignement (7,5 %), l'information, communication (6,8 %) et l'hébergement, restauration (6,8 %).

GRAPHIQUE 2 • Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés selon le secteur d'activité et le sexe en 2017



Lecture • En 2017, 7,5 % des femmes travaillant dans le secteur des arts et spectacles ont présenté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Raisons attribuées aux pensées suicidaires en population active occupée

Une personne sur deux attribue ses pensées suicidaires à une seule raison. Pour 45 % des hommes actifs, les raisons professionnelles sont les premières invoquées. De plus, un homme sur cinq attribue exclusivement ses pensées à des raisons professionnelles. Chez les femmes actives, les raisons professionnelles arrivent en 3° position, après les raisons familiales et sentimentales et concernent 34,7 % d'entre elles. Pour une femme sur huit, les raisons professionnelles sont citées de façon exclusive.

Associations entre l'exposition à des facteurs professionnels et la présence de pensées suicidaires

L'étude des associations entre la présence de pensées suicidaires et l'exposition à des facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois est réalisée à partir de régressions logistiques multivariées permettant de calculer des *odds ratio* et leurs intervalles de confiance³. Chaque facteur professionnel est étudié indépendamment en tenant compte de l'âge de la personne, de sa catégorie socioprofessionnelle (PCS), de son secteur d'activité, de son statut d'emploi et de ses revenus. Les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont ainsi associées au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi et d'avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations. De plus, les pensées suicidaires sont associées au fait d'avoir traversé une période de chômage supérieure à 6 mois au cours des 12 derniers mois (tableau 1).

Synthèse

Cette étude permet d'estimer que le taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans la population active occupée en France est de 3,8 % en 2017. Par ailleurs, elle révèle que près d'un homme sur deux et près d'une femme sur trois attribuent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles. Enfin, cette étude montre l'existence d'associations entre le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et les expositions aux menaces verbales, humiliations et intimidations au travail, au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi et au fait d'avoir traversé une période de chômage supérieure à 6 mois au cours des 12 derniers mois.

^{3.} Lorsque l'odds ratio et la borne inférieure de l'intervalle de confiance sont supérieurs à 1 pour un facteur professionnel donné, cela signifie que la présence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est plus fréquente parmi les personnes exposées à ce facteur professionnel (par exemple la peur de perdre son emploi) que parmi les personnes non exposées.

TABLEAU 1 • Facteurs professionnels associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les actifs occupés par sexe en 2017

Facteurs professionnels au	Hommes			Femmes				
cours des 12 derniers mois	PS ¹	N²	OR ajusté³	IC 95 %	PS ¹	N²	OR ajusté³	IC 95 %
Facteurs psychosociaux au travail								
Victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation	37	512	2,67	[1,81- 3,92]	68	604	3,12	[2,34- 4,15]
Avoir eu peur de perdre son emploi	62	813	3,60	[2,59- 4,99]	95	857	3,15	[2,42- 4,09]
Événement professionnel indésirable								
Avoir connu une longue période de chômage de plus de 6 mois	16	283	1,87	[1,07- 3,30]	24	303	1,56	[1,00- 2,46]

PS: pensées suicidaires; OR: odds ratio; IC: intervalle de confiance.

- 1. Effectif exposé au facteur professionnel et ayant eu des pensées suicidaires.
- 2. Effectif exposé au facteur professionnel.
- 3. Odds ratio ajusté sur l'âge, la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS), le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus ; IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %. Chaque facteur professionnel était introduit dans un modèle indépendant.

Lecture • En 2017, les hommes ayant eu peur de perdre leur emploi rapportaient plus souvent la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois que les hommes n'ayant pas eu cette crainte.

Champ • France métropolitaine.

Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

Référence bibliographique

• Delézire, P., Gigonzac, V., Chérié-Challine, L., Khireddine-Medouni, I. (2019). Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 3-4, 65-73.

FICHE 9

Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale

Justine Klingelschmidt, Jean-François Chastang, Imane Khireddine-Medouni, Laurence Chérié-Challine, Isabelle Niedhammer (Santé publique France-Inserm)

In France, exploitants et salariés agricoles sont affiliés à un régime de protection sociale obligatoire : la Mutualité sociale agricole (MSA). Les salariés affiliés à la MSA constituent une population hétérogène qui occupe des emplois relevant du secteur agricole mais également d'autres secteurs d'activité en lien avec le monde agricole (secteur secondaire en particulier dans la construction, secteur tertiaire avec notamment les assurances, les banques et l'enseignement).

Un excès de mortalité par suicide des travailleurs du secteur agricole a été mis en évidence dans la littérature épidémiologique internationale. En France, la mortalité par suicide des exploitants agricoles a été étudiée dans le cadre d'une collaboration entre Santé publique France et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA). Les résultats portant sur les années 2007 à 2011 montraient une surmortalité par suicide entre 2008 et 2010 chez les hommes exploitants agricoles par rapport à la population générale. Cette surmortalité était particulièrement marquée chez les éleveurs bovins (lait et viande) âgés de 45 à 54 ans (ONS, 2018, fiche 4). En revanche, aucune étude n'avait été menée sur la mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA.

Dans ce contexte, Santé publique France, l'Institut de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la CCMSA se sont associés pour mener une étude sur la mortalité par suicide de cette population. Ce partenariat s'inscrit dans le Plan de prévention du suicide dans le monde agricole (2016-2020). La mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA en activité, entre 2007 et 2013, est décrite et comparée à celle de la population générale française¹.

^{1.} Les résultats ne concernent que les salariés agricoles en France métropolitaine.

Description des suicides en cours de contrat

Entre 2007 et 2013, on dénombre 692 suicides survenus en cours de contrat chez les salariés affiliés à la MSA, 613 chez les hommes et 79 chez les femmes, ce qui correspond à des taux de décès standardisés sur l'âge de 22,4 pour 100 000 personnes-années (PA)² pour les hommes et 4,0 pour 100 000 PA pour les femmes. Le mode opératoire de suicide le plus courant, chez les hommes comme chez les femmes, est la pendaison (65,7 % des suicides pour les hommes, 54,4 % pour les femmes). Chez les hommes, le deuxième mode opératoire le plus fréquent est le suicide par armes à feu (18,4 %), alors qu'il ne représente qu'une très faible proportion chez les femmes (1,3 %). Le deuxième mode opératoire chez les femmes est l'intoxication médicamenteuse volontaire (19 %) qui n'est retrouvée que dans 3,4 % des suicides masculins (tableau 1).

TABLEAU 1 • Répartition des suicides chez les salariés affiliés à la MSA âgés de 15 à 64 ans en fonction du mode opératoire utilisé, selon le genre, entre 2007 et 2013

Mode de suicide		Hommes		Femmes	
wode de Suicide	Effectif	%	Effectif	%	
Intoxication médicamenteuse volontaire	21	3,4	15	19,0	
Auto-intoxication par autres produits (alcool, produit chimique, pesticides et gaz)	12	2,0	1	1,3	
Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et asphyxie	403	65,7	43	54,4	
Lésion auto-infligée par submersion (noyade)	13	2,1	6	7,6	
Lésion auto-infligée par armes à feu ou explosifs	113	18,4	1	1,3	
Lésion auto-infligée par instrument tranchant contondant (phlébotomie)	3	0,5	1	1,3	
Lésion auto-infligée par saut dans le vide	13	2,1	4	5,0	
Lésion auto-infligée par collision intentionnelle	12	2,0	3	3,8	
Lésion auto-infligée par moyens autres ou non précisés	23	3,8	5	6,3	
Total	613	100	79	100	

Lecture • 65,7 % des suicides chez les hommes ont pour mode opératoire la pendaison.

Champ • France métropolitaine.

Source • Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

^{2.} La statistique personne-année est calculée comme suit : pour chaque individu, la date de début de suivi est la date de début du premier contrat au sein de la MSA durant la période d'étude (1er janv. 2007-31 déc. 2013). La date de fin de suivi est soit la date de fin du dernier contrat, soit la date du décès. Seules les périodes d'activité contribuent au comptage des personnes-années.

Ratios standardisés de mortalité par suicide en cours de contrat

Entre 2007 et 2013, le nombre de suicides observé dans la population des salariés de la MSA en activité est inférieur à celui attendu en population générale : ratio standardisé de mortalité (SMR)3 = 0,81 [0,75-0,88] chez les hommes et SMR = 0,46 [0,37-0,58] chez les femmes (tableau 2). En d'autres termes, chez les hommes, la mortalité par suicide observée chez les salariés affiliés à la MSA en activité au cours de la période d'étude est de 19 % inférieure à celle que l'on aurait observée si la population d'étude présentait la même mortalité par sexe et par classe d'âge que la population générale française. Cette sous-mortalité est de 54 % chez les femmes. La sous-mortalité par suicide est observée pour presque toutes les années, mais n'est pas toujours statistiquement significative. Les analyses par classe d'âge retrouvent une sous-mortalité par suicide dans toutes les classes d'âge, statistiquement significative dans les classes d'âge les plus élevées, pour les hommes comme pour les femmes. L'analyse des SMR par type d'activité montre soit une sous-mortalité par suicide dans certains types d'activité, par exemple « organismes professionnels agricoles » pour les deux sexes, « cultures et élevages » et « coopération » pour les femmes uniquement, soit une absence de différence dans la mortalité par suicide par rapport à la population générale (encadré 1).

ENCADRÉ 1 - LES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Le type d'activité a été renseigné par une variable de nomenclature interne à la Caisse centrale de la MSA, la « catégorie de risque », construite à partir d'un regroupement d'activités pertinentes au regard des secteurs couverts par la MSA. Elle comporte 38 modalités qui ont été regroupées en sept grands groupes : cultures et élevages, travaux forestiers, entreprises de travaux (par exemple, entreprises de travaux agricoles et entreprises paysagistes), entreprises artisanales rurales (artisans dont l'activité concourt à la satisfaction des besoins professionnels des agriculteurs), coopération (par exemple, stockage et conditionnement de produits agricoles, abattage, découpe, désossage, conserverie de la viande), organismes professionnels agricoles (par exemple, Mutualité agricole et Crédit agricole), activités diverses (par exemple, personnel enseignant de certains établissements privés techniques agricoles).

^{3.} La mortalité par suicide des salariés de la MSA est comparée à celle de la population générale française en calculant des ratios standardisés de mortalité (SMR) et leurs intervalles de confiance à 95 % [IC 95 %]. Si le SMR vaut 1, la mortalité dans la population des salariés de la MSA est comparable à celle de la population générale ; si le SMR et la borne supérieure de l'intervalle de confiance sont inférieurs à 1, la mortalité est plus faible chez les salariés de la MSA ; si le SMR et la borne inférieure de l'intervalle de confiance sont supérieurs à 1, elle est plus forte. Les calculs de ces SMR reposent exclusivement sur la classe d'âge et le sexe.

TABLEAU 2 • Ratios standardisés de mortalité par suicide chez les salariés affiliés à la MSA âgés de 15 à 64 ans par genre, année, classe d'âge et type d'activité, entre 2007 et 2013

	Hommes (613 suicides)	Femmes (79 suicides)		
	SMR (IC 95 %)	SMR (IC 95 %)		
Total	0.81 (0,75-0,88)	0.46 (0,37-0,58)		
Année				
2007	0,94 (0,77-1,14)	0,66 (0,38-1,03)		
2008	0,73 (0,58-0,91)	0,50 (0,27-0,83)		
2009	0,77 (0,61-0,94)	0,24 (0,09-0,49)		
2010	0,60 (0,46-0,75)	0,55 (0,30-0,90)		
2011	0,84 (0,68-1,03)	0,46 (0,23-0,79)		
2012	0,80 (0,63-0,98)	0,32 (0,13-0,62)		
2013	1,03 (0,84-1,24)	0,52 (0,23-0,90)		
Classe d'âge				
15-19 ans	0,80 (0,35-1,51)	*		
20-24 ans	0,92 (0,65-1,24)	*		
25-29 ans	0,88 (0,66-1,14)	*		
30-34 ans	0,83 (0,62-1,07)	0,83 (0,38-1,52)		
35-39 ans	0,89 (0,71-1,10)	0,83 (0,46-1,33)		
40-44 ans	0,84 (0,68-1,02)	0,28 (0,12-0,53)		
45-49 ans	0,80 (0,66-0,97)	0,50 (0,29-0,79)		
50-54 ans	0,85 (0,69-1,02)	0,38 (0,20-0,63)		
55-59 ans	0,62 (0,46-0,80)	0,48 (0,25-0,81)		
60-64 ans	0.44 (0.19-0.83)	*		
Type d'activité				
Cultures et élevages	0,94 (0,82-1,07)	0,41 (0,26-0,61)		
Travaux forestiers	1,19 (0,85-1,59)	*		
Entreprises de travaux	0,93 (0,74-1,15)	0,99 (0,32-2,18)		
Entreprises artisanales rurales	1,37 (0,50-2,82)	*		
Coopération	0,89 (0,74-1,06)	0,45 (0,20-0,81)		
Organismes professionnels agricoles	0,46 (0,35-0,58)	0,51 (0,36-0,70)		
Activités diverses	0,62 (0,30-1,10)	*		
Pluri-activités	0,65 (0,50-0,82)	*		

^{*} Résultat non présenté car effectif des suicides observés < 5.

SMR : ratio standardisé de mortalité. IC : intervalle de confiance.

Note • Les résultats significatifs sont en gras.

Lecture • Chez les hommes, la mortalité par suicide observée chez les salariés affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013 était de 19 % inférieure à celle que l'on aurait observée si la population d'étude présentait la même mortalité par sexe et par classe d'âge que la population générale française.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

La sous-mortalité observée chez les salariés de la MSA en comparaison avec la population générale peut être liée en partie à un ensemble d'effets de sélection par la santé (effet travailleur sain), qui traduit le fait que les personnes n'étant pas en état de travailler (personnes atteintes de pathologies chroniques par exemple) ou sorties de l'emploi pour des raisons de santé sont, de fait, exclues de la population en activité professionnelle. L'état de santé de la population des travailleurs est donc, en moyenne, meilleur que celui de la population générale.

La définition de la population d'étude (la population « en activité ») et le groupe de comparaison (la population générale) étant similaires dans la présente étude et celle menée sur les exploitants agricoles, la comparaison des résultats est possible pour les années communes aux deux études (2007-2011). L'absence de surmortalité par suicide chez les salariés, y compris lorsqu'on restreint la population à celle des salariés du secteur agricole strictement, suggère donc que les exploitants auraient un risque de décès par suicide plus élevé que la population de cette étude.

Synthèse

Les résultats montrent chez les hommes comme chez les femmes, une sousmortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013 par rapport à la population générale de même sexe et de même âge⁴. Cette sousmortalité est retrouvée quasiment pour toutes les années, classes d'âge et types d'activité, même si les SMR ne sont pas toujours significatifs. Elle s'explique par un effet travailleur sain, souvent observé dans les populations au travail. Ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure à l'absence d'une surmortalité de certains groupes de ces salariés vis-à-vis du suicide. Les prochains travaux viseront précisément à étudier les variations de risque de décès par suicide au sein de la population des salariés du régime agricole.

Références bibliographiques

- Klingelschmidt, J., Chastang, J.-F., Khireddine-Medouni, I., Chérié-Challine, L., Niedhammer, I. (2018). Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. Bull Epidémiol Hebd., 27, 549-55
- Observatoire national du suicide (2018, février). Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3º rapport. Paris, France : DREES. Fiche 4.

^{4.} Des résultats différents seraient sans doute obtenus si on ajoutait d'autres variables pertinentes (niveau de diplôme, de revenu, etc.), mais on réduirait les effectifs dans chaque sous-population et on limiterait les possibilités de comparer les écarts entre les salariés agricoles et la population générale.

FICHE 10 La prévention du suicide en milieu agricole

Anne-Marie Soubielle (Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation)

a préoccupation du gouvernement français de favoriser une meilleure prise en compte des risques psychosociaux s'inscrit dans la politique de santé au travail dès 2008, invitant les partenaires sociaux à s'emparer de cette problématique. Pour le secteur agricole, l'accord du 23 décembre 2008 relatif aux conditions de travail en agriculture – signé par les organisations professionnelles représentatives du secteur et les organisations syndicales de salariés agricoles – définit le stress au travail et propose des actions de prévention dans les entreprises agricoles. Ces actions s'appuient sur les indicateurs faisant référence pour la prévention des risques psychosociaux : exigence du travail, exigences émotionnelles, autonomie / marges de manœuvre, rapports sociaux, relations de travail, conflits de valeurs et insécurité économique (Gollac et Bodier, 2011). Toutefois, face au nombre important d'actes suicidaires en milieu agricole, le gouvernement s'est mobilisé plus spécifiquement autour de la prévention du suicide et du syndrome d'épuisement professionnel.

La mobilisation gouvernementale depuis 2011

En 2011, le ministre chargé de l'agriculture a confié à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) la mission de mettre en place un plan national d'actions contre le suicide. Le premier axe consistait à mieux connaître les données chiffrées de la mortalité par suicide dans le milieu agricole ; le deuxième, à mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse et le troisième, à créer des cellules de prévention dans chaque caisse de Mutualité sociale agricole (MSA) pour repérer et accompagner les agriculteurs en difficulté (voir fiche 11).

Ces actions ont été intégrées au programme national d'actions contre le suicide (PNACS 2011-2014) piloté par la ministre chargée de la santé. Dans ce cadre, le partenariat entre la CCMSA et Santé publique France a permis de produire les données de mortalité par suicide des exploitants agricoles et une analyse socioprofessionnelle des agriculteurs concernés pour la période 2007-2011. Une synthèse de ces résultats a été présentée dans le troisième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS, 2018).

Pour la période 2016-2020, les actions de prévention du suicide et en faveur de la santé mentale se sont poursuivies et renforcées.

- D'une part, le troisième plan santé au travail (PST 3) a pour ambition de renouveler profondément la politique visant à la préservation de la santé physique et mentale des travailleurs. Ce plan mobilise tous les services de l'État, les partenaires sociaux, la Sécurité sociale, les organismes et acteurs de la prévention. Il donne la priorité à la prévention en se tournant résolument vers une approche positive du travail, facteur de santé. Un des objectifs prioritaires est de « renforcer la prévention du burn out ou syndrome d'épuisement professionnel ». En particulier, l'action 1.20 du plan prévoit d'améliorer la connaissance de ce syndrome et d'élaborer des supports opérationnels à destination des médecins du travail, des médecins généralistes et autres professionnels de santé.
- D'autre part, au vu de l'évaluation du premier plan d'actions mis en œuvre par la MSA et de la demande croissante d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des situations de détresse exprimée par les travailleurs agricoles, non salariés et salariés, le ministre chargé de l'agriculture a approuvé la poursuite du plan national de prévention du suicide de la MSA pour la période 2016-2020 (voir fiche 11). En particulier, Santé publique France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la CCMSA se sont associés pour mener une étude sur la mortalité par suicide des salariés affiliés à la MSA (voir fiche 9).

Par ailleurs, l'exploitation des données de la cohorte Coset-MSA devrait permettre d'ajuster les mesures de prévention des facteurs psychosociaux de risques au travail et d'épuisement professionnel. En effet, les premiers résultats de la phase pilote de cette cohorte chez les actifs agricoles de cinq départements en 2010, concernant la prévalence de la symptomatologie dépressive selon des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et selon les expositions aux facteurs professionnels psychosociaux, ont été publiés en février 2019 (Khireddine-Medouni et al., 2019). Cette étude épidémiologique permet de compléter les informations sur les revenus des actifs agricoles, leurs activités professionnelles complémentaires, l'état de santé de la population d'étude ou les éventuelles expositions à des facteurs professionnels psychosociaux. L'échantillon d'analyse comprenait 2 185 individus, dont 1 363 hommes et 822 femmes.

Il apparaît que, chez les salariés agricoles, 14,7 % d'hommes et 21,2 % de femmes présentent une symptomatologie dépressive, sans différence statistiquement significative selon la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur économique. Les symptômes dépressifs concernent, chez les agriculteurs exploitants, 15,3 % des hommes et 18,4 % des femmes. La prévalence de la symptomatologie dépressive des éleveurs bovins-lait et bovins-viande ne semble pas supérieure à celle de l'ensemble des agriculteurs exploitants, alors qu'une surmortalité par suicide chez les hommes de ces deux secteurs par rapport à la population générale masculine d'âge similaire avait été mise en évidence entre 2008 et 2010 (ONS, 2018, fiche 4).

