



Les cafés de la statistique

"La statistique éclaire-t-elle les questions de société" ?

Soirée du 12 novembre 2014

Suicides et société : le travail mis en cause ?

Synthèse des débats ^[*]

Vu individuellement, chaque suicide est une énigme. Sur le plan collectif, le suicide est une catégorie de décès qui suscite des interrogations sociales. Parmi celles-ci, la plus fortement exprimée au cours des années récentes porte sur le rapport entre suicide et travail. Les conditions de travail actuelles sont-elles "suicidogènes", notamment celles dont la presse s'est faite l'écho pour certaines grandes entreprises ? Pour explorer cette question, les statistiques de décès par suicide sont souvent invoquées et analysées.

On rappellera d'abord quelles sont les catégories de population parmi lesquelles le suicide est le plus fréquent. Et aussi, quelles évolutions temporelles ou quelles disparités spatiales on peut mettre en évidence sur les taux de suicide.

Au delà de ces cadrages, on se penchera sur la relation entre travail et suicide, en s'interrogeant sur la notion de "causes générales" du suicide. Que peuvent être de telles causes ? Comment les interpréter ? Quelles mesures ou quelles analyses peuvent les repérer ? Et finalement, quelle lumière ce genre de travaux apportent-ils sur la question posée ? Accessoirement, on se demandera aussi si des progrès sont souhaitables en matière de mesure statistique. Faudrait-il, pour y voir plus clair, modifier l'enregistrement statistique des suicides en attribuant une "cause principale" à chaque suicide, comme cela se fait dans certains pays ?

Invité :

François Vatin,

Professeur de sociologie à l'université Paris-Ouest Nanterre La Défense

L'animatrice de la soirée souligne combien le sujet est d'actualité. Les médias évoquent à nouveau les suicides de policiers, d'agriculteurs ou encore de chômeurs. Le sujet est d'importance sociale,

^[*] Tant l'exposé liminaire que le contenu des échanges sont structurés en quelques thèmes, sans suivre l'ordre chronologique. Par ailleurs, l'identité des intervenants n'était pas toujours connue et l'on a choisi de ne pas attribuer nominativement les propos. Au reste, ceux-ci ont été reconstitués à partir des notes du secrétariat sans reprendre leur formulation détaillée. Pour retracer le débat, les thèmes sont souvent introduits sous forme d'une question : ce qui vient ensuite n'est pas la seule réponse de l'invité, mais l'ensemble des contributions des participants.

comme le montrent les documents adressés aux personnes inscrites à cette soirée (ils constituent l'annexe au présent compte rendu).

François Vatin a bien voulu être l'invité de ce Café. Entre autres activités, il a participé à un travail sur la refonte de l'Université, a publié de nombreux ouvrages dont *L'espérance-monde* (Albin Michel, 2012) et a publié en 2011 un article sur « La question du suicide de travail » dans la revue *Commentaire* (n° 134).

René Padieu interviendra comme discutant, au titre de sa familiarité avec les problèmes (notamment sociaux) posés par le suicide, qu'il a acquise comme membre (et actuel président) du Comité éthique et scientifique de l'Union nationale pour la prévention du suicide.

Exposés introductifs :

François Vatin se félicite de l'occasion qui lui est donnée de discuter du suicide et de ses relations avec le travail. Il est honoré de cette invitation, car il se définit comme non statisticien, non spécialiste du suicide et non quantitativiste, mais avant tout comme sociologue du travail.

Son point de départ sur cette question fut une réflexion sur le discours ambiant relatif à la « souffrance au travail ». Peut-on véritablement admettre que le travail contemporain serait devenu plus pénible, moralement si ce n'est physiquement, qu'il n'a jamais été ? C'est à l'appui de cette thèse qu'a été évoquée l'idée d'une épidémie de suicides liés au travail. Certains ont commencé par affirmer qu'on aurait assisté à une augmentation du nombre de suicides sur le lieu de travail. Pourtant, ce lieu n'est pas enregistré par les statistiques ! Et à supposer qu'on ait repéré une telle évolution, quelle en serait l'interprétation ? Les tenants de ce discours ont soutenu eux-mêmes qu'il pouvait aussi y avoir des suicides à domicile liés au travail. Comment compter alors ce qu'on pourrait appeler des « suicides de travail » ? Est-ce seulement possible ?

