

SYNTHÈSE P.09

DOSSIERS

FICHES P.107

ANNEXES P.255

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

LES SUICIDES LIÉS AU TRAVAIL ET AU CHÔMAGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Un état des connaissances juridiques, scientifiques et statistiques

Diane Desprat (DREES)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.8. Le suicide chez les actifs en emploi

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

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

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

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

1.9. Le suicide chez les actifs sans emploi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

2. Suicides au travail : portée et significations

Christian Baudelot¹²

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

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

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

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

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

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

2.1. Les impasses du raisonnement statistique

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

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

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

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

2.2. Des suicides particuliers

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

2.3. Les risques psychosociaux

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

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

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

2.4. Personnes vulnérables ?

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

2.5. Imitation, médiatisation ? Le suicide vindicatif

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

3. Chômage et suicide : construire la prévention

Michel Debout¹³

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

3.1. Les situations suicidaires chez les chômeurs

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

Le suicide retrait

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

Le suicide protestation

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

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

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

Le suicide sacrificie

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

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

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

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

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

3.2. Pour mieux prévenir le suicide des chômeurs

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

Sarah Waters¹⁴

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

4.1. Contexte

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

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

14. Professor of French Studies, University of Leeds.

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

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

4.2. Méthodologie

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

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

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

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

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

ENCADRÉ - STATISTIQUES DU SUICIDE AU TRAVAIL : UNE PERSPECTIVE COMPARATISTE

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

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

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

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

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

4.3. Résultats

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

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

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

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

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

Une restructuration chaotique

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

L'intensité du travail

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

Un conflit de valeurs

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

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

L'absence de structures de représentation

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

Le harcèlement moral

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

L'impact social

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

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

4.4. Conclusion

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

Loïc Lerouge¹⁶

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

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

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

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

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

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

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

5.1. Un sujet difficilement saisissable en droit du travail

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

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

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

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

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

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

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

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

D'autres acteurs ont un droit d'alerte :

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

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

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

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

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

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

La reconnaissance du caractère d'accident du travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. AP 24 juin 2005, n° 03-30.038.

Références bibliographiques

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

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

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

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

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

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

1. Voir les résultats présentés dans la fiche 2.

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

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

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

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

Grégoire Rey⁴

Le contexte légal

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

Le circuit de transmission de l'information

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

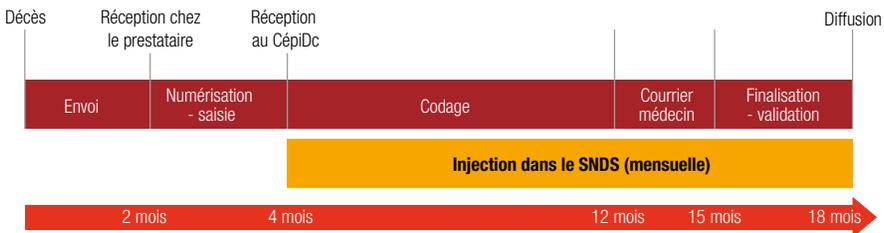
3. Le Baromètre santé 2017 (de Santé publique France), qui concerne l'ensemble des personnes de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires ; le dispositif d'enquêtes EnCLASS (de l'OFDT), qui concerne les collégiens et lycéens et enfin l'Enquête nationale sur la santé des élèves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