Un renforcement des dispositifs de prévention par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

Les dispositifs d'aides sociales

Fin 2016, l'agriculture française connaît un contexte extrêmement dégradé : problèmes sanitaires, événements climatiques exceptionnels et crises de marché affectant la plupart des filières. Cette situation a entraîné, outre une grande fragilité économique, une détresse psychologique chez certains exploitants. L'accroissement du nombre de prestations de remplacement temporaire des agriculteurs en situation d'épuisement professionnel devenait indispensable.

Un dispositif d'aide au répit pour les exploitants agricoles en situation de burn out ou d'épuisement professionnel a ainsi été créé dans le cadre du Pacte gouvernemental de solidarité du 4 octobre 2016. Une enveloppe exceptionnelle de 4 millions d'euros a été allouée pour l'année 2017 à la CCMSA pour financer, en complément des crédits d'action sanitaire et sociale traditionnels, le coût du remplacement des exploitants agricoles victimes d'épuisement professionnel. L'évaluation de l'utilité de ces aides, menée en 2018, a permis de les consolider et de les renforcer. Elles resteront inscrites dans le programme d'actions du fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de la MSA en 2019 et 2020.

Tous les agriculteurs étaient potentiellement concernés par cette mesure, que leur secteur d'activité soit en crise ou non, dès lors que la situation d'épuisement professionnel était attestée par un travailleur social ou par la production d'un certificat établi par un médecin ou un psychologue. L'aide, répartie entre les 35 caisses locales de MSA, était destinée à financer l'intervention d'un service de remplacement ou l'embauche directe d'un salarié, afin de soulager l'exploitant et lui permettre de prendre du repos hors de son exploitation. Cette aide, d'une durée maximale de 7 jours ou exceptionnellement 10 jours pour certains projets, était renouvelable selon les situations. En 2017, 3 560 exploitants agricoles ont pu bénéficier de 28 390 jours de remplacement, pour un montant total de 4,4 millions d'euros. Au 31 août 2018, la MSA avait accompagné près de 1 700 salariés et exploitants agricoles, pour un montant de près de 2,1 millions d'euros, sur les 3,5 millions prévus.

Les dispositifs d'aides économiques

La faiblesse des prix de vente auxquels sont soumis les agriculteurs est une préoccupation constante du gouvernement ainsi que, plus globalement, les relations entre la production agricole, les industriels et les distributeurs. Ainsi, une instruction technique, adressée aux préfets de département fin décembre 2017, instaure un partenariat plus étroit entre les chambres d'agriculture et les services économiques des services déconcentrés du ministère de l'Agriculture qui, grâce à des signaux d'alerte d'un réseau de sentinelles, favorise le repérage le plus en amont possible des situations difficiles et propose la prise en charge d'un audit économique aux chefs d'entreprise.

Fin août 2018, deux départements sur trois ont installé une cellule d'accompagnement associant la chambre d'agriculture, l'organisme départemental pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (ODASEA), les centres de gestion administrative et comptable au sein des chambres d'agriculture et les associations. Elle est chargée, d'une part, de procéder à l'examen de l'ensemble des problèmes économiques, financiers et sociaux auxquels sont confrontés les agriculteurs en difficulté qui formulent une demande d'aide et, d'autre part, de proposer des solutions adaptées à chaque cas particulier. L'identification des exploitations en difficulté est réalisée avec les différents créanciers (coopératives, banques, caisses de la Mutualité sociale agricole, etc.) sur la base des retards de paiements. Les informations sont ensuite anonymisées et chaque cellule désigne, au cas par cas, le partenaire, interlocuteur neutre, le plus à même d'établir un contact avec l'agriculteur. Un bilan qualitatif de cette mesure est prévu.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs au sein des territoires a favorisé le succès de ces dispositifs

Les branches professionnelles se sont également emparées de l'enjeu de la prévention du suicide. Plusieurs réseaux se sont créés.

Le réseau Agri-Sentinelles : un réseau national et coopératif d'alerte et de prévention du suicide des agriculteurs : Repérer, Alerter, Agir

Le réseau Agri-Sentinelles est un projet piloté par Allice (union de coopératives d'élevage) et Coop de France (représentant de la coopération agricole) et animé par l'Institut de l'élevage (institut technique de référence en matière d'élevage de ruminants). Il a reçu le soutien financier du ministère de l'Agriculture via le compte d'affectation spéciale « Développement agricole et rural » (CASDAR) qui est un levier pour accompagner la transition agro-écologique. L'objectif de ce réseau de techniciens et de conseillers, dont l'animation technique est assurée par l'Institut de l'élevage, est de créer une synergie entre les dispositifs d'accompagnement des éleveurs existants et les acteurs agricoles qui agissent sur le terrain.

De nombreux dispositifs d'accompagnement existent déjà dans les territoires mais ne sont pas toujours connus de l'ensemble des professionnels qui côtoient les éleveurs au quotidien. Or, ces acteurs sont souvent les premiers témoins des situations de fragilité traversées par les éleveurs. Ceux qui le souhaitent, salariés du

réseau coopératif et au-delà, pourront jouer un rôle de sentinelle des situations de détresse, en aidant les éleveurs concernés à se diriger vers un dispositif d'accompagnement adapté ou en lançant l'alerte. La relation humains-animaux est au cœur du dispositif, le non-respect des règles relatives au bien-être animal pouvant être un indicateur du mal-être de l'exploitant. De très nombreuses organisations agricoles sont d'ores et déjà partenaires du projet et contribuent à la construction du réseau. Il s'agit également de conforter le lien social des éleveurs sur leur territoire, en exploitant le couple salariés/éleveurs adhérents de la coopérative pour contribuer à rompre leur isolement.

Solidarité Paysans

En 1992, différentes associations de défense des agriculteurs décident de faire réseau et de se regrouper en une association nationale, Solidarité Paysans. Celle-ci est soutenue par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. Ce réseau de 35 associations locales s'est donné pour mission d'accompagner et de défendre les agriculteurs et leur famille en difficulté financière, de lutter contre les exclusions dont ils peuvent être victimes et de conforter leur autonomie. Dans la recherche de solutions, Solidarité Paysans représente les agriculteurs face aux différents créanciers et organismes publics ou privés. Au niveau national, Solidarité Paysans apporte les informations et les moyens de développement nécessaires pour lutter contre l'exclusion, harmoniser les pratiques d'accompagnement, valoriser et relayer l'action du réseau auprès des instances nationales pour la défense collective des agriculteurs en difficulté.

Un dossier complet d'information est consacré au mal-être des paysans. La brochure « Les difficultés en agriculture, parlons-en! » est également disponible sur le Web¹. Elle permet de faire connaître de façon très fine les situations et de déculpabiliser les agriculteurs confrontés à ces problèmes au cours de leur vie professionnelle.

Renforcer les études et recherches

Le ministère chargé de l'agriculture soutient également en 2019 une étude portant sur la précarité professionnelle et la souffrance au travail. Elle permettra de constituer une synthèse de la littérature scientifique et une analyse des concepts appropriés à l'approfondissement de cette problématique au regard des particularités du milieu agricole. Ce questionnement des concepts permettant de corréler les situations professionnelles et les décompensations mentales (affections mentales et conduites suicidaires) sera présenté aux partenaires sociaux, membres de la

^{1.} Voir le site : solidaritepaysans.org, rubrique Zoom sur les difficultés en agriculture parlons-en. http://www.solidaritepaysans.org/parlons-difficultes/index.html

Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture, chargée de l'élaboration et la révision des tableaux des maladies professionnelles applicables aux salariés et non-salariés agricoles.

Références bibliographiques

- Gollac, M., Bodier, M. (dir.) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande de la Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
- Khireddine-Medouni, I., Rabet, G., Deschamps, G., Geoffroy-Perez, B. (2019). Prévalence de la symptomatologie dépressive et exposition aux facteurs professionnels psychosociaux chez les actifs affiliés à la MSA de 5 départements en 2010 : résultats de la phase pilote de la cohorte Coset-MSA. *Bull. Epidemiol. Hebd. 7*, 128-136.
- Observatoire national du suicide (2018, février). Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris, France : DREES.

FICHE 11 Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole

Véronique Maeght Lenormand, Mathias Tourne (CCMSA)

e plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole (MSA) 2011-2014 est le volet du programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole. Le plan national MSA 2016-2020 se décline toujours selon trois axes principaux :

- axe 1 : mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole ;
- axe 2 : mettre en place un dispositif d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
- axe 3 : créer des cellules de prévention dans chaque MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

L'amélioration de la connaissance dans le secteur agricole

Dans le cadre de l'axe 1, le partenariat de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole avec Santé publique France (CCMSA-SPF) a permis la production de deux publications. La première, de 2013, sur la mortalité par suicide des exploitants agricoles et employeurs de main-d'œuvre, s'appuie sur des données de 2007 à 2011 (voir fiche 5, 3º rapport de l'Observatoire national du suicide). Celles-ci sont comparées aux données de la population générale et complétées par une étude comparative socioprofessionnelle au sein du milieu agricole. La seconde, de 2016, sur la mortalité par suicide des salariés agricoles, se fonde sur des données de 2007 à 2013 (fiche 9).

Les résultats indiquent une surmortalité par suicide pour la première étude, touchant principalement les hommes entre 45 et 65 ans dans certains secteurs d'activité, d'élevage notamment. Une activité isolée (activité seule sans associé ou société) sur des exploitations inférieures à 50 hectares, en production unique et le fait d'exercer dans quatre régions de France (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne et Hauts-de-France, par rapport à la région Grand-Est qui sert de référence) semblent être des critères de sur-risque de suicide. Ces résultats permettent aux équipes de prévention en santé au travail d'axer des projets d'action plus ciblés sur ces populations repérées à risque.

Pour la seconde étude sur les salariés agricoles, les chiffres montrent une sous-mortalité par suicide comparé à la population générale (voir fiche 9).

Le dispositif d'écoute

Dans le cadre de l'axe 2, le numéro d'appel AGRI'ÉCOUTE lancé en octobre 2014 a été renforcé en mars 2018 avec :

- l'appui d'écoutants professionnels psychologues cliniciens qui analysent la situation et évaluent le risque suicidaire potentiel ;
- la possibilité pour les assurés de rappeler jusqu'à 3 fois le même écoutant psychologue à leur convenance ;
- une proposition de faire le lien avec le référent de la cellule de prévention du suicide de la MSA de l'assuré (voir axe 3) si un suivi ou un accompagnement se révèle nécessaire :
- une proposition d'un suivi par un psychologue proche du domicile de l'appelant soit *via* la MSA, soit *via* le réseau du partenaire écoutant.

Entre 2014 et 2018, le nombre d'appels a régulièrement augmenté, passant de 90 par mois à plus de 300 par mois. Les appelants assurés MSA sont toujours majoritairement des hommes (56 % en 2018 et 65 % 2019), dans la tranche d'âge 41-60 ans (29 %) pour ceux qui précisent leur âge (44 % des appelants). La durée des appels évolue au fil des années avec une augmentation des appels de plus de 10 minutes (60 %) et de ceux de plus de 20 minutes (9 % en 2019, contre 6 % en 2018). Si, en 2018, 9 % des appelants rappellent le psychologue 1 à 2 fois, en 2019 ce sont 26 % des appelants qui se sont inscrits dans une démarche de suivi par téléphone. Deux à trois entretiens permettent en effet de désamorcer les tensions psychologiques.

En majorité, les appels ont lieu en journée, répartis assez équitablement dans trois tranches horaires de 8 heures à 20 heures et en semaine du lundi au vendredi.

Les raisons des appels, évoquées en priorité par les assurés, sont des problématiques d'ordre personnel (54 %), principalement des préoccupations liées aux difficultés de la vie, au sentiment de solitude (isolement social et isolement géographique) et enfin les difficultés associées à un rôle de proche aidant, à la parentalité ou la maladie. Les problématiques professionnelles sont liées à des difficultés financières, à la surcharge de travail et à un manque de soutien moral (par l'entourage professionnel et personnel). Les mêmes raisons sont évoquées dans les situations signalées aux cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide des MSA.

40 % des appelants ne présentent pas de troubles spécifiques (comme la psychose, la névrose ou la dépression) mais cherchent surtout de l'écoute. Le travail du psychologue consiste alors principalement en de la réassurance, de la reprise de confiance en soi et une prise de recul sur des situations ou événements douloureux souvent récents. 94 % de l'ensemble des appels ne nécessitent pas d'orientation spécifique vers la cellule MSA ou vers un suivi par un psychologue libéral, par exemple.

9 % des appelants ont manifesté des idées suicidaires qui font systématiquement l'objet d'une évaluation du risque suicidaire en vue de définir la prise en charge la plus appropriée.

12 % des appelants ont évoqué une détresse liée non seulement à une vulnérabilité individuelle mais aussi contextuelle. En 2018, trois situations ont entraîné l'intervention des secours d'urgence du fait d'un risque suicidaire avéré et au 1^{er} semestre 2019, quatre situations l'ont nécessitée.

Les cellules de prévention pluridisciplinaires

Dans le cadre de l'axe 3, les cellules pluridisciplinaires de prévention, constituées dès 2012 dans les 35 MSA, réunissent plusieurs métiers et compétences : médecins du travail, médecins-conseils et travailleurs sociaux forment le socle de référence des cellules. Leurs missions consistent à détecter ou recevoir les signalements, analyser la situation globale de l'assuré, accompagner et orienter. Elles peuvent se compléter par d'autres membres de services techniques internes aux MSA ou des compétences extérieures comme les médecins traitants et les psychologues.

L'activité des cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide a augmenté régulièrement les six premières années. En 2018, une légère baisse est constatée avec 1 654 situations détectées, contre 1 870 en 2017, dont 1 355 nouvelles situations accompagnées en 2018, contre 1 327 en 2017. La part des situations urgentes a tendance à baisser, passant de plus 30 % des situations en 2017 à 17 % en 2018. Depuis 2012, ce sont près de 4 700 situations qui ont été accompagnées.

Dès 2013, les réseaux de sentinelles à l'initiative des élus MSA se sont organisés avec des sessions de formation au repérage des signes de la crise suicidaire. Le rôle de la sentinelle est de savoir détecter des situations de forte détresse et, avec l'accord de la personne concernée, de le signaler au référent de la cellule pluridisciplinaire qui pourra prendre le relais de l'accompagnement. Depuis 2015-2016, on note une intensification des relations et du travail en commun avec les partenaires professionnels agricoles, les organismes professionnels agricoles (comme les chambres

d'agriculture), les services vétérinaires, les services de remplacement, les fournisseurs de matériel agricole, les coopératives, les contrôleurs laitiers, les centres de gestion et les comptables, etc. Ces professionnels gravitent autour des exploitations et sont amenés à croiser des agriculteurs en difficulté ou en détresse. Ce sont autant de sentinelles vigilantes et attentives au repérage des signes de crise suicidaire.

Un nouveau réseau s'est constitué en 2018 : le réseau Agri-sentinelles. Les professionnels de diverses filières du monde agricole vont se former au repérage du mal-être et seront outillés pour faire relais auprès des dispositifs existants d'aide et d'accompagnement.

Synthèse

La mortalité par suicide en milieu agricole est une préoccupation forte des services de la MSA depuis 2011. Les plans nationaux de prévention du suicide s'appuient d'abord sur des données chiffrées avec les études statistiques de Santé publique France (axe 1) afin de mieux cerner les populations les plus à risque et ainsi mieux cibler les actions de prévention engagées par les services sociaux et médicaux des 35 MSA. Ces mêmes services ont créé, en 2012, les cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide (axe 3) afin de détecter puis analyser, de façon pluridisciplinaire, les situations et proposer un suivi ou un accompagnement adapté, voire une orientation vers des structures extérieures. Les objectifs visent à la fois la prévention mais aussi la postvention et l'aide à l'entourage. Des réseaux de sentinelles s'organisent depuis 2013 sur tout le territoire afin d'assurer un maillage de veilleurs, avec un fort appui des organismes professionnels agricoles depuis 2015.

Depuis 2014, les assurés disposent d'un numéro de téléphone – AGRI'ÉCOUTE 09 69 39 29 19 – qui a été renforcé en 2018. Le bilan des appels rejoint celui du bilan de l'activité des cellules au 31 décembre 2018. Les problématiques évoquées sont constantes : détresse liée à la vie sentimentale, à la solitude, aux difficultés financières et la surcharge de travail, avec le déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, à quoi il faut ajouter les crises économiques, sanitaires et climatiques propres au milieu agricole. La surreprésentation de la tranche d'âge 40-60 ans et des hommes parmi les appelants semble concorder avec les statistiques de la mortalité par suicide.

Les services de la MSA poursuivent leur mobilisation et les organismes professionnels agricoles œuvrent dorénavant avec eux pour amplifier le réseau de sentinelles.

Référence bibliographique

• **Observatoire national du suicide** (2018, février). *Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3e rapport.* Paris, France : DREES. Fiche 5.

FICHE 12 Le dispositif APESA pour les chefs d'entreprise en souffrance aiguë

Marc Binnié, greffier associé du tribunal de commerce de Saintes, et Jean-Luc Douillard, psychologue clinicien, co-fondateurs du dispositif APESA.

Contexte

Créé en 2013, le dispositif Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA) offre à tout chef d'entreprise éprouvé par les difficultés de son entreprise, qui en ressent le besoin et qui l'accepte, de bénéficier d'une prise en charge psychologique, rapide, gratuite, confidentielle et à proximité de son domicile. Les prises en charge sont assurées par des psychologues ou des psychothérapeutes libéraux formés à la conduite d'entretiens de crise et à la connaissance des procédures judiciaires.

Le dispositif est déclenché par des alertes lancées via un réseau de « sentinelles » formées par APESA France. Ces sentinelles sont les acteurs des procédures collectives (juges, mandataires et administrateurs judiciaires, greffiers, procureurs), les conseillers de l'entreprise et de l'entrepreneur (avocats, experts-comptables, commissaires aux comptes, etc.), les représentants des réseaux chargés de l'assistance aux entreprises (chambres de commerce, chambres des métiers...) ainsi que les représentants des syndicats et ordres professionnels.

La naissance de ce dispositif dans une juridiction consulaire s'explique par le fait, qu'au sein des juridictions françaises, le tribunal de commerce est la juridiction chargée du traitement des « difficultés des entreprises », ce que l'on appelait autrefois les « faillites ». Le nombre de défaillances d'entreprises enregistrées sur 12 mois est de 53 500 à la fin juillet 2019¹. Aux côtés des tribunaux de commerce, les tribunaux de grande instance traitent eux des procédures concernant les professions libérales, les sociétés civiles, les associations et les agriculteurs.

^{1.} Source Banque de France : https://www.banque-france.fr/statistiques/chiffres-cles-france-et-etranger/defaillances-dentreprises

Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaire ont évolué au fil des décennies et adopté une vision pragmatique désormais destinée à anticiper les difficultés. La procédure de sauvegarde est ainsi destinée à faciliter la réorganisation de l'entreprise dès lors que l'on justifie de difficultés que l'on n'est pas en mesure de surmonter². Néanmoins, cette évolution ne doit pas faire oublier « la permanence des stigmates de la faillite » (Magras, 2018). Ces dispositifs légaux s'inscrivent toujours dans un contexte global et produisent à la fois des effets juridiques et économiques que l'on tente de contenir mais aussi des effets psychologiques, malheureusement beaucoup moins étudiés et donc pris en charge. La « ruine financière » s'accompagne souvent d'une « ruine morale » (Vallansan, 2018)³, « d'idées suicidaires et de tentatives de suicide » (Binnié *et al.*, 2018). Selon François-Xavier Lucas, « la faillite reste un outrage à la parole donnée » (Lucas, 2016).

Un déploiement spontané du dispositif dans 52 juridictions

La France compte 134 tribunaux de commerce et 173 tribunaux de grande instance.