L'étude du suicide est fondatrice pour la sociologie, notamment en France en raison de l'importance qu'a eue cette question dans l'élaboration de la théorie de Durkheim (cf. *Le suicide*, éd. Félix Alcan, Paris 1897). Le suicide est un événement singulier, individuel, toujours mystérieux, et pourtant il présente des régularités statistiques¹ : à peu près le même nombre de suicides par an, à l'époque de Durkheim ; une tendance à l'augmentation régulière dans le temps ; un suicide masculin plus important que le suicide féminin ; des taux de suicide qui augmentent avec l'âge ; un suicide plus important en milieu urbain qu'en milieu rural (à l'époque de Durkheim et le contraire aujourd'hui), etc. Tout cela se prête à des analyses sociologiques. Ainsi, il y aurait, pour Durkheim, des forces sociales, des « courants suicidogènes », qui s'imposeraient aux personnes. Philosophe des sciences, Antoine-Augustin Cournot distinguait, au 19e siècle, les « causes efficientes » et la « raison des choses ». On peut illustrer cela par le lancer de dés. Si on lance un dé une fois et si l'on connaît tous les paramètres physiques accompagnant ce lancer, on peut prédire de façon déterministe (« causes efficientes ») qu'il tombera sur telle ou telle face. Mais cette connaissance est hors de portée. En revanche, si on lance mille fois le dé et si on sort 250 fois le six, on pourra affirmer avec une certitude quasi absolue que le dé est pipé (« raison des choses »). On peut donc raisonner sur des distributions statistiques sans remonter à chaque événement singulier.

Comme l'a rappelé à l'occasion du débat sur le suicide de travail un journaliste, Disraeli, premier ministre britannique à plusieurs reprises au 19e siècle, distinguait trois catégories de mensonges : les petits, les grands et les statistiques ! Selon la pensée commune, on pourrait « faire dire n'importe

¹ On peut faire la même observation dans d'autres domaines : par exemple, pour la fécondité.

quoi aux chiffres ». Ce n'est le cas que si l'on est incompetent et/ou de mauvaise foi. Tout est question d'interprétation pertinente des chiffres.

Ainsi, si l'on examine les éléments statistiques présentés en annexe, on peut voir que le suicide varie avec l'âge. Si on prend le chiffre brut (effectif de suicidés), on constate qu'il croît d'abord de façon brutale avec l'âge (les jeunes enfants ne se suicident pas) puis diminue à partir d'un certain âge : la raison en est tout simplement que la population devient moins nombreuse quand l'âge augmente, puisqu'une partie est décédée. Une autre statistique consiste à mesurer la part du suicide dans la mortalité : celle-ci est maximale vers 20 ans, le suicide étant alors la principale cause de mortalité. On présente donc fréquemment la suicidité des jeunes comme dramatique. Or ce chiffre ne mesure qu'une chose : le fait que les jeunes ne meurent pratiquement plus d'autre chose : les maladies infectieuses ne tuent pratiquement plus (dans nos pays), les jeunes femmes ne meurent plus en couches, les accidents de la route sont heureusement beaucoup moins nombreux, etc. Ces chiffres (effectifs de suicidés et part du suicide dans la mortalité) sont « vrais », mais ils ne disent rien du rapport entre âge et suicide. Celui-ci peut se mesurer en revanche par le taux de suicide, en rapportant l'effectif des suicides à la population correspondante. On observe alors une pointe vers 45 ans, une autre vers 85 ans et une réduction aux grands âges (qui tient au fait qu'on ne parvient plus à se suicider une fois atteint un certain état de faiblesse).

Une autre confusion courante consiste à assimiler comme des événements de même nature « suicides » (décès par suicide) et « tentatives de suicide » (que l'on peut mesurer par le nombre d'hospitalisations pour ce motif). On imagine en effet volontiers que le suicide est une tentative qui a « réussi ». Or, comme le montrent les documents annexés, les courbes représentant les suicides et tentatives de suicides selon le sexe et l'âge sont très différentes. Pour les tentatives de suicide, on observe une pointe accentuée chez les adolescentes et les très jeunes femmes, alors qu'il s'agit de populations pour lesquelles les suicides effectifs sont rarissimes. Les « suicides » (effectifs) ne peuvent donc être considérés comme un « tirage » plus ou moins aléatoire parmi l'ensemble des « tentatives » répertoriées.