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

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

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

Circuit majoritaire actuel



Circuit cible



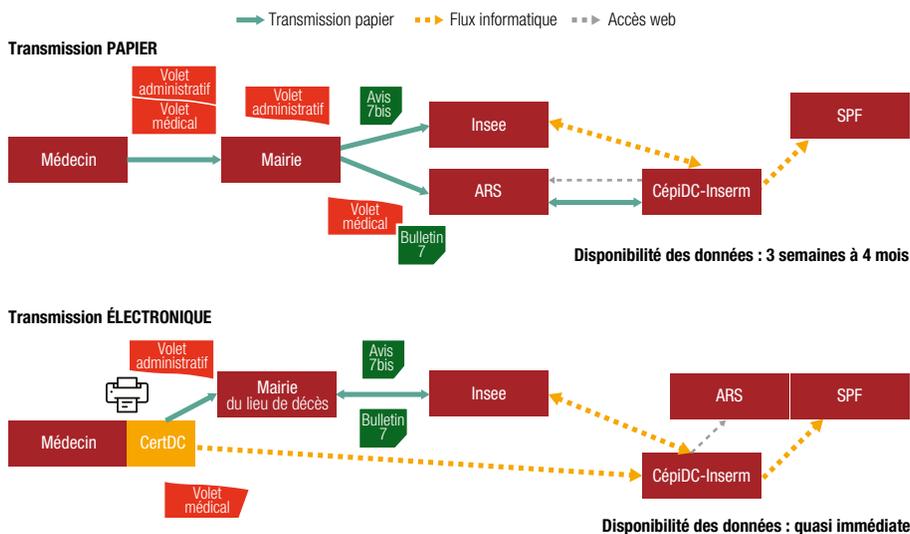
TAL : traitement automatique du langage.

Source • CépiDc-Inserm.

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

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

SCHEMA 2 – Circuit de transmission des certificats de décès



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

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

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

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

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

Source • CépIdC-INSERM.

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

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

Le codage de la cause initiale de décès

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

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

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

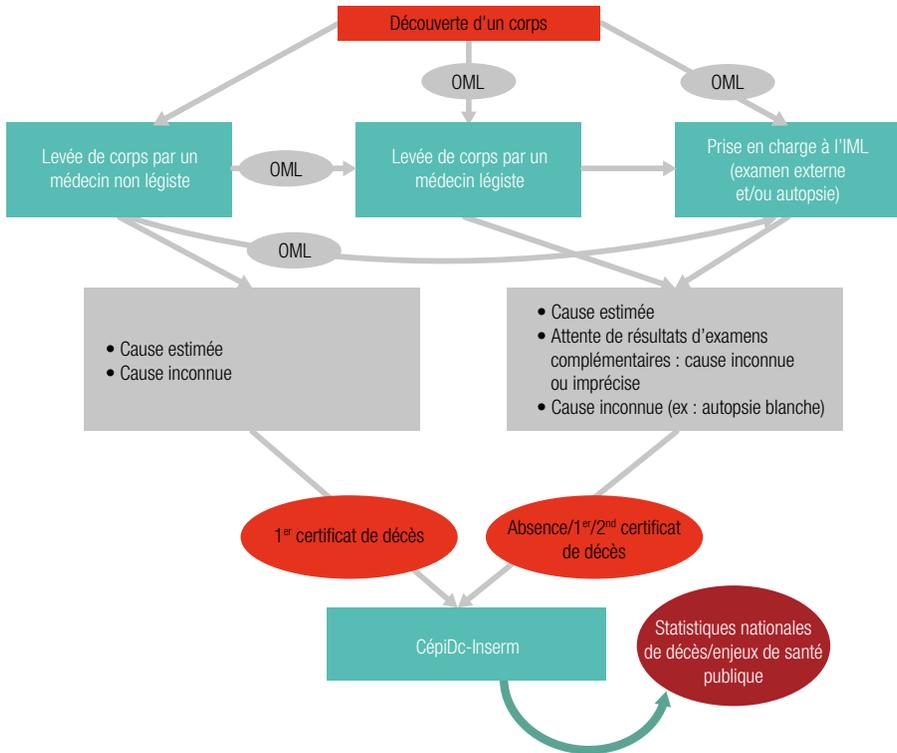
À l'issue de la phase, longue et complexe, de codage de la cause initiale de décès une opération de synchronisation des données est réalisée avec celles de l'état civil. Il s'agit de récupérer, d'une part, les certificats manquants, dans le cas où le volet médical du certificat de décès n'a pas été envoyé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

Existence d'un obstacle légal ou médico-légal

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

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

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



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

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

Source • CépiDc-INSERM.