Fin juin 2019, 52 tribunaux de commerce (Saintes, Nantes, Bordeaux, Nice, Lille, etc.) et deux tribunaux de grande instance statuant commercialement, celui de Strasbourg et de Nouméa, ont décidé d'adopter et d'utiliser au quotidien le dispositif APESA. Une vingtaine de juridictions supplémentaires ont manifesté leur intérêt et rejoindront bientôt le réseau APESA. Les tribunaux de commerce du réseau sont de tailles très diverses. Ils sont le plus souvent à l'initiative de l'implantation locale du dispositif APESA, même si les associations qui le portent en sont distinctes, afin de respecter leur neutralité et leur indépendance (carte 1).

^{2.} Article L. 620-1 du Code de commerce : « Il est institué une procédure de sauvegarde ouverte sur demande d'un débiteur mentionné à l'article L. 620-2 qui, sans être en cessation des paiements, justifie de difficultés qu'il n'est pas en mesure de surmonter. Cette procédure est destinée à faciliter la réorganisation de l'entreprise afin de permettre la poursuite de l'activité économique, le maintien de l'emploi et l'apurement du passif. »

^{3. «} Le traitement médical et psychique du chef d'entreprise n'a rien à faire dans un ouvrage juridique. Toutefois, la situation mentale des chefs d'entreprise est telle qu'elle a fait réagir certains greffiers des tribunaux de commerce », selon Jocelyne Vallansan, p. 154.

CARTE 1 • Carte des juridictions ayant adopté le dispositif APESA



Champ • France métropolitaine. **Source** • APESA France.

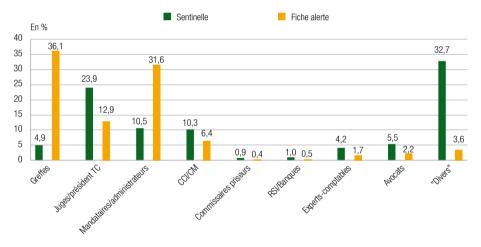
Le plus grand nombre d'alertes (32 %) est déclenché à l'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire et 11 % lors de la conversion de la procédure initiale de redressement judiciaire en liquidation judiciaire. 13 % des alertes sont déclenchées en dehors de toute procédure, à l'occasion d'un premier contact avec la juridiction, parfois même en amont de la prise de conscience des difficultés de l'entreprise concernée. La souffrance du chef d'entreprise est alors un excellent vecteur à la fois pour une proposition de soutien psychologique et d'exposé des outils de traitement des difficultés des entreprises. Seulement 1 % des alertes sont déclenchées lors d'une procédure de sauvegarde. Le reste des alertes est réparti entre les autres types de procédures : redressement judiciaire (9 %) durant la période d'observation (5 %), mandat *ad hoc* et conciliation (2 %) et solde (27 %) représentent des alertes déclenchées par des professionnels dans le cadre de leur fonction (expertscomptables, avocats, membres des chambres de commerce et des métiers).

Le déploiement du dispositif dans chacune des juridictions concernées a été accompagné par l'association APESA France, qui est soutenue financièrement par Harmonie mutuelle et le Groupe VYV. Ces partenaires sont venus à notre rencontre en 2012 pour soutenir le dispositif qui se créait à Saintes et s'engager financièrement pour l'aide au déploiement des 51 autres juridictions.

Un réseau de sentinelles

Le dispositif APESA recense 1 845 sentinelles volontaires. Toutes les sentinelles ont suivi un module de sensibilisation au risque suicidaire des chefs d'entreprise de 3 heures pour faciliter les échanges dans les entretiens ou les audiences, évaluer les situations de souffrance aiguë, proposer une mise en contact avec un psychologue pour évaluer la situation et organiser un soutien psychologique par le lancement d'une alerte, avec l'accord de la personne concernée. Cette sensibilisation des sentinelles ne leur confère pas de responsabilités supplémentaires. Elle leur permet de se sentir légitimes pour évoquer directement avec les chefs d'entreprise les difficultés et souffrances. Ces sentinelles sont pour moitié des hommes et pour moitié des femmes (graphique 1).

GRAPHIQUE 1 • Répartition des sentinelles et des fiches alertes par profession des sentinelles



TC: tribunal de commerce ; CCI: chambre de commerce et de l'industrie ; CM: chambre des métiers. La rubrique « sentinelles divers » rassemble les très nombreux professionnels qui sont au contact des entrepreneurs (huissiers, médecins du travail, représentants syndicaux, élus locaux, correspondants TPE de la Banque de France, coachs, etc.).

Lecture • Les greffes représentent 4,9 % des sentinelles mais déclenchent 36,1 % des alertes.

Champ • Ensemble des dispositifs APESA déployés en France métropolitaine.

Source • APESA France.

Les juges représentent un quart des sentinelles mais ne déclenchent que 13 % des alertes. Parmi les magistrats, il convient de signaler qu'APESA a bénéficié de l'appui

et de l'écoute décisifs de procureurs de la République, par exemple : celui de Paris, François Molins, l'a évoqué dans son discours à l'occasion de l'audience de rentrée du tribunal de commerce de Paris, en 2018. Le dispositif APESA a été impulsé par le vice-procureur Christophe Delattre (Delattre, 2018). Enfin, il a été présenté à des procureurs lors de séminaires de formation organisés à l'École nationale de la magistrature (ENM) en 2018 et 2019.

Un peu plus d'un tiers des alertes sont déclenchées par les greffiers, immédiatement au contact des entrepreneurs en difficulté dans les juridictions. Ils ne représentent pourtant que 5 % des sentinelles. Un peu moins d'un tiers est déclenché par les mandataires et administrateurs judiciaires qui interviennent lorsque les jugements sont prononcés, mais qui ne représentent que 10 % des sentinelles.

Depuis la création du dispositif APESA en 2013, celui-ci bénéficie aux entrepreneurs en souffrance mais aussi aux sentinelles en leur permettant de ne pas rester sans réponse face à la souffrance qu'elles rencontrent.

La formation des sentinelles

« Les numéros verts » ayant montré leur limite, une meilleure prévention de la souffrance aiguë du chef d'entreprise passe avant tout par une sensibilisation des « sentinelles » sur ce que sont, d'une part, les moments les plus difficiles que rencontrent les chefs d'entreprise dans l'exercice de leurs responsabilités multiples et, d'autre part, sur les signaux d'alerte de la souffrance aiguë et les facteurs de protection des personnes rencontrées.

Un temps de sensibilisation au repérage des situations « à risque » et un accompagnement pour parler de la souffrance des personnes que l'on rencontre dans le cadre de ses fonctions professionnelles permettent à la plupart des sentinelles d'oser évoquer les souffrances qu'elles identifient, de mieux les évaluer, et de proposer, quand elles le pensent nécessaire, une prise en charge psychologique individuelle.

L'objectif est de sensibiliser les acteurs des procédures judiciaires à mettre des mots sur la souffrance psychologique des personnes rencontrées sans pour autant qu'elles aient le sentiment de sortir du cadre de leur pratique professionnelle. Il s'agit à la fois de sensibiliser sur les processus de souffrance psychique qui mènent parfois aux gestes suicidaires, tout en tenant compte du fait que ce sont des acteurs non professionnels de l'écoute et des soins psychiques.

Les sentinelles, qui sont tous des professionnels proches de l'entreprise exerçant des fonctions rémunérées ou non (essentiellement pour les juges des tribunaux de commerce), sont toutes volontaires. L'APESA locale qui se constitue à partir d'une juridiction commerciale invite à la formation tous les partenaires susceptibles d'être intéressés par la démarche de prévention des souffrances des chefs d'entreprise. La juridiction lance les invitations, les volontaires s'inscrivent en ligne, la formation valide leur présence et ils sont ensuite identifiés comme sentinelles.

Un réseau de sentinelles est ainsi formé sur le territoire des juridictions inscrites dans le dispositif APESA.

Le protocole APESA

Le dispositif APESA s'appuie sur une charte éthique très rigoureuse structurée en 5 points essentiels :

- la proximité du repérage avec les réseaux sentinelles ;
- la rapidité du lancement et du traitement des alertes avec le dispositif de veille (moins de 2 heures pour rappeler les chefs d'entreprises identifiés, leur signifier que leur souffrance est importante), le codage des fiches d'alerte pour respecter la confidentialité, l'envoi systématique par le système numérique d'un accusé de bonne réception de l'alerte à la sentinelle ;
- le rappel du chef d'entreprise par un psychologue coordinateur (prendre l'initiative de l'appel) ;
- le rappel du psychologue du réseau le plus proche de son lieu d'habitation pour lui proposer une première consultation dans les 5 jours ouvrés qui suivent le lancement de l'alerte ;
- la gratuité de 5 consultations chez ce psychologue, coordination des alertes et consultations financées par les associations APESA locales sur des financements que chaque association doit trouver chaque année.

Le réseau des psychologues et psychothérapeutes « consultants »

Le réseau des psychologues et psychothérapeutes est composé de 854 personnes parmi lesquelles 17 % d'hommes et 83 % de femmes, reflet de la représentation majoritairement féminine de ces professionnels.

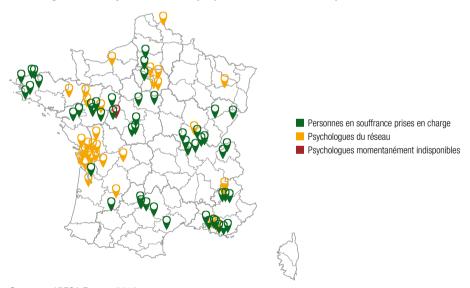
Dans chaque département concerné, APESA recherche et signe des conventions avec les psychologues et psychothérapeutes qui acceptent l'éthique de ce dispositif et la démarche consistant à être à l'initiative de la rencontre avec le chef d'entreprise qui lui a été adressé *via* la coordination des alertes.

Deux conventions sont donc signées avec chacun, l'une éthique avec l'association APESA France et la seconde administrative et financière avec l'association APESA locale.

Dans chaque juridiction, une répartition géographique des « consultants » du réseau est recherchée afin de faciliter le déplacement du chef d'entreprise vers une ressource proche de son lieu d'habitation.

Un système numérique de géolocalisation de l'ensemble des psychologues et psychothérapeutes, avec lesquels une convention a été signée, a été conçu et mis à disposition du dispositif de veille et de coordination des alertes. De cette façon, en rentrant l'adresse de la personne concernée dans le logiciel dédié, les psychologues coordinateurs accèdent immédiatement à l'identité et aux coordonnées téléphoniques de la personne-ressource à mobiliser. Ce système permet de garantir un délai très rapide (moins de 2 heures) entre l'alerte lancée et l'identification d'une personne-ressource à activer pour une prise en charge (carte 2).

CARTE 2 • Système de géolocalisation des personnes en souffrance et des ressources de consultants disponibles pour une prise en charge dans les juridictions déployées en France métropolitaine



Source • APESA France, 2019.

Les psychologues et psychothérapeutes du dispositif APESA sont formés à la conduite d'un entretien de crise pour être, d'une part, en mesure d'évaluer le

risque suicidaire et, d'autre part, d'intervenir en situation de crise. Durant les deux jours de cette formation, une présentation détaillée des procédures collectives (sauvegarde-redressement-liquidation judiciaire) leur est faite par l'un des juges du tribunal de commerce. Ils peuvent ainsi en consultation se concentrer directement sur la situation de souffrance sans avoir à se faire réexpliquer en détail par l'entrepreneur ce que sont une procédure judiciaire et ses acteurs.

Les personnes en souffrance

Depuis la création du premier dispositif APESA de septembre 2013 jusqu'au 30 juin 2019 en France métropolitaine, 2 173 alertes ont été lancées par les sentinelles des différents dispositifs et traitées par le dispositif de coordination assuré par Ressource mutuelle assistance (RMA) qui est un assisteur de mutuelles avec une plateforme téléphonique et des psychologues formés aux entretiens téléphoniques. Cette structure privée est conventionnée avec APESA qui lui confie la coordination du dispositif de recueil, d'évaluation des situations et de sollicitation du réseau national des psychologues. Sur ces 2 173 fiches d'alerte, 1 425 concernaient des hommes et 748 des femmes. Ces prises en charge sont en cours d'évaluation dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat.

Pour l'ensemble de l'année 2018, 751 alertes ont été lancées et 479 durant les six premiers mois de l'année 2019. En France métropolitaine, 68,2 % des personnes en souffrance prises en charge par le dispositif APESA ont entre 41 et 59 ans. Les 25-40 ans représentent 14,6 % et les plus de 60 ans, 8,4 %. 48,9 % des personnes en souffrance vivent en couple et 29,0 % sont veuves ou séparées. Le fait d'être en couple ne semble donc pas protéger de la souffrance. Les secteurs d'activité les plus représentés dans les alertes lancées sont d'abord le commerce, la vente et la grande distribution, puis les entreprises de bâtiments et travaux publics, l'hôtellerie et restauration, et les entreprises de services à la personne.

Les facteurs de risque le plus souvent cités dans les fiches d'alerte correspondent aux verbalisations d'une fatigue intense, d'un épuisement psychique et physique avec de très importants troubles du sommeil et de l'alimentation, les troubles dépressifs et les pleurs manifestés lors des rencontres avec la sentinelle à l'évocation des difficultés, mais aussi très directement les idéations suicidaires.

En Outre-mer, depuis la création du dispositif APESA Nouvelle-Calédonie en 2017, 48 fiches d'alerte ont été rédigées par les sentinelles. 31 d'entre elles concernaient des hommes et 17 des femmes chefs d'entreprise. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 42-50 ans.

Conclusion et perspectives

L'expérience de ce dispositif qui a maintenant six ans incite à guelques réflexions :

- La prévention du suicide est avant tout une affaire de proximité et de rapidité. Les sentinelles formées doivent intervenir au plus proche des personnes en souffrance. Aujourd'hui, le temps de rappel est de 1 h 21 en moyenne après le lancement de l'alerte par l'une des sentinelles.
- La structuration et les outils développés autour de la charte éthique et la pratique collective APESA peuvent être transférables à d'autres situations et d'autres publics en souffrance.
- Les actions de sensibilisation de sentinelles dans la population générale et dans les institutions permettent de construire sur des territoires une culture commune du regard porté à l'autre. Il est de notre responsabilité d'agir vite en allant plus directement à la rencontre de la personne sans attendre qu'elle fasse elle-même la démarche. Une personne épuisée psychologiquement n'a même plus d'énergie pour s'autoriser à demander de l'aide et il n'est pas toujours aisé d'identifier à qui s'adresser et comment. Le dispositif APESA participe ainsi d'une formation aux gestes de première urgence psychologique.
- Les hommes et les femmes qui créent ou dirigent une entreprise devraient être incités à prendre conscience que leur santé est le capital le plus important de leur projet d'entreprise. Une consultation obligatoire annuelle à partir de la création de l'entreprise pour aller voir un professionnel de santé dédié aux entrepreneurs pourrait être un espace et un temps réservés à une prévention primaire des difficultés du dirigeant et de son entreprise.

Le souci de respecter les libertés humaines, la déontologie, l'éthique, le secret professionnel ou des « idées fausses » ne doit pas empêcher d'agir pour prévenir le suicide. Les actions de prévention du suicide doivent être des réponses simples à ce qui n'est qu'un appel à l'aide. Cela nécessite collectivement de légitimer l'action individuelle de la sentinelle. Cette démarche d'identification et de formation de sentinelle a été inspirée par la stratégie multimodale de prévention du suicide. Elle consiste à développer de manière simultanée, dans les territoires, un ensemble d'actions intégrées, conformément à l'action 6 de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018⁴ et à l'instruction du 10 septembre 2019⁵, invitant à la mise en place de dispositif sentinelle dans les territoires.

^{4.} Cette feuille de route est élaborée dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

^{5.} Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide.

Références bibliographiques

- Binnié, M., Douillard, J-L., et Fèvre, M. (dir.), Debout, M. (préface) (2018). La souf-france de l'entrepreneur, comprendre pour agir et prévenir le suicide. Rennes, France : Presses de l'EHESP.
- Delattre, C. (2018). Le cadre d'intervention du ministère public en droit des entreprises en difficulté. Paris, France : Joly Éditions. Préface de Laurent Le Mesle, premier avocat général près la Cour de cassation.
- Lucas, F-X. (2016). *Manuel de droit de la faillite*. Paris, France : Presses universitaires de France, p. 15.
- Magras, C. (2018). La constance des stigmates de la faillite : de l'Antiquité à nos jours. Thèse de doctorat en histoire du droit. Université de Bordeaux.
- Vallansan, J. (2018). *Guide des procédures collectives*. Paris, France : Lexis Nexis, p. 154.

FICHE 13

Le programme de mobilisation contre le suicide dans la police nationale

Direction des ressources et des compétences de la Police nationale

Depuis les années 2000, l'administration policière s'est mobilisée autour de cette délicate problématique de la prévention du suicide. Le nouveau programme de mobilisation contre le suicide (PMS) s'inscrit dans la continuité de cette prise de conscience collective.

Il prend en compte les facteurs de risque spécifiques de la police nationale. Il vise, à l'aune des expériences précédentes et du bilan des actions menées, à renforcer la prévention, tout en restant humble devant la complexité de ces passages à l'acte. Il se veut avant tout un cadre pratique, à finalité opérationnelle, permettant une mobilisation générale autour de ce sujet sensible. Il intervient dans un contexte particulièrement difficile pour la police nationale marquée par une très forte hausse des suicides depuis le début de l'année 2019.

La communauté policière est plus exposée au risque de suicide que le reste de la population

À l'instar d'autres polices dans le monde, le suicide frappe très sévèrement la communauté policière française.

Une communauté policière très éprouvée

Entre 1997 et 2018, sont décomptés, en moyenne, 44,5 suicides par an : 39,3 pour les hommes et 5,2 pour les femmes. L'année 2019 est marquée par une hausse du nombre de passages à l'acte avec 54 suicides dénombrés au 20 octobre 2019 : 50 hommes et 4 femmes.

Une étude¹ comparative de la mortalité par suicide observée dans la police et pour la France entière (hors Mayotte), menée entre 2013 et 2016, a confirmé une surmortalité par suicide dans les effectifs de la police nationale. En effet, un excès significatif de suicides est observé chez les agents de la police nationale, par rapport à la population générale de même âge et sexe (+41 % pour les hommes et +130 % pour les femmes). Ce sur-risque suicidaire est davantage marqué dans la population active² de la police nationale (+48 % pour les hommes et +169 % pour les femmes).

Les facteurs de risque

Par nature, tout passage à l'acte suicidaire relève de motivations complexes et ne saurait se réduire à une cause unique. Toutefois, l'analyse de ces situations dramatiques met en évidence des facteurs de risques spécifiques au métier de policier.

Les policiers sont davantage exposés au risque suicidaire que d'autres professions. Confrontés à des situations traumatogènes et à la violence, ils vivent des événements intenses. Or, la répétition et le caractère prolongé de l'exposition à la violence fragilisent l'individu et participent de l'augmentation du risque suicidaire. Au contact de la souffrance et de la détresse humaine, ils supportent, dans l'exercice quotidien du métier, une charge émotionnelle forte qui peut favoriser l'apparition d'un symptôme d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, l'accès à un moyen létal, dont l'utilisation est familière au policier, accroît considérablement le risque de passage à l'acte.

Homme fort sur le terrain, le policier est également perçu très souvent comme un pilier dans sa propre famille. Cette culture professionnelle rend souvent l'expression des émotions, voire d'une souffrance, et l'accès à des aides spécialisées, difficiles.

Face à ces risques, le sens du travail, la cohésion, le soutien et le partage sont autant de valeurs protectrices. Très fortement ancrées au sein de la communauté policière, elles subissent aujourd'hui, à l'instar du reste de la société, la montée de l'individualisme.

^{1.} Menée par la Mission Veille, études et prospective de la Direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN) et reposant sur une méthode de standardisation indirecte sur l'âge par tranche de 10 ans et par sexe avec les taux de mortalité par suicide de la France entière (hors Mayotte). Elle s'appuie sur le calcul des ratios standardisés de mortalité (SMR).

^{2.} La population des actifs, majoritaire dans la police nationale, est plus souvent sur le terrain, et donc davantage confrontée à la peur, à la wort, à la violence.