Tout cela conduit à recommander un bon usage des statistiques. En France, on compte environ 10 000 suicides par an, dont les trois quarts sont masculins. Le taux standardisé est de 26 suicides annuels pour 100 000 habitants chez les hommes et de 8 chez les femmes, avec une moyenne totale de 16, soit moins de 0,02 %. Si on considère l'évolution française, on voit que la thèse d'une épidémie récente de suicides n'est pas recevable : la tendance depuis la fin des années soixante-dix est plutôt à la baisse. Par ailleurs, une distinction nette apparaît entre les salariés et les non-salariés, travailleurs indépendants et surtout chômeurs : le taux de suicide est significativement plus faible chez les salariés. La thèse principale de Durkheim était que les taux de suicide élevés étaient associés à une faible intégration sociale des populations correspondantes. Il n'est guère étonnant de constater que le salariat, qui est « intégrateur », puisse « protéger » du suicide. En revanche, les chômeurs, les indépendants, les agriculteurs, plus exposés à l'isolement social et à l'incertitude sur le lendemain, se suicident plus fréquemment.

Par ailleurs, le taux de suicide est, en moyenne, supérieur chez les ouvriers et les employés à ce qu'il est chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. On ne peut pourtant attribuer directement ce résultat aux effets du travail proprement dit. La catégorie socio-professionnelle exprime en effet, plus que le travail proprement dit, une situation sociale. On peut rapprocher ce résultat de l'analyse qu'avait développée Alain Chenu sur la surmortalité des classes populaires. Il observait, au début des années 1980 (alors que le taux d'activité féminin était encore sensiblement

plus faible que le taux d'activité masculin) que la mortalité des femmes qui ne travaillaient pas, classées suivant la catégorie socio-professionnelle de leur conjoint, suivait une courbe parallèle à celle des hommes. Ainsi, comme les manœuvres, les femmes de manœuvre connaissaient une surmortalité. Celles-ci, pourtant, ne partageaient pas les risques professionnels de leur conjoint ; en revanche elles partageaient leurs conditions sociales d'existence.

On observe enfin une corrélation assez nette entre l'évolution du taux de suicide et celle du taux chômage, le taux de suicide augmentant pendant les crises économiques. Ce point avait déjà été noté par Durkheim (qui pensait que c'était aussi le cas dans les périodes d'effervescence) et surtout par son disciple Maurice Halbwachs². Le phénomène s'est vérifié en France pendant la crise de 1992-93 ; il est probable qu'il est à l'œuvre aussi pendant la crise actuelle.

Peut-on aller plus loin dans le croisement entre suicide et travail ? Ce n'est pas sûr. Le suicide reste, heureusement un événement rare, et il faut être prudent dès que l'on travaille sur de petits effectifs. Pour une entreprise isolée, on a un problème de significativité statistique. Si on prend des catégories sectorielles trop larges, on mélange des situations hétérogènes. Certains veulent remédier à ce problème en faisant des sommations sur plusieurs années pour comparer, par exemple, les taux de suicide cumulés sur vingt ans dans la chimie et dans la métallurgie ; mais, plus on accroît l'échelle temporelle et plus la catégorie constituée est hétérogène (le travail a changé au cours du temps dans chacun de ces secteurs) Une autre solution consiste à catégoriser le suicide par sa « cause ». Ainsi, au Japon, on cherche à déterminer la « cause principale » du suicide. Or, le suicide est toujours multi-causal. Caractériser l'élément « déclencheur », quand on le connaît, comme la « cause » du suicide est assez arbitraire. Dans les affaires récentes de suicides attribués au travail, on a réalisé des « autopsies psychologiques » pour déterminer que le suicide était bien provoqué par les conditions de travail. Un tel dispositif apparaît toutefois pernicieux. Si, en effet, il apparaît que le taux de suicide est significativement plus élevé dans une entreprise, une profession ou un secteur, les personnes qui se suicideront seront, quand même, les plus « fragiles ». Tout le monde ne se suicide pas dans un contexte professionnel difficile, de même que tout le monde ne se suicide pas après un chagrin d'amour. Rechercher les « causes » individuelles du suicide (« causes efficientes » de Cournot) ne pourra donc que mettre en évidence aussi des éléments de contexte extra-professionnels. En revanche, mettre en évidence statistiquement la sur-suicidité, sans revenir aux causes de chaque suicide (« raison des choses ») de Cournot, conformément à la méthode de la sociologie durkheimienne, permettra de bien mettre en évidence l'effet propre de la situation de travail.