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

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

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

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

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

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

Diane Martin⁷

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

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

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

7. Responsable qualité, CépiDC-Inserm.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Virginie Gigonzac⁹

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

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

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

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

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

¹⁰. www.santepubliquefrance.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Javier Nicolau (DREES)

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

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

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

12. Voir informations sur le site internet du SNDS.

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

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

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

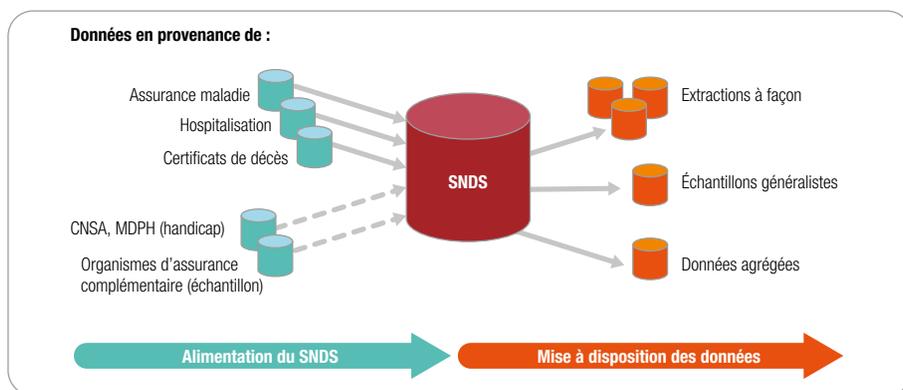
- caractéristiques des patients (sexe, mois et année de naissance, bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire¹³ [CMU-C], aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], dispositif d'affectation de longue durée [ALD], département et commune de résidence, date et cause de décès,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

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

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

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

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



Source • DREES.

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

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

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

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

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

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

Naïla Boussaid et Valérie Carrasco (DREES)

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

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

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

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

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

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

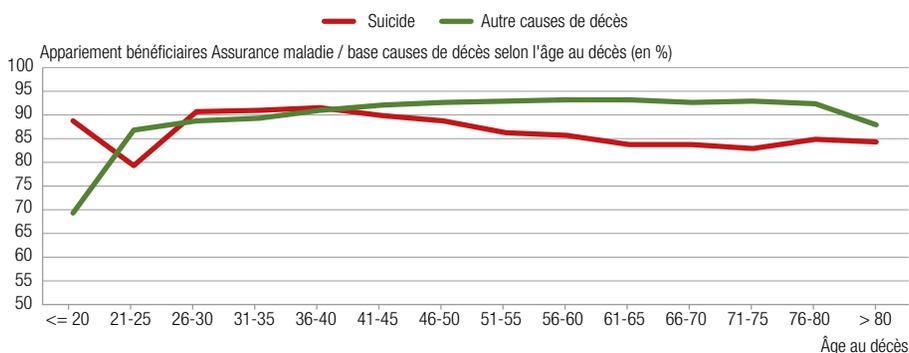
- le numéro de ligne du certificat de décès ;
- le libellé de la cause.

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

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

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

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



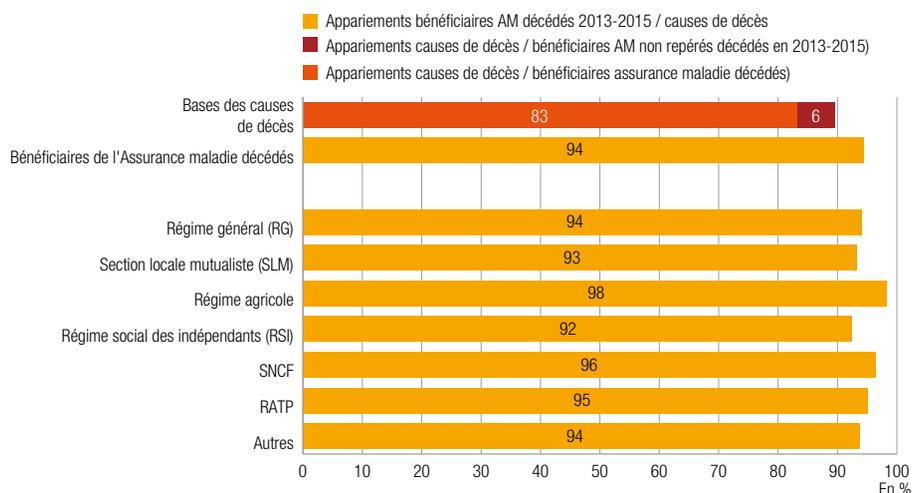
Lecture • Parmi les bénéficiaires de l'Assurance maladie étant décédés entre 2013 et 2015, entre 21 et 25 ans, le taux d'appariement avec la base des causes de décès est de 79 % quand la cause du décès est un suicide et de 87 % pour les autres causes de décès.