Les plans de prévention successifs du suicide depuis 2010 ont montré leurs limites

Depuis 2010, la police nationale a structuré une action de prévention des suicides qui a favorisé une libération de la parole dans l'institution, comme en témoigne le suivi précis effectué après chaque décès par suicide. Les différents plans ont notamment permis :

- un meilleur maillage des réseaux de soutien notamment psychologiques (89 psychologues) ;
- la mise en place au niveau local de pôles de vigilance qui réunissent les professionnels de soutien et la hiérarchie afin d'examiner et de proposer des solutions aux personnels les plus fragiles ;
- un accompagnement accru des personnels absents pendant de longues périodes lors de leur reprise du travail ;
- la nomination de référents pour l'accompagnement du personnel dans les services (aide par les pairs).

Leur mise en œuvre opérationnelle s'est avérée complexe dans une administration qui compte près de 150 000 agents sur l'ensemble du territoire.

Le nouveau programme de mobilisation contre le suicide : un cadre d'action opérationnel permettant la mobilisation du plus grand nombre sur tout le territoire

Le programme de mobilisation contre le suicide (PMS) a été adopté en mai 2018 à l'issue d'une large concertation syndicale.

Pour être efficace, la prévention du suicide ne doit pas uniquement reposer sur quelques acteurs dédiés mais faire l'objet d'une culture partagée et d'une mobilisation générale. Chaque service, chaque territoire doit pouvoir décliner à son échelle les mesures du nouveau PMS. Celui-ci est structuré autour de trois axes.

Axe 1 : mieux répondre à l'urgence

Signaler les situations de crise

L'objectif est de donner à l'entourage professionnel des éléments pour pouvoir repérer une situation de crise suicidaire et alerter les réseaux de soutien (médecins de prévention, médecins statutaires, psychologues, assistants de service social). À cette fin, un mémento pratique à destination des encadrants sur la prévention du suicide a été élaboré. Il apporte des réponses simples aux interrogations suivantes : Quand doit-on s'inquiéter ? Comment signaler ? Dans quel cas retirer l'arme ? Quelle prise en charge par les réseaux de soutien ? Comment éviter l'effet de contagion en cas de

passage à l'acte dans un service ? Que faire après un passage à l'acte dans un service ? Ce document est actuellement en cours de diffusion.

Parallèlement, sont organisés dans chaque zone des séminaires sur la prévention du suicide réunissant les chefs de services. À ce jour près de 1 350 commissaires de police ont participé à ces réunions.

Cette dynamique de prévention passe également par des séances de sensibilisation à destination des agents. Celles-ci ont commencé dans certains territoires, comme à Poitiers et à Grenoble

Enfin, l'École nationale supérieure de police (ENSP), en lien avec la cellule alerte prévention suicide (CAPS) et notamment le Pr Jean-Louis Terra, a conçu une e-formation sur la prévention du suicide.

Faciliter l'accès aux réseaux de soutien

L'enjeu est avant tout de déstigmatiser la souffrance psychologique et ainsi faciliter le recours à l'aide. À cette fin, une grande campagne de communication sur le thème « Étre fort, c'est aussi savoir demander de l'aide » a été déployée.

Par ailleurs, une enquête sur le recours aux réseaux de soutien interne et externe a été lancée pour mieux identifier les sources de réticences et lever les blocages.

Afin de faire connaître les dispositifs d'aide, à la fois internes et externes, un espace intranet dédié comportant de nombreuses ressources a été mis en ligne.

Prendre en charge les personnels en difficulté

D'une part, la police nationale a renforcé son dispositif d'écoute. En interne, un nouveau service d'accès téléphonique du service de soutien psychologique opérationnel (SSPO) a été mis en service fin juin (08 05 20 17 17) : il gère l'astreinte opérationnelle 24 h/24 pour les interventions du SSPO et propose une mise en relation directe avec :

- le psychologue de secteur en journée incluant la possibilité de laisser un message lorsque celui-ci n'est pas joignable ;
- le psychologue d'astreinte le soir et le week-end.

Ce dispositif a été complété début septembre par une ligne d'écoute externe 24 h/24, 7/7j. Les écoutants sont des psychologues. En cas de difficulté, l'appelant est contacté par un médecin. Ce numéro est gratuit, anonyme et confidentiel. Au-delà de l'écoute, l'agent en souffrance peut être pris en charge dans toute la France par le réseau de l'association Soins pour les professionnels de santé (SPS)

qui comprend notamment des médecins, des consultations de souffrance au travail, des spécialistes du sommeil ou des blessures psychiques.

D'autre part, l'enjeu est d'améliorer la qualité de la prise en charge interne des agents en situation de détresse en dotant les professionnels du soutien d'une culture commune de l'évaluation de la crise suicidaire et de sa prise en charge. Le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) a accepté de décliner pour la police nationale les nouveaux modules d'évaluation et d'intervention face à la crise suicidaire, conçus pour le ministère en charge de la santé.

Enfin, pour orienter plus systématiquement les agents fragilisés vers le secteur psychiatrique, la Direction générale de la police nationale (DGPN) conclut des partenariats avec des structures de soins hospitalières. D'ores et déjà, deux conventions ont été signées avec Psy Sud et l'Institution nationale des Invalides.

Soutenir après une tentative de suicide ou un suicide

Les tentatives de suicide font l'objet d'une attention toute particulière avec un meileur suivi des tentatives connues, un travail sur la confidentialité des signalements pour favoriser leur remontée. La DRCPN souhaite également mieux s'articuler sur le territoire avec le dispositif VigilanS.

Le programme définit en outre un dispositif de postvention qui consiste à déterminer les modalités communes de prise en charge de la hiérarchie, des agents directement au contact du défunt et de sa famille après passage à l'acte. Dans ce cadre, pour éviter tout effet de contagion du suicide d'un agent sur le reste de l'équipe, un guide de communication et une fiche réflexe à destination des cadres ont été élaborés et diffusés.

Axe 2 : prévenir plus efficacement les situations de fragilité

Détecter les situations de fragilité

Le PMS a pour objectif de mieux évaluer et détecter les personnes fragiles en simplifiant et coordonnant le dispositif actuel, notamment le réseau des référents pour l'accompagnement du personnel. Ces référents cumulent par ailleurs très souvent cette fonction avec celle d'assistant de prévention. Dans ce cadre, la DGPN prend en compte les préconisations actuelles du ministère en charge de la santé sur l'orientation par les pairs. Elle revoit aussi le dispositif sentinelle interne pour se rapprocher du cadre de référence canadien proposé par la stratégie nationale de prévention du suicide.

Soutenir dans le temps les personnels en difficulté

Le programme vise également à améliorer l'accompagnement dans la durée des personnels fragilisés :

- pour les agents blessés : la DGPN a mis en place en avril 2018 un guichet unique d'accompagnement des blessés. Elle a également défini un protocole de prise en charge des blessures invisibles et élaboré des brochures de sensibilisation ;
- pour les agents malades notamment ceux qui souffrent de dépression : le dispositif de prise en charge des retours en service a été amélioré afin de prévoir un meilleur suivi et une plus grande détection des personnels encore fragiles au moment de leur retour. Le service social prend contact régulièrement avec les personnels en longue maladie;
- pour les agents fragilisés socialement (divorce, difficultés financières) : le service social, apporte une assistance. La préfecture de police de Paris expérimente actuellement la possibilité de recours à un médiateur familial. De plus, un suivi des personnels ayant fait l'objet d'une mutation dérogatoire est réalisé ;
- pour les agents harcelés, une plateforme de signalement a été mise en place et des enquêtes sont diligentées le cas échéant.

Développer la prévention

Au-delà des formations sur les risques psychosociaux qu'il convient de généraliser, il est essentiel de mieux former les policiers à la gestion de la charge émotionnelle du métier en développant notamment les techniques d'optimisation du potentiel (TOP). Ces techniques visent à mobiliser les ressources mentales pour mieux gérer le stress et optimiser la récupération physique.

Axe 3: améliorer le quotidien au travail

Le collectif de travail peut et doit constituer un facteur de protection important. Le programme encourage dès lors toutes les initiatives qui visent à rompre l'isolement du policier. Il favorise la cohésion par la pratique du sport (partenariat avec la fédération sportive de la police nationale), par l'organisation plus fréquente de moments de convivialité (budget dédié à cette fin), par la promotion des amicales associatives.

Le PMS vise également à faciliter le dialogue de proximité par l'organisation de réunions régulières et informelles permettant des échanges d'expérience et des partages entre pairs. Le mémento pratique évoqué ci-dessus rappelle l'utilité des retours d'expérience et l'importance du management bienveillant.

L'objectif est aussi d'améliorer les conditions quotidiennes d'exercice du travail qui participent de la qualité de vie globale :

• une nouvelle organisation du travail a été adoptée et des cycles de travail permettant une meilleure articulation vie professionnelle/ vie privée sont en cours d'expérimentation; • de même, le travail de nuit est au cœur des préoccupations que ce soit à travers la reconnaissance du statut de travailleur de nuit, l'organisation de visites de site, un meilleur suivi des risques, ou encore le renforcement de l'accompagnement.

La coordination stratégique et le déploiement opérationnel du PMS : le rôle de la cellule alerte prévention suicide

Face à la forte hausse des suicides en 2019 (54 suicides à la date du 20 octobre 2019), le ministre de l'Intérieur a décidé d'accélérer la mise en œuvre du PMS créé en 2018.

À cette fin a été créée le 29 avril 2019, la cellule d'alerte et de prévention du suicide (CAPS), chargée d'impulser les actions du PMS.

La CAPS coordonne l'ensemble des actions de prévention du suicide et joue un rôle d'alerte et de veille. Référente du ministre et du directeur général sur la prévention du suicide, elle constitue l'interface des directions actives et fonctionnelles mobilisées sur le sujet.

Elle a pour mission d'identifier les territoires et les services présentant un niveau de suicide anormalement élevé et de s'assurer qu'une prise en charge institution-nelle adaptée est mise en œuvre. Elle est l'interlocuteur privilégié pour nouer des partenariats avec les acteurs externes de la prévention et de la prise en charge du suicide, notamment hospitaliers. Elle assure le suivi des actions et établit des bilans mensuels pour le ministre.

Synthèse

Le programme de mobilisation contre le suicide développé au sein de la police nationale vise à agir sur les facteurs de protection en mobilisant les collectifs et en renforçant la cohésion. Il intervient dans un contexte de très forte hausse des suicides constatée en 2019. Il favorise une meilleure détection des vulnérabilités liées à l'exercice du métier de policier et une amélioration de la prise en charge globale des personnels en situation de fragilité. L'enjeu principal est d'assurer une déclinaison du programme dans l'ensemble des services et des territoires pour faire de la prévention une culture partagée.

FICHE 14 Actions mises en œuvre en matière de prévention

du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire

Émilie Guérin et Tatiana Aci (Direction de l'administration pénitentiaire)

Contexte

Le personnel de l'administration pénitentiaire est constitué d'environ 41 000 agents, majoritairement du personnel de surveillance, première catégorie concernée par les actes suicidaires.

En 2009, après avoir connu une série de suicides, la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a organisé des groupes de travail avec les partenaires sociaux afin de dégager des pistes d'actions et d'endiguer ce phénomène. La nécessité d'appuyer les échanges sur des données scientifiques, pour proposer des préconisations et des pistes d'actions, est apparue. Ainsi, deux études, réalisées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et Santé publique France ont permis de souligner que l'excès de suicides n'a probablement pas « une origine unique ». Santé publique France note que les surveillants « sont exposés à des contraintes psychosociales reconnues délétères pour la santé psychique et pouvant constituer un élément déclencheur des conduites suicidaires » et l'Inserm conclut que dans plus de la moitié des cas étudiés, la vie professionnelle a contribué au passage à l'acte suicidaire.

Actions

Ainsi, au sein de l'administration pénitentiaire, les conditions de travail particulières (cycles horaires, statut spécial régi par l'ordonnance 58-696 du 6 août 1958 des personnels des services extérieurs de l'administration pénitentiaire, sous-effectif chronique, heures supplémentaires) appellent un suivi adapté qui mobilise de nombreux acteurs (réseau de soutien pluridisciplinaire : socio-médico-psychologique,

inspecteurs en santé et sécurité au travail, réseau des préventeurs en établissements et services pénitentiaires) en plus des services administratifs (bureau santé et sécurité au travail de la DAP, du secrétariat général). Sur la base de ces constats, des actions significatives ont été déployées par la DAP.

Un travail sur le recrutement des personnels pénitentiaires

Le niveau minimal requis pour le concours de surveillant pénitentiaire est le diplôme national du brevet, mais un certain nombre de difficultés de recrutement apparaissent. Afin d'améliorer les procédures de recrutement, le jury comprend des psychologues. Cette participation permet de mieux appréhender l'adéquation des candidats à l'exercice de leurs futures fonctions, afin de sélectionner des agents relativement solides pour pouvoir travailler dans l'espace carcéral où les tensions sont importantes.

Une réflexion sur les métiers et les parcours professionnels

L'obligation de fonctionnement 24 h/24 étant potentiellement nocive pour la santé du personnel, l'amélioration des cycles de travail du personnel de surveillance est apparue nécessaire. Si le travail de nuit posté est par ailleurs communément considéré comme un facteur de stress et de fatique chronique, il serait aussi responsable d'un risque accru de pathologie dépressive. De plus, les agents travaillant la nuit rencontrent des difficultés à gérer les décalages entre vie professionnelle et vie familiale. L'articulation entre travail et vie personnelle est rendue plus difficile en raison de la discordance entre ces horaires et les moments de disponibilité requis pour partager ses activités hors travail avec la famille et les amis. À terme, les discordances des emplois du temps tendent à s'accompagner d'une altération de la qualité des relations familiales et sociales, pouvant conduire l'agent à une certaine forme d'isolement. Ainsi, un accord a été passé avec un professeur de chronobiologie de l'université Paris-Descartes, afin d'étudier les cycles de travail de certains établissements pénitentiaires¹. L'attente de l'administration pénitentiaire est de trouver des cycles de travail permettant de préserver au mieux la santé des personnels.

Un travail de réflexion sur le contenu des parcours professionnels des personnels de surveillance a été initié, afin de redonner du sens à l'exercice de ce métier riche en connaissances et savoir-faire.

^{1.} Étude interne à l'administration pénitentiaire réalisée en 2013 par le professeur Régis Mollard : Gestion de la fatigue et activités en horaires décalés : quelles pistes pour réduire la pénibilité ?

Enfin, un travail sur l'architecture pénitentiaire a été entrepris, afin de mieux intégrer, dans les contraintes bâtimentaires, les apports de lumière naturelle ou des structures permettant de compenser son absence. En effet, les structures neuves bénéficient d'un bien meilleur apport de lumière naturelle, ce qui améliore considérablement les conditions de travail des personnels. Un effort important a également été fourni pour les personnels de nuit pour favoriser des aménagements confortables dans les chambres de veille, les espaces repas, les chambres individuelles, toutes équipées de douche.

Une action préventive nourrie d'informations, de sensibilisation et de formations De nombreux supports d'information et de communication (affiches, guides-conseil, dépliants) destinés à sensibiliser les personnels sur la préservation de leur santé au travail ont été diffusés, en lien avec les services ministériels de la médecine de prévention, afin de renforcer la qualité de vie au travail (charte de la qualité de vie au travail depuis 2014).

De 2013 à 2016, une formation aux risques psychosociaux pour l'ensemble des cadres managers des structures pénitentiaires (chefs d'établissements et directeurs de services pénitentiaires d'insertion et de probation) a été mise en place, *via* le cabinet Technologia, et a permis de doter les managers de cette administration d'outils de repérage et d'accompagnement des personnes en fragilité.

Parallèlement, les stagiaires de l'administration pénitentiaire bénéficient de modules en rapport avec les risques psychosociaux (RPS) dans le cadre de leur formation initiale à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP). Ces formations sont délivrées aussi bien au personnel de surveillance qu'aux cadres.

La mise en place d'un réseau de soutien institutionnel en direction des agents Un recrutement conséquent de psychologues cliniciens depuis dix ans a été déployé sur l'ensemble du territoire afin d'assurer un soutien préventif et curatif au personnel pénitentiaire tant individuel que groupal. Ils sont aujourd'hui 63 à assurer cette mission importante, contribuant ainsi à l'évolution des pratiques de l'institution.

Pour compléter le réseau de soutien, un dispositif de téléphonie sociale a été mis en place en 2013 au bénéfice des agents en difficulté ou en souffrance. Ce dispositif d'écoute psychologique, plus ciblé sur l'immédiateté et l'orientation, est disponible 24 h/24 et 7 j/7. Il garantit également l'anonymat et la confidentialité des échanges. Initialement assuré par l'Institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR), ce dispositif l'est dorénavant par le cabinet ELEAS, depuis le 31 mars 2017, à la suite du renouvellement du marché.

La mise en place d'actions de soutien social en direction des personnels

Les actions de prévention locale se sont multipliées pour mieux sensibiliser les agents concernés et les informer sur leurs possibilités d'être accompagnés dans leurs démarches. Ainsi, des journées de sensibilisation aux risques liés à l'alcoolisme ont été organisées, au cours desquelles des partenaires associatifs étaient présents, et des dépliants d'information mis à disposition.

Afin de sensibiliser et de lutter contre les conséquences du travail en horaires décalés, des plaquettes d'informations sur l'hygiène de vie, la qualité du sommeil ou encore la pratique d'activités physiques et sportives ont été réalisées.

Enfin, des actions de prévention de l'épuisement professionnel ont été entreprises, et une convention avec l'Association nationale d'action sociale des personnels de la police nationale et du ministère de l'Intérieur (ANAS) et son établissement de santé, Le Courbat, a été conclue, afin de faciliter l'admission de personnels pénitentiaires dans cette structure de soins spécialisée dans la prise en charge des problématiques d'addictologie et de burn out.

Perspectives

L'administration pénitentiaire multiplie les actions afin de prévenir la détérioration de la qualité de vie de ses agents et d'assurer une offre d'accompagnement et de soutien en matière de sécurité et de qualité au travail :

- animation du réseau pénitentiaire avec le regroupement national en avril 2019 des référents dans les directions interrégionales (DRH, référents santé et sécurité au travail (STT), psychologues);
- déploiement de plans de lutte contre les violences en détention, passant notamment par des évolutions des régimes de détention, qui permettent une plus grande responsabilisation des personnes détenues et une organisation de détention moins génératrice de conflits.

D'autres chantiers importants sont d'ores et déjà programmés. Ils visent, à mieux prévenir et identifier les facteurs de fragilité, et à améliorer l'accompagnement institutionnel des personnels :

- élaboration d'un guide méthodologique « Santé sécurité au travail (SST) en milieu pénitentiaire », à visée très opérationnelle, pour faciliter l'appropriation des fondamentaux, acteurs et actions en matière de SST (état du droit / coordonnées acteurs / fiches-réflexes / mutualisation de bonnes pratiques);
- amélioration de l'accompagnement des agents lors de leur retour en service, en développant un accompagnement de proximité harmonisé, et en engageant une réflexion sur les dispositifs de prise en charge et de suivi au long cours des agents

souffrant d'un stress post-traumatique, consécutif, notamment, à des incidents violents en détention :

- intensification du suivi des questions relatives à la souffrance au travail et aux risques psychosociaux (RPS) avec le projet de création d'un réseau et d'une cellule de veille RPS ;
- élaboration d'une charte de la gestion des phénomènes de violence proposée par le secrétariat général du ministère de la Justice dans le cadre d'un groupe de travail sur le thème des violences issu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ministériel auquel participent les organisations syndicales et les différentes directions du ministère



SUICIDE CHEZ

LES PERSONNES ÂGÉES,

LES JEUNES ET

LES DÉTENUS

Fiche 15 •	Suicide des personnes agees21	ט
Fiche 16 •	Risque suicidaire en classe de 3° : une première analyse de l'auto- questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3° 22	28
Fiche 17 •	Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains - Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018	88
Fiche 18 •	La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées	50

Laura Nirello, avec la collaboration de Valérie Carrasco (DREES)

In France métropolitaine, en 2016, les décès par suicide des personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 20 % de l'ensemble des décès par suicide, tandis que la population de cette tranche d'âge ne constitue que 9 % de l'ensemble de la population¹. Alors que le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge, les recherches sur le suicide des personnes âgées, et ses éventuelles spécificités, restent peu nombreuses.