René Padiou souligne que, derrière l'émotion et la charge affective liées au suicide, on trouve un problème philosophique : car cela pose la question de l'être même. Albert Camus écrivait qu'il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Quoi qu'il en soit, le suicide provoque une profonde déstabilisation dans l'environnement du suicidé, avec une grande culpabilisation s'ajoutant à l'émoi. On recherche alors la cause. En sortant de l'animalité, l'homme se signale par la recherche de causes. En présence d'un suicide, on demande : « mais, pourquoi ? ». Si la personne a laissé une lettre avant de se suicider, on pense tenir la bonne explication. Or, la causalité est complexe. Il y a toujours un terrain de fragilisation de la personne. La résilience chère au psychiatre Boris Cyrulnik n'est pas toujours au rendez-vous après une blessure de l'âme. Le stress est une saturation des ressources mentales qui permettent à la personne de surmonter une somme de contrariétés : chacune serait supportable et la dernière qui survient est la goutte faisant déborder

² Sociologue, disciple d'Emile Durkheim, né en 1877 et mort en 1945 à Buchenwald. A créé le concept de mémoire collective (cf. *Les cadres sociaux de la mémoire*, 1925). Voir de lui *Les causes du suicide* (1930)

le vase³. C'est alors cette ultime atteinte qui apparaît comme étant la cause du suicide⁴. Or, elle ne fait que s'ajouter à l'histoire du sujet.

Le suicide est un événement violent mais rare. On a souvent trop peu de matériel statistique pour conclure sur ses caractéristiques dans le temps et dans l'espace. Sur une petite population, le suicide est un événement aléatoire. Il en va de même des rayons cosmiques ou de l'éclatement d'atomes radioactifs, qui ne s'observent pas de manière régulière dans le temps. La rareté est à l'origine de fluctuations des observations. Si on a une accumulation de suicides à un moment donné, comment l'interpréter ? Est-ce l'effet du hasard ou d'autre chose⁵ ? Il y a une quinzaine d'années, Pénombre⁶ a publié une étude du sociologue Nicolas Bourgoïn sur ce qu'on considérait comme une vague de suicides dans la police. L'étude a conclu qu'il n'y avait pas de sur-suicidité avérée dans cette profession. Les fluctuations étaient dans l'ordre de grandeur des fluctuations sur petite population⁷. En 2014, à nouveau, on aura observé une cinquantaine de suicides dans la police pour une population d'un peu plus de 100 000 personnes. Ce nombre n'est pas aberrant par rapport à l'« espérance mathématique », comme disent les statisticiens, du chiffre annuel de suicides dans la police (environ 40). On a déjà observé des pointes autour de 50 dans la série des suicides parmi les policiers. Encore faut-il préciser qu'on ne peut avoir de certitude ni dans un sens ni dans l'autre, à savoir que les statistiques ne permettent pas non plus d'affirmer qu'il n'existe aucune propension au suicide particulière à la population des policiers. Absence de preuve n'est pas preuve d'absence.

Débat :

Suicide et tentative de suicide

La distinction entre les deux événements est l'objet d'interrogations et l'occasion de préciser les choses. Le suicide est-il une tentative de suicide réussie ? La tentative de suicide correspond-elle toujours à une véritable intention de se donner la mort ? Les psychiatres considèrent que la tentative

³ Le vocabulaire psychopathologique désigne par “décompensation” cette perte de la capacité de faire face. Ce mot suggère bien qu'auparavant on avait de quoi compenser la douleur ou le désespoir.

⁴ Durant l'échange, le discutant aura l'occasion d'insister sur la distinction entre la cause du décès (ici, le suicide) et la cause (réelle ou supposée) du suicide : en somme, la cause de la cause. Plus avant, durant le débat, sera signalé que, dans la statistique de l'Inserm, on ne parle plus de cause *principale* du décès mais de cause *initiale*. Dans le cas du suicide, qui est bien la cause immédiate du décès, on devrait dire que la cause apparente du suicide – lorsqu'il en apparaît une – en est la cause *terminale*...

⁵ Une conjonction d'événements rares, que l'on remarque, est souvent qualifiée de « loi des séries ».

⁶ Association qui se veut un espace de réflexions et d'échanges sur l'usage du nombre dans le débat public. Site : www.penombre.org On y trouve notamment la *Lettre grise n°3* avec l'étude de N. Bourgoïn sur les suicides dans la police.