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Philippe Tuppin¹⁷

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Le projet EDP-santé

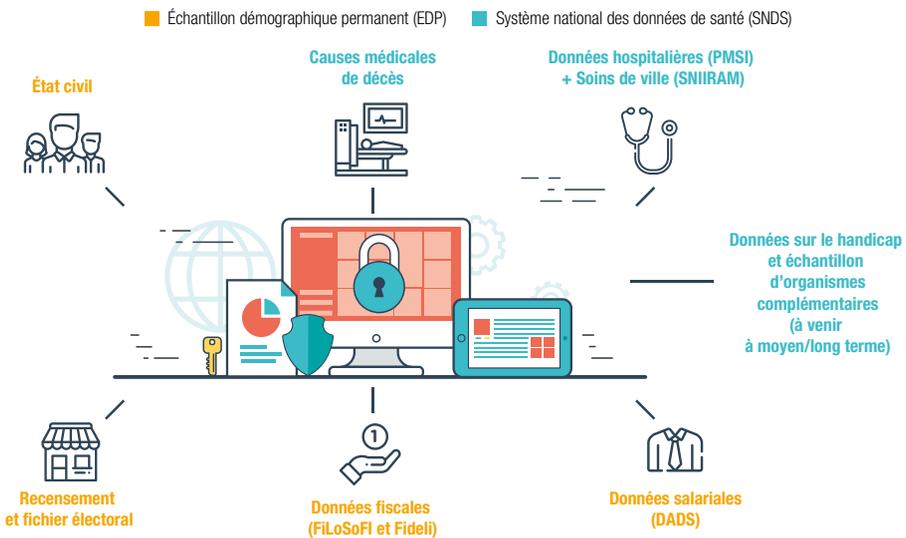
Claire-Lise Dubost (DREES)

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

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

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

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



Source • DREES.

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

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

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

Christophe Léon¹⁹

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

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

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

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

19. Épidémiologiste, Santé publique France.

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

Les comportements suicidaires sont évalués au moyen des questions suivantes :

Pour les pensées suicidaires :

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

Pour les tentatives de suicide :

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

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

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

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

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

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

Stanislas Spilka²¹

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

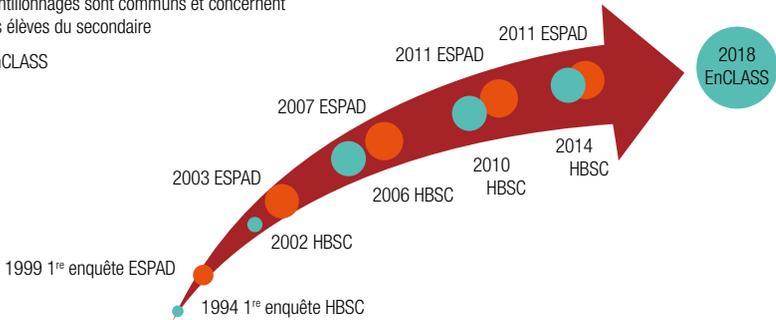
20. Chan-Chee C., du Roscoât E. Suicides et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. *BEH*, 3-4, février 2019.

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



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

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



Source • OFDT.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nathalie Guignon et Valérie Carrasco (DREES)

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

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

- collecte d'informations dans le carnet de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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