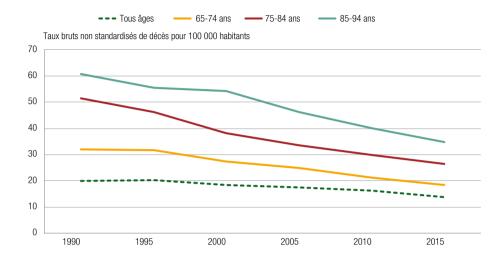
En 2013 et 2014, plusieurs rapports importants ont été publiés. Le Comité national de la bientraitance et des droits (CNBD) a établi un état des savoirs sur le suicide des personnes âgées (CNBD, 2013). Par ailleurs, deux rapports de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux ont recensé les dispositifs de prévention et de repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées (ANESM 2014a, 2014b). Cette fiche vise à actualiser les connaissances depuis la parution de ces rapports.

Cadrage statistique sur le suicide des personnes âgées

Comme le constatait déjà l'un des pères fondateurs de la sociologie française, É. Durkheim, il y a plus d'un siècle, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge : en 2016, il est de 15,4 décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25-54 ans, de 18,1 pour les 55-74 ans et de 33,3 pour les 75 ans ou plus (voir fiche 2). Il est particulièrement élevé chez les hommes âgés de 75 ans ou plus, avec 55,7 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 10,9 pour les femmes du même âge. La différence selon le genre est encore plus importante pour les 95 ans ou plus, avec plus de 120 décès par suicide pour 100 000 habitants chez les hommes contre moins de 10 chez les femmes du même âge (voir fiche 2). Néanmoins, la mortalité étant globalement élevée chez les personnes âgées, le suicide représente moins de 1 % de la totalité des décès pour les hommes comme pour les femmes. Ces résultats selon l'âge et le sexe sont observés depuis les années 1970 (Andrian, 1990). De 1990 à 2015, le taux brut de décès par suicide des personnes âgées baisse de manière continue pour les tranches d'âge comprises entre 65 et 94 ans, comme pour l'ensemble de la population (graphique 1).

^{1.} Chiffres CépiDc-Inserm en 2016 (fiche 2) et Insee, estimations de la population. Dans, *Tableau de l'économie française*. Édition 2016. Insee Références.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux bruts de décès par suicide par tranche d'âge de 1990 à 2015



Lecture • En 1990, le taux brut non standardisé de décès par suicide pour l'ensemble de la population est de 20 pour 100 000 habitants.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm, calculs DREES.

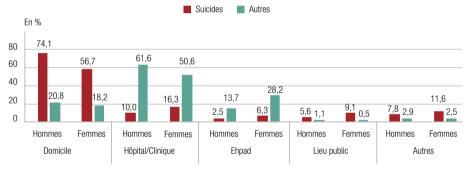
Lieu de suicide des personnes âgées et impact de l'institutionnalisation

La détermination du lieu du suicide, à partir des certificats de décès, se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le certificat de décès indique le lieu du décès, qui ne correspond pas nécessairement au lieu du suicide le cas échéant. Ensuite, le certificat ne mentionne pas le lieu de résidence de la personne au moment du décès. Ainsi, si une personne meurt à l'hôpital à la suite d'un suicide, le certificat de décès mentionnera l'hôpital comme lieu de décès, sans que l'on puisse savoir si la personne a commis l'acte à l'hôpital ou si elle y a été transférée après son acte et qu'elle y est décédée. On ne saura pas non plus si la personne résidait en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ainsi, les suicides des personnes âgées résidant en Ehpad ne sont repérés comme tels que si la personne est décédée en Ehpad.

Étant donné cette limite, on ne peut que comparer les lieux de décès, selon qu'il s'agit d'un suicide ou d'un autre décès (graphique 2). Les décès par suicide représentent globalement 0,6 % des décès des personnes âgées de 65 ans ou plus. Cette part varie selon le sexe et l'âge, toujours plus élevée pour les hommes que pour les femmes d'une part, et pour les 75 ans ou plus que pour les moins de 75 ans d'autre part. Elle est ainsi de 1,6 % pour les hommes de 65 à 74 ans et

seulement de 0,2 % pour les femmes de 75 ans ou plus. Mais pour les hommes comme pour les femmes, et quelle que soit la tranche d'âge (64-74 ans ou 75 ans ou plus), les lieux des décès par suicide sont très différents de ceux des autres décès. Ils se caractérisent essentiellement par une très forte part de décès à domicile (74,1 % pour les hommes et 56,7 % pour les femmes) et une part de décès à l'hôpital beaucoup plus faible : 10,0 % pour les hommes et 16,3 % pour les femmes, contre respectivement 61,6 % et 50,6 % concernant les autres décès. De nombreuses personnes âgées sont en effet transférées dans un établissement de santé les semaines qui précèdent leur mort, leur situation médicale exigeant des soins complexes et ne permettant pas leur maintien à domicile (Pennec et al., 2015). Les décès ont également moins souvent lieu dans un Ehpad quand il s'agit d'un suicide que dans les autres cas, au profit des lieux publics et autres lieux, la différence étant plus marquée pour les femmes.

GRAPHIQUE 2 • Lieux de décès des suicides et des autres décès, pour les personnes de 65 ans ou plus en 2015



Lecture • Pour les hommes de 65 ans ou plus, 74,1 % des décès par suicide et 20,8 % des autres décès ont lieu au domicile privé.

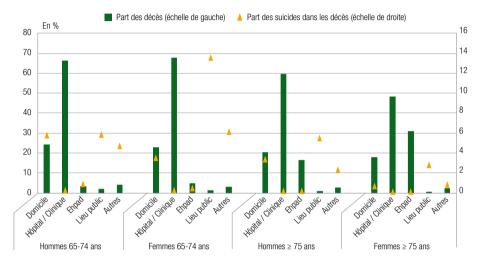
Champ • Décès 2015. France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Le lieu de survenue du décès est ainsi très spécifique pour les suicides. Ces derniers représentent une part non négligeable des décès dans certains lieux, très peu fréquents par ailleurs, comme les espaces publics et les « autres lieux » (soit hors hôpital et lieu de résidence) (graphique 3). À l'inverse, les suicides restent très rares en Ehpad (0,1 %). Il est cependant très difficile de tirer des conclusions de cette faible part, en l'absence d'information sur le lieu de résidence (logement ordinaire ou Ehpad) des personnes décédées à l'hôpital ou en clinique et de la possibilité de comparer la fréquence des décès par suicide à état de santé équivalent. Outre l'âge et l'état de santé, de nombreux facteurs seraient également à prendre en compte, en particulier l'isolement et l'accès aux moyens létaux. S'il y a beaucoup de pensées suicidaires dans

les Ehpad, elles n'aboutissent pas systématiquement au suicide, les moyens d'attenter à leur vie à la disposition des résidents étant limités (Mezuk *et al.*, 2019).

GRAPHIQUE 3 • Répartition des décès selon les lieux de décès et part des suicides dans les décès en 2015



Lecture • 24 % des décès des hommes âgés de 65 à 74 ans ont lieu au domicile (hors Ehpad) et 5 % de ces décès au domicile sont des suicides.

Champ • Décès 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Malgré la part faible de suicides de personnes âgées constatée en Ehpad, la littérature s'interroge sur l'incidence de l'institutionnalisation. Une enquête a montré que l'entrée en Ehpad pouvait être vécue comme un événement traumatique (Casadebaig et al., 2005). En effet, un risque de suicide accru apparaît dans les six premiers mois suivant l'arrivée en établissement, qui constitue une rupture plus ou moins éprouvante par rapport à la vie antérieure². Cette expérience dépend des caractéristiques socio-économiques des personnes, mais aussi de la manière dont cette entrée a été préparée (Mallon, 2007). L'arrivée en Ehpad s'effectuant fréquemment à un âge très avancé – plus de 85 ans en 2015 – nécessite de tenir compte des caractéristiques particulières des résidents. Ils sont souvent très dépendants et souffrent de multiples pathologies (Muller, 2017). De plus, l'entrée en Ehpad ellemême peut être liée à un événement traumatique (décès du conjoint, etc.) ou à une dégradation de la santé.

^{2.} Le risque de décès, pour toutes causes, est également élevé au cours des premiers mois passés en établissement, puisqu'en 2015 un quart des décès ont eu lieu avant huit mois de séjour (Muller et Roy, 2018).

L'intentionnalité et les modes de suicide

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le rapport entre les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation et les suicides est de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide, contre deux cents tentatives pour un suicide pour les personnes de moins de 25 ans (CNBD, 2013). Ainsi, les différents travaux avancent l'idée que le suicide des personnes âgées révèle des actes davantage élaborés et prémédités s'accompagnant d'une fragilité organique plus importante.

Les modes de suicide diffèrent selon le lieu du décès (tableau 1). Dans les Ehpad et à domicile, le mode majoritaire est la pendaison (respectivement 54,3 % et 55,4 %). Le mode le plus fréquent lorsque le décès par suicide a lieu à l'hôpital est la prise de médicament (26,8 %), même si l'on retrouve la pendaison dans 24,0 % des cas. À domicile, les armes à feu sont utilisées dans un quart des cas, alors qu'en Ehpad, un quart des suicides font suite à un saut dans le vide. Il est important de souligner que l'accès à certains moyens létaux est très difficile dans les établissements (armes à feu par exemple).

TABLEAU 1 • Modes de suicide selon les lieux de décès, données cumulées sur 2013, 2014, 2015 pour les 65 ans ou plus

	Ehp	oad	Dom	icile	Hôţ	oital
Modes de suicide	Effectif	en %	Effectif	en %	Effectif	en %
Arme à feu	8	2,7	1519	25,8	183	18,0
Médicament	10	3,3	358	6,1	273	26,8
Noyade	4	1,3	128	2,2	17	1,7
Objet tranchant	4	1,3	77	1,3	25	2,5
Pendaison	163	54,3	3 2 6 6	55,4	245	24,0
Saut dans le vide	78	26,0	133	2,3	142	13,9
Substance toxique	4	1,3	64	1,1	57	5,6
Autres (dont alcool, collision véhicule)	29	9,7	349	5,9	77	7,6
Total	300	100,0	5 894	100,0	1019	100,0

Lecture • De 2013 à 2015, 163 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées par pendaison en Ehpad, ce qui correspond à 54,3 % des suicides en Ehpad. Dans le cas des décès à l'hôpital, le lieu où l'acte de suicide a eu lieu est généralement inconnu.

Champ • Décès par suicide 2013, 2014, 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

Source • SNDS- CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Les enjeux du suicide chez les personnes âgées

Le suicide des personnes âgées présente des spécificités qui nécessitent d'interroger l'avancée en âge dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. Certains facteurs de risque, liés aux modifications corporelles et relationnelles qui apparaissent avec l'âge, sont différents de ceux observés chez les personnes plus jeunes. D'autres facteurs, comme la dépression, auraient des effets exacerbés sur le risque suicidaire avec l'âge. Enfin, l'hypothèse est parfois avancée que certains comportements, tels le renoncement à certaines activités, constituent des facteurs de risque suicidaire masqués (Gallarda et al., 2019).

Spécificité du suicide chez les personnes âgées

Le vieillissement implique l'approche de la mort et la confrontation avec celle-ci (Charazac et Brunel, 2014). Dans ce contexte, plusieurs hypothèses sont posées pour tenter d'expliquer le suicide de différentes façons. Ainsi au-delà du caractère individuel de l'acte suicidaire, le suicide « répond aussi à certaines régularités et à certaines conditions d'existence socialement partagées » (Campéon, 2012). À partir des catégories de J. Baechler, A. Campéon relève trois justifications rapportées par les personnes âgées enquêtées et qui pourraient expliquer les tentatives de suicide :

- le suicide par anticipation qui désigne l'idée de mourir dignement, avant une éventuelle dégradation des conditions de vie ;
- le suicide par étrangeté au monde et à soi : il s'agit d'un suicide lié à son environnement et aux difficultés à retrouver sa place par exemple à la suite de l'arrêt de la vie active ;
- le suicide relatif au « deuil » : il révèle une incapacité à faire face à une perte, comme la dégradation de la santé, la disparition d'un proche, le fait de quitter le domicile pour entrer en institution, etc.

Ces différentes justifications conduisent aussi à différencier le suicide actif qui « suppose que la volonté de se donner la mort est manifeste et déterminée » et le suicide passif qui « se distingue par une conduite suicidaire souvent très discrète, voire soigneusement cachée, mais qui dissimule une volonté déterminée de mourir – par omission – d'actes indispensables à la vie du sujet » (Charazac et Brunel, 2014, 69). Ce suicide passif s'approche de la notion de « déprise » utilisée en sociologie. Elle consiste en un lâcher-prise général, un retrait graduel ou un désengagement de la société. Certaines approches font ainsi l'hypothèse que des comportements, tels le refus alimentaire, l'arrêt d'un traitement médicamenteux, des négligences corporelles graves, l'éloignement volontaire de certaines relations amicales ou familiales, etc. peuvent être assimilés à des équivalents suicidaires. Ces formes plus discrètes de suicide seraient alors plus difficiles à percevoir, ce qui compliquerait le repérage par les professionnels de santé des situations à risques de suicide.

Il existe deux représentations opposées de la vieillesse dans notre société : d'un côté, le retraité actif et de l'autre « la personne âgée dépendante », « souffrant de solitude et n'attendant plus que la mort » (Caradec, 2012, 29). Une partie des personnes âgées, notamment quand elles perdent de l'autonomie, ne trouvent plus leur place dans la société actuelle. D'après les économistes D. Hamermesh et N. Soss, cités par C. Baudelot et R. Establet (2006), le suicide serait le renoncement à une faible quantité d'existence restante. Plus précisément, le suicide serait un arbitrage rationnel entre les coûts occasionnés par la vieillesse (affaiblissement des liens sociaux, perte d'autonomie, retraite, maladie, etc.) et les faibles gains escomptés par cet état. La mort par suicide serait ainsi une forme d'échappatoire. Cette idée est également portée par certains professionnels en établissement (Couillet, 2017).

Des facteurs de risque multiples

Le rapport du CNBD souligne que « les facteurs de vulnérabilité suicidaire spécifiques à cette population sont encore assez mal connus » (CNBD, 2013, 4). Des facteurs biologiques, sociaux mais aussi médicaux entraînent une accumulation des risques chez les personnes âgées, plus encore que pour d'autres tranches d'âge (Gallarda et al., 2019).

La dépression constitue un des facteurs de risque les plus importants chez la personne âgée. Ainsi entre 60 % et 90 % des suicidés âgés sont atteints de dépression au moment du passage à l'acte (CNBD, 2013). La dépression chez la personne âgée est souvent difficile à repérer, car elle peut se traduire par des plaintes somatiques, compliquant le diagnostic. Ainsi la moitié des personnes âgées suicidées ont consulté leur médecin généraliste 7 jours avant le suicide sans que ce dernier repère le risque suicidaire (Préville *et al.*, 2005).

Cependant, il est également important de souligner que la dépression n'est pas le seul facteur de risque. D'autres troubles psychiques, comme les addictions, en particulier la consommation d'alcool, constituent également des facteurs de risque. Les troubles cognitifs, et notamment la démence, sont associés à la dépression ou à l'anxiété, également facteurs de risque. Toutefois, leurs impacts directs sur le suicide ne sont pas encore totalement évalués. L'annonce de la maladie peut, quant à elle, se révéler un facteur déclencheur. Les maladies physiques peuvent aussi être des facteurs de risque, surtout lorsqu'elles sont sources de handicap et de douleur conduisant à l'isolement sensoriel ou à la réduction de l'autonomie. Les « facteurs de personnalité » tels que l'anxiété, le manque d'ouverture aux idées nouvelles, etc. sont également à considérer (Gallarda et al., 2019). Enfin, il importe de prendre en compte tous les éléments sociaux, familiaux et environnementaux : le veuvage, la précarité, une entrée en Ehpad, la perte d'autonomie constituent des événements sources d'anxiété et pouvant susciter des idées suicidaires. Parmi les

justifications évoquées par les personnes âgées, le sentiment de perte est souvent avancé (Campéon, 2012).

Plus généralement, il faut tenir compte des conditions de vie à domicile et en établissement pour personnes âgées, ce qui renvoie aux enjeux de la bientraitance. La littérature insiste beaucoup sur l'influence de l'isolement et le manque de soutien social. En revanche, plusieurs recherches ont démontré que l'existence d'un soutien familial (avoir des enfants, des parents, des amis) diminue le risque de suicide et constitue un facteur protecteur. De la même manière, l'implication dans la vie associative ou la réalisation d'activités physiques atténuent l'isolement social. Enfin, la pratique religieuse semble être un facteur protecteur contre la dépression (Gallarda, 2019).

État des lieux des dispositifs de recherche et d'évaluation en France

Quels outils de prévention?

Deux orientations sont identifiées dans les outils de prévention : la réduction des facteurs de risque et l'amélioration de la qualité de vie. Elles passent par la lutte contre l'isolement et le repérage plus précis de la dépression, grâce notamment à la formation des médecins généralistes (CNBD, 2013). On peut citer, à titre d'exemple, le programme Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées) mis en place 2014. Il s'agit d'une démarche de coopération qui vise à créer une synergie entre tous les acteurs volontaires d'un territoire autour de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Deux expérimentations et évaluations étrangères sont particulièrement riches d'enseignement. La première, réalisée au Japon, concerne le dépistage de la dépression au travers de séances d'informations sur la thématique du suicide à destination des personnes âgées. À la fin de ces séances, un questionnaire de dépistage de la dépression est proposé. Si le résultat révèle un risque de dépression, une prise en charge médicale et une proposition d'activités par des bénévoles, ainsi qu'un appel régulier de la part d'associations sont prévus. Au terme des dix ans d'existence de ce dispositif, les résultats se sont révélés probants pour les femmes pour lesquelles les suicides ont baissé de 74 % (Oyama, 2006).

La deuxième expérience en Italie a concerné la lutte contre l'isolement social au travers du dispositif *Tele-help, Tele-check*. Le dispositif comporte deux niveaux. Tout d'abord, la personne âgée peut appeler un numéro d'urgence 24h/24 lorsqu'elle se sent en danger (*Tele-help*). Ensuite, deux fois par semaine, les personnes âgées sont directement contactées (*Tele-check*). Les personnes ayant participé à l'expérimentation sont isolées mais pas forcément dépendantes. Les résultats de l'évaluation montrent une baisse du nombre de rendez-vous chez le médecin et des hospitalisations, mais aussi une baisse du score de dépression et de suicides. Le fait que les

personnes soient appelées directement sans être obligées d'accomplir la démarche de l'appel, semble avoir permis de meilleurs résultats (De Leo, 1995).

Au sein des dispositifs de prévention, un enjeu concerne la formation des soignants et des familles. L'objectif de ces formations est de travailler sur les présupposés des professionnels sur la thématique du suicide et sur le lien direct entre la dépression et le suicide à travers lequel peut se manifester l'expression de l'autonomie de la personne âgée (Couillet, 2017). Sur cet aspect, on peut se référer au guide de l'ANESM (2014b).

Une annexe du rapport du CNBD (2013) contient une liste de la plupart des dispositifs français en vigueur et souligne particulièrement la faible coordination de l'ensemble des acteurs mais aussi le manque d'évaluation de ces dispositifs.

Les travaux de recherche en cours

Les recherches en cours, notamment dans les Ehpad, concernent principalement des dispositifs d'évaluation de formation à la prévention du suicide auprès des professionnels. Les travaux de J.-L. Terra, professeur de psychiatrie, portent notamment sur la mise en place de formations de type « sentinelle » ou *gatekeeper* (Chauliac, 2016). Celles-ci ont été mises en place en 2012 dans des Ehpad du Rhône à la suite d'une augmentation du nombre de suicides dans les établissements et d'une sollicitation de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhônes-Alpes. Pour évaluer ce dispositif, une comparaison a été faite entre les 12 Ehpad ayant formé au moins 30 % du personnel et 12 Ehpad où aucune formation n'a été réalisée. L'objectif était triple : étudier la manière dont sont détectées les personnes à risque, comprendre l'évolution des prises en charge réalisées et analyser les mesures de prévention mises en place par les Ehpad. Les résultats montrent que ces formations ont eu à la fois un impact individuel sur la personne formée et de manière générale sur toute l'institution qui a mis en place une meilleure gestion des suicides et des mesures de prévention (Chauliac, 2016).

Un autre programme de formation a été institué dans la région des Hauts-de-France avec la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France portés par l'agence régionale de santé et par L. Plancke (Plancke, 2019). Les formateurs ont suivi l'enseignement de J.-L. Terra en 2015, puis ont transmis leur formation, pendant deux ans, à 427 professionnels dans 100 établissements. Plusieurs éléments d'évaluation ont été réalisés pour mesurer l'impact de ces formations : un questionnaire auprès des professionnels ; une enquête avec des responsables d'Ehpad quelques mois après la formation ; une enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides parmi les résidents. Les résultats démontrent peu de changements organisationnels, mais des échanges entre professionnels et résidents sur les conduites suicidaires qui augmentent. Le programme de formation a favorisé une amélioration des

connaissances déclarées et une évolution des représentations, même si la distinction entre pensées suicidaires et passages à l'acte n'est pas effective et si les troubles dépressifs sont assimilés parfois aux risques suicidaires. L'enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides indique une morbidité suicidaire inférieure après la formation. Cependant, il n'est pas possible de conclure à un effet significatif sur la baisse de la mortalité suicidaire.

Peu de recherches s'intéressent aux mécanismes neurocognitifs à l'exception d'une étude clinique menée par le service psychiatrique du CHU de Nîmes portée par le professeur en psychiatrie F. Jollant (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Cofinancée par la fondation Apicil³, cette étude a pour objectif de mieux comprendre ces mécanismes susceptibles d'aboutir au suicide et de repérer les profils cognitifs des patients âgés. La méthodologie repose sur une comparaison entre trois groupes de patients de plus de 60 ans. Un premier groupe est composé de personnes âgées déprimées ayant fait une tentative de suicide ; un second, de personnes âgées déprimées n'ayant pas fait de tentative de suicide et enfin un troisième est constituée de personnes âgées sans antécédent psychiatrique. L'étude repose sur des tests neuropsychologiques mesurant, chez le patient, la manière de prendre des décisions, notamment devant une situation d'injustice. Ensuite, une session d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisée pour mesurer l'activité cérébrale. Enfin, la perception de la douleur psychologique est également évaluée. L'idée est d'exposer la facon dont peuvent être développés des marqueurs prédictifs du risque de passage à l'acte. Aucun résultat n'est pour le moment disponible.

Une autre recherche, menée par P. Vandel de l'université de Franche-Comté⁴, a pour objectif de mieux déterminer les facteurs de risque du suicide. L'hypothèse repose sur le fait que le vieillissement s'accompagne d'une diminution de l'inhibition cognitive (capacité du cerveau à ignorer ou à se détourner d'un stimulus qui ne serait pas pertinent pour une tâche en cours). Ce défaut d'inhibition cognitive favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision déclenchant un passage à l'acte suicidaire (Barsznica, 2019). Le problème serait donc physiologique, le cerveau du sujet âgé ne pouvant plus écarter les pensées suicidaires. Dans la recherche menée, un groupe d'individus avec un antécédent dépressif et un autre groupe témoin réalisent des tâches nécessitant des mouvements oculaires qui sont mesurés et analysés (eye tracking). Ceux-ci révèlent alors que le défaut d'inhibition cognitive est plus important chez le groupe de personnes âgées dépressives. Au-delà du lien entre inhibition cognitive et dépression, la recherche montre que les interactions sociales permettent de freiner la perte de l'inhibition cognitive. La réduction de l'isolement social tend à diminuer le nombre de suicides.

Fondation Apicil, CHU de Nîmes, « Comprendre le risque suicidaire de la personne âgée déprimée », dossier de presse, Nîmes, 29 novembre 2018.

^{4.} Pour plus d'informations, voir p. 150 du 3e Rapport de l'ONS.

Enfin, le projet en cours, en sciences humaines « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir » porté par F. Balard de l'université de Lorraine (2019) a reçu un financement de la Fondation de France. Son objectif est triple : éclairer les catégorisations scientifiques du suicide des personnes âgées, analyser les catégorisations des professionnels (médecins, infirmiers, etc.), et analyser l'interprétation des proches de la personne âgée. Les premiers résultats du projet (pas encore publiés) mettent en lumière les conceptions scientifiques différenciées du suicide des âgées et la manière dont celles-ci s'articulent avec des conceptions du mal-être au grand âge. Ainsi, le projet pourrait avoir un rôle de prévention précisément dans la réflexion autour de l'image de la vieillesse dans la société et de la postvention⁵.

Conclusion: quelles questions de recherche?

Si les avancées sont réelles en matière d'évaluation des dispositifs de prévention du suicide, il reste encore de nombreux pans de recherche à explorer. Un premier volet de recherches possible concerne les données chiffrées. En effet, les données du CépiDc permettent de donner une approche générale du profil, des modes et des lieux de suicide. Cependant, certains éléments restent à explorer pour appréhender la sous-estimation du nombre de personnes âgées se suicidant, particulièrement en établissements pour personnes âgées. Des statistiques s'avéreraient nécessaires pour mieux connaître le profil des personnes âgées suicidées ou suicidantes (niveau de dépendance, caractéristiques socio-économiques, etc.).

Un deuxième volet d'analyses pourrait s'intéresser à une meilleure connaissance des facteurs de risque et plus particulièrement au rôle de la dépression dans les comportements suicidaires et sa détection. Des recherches comportant une analyse affinée des facteurs relatifs aux caractéristiques démographiques, économiques et familiales permettraient de parfaire la compréhension des conduites suicidaires. S'intéresser au parcours des individus (entrée ou non en établissement, éventuel veuvage, etc.) favoriserait la compréhension du rôle des ruptures dans les parcours de vie.

Enfin, des recherches pourraient renforcer l'évaluation scientifique des dispositifs mis en place à la fois en matière de prévention et de postvention. Cependant, avant même d'évaluer, il convient de réfléchir aux indicateurs à prendre en compte. Par exemple, le faible volume de suicides dans un Ehpad ne permet pas de quantifier l'impact des mesures mises en place sur la baisse des suicides. Il faut donc trouver et expérimenter d'autres indicateurs : propension à demander de l'aide, évolution des comportements des familles et des professionnels, mais aussi nombre de dépressions diagnostiquées, etc.

^{5.} La postvention consiste en une aide auprès des professionnels et de la famille à la suite du suicide de la personne âgée.

Références bibliographiques

- Andrian, J. (1990). Le suicide des personnes âgées : comparaisons nationales et internationales (1976-1987). Espace populations et sociétés, 3, 565-572.
- ANESM. (2014a, avril). Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées.
- ANESM. (2014b, mai). Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- Balard, F. (2019, juin). « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir ». Communication présentée à l'ONS, Paris.
- Barsznica, Y., Noiret, N., Chopard, G. et Vandel, P. (2019, mars). Intérêt potentiel des saccades oculaires pour la détection des conduites suicidaires chez la personne dépressive âgée. *Gériatrie et psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement,* 17(1), 92-98.
- Baudelot, C. et Establet, R. (2006). Suicide, l'envers de notre monde. Paris, France : Le Seuil.
- Campéon, A. (2012, juin). Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieil-lesse déchue ? *i. Interrogations* ? 14.
- Caradec, V. (2012). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches (3° édition). Paris, France : Armand Colin.
- Casadebaig, F., Ruffin, D. et Philippe, A. (2003, février). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 51(1) 55-64.
- Charazac-Brunel, M. (2014). Le suicide des personnes âgées. Toulouse, France : ERES.
- Chauliac, B., Brochard, N., Payet, C., EGGE (étude gatekeepers en Ehpad) study groupe, Duclos, A. et Terra, J-L. (2016). How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centers. European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists, 37, 56-62.
- Couillet, A., Terra, J-L, Brochard, N. et Chauliac, N. (2017). Barriers to the prevention of suicide in nursing homes: a qualitative study of the social representations of caregivers. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide prevention*, 38(6), 423-432-.
- CNBD. (2013, octobre). Prévention du suicide chez les personnes âgées.
- **De Leo, D., Carollo, G. et Dello Buono, M.** (2005). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 632-34.
- Gallarda, T., Roche, O. et Drunet O. (2019). Chapitre 24. Suicide et conduites suicidaires. Dans J.-P. Clément et B. Calvet (dir). *Psychiatrie de la personne âgée, 2º édition*. Paris, France: Lavoisier, p. 252-268.

- Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et Société*, 30(121), 251-64.
- Mezuk, B., Ko, T M., Kalesnikava, V A. et Jurgens, D. (2019). Suicide among older adults living in or transitioning to residential long-term care, 2003 to 2015. *JAMA Network Open*, 2(6).
- Muller, M. et Roy, D. (2018, novembre). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES, Études et Résultats, 1094.
- Oyama, H., Ono. Y., Watanabe, N., et al. (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114.
- Pennec, S., Gaymu, J., Riou, F., Morand, E., Pontone, S., Aubry, R. et Cases, C. (2015, juillet-août). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Ined, *Population & Sociétés*, 524.
- Plancke, L., Baelde, N. et Amariei, A. (2019, mai). La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad : évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Un rapport de la F2RSM Hauts-de-France.
- Plancke, L. (2017, avril). Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. *Neurologie, psychiatrie, gériatrie,* 17(98), 136-143.
- Préville, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M. (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging & Mental Health*, 9(6), 576-584.
- Richard-Devantoy, S., Jollant, F. (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? Santé mentale au Québec, 37 (2), 151-173.

FICHE 16

Risque suicidaire en classe de 3°: une première analyse de l'auto-questionnaire de l'Enquête nationale sur la santé des élèves de 3°

Valérie Carrasco (DREES)

Dans un contexte où la promotion du bien-être des jeunes apparaît comme un enjeu majeur de santé publique, point central du plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes lancé en novembre 2016, l'Enquête nationale de santé en milieu scolaire réalisée en 2017 en classe de troisième ne s'est pas seulement intéressée à l'état de santé physique et à l'hygiène de vie des élèves de troisième, mais également à leur état de santé mentale. C'est dans cet objectif qu'a été ajouté à l'enquête principale un auto-questionnaire composé de différents modules relatifs à la consommation de substances psychotropes (alcool, tabac et cannabis), à la vie et au comportement scolaires (assiduité aux cours et atteintes subies), au comportement alimentaire, à la détresse psychique, aux actes auto-agressifs et au suicide. De plus, ce questionnaire commence par 5 questions sur ce qui est le plus important pour l'élève dans sa vie actuelle (amitié, réussite scolaire, santé, famille et loisirs) et se termine par 5 questions sur ce qui sera le plus important pour lui dans dix ans (amour, travail, santé, investissement associatif et voyages à l'étranger). L'auto-questionnaire a été rempli par 6 698 élèves (encadré 1).

À partir de leur déclaration, l'état de santé mentale des élèves a ainsi pu être évalué sur plusieurs dimensions, révélatrices à des degrés plus ou moins forts de l'expression d'un mal-être : détresse psychique, actes auto-agressifs, problèmes de comportement alimentaire, qualité du sommeil et risque suicidaire (encadré 2).

ENCADRÉ 1 - L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DES ÉLÈVES DE TROISIÈME

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées tous les deux ans en collaboration entre les ministères des Solidarités et de la Santé et celui de l'Éducation nationale, alternativement dans les classes de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième. Elles couvrent l'ensemble du champ des établissements publics et privés de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹.

L'enquête 2016-2017 concerne les adolescents des classes de troisième. Elle repose sur un questionnaire renseigné par le médecin ou l'infirmière de santé scolaire à partir de l'examen de santé (poids, taille, vision, audition) et sur un entretien avec l'élève (habitudes de vie, accidents de la vie courante, santé respiratoire...).

Cette édition de l'enquête a été enrichie d'un auto-questionnaire renseigné par l'adolescent et destiné à approcher sa santé psychique. Élaborées avec l'appui d'experts pédopsychiatres, les questions portent sur les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, les comportements à risque, les troubles des conduites alimentaires, les automutilations, les violences subies (physiques ou psychiques) ou encore la détresse psychique. Le recueil des ressentis et des humeurs, particulièrement fluctuants à l'adolescence, a ainsi été complété d'une approche par les comportements.

Le protocole prévoit que l'auto-questionnaire soit renseigné par l'adolescent, en dehors de la présence d'un adulte ou d'autres élèves. L'adolescent avait toutefois la possibilité de poser des questions ou de parler au professionnel de santé s'il en ressentait le besoin.

Parmi les 7 242 élèves ayant répondu à l'enquête, 6 698 ont répondu à l'autoquestionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 93 %. Pour garantir la sincérité des réponses des adolescents, il a été indiqué à l'adolescent que ses réponses ne seraient lues par aucun adulte (parents, infirmier, médecin). Pour assurer la confidentialité des données recueillies, après remplissage, l'autoquestionnaire est mis dans une enveloppe fermée.

^{1.} Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et, à partir de 2012, à Mayotte.

ENCADRÉ 2 - ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

L'état de santé mentale des élèves a été évalué sur 5 dimensions :

1 - Risque suicidaire

Il est évalué par 3 questions :

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

2 - Détresse psychique

Cette dimension est évaluée au moyen de l'échelle de Kessler (K6) constituée d'un module de 6 questions :

« au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu eu le sentiment... d'être nerveux ?/d'être désespéré ?/d'être agité ou incapable de tenir en place ?/d'être tellement déprimé que rien ne pouvait te remonter le moral ?/que tout demandait un effort ?/d'être bon à rien ? », avec 5 modalités de réponse quottées de 0 à 4 (jamais = 0 / rarement = 1 / quelquefois = 2 / la plupart du temps = 3 / tout le temps = 4). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 6 questions peut ainsi varier de 0 à 24.

3 - Problèmes de comportement alimentaire

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il t'est arrivé… de manger énormément avec des difficultés à t'arrêter ? / de te faire vomir volontairement ? / de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir t'arrêter ? / de manger en cachette ? / de te priver de nourriture par peur de prendre du poids ou de grossir », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 5 questions peut ainsi varier de 0 à 15.

4 - Les blessures auto-infligées

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« dans le passé as-tu volontairement fait exprès... de te couper le poignet, le bras, ou une autre partie de ton corps ?/ de te piquer, scarifier, ou marquer la peau avec des aiguilles, des agrafes ou des épingles ?/ d'empêcher des plaies de cicatriser / de te brûler avec une cigarette, un briquet ou des allumettes ?/ de te faire des bleus ou des cicatrices en te donnant des coups, en te mordant ou en te cognant la tête ? », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / 1 fois = 1 / 2 à 4 fois =2 / 5 fois ou plus = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

5 - Les problèmes de sommeil

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 4 questions :

« au cours des 12 derniers mois t'est-il arrivé... d'avoir des difficultés à t'endormir ?/ de te réveiller dans la nuit et d'avoir des difficultés à te rendormir ?/ d'avoir le sentiment d'être décalé (t'endormir très tard et te réveiller très tard) / d'avoir le sentiment de ne pas être reposé après avoir dormi ? » avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3). Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

À l'exception du risque suicidaire, chacune des dimensions est ainsi évaluée par un ensemble de questions aboutissant au calcul d'un score qui tient compte des différents items concernant l'élève et de leur fréquence.

Six variables catégorielles ont été construites, une pour chaque dimension, à l'exception des problèmes de comportement alimentaire pour lesquels deux indicateurs ont été retenus. Des regroupements de scores ont été réalisés, pour éviter de trop grandes disparités du nombre de modalités et des effectifs trop faibles qui auraient perturbé l'analyse.

- **Risque suicidaire** 3 modalités : ni pensées suicidaires (PS), ni tentatives de suicide (TS) / PS seules / TS
- **Détresse psychique** 4 modalités : détresse psychique faible (score de 0 à 4) / modérée (score de 5 à 6) / élevée (score de 7 à 12) / très importante (score > 12)
- Actes auto-infligés 3 modalités : jamais (score = 0) / peu souvent (score = 1 ou
 2) / très souvent (score ≥ 3)
- Problèmes de comportement alimentaire : indicateur global 5 modalités à partir du score calculé sans la question sur le fait de s'être fait vomir : Aucun (score=0) / rares (score=1) / peu fréquents (score=2 ou 3) / fréquents (scores=4 à 6) / très fréquents (score ≥ 7)
- Problèmes de comportement alimentaire : indicateur spécifique « s'est déjà fait vomir » : oui / non
- Problèmes de sommeil 4 modalités : aucun (score = 0) / rares (score =1 ou 2) / peu fréquents (score = 3 à 5) / fréquents (scores ≥ 6)

Dans l'enquête, on relève les pensées suicidaires (PS) et les tentatives de suicide (TS) au cours des 12 derniers mois. Malgré le recours à un auto-questionnaire, cette thématique reste difficile à aborder : parmi ceux qui ont répondu à l'auto-questionnaire (93 %), très peu ne répondent pas à ces questions mais ils sont aussi nombreux, et même plus nombreux pour les tentatives de suicide, à utiliser la

modalité « refus de répondre » que la modalité « oui »¹. Le profil de ceux qui refusent de répondre est beaucoup plus proche de ceux qui répondent « oui » que de ceux qui répondent « non »². Il aurait été intéressant de garder cette distinction, qui semble indiquer une position de gravité intermédiaire, mais la faiblesse des effectifs conduit à les regrouper et à assimiler les refus aux réponses positives. Avec cette interprétation large du « oui », les pensées suicidaires comme les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, 15 % contre 7 % pour les pensées suicidaires et 5,4 % contre 2,4 % pour les tentatives de suicide. Pour les pensées suicidaires, ces résultats sont très proches de ceux obtenus pour les jeunes de 17 ans dans l'enquête Escapad³ de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), [15 % pour les filles et 8 % pour les garçons], alors que pour les tentatives de suicide, la différence entre filles et garçons est moins marquée que dans cette enquête, avec un sex-ratio de 2 contre 2,9 en 2017 (mais 2,2 en 2014) pour les tentatives de suicide mesurées tout au long de la vie. Les tentatives de suicide déclarées s'accompagnent presque toujours de pensées suicidaires et si la majorité des élèves déclarant des pensées suicidaires n'ont pas fait de tentative de suicide, la part de ceux qui déclarent aussi une tentative de suicide est beaucoup plus élevée que parmi l'ensemble des élèves (34 % contre 4 %, filles et garçons confondus).

Pensées suicidaires et tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes dès que la santé mentale se dégrade fortement, quel que soit l'indicateur considéré (**graphique 1**). Des pensées suicidaires sont déclarées par 40 % à 50 % des élèves qui se sont auto-infligés des atteintes corporelles à plus de deux reprises (8 % des élèves), qui souffrent d'une détresse psychique très importante (8 % des élèves), qui ont très souvent différents problèmes de comportement alimentaire (3 % des élèves) ou se sont déjà fait vomir (5 % des élèves) ; de même, 20 % à 25 % d'entre eux disent avoir fait une tentative de suicide, cette part atteignant 30 % en cas de très forte détresse psychique.

Le mal-être des élèves est associé à d'autres comportements, pas toujours rares, qui peuvent également être révélateurs d'un risque suicidaire. Si globalement 11 % des élèves déclarent avoir eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, cette part dépasse 25 % pour ceux qui fument régulièrement du tabac (7 % des élèves) ou qui ont déjà fumé du cannabis (2,5 % des élèves); elle est d'environ 20 % pour les élèves à qui il arrive de sécher les cours (17 %) et dépasse 30 % dans les cas d'élèves qui ont été victimes d'insultes ou de moqueries répétées (12 % des élèves) ou de violences physiques (7 % des élèves).

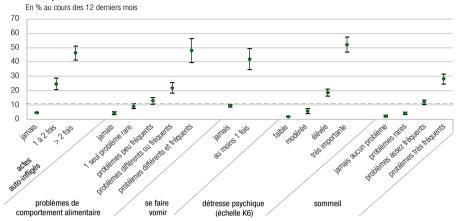
^{1.} À la question : « Avez-vous eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ? », 90 % ont répondu « non », 5 % « oui » et 5 % « ne veut pas répondre » ; à celle sur les tentatives de suicide, les parts de réponse sont respectivement de 96 %, 1,3 % et 2,6 %.

^{2.} Les trois groupes (réponses oui/non/ne veut pas répondre) ont été comparés sur 3 critères : 1. scores des modules K6, consommation de substances, atteintes subies, scarifications et problèmes de comportement alimentaire, 2. position sur l'ACM réalisée à partir des autres variables de l'auto-questionnaire, 3. variables caractéristiques de chaque groupe.

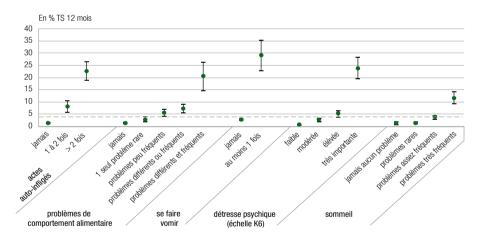
^{3.} Enquête sur la Santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense.

GRAPHIQUE 1 • Part des pensées suicidaires et part des tentatives de suicide selon l'état de santé mentale

1A. Part des pensées suicidaires



1B. Part des tentatives de suicide



IC: intervalle de confiance à 95 %.

Échelle K6 : échelle de Kessler mesurant la détresse psychologique *via* 6 questions (encadré 2).

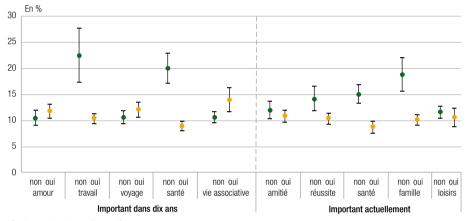
Lecture • La part d'élèves ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est de 2,1 % parmi ceux qui présentent une détresse psychique faible, de 5,8 % en cas de détresse psychique modérée, 18,7 % en cas de détresse psychique élevée et 52 % en cas de détresse psychique très importante ; les parts de ceux qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont respectivement de 0,6 %, 2,5 %, 5,1 % et 23,8 %.

Champ • Répondants à l'auto-questionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3°, 2016-2017.

Les réponses concernant ce qui est important pour l'élève actuellement et ce qui le sera dans dix ans peuvent aussi éclairer le mal-être de l'élève (graphique 2). La part de ceux qui déclarent des pensées suicidaires ou une tentative de suicide est d'environ 20 % pour les élèves qui disent ne pas attacher d'importance à la famille dans leur vie actuelle ou pensent que dans dix ans le fait d'avoir un travail qui plaît ou d'être en bonne santé ne sera pas important pour eux. Ces réponses reflètent peut-être un mangue de soutien familial ou de modèle dans lequel se projeter.

GRAPHIQUE 2 • Part des pensées suicidaires et des tentatives de suicide selon ce qui est important pour l'élève de 3° actuellement et ce qui le sera dans dix ans



IC: intervalle de confiance à 95 %.

Lecture • La part d'élèves ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois est de 22,5 % parmi ceux qui pensent que dans dix ans ils n'attacheront pas d'importance au fait d'avoir un travail qui leur plaît, alors qu'elle est de 10,3 % dans le cas contraire.

Champ • Répondants à l'auto-guestionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3°, 2016-2017.

Tous ces éléments sont révélateurs d'un mal-être qui peut aboutir à une tentative de suicide. Deux analyses toutes choses égales par ailleurs permettent d'apprécier l'effet propre de chacun : la première intègre les critères de santé mentale⁴ et la seconde ne les prend pas en compte (encadré 3).

^{4.} Outre les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, les variables retenues comme mesures de la santé mentale sont la détresse psychique, les blessures auto-infligées, les problèmes de sommeil, le fait de s'être fait vomir et les autres problèmes de comportement alimentaire (encadré 2).

ENCADRÉ 3 - LES RÉGRESSIONS LOGISTIQUES

Deux régressions sont réalisées. La variable expliquée est toujours le fait d'avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Dans la première régression, les variables explicatives sont les suivantes :

- caractéristiques personnelles (sexe, IMC, retard scolaire);
- caractéristiques sociodémographiques (nombre de frères et sœurs, PCS des parents, structure familiale) ;
- informations sur le **mode de vie de l'élève** (pratique d'un sport, prise régulière d'un petit déjeuner, repas pris à la cantine, temps passé sur les écrans) ;
- réponses aux questions sur ce qui ce qui est important actuellement pour l'élève (amitié, réussite scolaire, santé, famille, loisirs) et sur ce qui le sera dans dix ans (santé, amour, travail, voyages, vie associative), les réponses concernant son vécu scolaire (fait de sécher les cours, d'avoir été victime d'insultes ou de moqueries, de violences physiques ou de racket);
- consommations de substances (tabac, cigarette électronique, alcool et cannabis) ;
- scores de santé mentale : détresse psychique, blessures auto-infligées, problèmes de sommeil, fait de s'être fait vomir et autres problèmes de comportement alimentaire (encadré 2).

Dans la deuxième régression, on enlève des variables explicatives les scores de santé mentale.

En dépit de l'effet très fortement déterminant des indicateurs de l'état de santé mentale (niveau de détresse psychique, fait de s'être déjà fait vomir et fréquence des actes auto-infligés), les insultes ou moqueries répétées et les violences subies multiplient, elles, par 2,5 le risque de faire une tentative de suicide (graphique 3). L'analyse de la facon dont le jeune se projette dans l'avenir montre que seul le fait qu'il estime que sa santé ne sera pas un sujet important pour lui dans dix ans apparaît significatif : le risque est multiplié par 2. Parmi les informations collectées sur le mode de vie de l'élève, le fait de ne jamais ou rarement prendre de petit déjeuner se révèle en lien avec le risque de tentative de suicide, plus que le fait de fumer, de consommer de l'alcool ou de ne pas faire de sport. Ce résultat est à rapprocher de l'analyse des déterminants de la santé physique des élèves de troisième qui soulignait déjà le rôle spécifique de l'absence de petit déjeuner régulier sur le risque de surpoids (Guignon, 2019). Cependant, l'effet propre du tabac ou de l'alcool sur le risque suicidaire semble masqué par une dégradation de la santé psychique. Leurs effets apparaissent si l'on ne contrôle pas l'état de santé mentale dans l'analyse. Le risque est alors multiplié par 2 pour ceux qui ont déjà consommé de l'alcool ou été ivres, de même que pour ceux qui ont déjà fumé du tabac ou utilisé une cigarette électronique. Il en va de même quand l'élève ne désigne pas comme quelque chose d'important sa santé actuelle (risque multiplié par 1,6) ou le fait d'avoir un travail

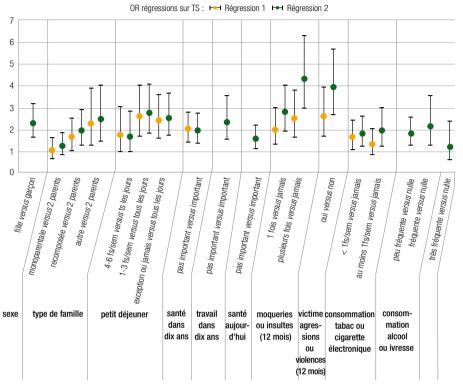
qui lui plaît dans dix ans (risque multiplié par 2,4). De plus, le mal-être psychique masque l'effet du genre sur le risque suicidaire : alors que les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, le risque, toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à état de santé psychique identique, ne semble pas significativement majoré quand on est une fille, mais il est multiplié par 2 dès que l'état de santé mentale n'est plus pris en compte.

Le manque de projection dans le travail futur semble très révélateur pour les garçons (risque multiplié par 4) ainsi que le fait de souvent sécher les cours (risque multiplié par 3). Ces éléments ne ressortent pas pour les filles. En revanche, la consommation de tabac ou d'alcool⁵, même peu fréquente, multiplie le risque par plus de 2 pour les filles, de même que le fait d'être en surpoids (odds ratio autour de 2) ou de n'accorder d'importance ni à la santé ni à la famille (odds ratio un peu inférieur à 2).

Si cette étude confirme le rôle primordial de l'état de santé psychique des élèves sur le risque suicidaire, elle met également en évidence de nombreux comportements, parfois relativement anodins (comme ne pas prendre de petit déjeuner), qui peuvent constituer des signes d'alerte sur le mal-être des élèves, et l'importance des atteintes subies, même peu graves quand elles sont répétées. Il serait intéressant de pouvoir repérer d'autres situations, comme les cas de harcèlement ou de difficultés scolaires importantes, et de mettre en lien ces informations avec les résultats précédents. Sur le dernier point, l'enquête ne mentionne actuellement qu'une information sur le retard ou l'avance scolaire : l'effet du retard semble plutôt protecteur (odds ratio de 0,7 soit un risque divisé par 1,4) et n'apparaît que sur les pensées suicidaires.

^{5.} La consommation d'alcool a été évaluée en 4 modalités ; très fréquente si a bu de l'alcool presque tous les jours (dans les 30 derniers jours) ou ivre au moins 4 fois dans sa vie, fréquente si a bu de l'alcool au moins une fois par semaine ou ivre 2 ou 3 fois dans sa vie, peu fréquente si a bu de l'alcool moins d'une fois par semaine ou ivre 1 fois dans sa vie, nulle sinon.

GRAPHIQUE 3 • Régression logistique sur les tentatives de suicide au cours des 12 mois, avec et sans contrôle de la santé mentale



Régression 1 : avec contrôle santé mentale ; régression 2 : sans contrôle santé mentale.

Note • Quand l'odds ratio de la première régression ne figure pas dans le graphique, c'est qu'il s'agit d'une variable qui n'a pas été retenue dans le modèle (pas d'effet propre significatif).

Lecture • À état de santé mentale égal (régression 1), le fait d'être un garçon ou une fille ne modifie pas le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Lorsque l'on ne contrôle plus l'état de santé mentale (régression 2), ce risque est multiplié par 2,3 pour les filles.

Champ • Répondants à l'auto-questionnaire.

Source • DREES, enquête nationale sur la santé des élèves de 3°, 2016-2017.

Référence bibliographique

• **Guignon, N.** (2019, août). En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. DREES, *Études et Résultats*, 1122.

FICHE 17

Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains - Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018

Éric Janssen et Stanislas Spilka (Observatoire français des drogues et des toxicomanies-OFDT, pôle EAS)

Contexte

Faisant suite aux recommandations du deuxième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) de « développer une approche populationnelle du suicide » et de s'intéresser tout particulièrement aux populations jeunes (ONS, 2016), le troisième rapport, publié en février 2018, a consacré un dossier à la question du suicide en population adolescente (ONS, 2018) et un appel à recherche sur la prévention du suicide des jeunes a été lancé par la DREES. Cette fiche présente les dernières données disponibles concernant les tentatives de suicide et les pensées suicidaires déclarées à l'adolescence, à travers l'exploitation de deux enquêtes (Escapad et EnCLASS) pilotées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la route, avec 15,2 % des décès de cette classe d'âge en 2016 (voir fiche 2). Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) confirment l'importance du phénomène suicidaire chez les jeunes, avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevés parmi les filles de 15 à 19 ans en 2017 (en moyenne 41 séjours pour 10 000 habitants contre des taux autour de 20 pour 10 000 dans le reste de la population) [voir fiche 3]. Les antécédents de tentatives de suicide constituent d'ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide (Castellvi et al., 2017). Ces données confortent ainsi l'inscription de la prévention

des conduites suicidaires comme une priorité de santé publique chez les jeunes. Dans cette optique, les enquêtes conduites en population générale adolescente permettent de mieux caractériser les populations les plus vulnérables et d'identifier quelques-uns des facteurs associés aux conduites suicidaires, sur lesquels intervenir dans une démarche de prévention.

L'enquête Escapad (encadré 1) est une des rares enquêtes quantitatives et représentatives qui interroge les pensées suicidaires et les tentatives de suicide auto-déclarées en population générale adolescente. Du fait de la taille de son échantillon (près de 40 000 adolescents de 17 ans en 2017), elle est aussi la seule à pouvoir établir une prévalence par région en métropole.

ENCADRÉ 1

Placée sous la direction scientifique de l'OFDT, l'enquête sur la Santé et les consommations lors de l'Appel de préparation à la défense (Escapad) est réalisée en partenariat avec la Direction du service national et de la jeunesse (DSNJ) lors de la Journée Défense et citoyenneté (JDC). La collecte des données de cette neuvième édition s'est tenue du 13 au 25 mars 2017. Au total, 42 751 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs consommations de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool et le cannabis). Le taux de participation (nombre de questionnaires non vierges rapporté au nombre de jeunes présents) s'élève à 97,4 %. Les données redressées sur les marges départementales filles/garçons âgés de 17 ans sont représentatives des adolescents français de cet âge. Les données analysées ici concernent les 39 115 métropolitains.

L'enquête Escapad 2017 a bénéficié d'un avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis, n°178/H030).

L'enquête EnCLASS (encadré 2), conduite auprès des élèves du secondaire et représentative de la population lycéenne, offre un angle d'observation différent qui consiste à présenter les données non plus par âge, mais par niveau de classe (de la 2^{de} à la terminale). En permettant l'analyse d'indicateurs ou de déterminants de santé au regard de la progression scolaire des adolescents, le volet lycée de l'enquête EnCLASS offre des données opérationnelles pour mieux cibler les interventions en milieu scolaire.

ENCADRÉ 2

L'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS¹) est issue du regroupement de deux enquêtes quadriennales internationales réalisées en milieu scolaire : *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), enquête placée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et représentative des jeunes collégiens âgés de 11, 13 et 15 ans (HBSC, 2015), et *European School Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), réalisée depuis 1995 dans plus d'une trentaine de pays d'Europe auprès d'élèves de 16 ans (The Espad Group, 2016). En France, depuis 2011, les échantillons de ces deux enquêtes ont été élargis à l'ensemble des adolescents scolarisés dans le secondaire, afin de mieux observer la diffusion de l'usage des produits psychoactifs chez les adolescents au fil de leur parcours scolaire.

Ces deux enquêtes garantissent une représentativité nationale, et même régionale pour HBSC. L'échantillonnage a été réalisé par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale, selon un tirage aléatoire à double niveau : sélection des établissements (en définitive 308 collèges et 206 lycées), au sein desquels deux classes ont été sélectionnées au hasard. L'enquête a permis d'interroger 20 577 élèves du secondaire soit, après vérification des données, un échantillon final de 20 128 élèves. L'analyse porte ici sur les 7 155 lycéens.

L'enquête EnCLASS 2018 a bénéficié d'un avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis, n°142 / H030).

1. http://enclass.fr/

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide à 17 ans

Le questionnaire Escapad comprend deux questions abordant le thème du suicide. La première, sur les tentatives de suicide (TS), est formulée comme suit : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené à l'hôpital ? », la seconde sur les pensées suicidaires (PS) ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ». Les trois modalités de réponse dans les deux cas sont : « non ; une seule fois ; plusieurs fois ». Pour les analyses, les modalités de réponse « une seule fois » et « plusieurs fois » ont été regroupées. Les

réponses à ces questions peuvent être rattachées à un ensemble de caractéristiques sociodémographiques et de santé mentale collectées par le biais du questionnaire. Au-delà des déterminants que constituent les pensées et le geste suicidaires, la recherche s'accorde sur l'attention à porter à la dépression comme autre facteur associé important du risque suicidaire. Dans les enquêtes de l'OFDT, la présence d'un trouble dépressif est évalué par le biais de l'échelle Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) (Revah-Lévy et al., 2007). Cette échelle se base sur un ensemble de dix questions à réponses dichotomiques (« vrai » ou « faux »). Le calcul d'un score¹ permet de classer les adolescents en trois catégories : absence de risque de dépression ; risque modéré de dépression ; risque élevé de dépression.

En 2017, près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclarent avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation (2,7 % en 2014 ; la différence avec le chiffre de 2017 n'est pas statistiquement significative), et plus de 11 % déclarent avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 derniers mois (contre 10,4 % en 2014, différence statistiquement significative, p < 0,0001) (tableau 1a). Les pensées suicidaires, et plus encore les tentatives de suicide, sont très nettement le fait des filles : les adolescentes sont deux fois plus nombreuses à déclarer avoir été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Les tentatives de suicide comme les pensées suicidaires sont proportionnellement associées à un syndrome dépressif : le passage à l'acte déclaré est multiplié par 8 en cas de dépression sévère, les pensées suicidaires par près de 9 (tableau 1b).

TABLEAU 1A • Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2017 et 2014

En %	Tentatives de suicide	Pensées suicidaires	
Ensemble 2014	2,7	10,4	
Ensemble 2017	2,9	11,4	
Garçons	1,5	8,2	
Filles	4,3	14,8	
Sex-ratio	2,9***	1,8***	

^{*** :} significatif à p<0,001.

Note • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie ; pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois écoulés ; sex-ratio = % filles / % garçons (p<0,001).

Lecture • En 2014, 2,7 % des adolescents de 17 ans de France métropolitaine ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Champ • Français âgés de 17 ans en 2014 ou 2017, résidant en France métropolitaine.

Sources • OFDT, Escapad 2014, 2017

^{1.} Les réponses sont cotées 0 pour une réponse négative, 1 pour une affirmative, le score s'obtenant ensuite par addition de chacune des dix réponses. Un score de 4, 5 ou 6 est associé à un risque modéré de dépression ; un score de 7 ou plus à un risque élevé.

TABLEAU 1B • Troubles dépressifs, pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2017

Fn %

	Tentatives de suicide	Pensées suicidaires	
Pas de dépression (78,8 %)	1,6	5,8	
Risque modéré (16,6 %)	5,9	25,6	
Risque sévère (4,5 %)	12,8	51,6	

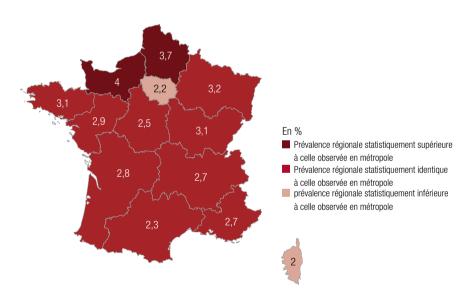
Note • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie ; pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois écoulés.

Lecture • 78,8 % des adolescents âgés de 17 ans ne présentent pas de troubles dépressifs et parmi eux 1,6 % ont déclaré une tentative de suicide et 5,8 % ont eu des pensées suicidaires.

Champ • Français âgés de 17 ans en 2017, résidant en France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad 2017.

CARTE 1A • Tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie déclarées par les jeunes Français de métropole en 2017 par régions

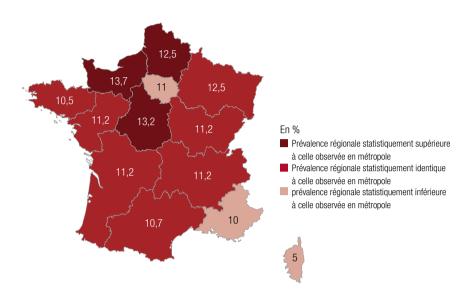


Lecture • 3,7 % des adolescents résidant dans les Hauts-de-France ont déclaré une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie, un taux supérieur à la moyenne sur le reste du territoire métropolitain (2,9 %).

Champ • France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad, 2017.

CARTE 1B • Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois déclarées par les jeunes Français de métropole en 2017 par régions



Lecture • 12,5 % des adolescents résidant dans les Hauts-de-France ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, un taux supérieur à la moyenne sur le reste du territoire métropolitain (11,4 %).

Champ • France métropolitaine. **Source** • OFDT, Escapad 2017.

Les données régionales (carte 1) dessinent un territoire national statistiquement homogène : peu de régions métropolitaines se distinguent par des taux de pensées suicidaires et des tentatives plus élevés ou plus faibles que les prévalences nationales. Seuls les adolescents des Hauts-de-France et de Normandie déclarent, plus souvent, à la fois des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. Le constat pour les adolescents des Hauts-de-France est le même que celui concernant les adultes qui présentent également des taux de décès et d'hospitalisations pour suicide plus élevés que dans les autres régions de France. À l'inverse, les taux de tentatives de suicide et de pensées suicidaires sont moins élevés parmi les adolescents franciliens. Les pensées suicidaires apparaissent également moins fréquentes en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Corse que dans l'ensemble du territoire.

Le risque suicidaire à 17 ans

Il est possible à partir des données de l'enquête Escapad d'étudier plusieurs des principaux facteurs reconnus comme associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide (tableau 2). D'autres facteurs sont susceptibles d'y être associés, mais il s'agit avant tout ici de contrôler quelques-uns des facteurs sociodémographiques les plus importants après ajustement sur la dépression. Ainsi, la dépression apparaît comme le facteur le plus fortement associé aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires (Consoli et al., 2013). Après avoir contrôlé la présence d'une éventuelle dépression, les filles demeurent plus exposées au risque de pensées et de passage à l'acte que les garçons. Une tendance similaire est observée, bien que dans une moindre mesure, parmi les adultes (Beck et al., 2011), même s'il convient de rappeler que ce sont toujours les hommes adultes qui se suicident le plus. La déclaration de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide se révèle également fortement liée aux difficultés scolaires, illustrées ici par le redoublement.

Par ailleurs, les apprentis et les jeunes qui ne sont plus scolarisés présentent un risque significativement plus élevé de tentatives de suicide que les élèves. Ce constat fait écho aux résultats observés auprès des lycéens (différence entre filière professionnelle et filière générale). La structure familiale joue un rôle prépondérant, particulièrement pour les jeunes vivant dans des familles monoparentales, lesquelles apparaissent plus exposées à des situations de vulnérabilités psychosociales et économiques (Argouac'h et Boiron, 2016). L'activité professionnelle d'un seul des parents a un effet protecteur tant sur les tentatives que les pensées par rapport à la situation où les deux parents travaillent². Le milieu socio-économique, mesuré par la situation économique et professionnelle des parents, s'avère lui aussi associé aux pensées suicidaires : un gradient se dessine entre les adolescents de milieux modestes et ceux plus aisés. Enfin, les jeunes vivant dans une agglomération de petite taille présentent un risque plus élevé de déclarer des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, un effet qui n'est pas retrouvé dans le cas des tentatives de suicide.

^{2.} On peut faire l'hypothèse que ce résultat traduit des situations où l'un des deux parents est au foyer « par choix », ce qui pourrait correspondre à une présence parentale plus importante, ayant un effet protecteur, par rapport à la configuration où les deux parents travaillent.

TABLEAU 2 • Facteurs associés aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires chez les jeunes Français de métropole en 2017

Variables	Catégories	Tentatives de suicide	Pensées suicidaires
Sexe	Garçons	1,00	1,00
	Filles	2,83***	1,47***
ADRS ¹	Pas de dépression	1,00	1,00
	Dépression modérée	3,15***	5,14***
	Dépression sévère	6,92***	16,07***
Redoublement	N'a pas redoublé	1,00	1,00
Redoublement	A redoublé	1,68***	1,10*
	Élève	1,00	1,00
Statut scolaire	Apprenti	1,73***	1,01 ^{ns}
	Non scolarisé	3,06***	1,12 ^{ns}
Famille	Nucléaire	1,00	1,00
	Monoparentale	1,90***	1,30***
	Recomposée	1,74***	1,33***
	Les 2 parents travaillent	1,00	1,00
Activité professionnelle des parents	Aucun parent ne travaille	1,05 ^{ns}	1,03 ^{ns}
doo paronto	Un seul parent travaille	0,82*	0,82***
	Très favorisé	1,00	1,00
	Défavorisé	0,89 ^{ns}	0,67***
Situation professionnelle des parents ²	Favorisé	0,95 ^{ns}	0,72***
	Intermédiaire	0,75 ^{ns}	0,72***
	Modeste	0,72*	0,71***
Agglomération	200 000 hab. ou +	1,00	1,00
	2 000-19 999 hab.	1,18 ^{ns}	1,18**
	2 0000-199 999 hab.	1,42***	1,10 ^{ns}
	<2 000 hab.	1,35**	1,23***

^{***} significatif à p<0,0001; ** significatif à p<0,001; * significatif à p<0,05; ns: non significatif.

Note • Il s'agit des tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les chiffres correspondent aux odds ratios ajustés.

Lecture • En 2017, les jeunes Français de métropole ayant une dépression sévère ont 16 fois plus de risque d'avoir des pensées suicidaires que ceux qui ne déclarent pas de dépression.

Champ • France métropolitaine.

Source • OFDT, Escapad 2017.

^{1.} ADRS: Adolescent Depression Rating Scale.

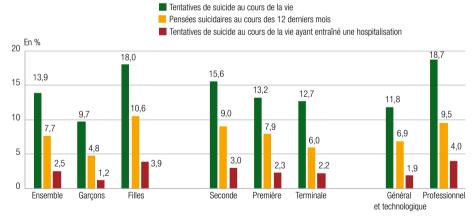
^{2.} L'origine socio-économique est estimée par la profession la plus élevée des parents selon la classification Insee.

Pensées et tentatives de suicide chez les lycéens en 2018

Le volet lycée de l'enquête EnCLASS comporte en 2018 les mêmes questions (les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation et les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois), plus une question sur les tentatives de suicide au cours de la vie.

En 2018, 13,9 % des lycéens déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur existence, une prévalence en hausse par rapport à 2015 (9,5 %), cependant seuls 2,5 % des lycéens rapportent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie qui les a conduits à l'hôpital (3,9 % des filles et 1,2 % des garçons, différence statistiquement significative). Là encore, la surreprésentation féminine s'étend aux pensées suicidaires (10,6 % contre 4,8 %) déclarées par 7,7 % des lycéens (graphique 1). Plus que la classe, c'est la filière qui marque une véritable différence : ainsi, les lycéens inscrits dans une filière professionnelle déclarent des tentatives de suicide, avec ou sans hospitalisation, et des pensées suicidaires significativement plus élevées que ceux en filière générale ou technique, une situation qui traduit peut-être des parcours scolaires plus difficiles, des différences d'estime de soi et des milieux sociaux différents.

GRAPHIQUE 1 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les lycéens selon le sexe, le niveau scolaire et la filière d'enseignement en 2018



Note: Les tentatives de suicide au cours de la vie et les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois des élèves de seconde sont significativement différentes des élèves de première et de terminale. Ce résultat peut traduire un effet lié à l'entrée au lycée (perte ou modification du réseau de sociabilité, période importante de la puberté, nouvelles exigences scolaires, etc.) susceptible de générer une situation déstabilisante et un stress important. Il reflète sans doute aussi le caractère subjectif et contextuel de la déclaration de comportements suicidaires qui peut différer, selon que les élèves viennent d'entrer au lycée ou ont déjà atteint les classes de première et de terminale. Lecture ● En 2018, 13,9 % des lycéens déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie ; 2,5 % déclarent avoir effectué une tentative de suicide au cours de leur vie ayant entraîné une hospitalisation et 7,7 % avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.

Champ • France métropolitaine.

Source • EnCLASS 2018.

TABLEAU 3 • Facteurs associés aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires chez les lycéens français de métropole en 2018

Variables	Catégories	Tentatives de suicide	Pensées suicidaires
Sexe	Garçons (réf.)	1,00	1,00
	Filles	2,66***	1,55***
ADRS ¹	Pas de dépression (réf.)	1,00	1,00
	Dépression modérée	2,17**	4,65***
	Dépression sévère	5,73***	11,80***
Redoublement	N'a pas redoublé (réf.)	1,00	1,00
	A redoublé	1,66*	0,97 ^{ns}
Niveau	Terminale (réf.)	1,00	1,00
	Seconde	1,40 ^{ns}	1,74***
	Première	1,02 ^{ns}	1,34 ^{ns}
Filière	Lycée général et technologique (réf.)	1,00	1,00
	Lycée professionnel	1,94**	1,50**
Famille	Nucléaire (réf.)	1,00	1,00
	Monoparentale	2,07**	1,42*
	Recomposée	1,64*	1,31*
Niveau d'éducation des parents ²	< Bac, autre (réf.)	1,00	1,00
	Bac	0,88 ^{ns}	0,93 ^{ns}
	> Bac	0,93 ^{ns}	0,99 ^{ns}
Stress scolaire	Non (réf.)	1,00	1,00
	Élevé	1,31 ^{ns}	1,61***

^{***} significatif à p<0,0001; ** significatif à p<0,001; * significatif à p<0,05; ns: non significatif.

Note • Il s'agit des tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les chiffres correspondent aux odds ratios ajustés.

Lecture • En 2018, les lycéens français de métropole ont 2 fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie lorsqu'ils sont issus d'une famille monoparentale par rapport à une famille nucléaire.

Champ • France métropolitaine.

Source • EnCLASS, 2018.

Les données collectées auprès des lycéens permettent elles aussi de confirmer certains facteurs prédisant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (tableau 3). Après contrôle de l'effet de la dépression, les différences de genre persistent pour les deux cas, avec une surreprésentation féminine, ainsi que

^{1.} ADRS: Adolescent Depression Rating Scale.

^{2.} Le niveau d'éducation des parents est estimé par le diplôme le plus élevée des parents.

l'association avec la structure familiale, en particulier monoparentale. Trois facteurs spécifiques à l'enquête EnCLASS sont associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : les différences de filière, l'entrée en classe de seconde, le stress scolaire. Les lycéens de l'enseignement professionnel sont ainsi plus enclins à déclarer des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. De plus, comparés aux élèves de terminale, ceux de 2^{de} présentent des risques plus élevés. Enfin, le stress scolaire rend compte tout autant de la charge de travail que de difficultés relationnelles, voire de harcèlement. On notera que ce stress scolaire n'est pas associé aux tentatives de suicide au cours de la vie, ce qui suggère des comportements suicidaires éventuellement liés au palier que représente l'entrée au lycée.

Conclusion

Les données des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018 confirment la prévalence relativement élevée des tentatives de suicide et des pensées suicidaires chez les adolescents en France métropolitaine (Janssen et al., 2017). Des inégalités régionales sont observées avec des prévalences de tentatives de suicide plus élevées dans les régions Normandie et Hauts-de-France, conformément à ce qui est observé en population générale dans les bases médico-administratives. Les filles sont davantage concernées par les tentatives de suicide et les pensées suicidaires que les garçons, ce qui est constaté dans toutes les données de la littérature internationale (ONS, 2018). Enfin, les analyses montrent l'implication de facteurs socio-environnementaux dans les conduites suicidaires à l'adolescence, en particulier ceux liés à la situation familiale et au parcours scolaire (entrée en seconde, filière professionnelle ou générale), permettant de repérer des milieux et des cibles privilégiés d'intervention pour les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale. A ce titre, les prochaines enquêtes devront s'intéresser davantage au cyberharcèlement qui s'est imposé comme problématique centrale dans la littérature scientifique récente (Arsène et Raynaud, 2014).

Références bibliographiques

- Argouarc'h, J et Boiron, A. (2016, septembre). Les niveaux de vie en 2014. Insee, Insee Première, 1614, 1-4.
- Arsène, M. et Raynaud, J.P. (2014). Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(4), 249-256.
- Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E. et Saïas, T. (2011, décembre). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH*, 47-48(13). 488-492.
- Castellvi, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizabal, A., Pares-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I. et al. (2017). Longitudinal association between self-injurious

thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*, 215, 37-48.

- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E. *et al.* (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1) p. 8.
- Janssen, E., Spilka, S. et Beck, F. (2017). Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65(6), p. 409-417.
- ONS (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2° rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé DREES, 479 p.
- ONS (2018). Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence, 3° rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé DREES, 218 p.
- Revah-Lévy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., Falissard, B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, (7) 2.
- The Espad Group (2016). ESPAD Report, 2015. Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, EMCDDA, ESPAD, 104 p.

FICHE 18

La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées

Christine Chan-Chee (Santé publique France)

Contexte

La prévention du suicide en milieu carcéral est une priorité de santé publique qui fait l'objet d'une politique active depuis plusieurs années en France. Le décès par suicide concerne un peu plus d'une centaine de personnes écrouées par an¹, soit environ 1 % de l'ensemble des décès par suicide en France. La mortalité par suicide en prison est très importante comparée à celle en milieu libre. Décrite dans tous les pays occidentaux, cette surmortalité est évaluée à 7 chez les hommes et à 21 chez les femmes en France² (Chan-Chee et Moutengou, 2016). De plus, le taux de mortalité par suicide en prison en France a fortement progressé depuis les années 1950, passant de 2 pour 10 000 personnes détenues à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010 (Eck *et al.*, 2019). C'est l'un des plus élevés des États membres du Conseil de l'Europe (Aebi et Tiago, 2018).

Les facteurs de risque le plus souvent retrouvés pour les décès par suicide en prison sont de deux ordres : antécédents médicaux et personnels d'une part et facteurs liés à la détention d'autre part (Fazel et al., 2008). Les facteurs de risque de suicide liés à la détention sont, entre autres, le placement en isolement ou en quartier disciplinaire, le statut de prévenu, la nature de l'infraction (notamment l'homicide volontaire, le viol ou autre agression sexuelle). En termes de facteurs personnels, les antécédents de pathologie psychiatrique, de tentative de suicide et d'usage abusif de drogues ou d'alcool sont souvent relevés dans la littérature internationale (Fazel et al., 2008). Les travaux menés jusqu'à présent en France sur le suicide en prison n'ont pu étudier que les facteurs liés à la détention (Bourgoin, 1993 ; Duthé et al., 2014). Il a donc semblé nécessaire de mettre en place une étude prenant en compte l'ensemble des éléments contextuels dans la survenue des suicides en

^{1.} Au 1er janvier 2019, 81 250 personnes étaient sous écrou, dont 70 059 étaient détenues. Les personnes écrouées non détenues sont en majorité des personnes condamnées en placement sous surveillance électronique. Pour plus d'informations, http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/

^{2.} Cette étude s'appuie sur le calcul de ratios standardisés de mortalité par suicide en détention selon le sexe entre 2000 et 2010.

prison afin d'essayer de faire la part entre les différents facteurs et d'en améliorer la prévention.

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) réalise un recueil et une synthèse des données concernant les personnes écrouées décédées par suicide, tels que les circonstances de survenue du décès, leur profil sociodémographique et pénal, le repérage du risque suicidaire de la personne décédée et les éventuelles mesures de prévention mises en place. Toutefois, les données dont dispose la DAP ne comportent aucune information sur les données de santé et de prise en charge médicale. Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge et le suivi de l'état de santé somatique et psychique des personnes détenues relèvent des unités sanitaires implantées dans chaque établissement pénitentiaire et dépendent de l'hôpital de proximité. En revanche, la santé des personnes détenues et les décès par suicide ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique, les données de santé sont rarement informatisées et ne sont pas accessibles en routine. Le recueil de données médicales ne peut se faire qu'en mettant en place un système ad hoc de remontée de données.

Cette étude s'inscrit dans la poursuite des actions pilotées par Santé publique France dans le cadre de la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice et a pour objectifs de :

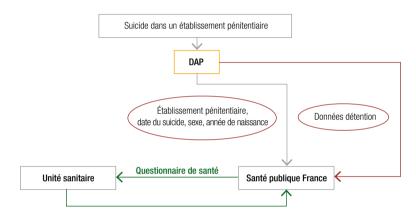
- mettre en place un système de surveillance épidémiologique des suicides en prison via une remontée parallèle de données administratives et judiciaires par l'administration pénitentiaire et de données sur l'état de santé par les unités sanitaires pour toutes les personnes écrouées décédées par suicide en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer à partir du 1er janvier 2017;
- analyser les facteurs associés au suicide des personnes écrouées, notamment les facteurs concernant leur parcours de détention ainsi que leur état sanitaire ;
- proposer des recommandations sur la prévention des facteurs intervenant dans le suicide en prison.

Méthode

Un groupe de travail réunissant des médecins exerçant en détention, Santé publique France et la Direction générale de la santé (DGS) a élaboré un court questionnaire médical (une feuille recto-verso) sur les antécédents relevés à l'entrée en détention, les pathologies, addictions et traitements relevés au cours de la détention et dans la semaine précédant l'acte suicidaire.

À chaque suicide d'une personne détenue³, la DAP en est informée immédiatement par l'établissement pénitentiaire et transmet à Santé publique France certaines informations (l'établissement pénitentiaire où a eu lieu le suicide, la date du suicide, le sexe et l'année de naissance de la personne décédée) afin que le questionnaire de santé soit directement envoyé au coordonnateur de l'unité sanitaire concernée (schéma 1). Cette fiche est ensuite remplie par l'équipe médicale de l'unité sanitaire et renvoyée directement au médecin de Santé publique France.

SCHÉMA 1 • Circuit d'informations à la suite d'un suicide dans un établissement pénitentiaire



En parallèle, deux ou trois fois par an, la DAP transmet de façon anonymisée certaines informations administratives et judiciaires à Santé publique France à partir des éléments remontés par les établissements pénitentiaires : les données socio-démographiques (sexe, date de naissance, date du suicide, situation familiale, niveau d'étude, situation d'emploi, qualification professionnelle et profession exercée avant l'incarcération...), les données administratives et judiciaires (type d'établissement, date de l'écrou, date de libération prévue, catégorie pénale, procédure [criminelle ou correctionnelle], nature de l'infraction, existence de parloir...) et les données liées au suicide (lieu où s'est produit le suicide, moyen utilisé, antécédents de tentative de suicide, repérage d'un risque suicidaire, surveillance spécifique...). Un numéro d'ordre par sujet permet de lier l'ensemble des informations transmises par la DAP et par les unités sanitaires.

^{3.} Dans le cas d'un suicide d'une personne écrouée non détenue, le suivi sanitaire n'étant pas fait par l'unité sanitaire, aucune fiche sanitaire n'a pu être recueillie. Seules les données administratives et judiciaires sont connues.

Résultats préliminaires

Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2018, 244 suicides de personnes écrouées en France incluant les DOM ont été recensés par la DAP. La grande majorité (95 %) des personnes décédées par suicide étaient des hommes (n = 232)⁴, l'âge moyen était de 39,9 ans⁵. Les deux tiers (n = 162) des suicides ont eu lieu en maison d'arrêt⁶, 16 % (n = 38) en centre de détention, 5 % (n = 12) à l'hôpital et 9 % (n = 21) dans d'autres types d'établissement (maison centrale, centre de semi-liberté, établissement pénitentiaire pour mineurs). Par ailleurs, 11 personnes écrouées décédées par suicide étaient non détenues, placées sous surveillance électronique. Le moyen utilisé par près de 9 personnes sur 10 était la pendaison. 13 % des suicides ont eu lieu en quartier disciplinaire et 16 % en quartier pour les arrivants. Une réponse des médecins des unités sanitaires a été obtenue pour 203 personnes, soit un taux de réponse de 88 %. L'analyse de l'ensemble des données est en cours et sera présentée plus en détail ultérieurement.

Conclusion

C'est une première étude qui prend en compte à la fois les données administratives, judiciaires et de santé des personnes écrouées décédées par suicide en France. L'analyse de ces données pourrait apporter des pistes pour améliorer la prévention du suicide en prison. L'implication de la DAP et des personnels des unités sanitaires est primordiale pour la poursuite du projet.

Références bibliographiques

- Aebi, MF. et Tiago, MM. (2018). SPACE I Council of Europe Annual Penal Statistics : Prison populations. Strasbourg : Council of Europe, 115 p.
- Bourgoin, N. (1993). La mortalité par suicide en prison. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 41(2), 146-54.
- Chan-Chee, C. et Moutengou, E. (2016). Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité. Saint-Maurice : Santé publique France, 61.
- **Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A.** (2014). Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population*, 69(4), 519-49.

^{4.} Sachant qu'environ 96 % des personnes détenues sont des hommes (au 1er juillet 2019).

^{5.} Sachant que l'âge médian des personnes détenues est de 31,9 ans (au 1er juillet 2018) et que leur âge moyen est de 34,4 ans (au 1er janvier 2018).

^{6.} Sachant que 48 179 des personnes détenues (sur 70 652), soit 68 %, sont affectées en maison d'arrêt et quartier de maison d'arrêt (au 1er février 2019).

- Eck, M., Scouflaire, T., Debien, C., Amad, A., Sannier, O., Chan-Chee, C., et al. (2019). Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Med*, 48, 46-54.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. et Hawton, K. (2008). Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry*, 69, 1721-31.