⁷ Au cours du débat, un participant observera qu'en matière d'évolution d'une grandeur, l'appréciation dépend de l'importance des masses en présence. Si on a 1 % de « suicides de travail » et qu'on passe à 3 %, cette évolution semblera énorme alors que le passage de 99 % à 96 % de « suicides personnels » apparaîtrait à pleine visible. Mais il faut savoir avec quelle incertitude ces pourcentages sont connus : si avec un petit nombre d'événements on pouvait seulement dire, par exemple, que 1 % signifie “entre 0,2 et 4 %” et, de même que 3 % signifie “entre 1 et 5 %”, on ne pourrait affirmer que la seconde mesure est à coup sûr supérieure à la première.

ne traduit pas toujours une telle intention mais est aussi bien un appel au secours⁸. Dans ce cas, si la mort survient, il s'agira au contraire d'une tentative ratée.

Selon un participant, le suicide est bel et bien une tentative de suicide réussie et il y a un lien fort entre les deux occurrences. L'échec de la tentative est lié à la rapidité d'intervention des secours, comme on peut observer, en matière d'accidents de la route, un lien entre mortalité et célérité des interventions. S'il y a une différence entre filles et garçons, poursuit ce participant, c'est que les modes opératoires diffèrent. Les femmes utilisent davantage les médicaments dans leurs tentatives, ce qui laisse davantage de temps aux forces sanitaires pour agir utilement. Il faut donc englober dans une même analyse les deux faits : tentative de suicide et suicide.

Tel n'est pas le point de vue de l'invité, qui appelle l'attention sur les courbes par sexe et par âge (voir l'annexe). Le suicide n'est pas une tentative de suicide réussie ; il suffit pour s'en convaincre d'examiner la courbe des tentatives de suicide féminin par tranche d'âge avec sa pointe impressionnante pour les très jeunes femmes (taux de 400 à 450 pour 100 000) et le suicide féminin dans la même tranche d'âge (taux de 3 à 4 pour 100 000, c'est-à-dire cent fois moins)⁹. Statistiquement (sur les grands nombres), la tentative de suicide n'a pas la même signification que le suicide : elle ne correspond pas à une véritable intention de se donner la mort.

Le discutant abonde dans ce sens, et note au passage que parler de tentative de suicide réussie est gênant car cela peut inspirer l'idée que la tentative de suicide serait une sorte de loterie morbide¹⁰. Faudrait-il distinguer les suicides qui réussissent des suicides qu'on entrave ? D'une manière générale, les femmes lancent davantage d'appels au secours par leurs tentatives et elles récidivent davantage que les hommes. Mais elles se suicident moins. Les hommes seraient-ils plus déterminés ? Les femmes moins habiles dans le passage à l'acte ? Seraient-elles protégées du suicide parce que, constitutivement, elles donnent la vie ?

Que sait-on au juste du mode opératoire du suicide et des tentatives de suicide ? On a de l'information, plus précise pour le suicide¹¹ que pour les tentatives car dans ce dernier cas il n'y a pas toujours hospitalisation, mais on ne peut en tirer de conclusions nettes. Il n'en reste pas moins que si on est vraiment déterminé à se tuer, on s'en donne les moyens ; ainsi, avec la pendaison, on ne se rate pas...

⁸ La notion d'intention est du reste ambiguë. Le sujet peut être sincèrement convaincu qu'il souhaite mourir, tandis que le psychologue estimera que, profondément, il souhaite vivre mais construit cette sorte de provocation à l'adresse de son entourage.

⁹ A noter que les courbes présentées en annexe correspondent à des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide. On n'a guère d'autres sources et donc il peut y avoir une sous-estimation. Noter aussi que l'on compte là des hospitalisations, des événements, si bien que la même personne peut être comptée plusieurs fois ici. Les personnes suicidaires que l'on voit là souvent réitèrent plusieurs fois leur acte.

¹⁰ En revanche, les conduites à risque (sports extrêmes, soulerie systématique (*binge drinking*), jeu du foulard et diverses formes contemporaines de "roulette russe") apparaissent bien comme une telle loterie. Elles conduisent parfois à un décès qui n'est pas un suicide : il n'y a pas de volonté de mourir. Mais l'on n'en est pas loin : on s'expose délibérément à une notable probabilité de mort.

¹¹ Chez les hommes, le mode de suicide est, par fréquence décroissante, d'abord la pendaison, puis les armes à feu, puis l'intoxication. Chez les femmes, la pendaison et la prise de médicaments font parts à peu près égales.

L'élaboration des statistiques sur le suicide

Comment les certificats de décès sont-ils dressés ? Les causes de décès sont enregistrées selon une nomenclature qui comporte environ 800 catégories et cela entraîne beaucoup d'erreurs. Ainsi, précise un participant, on évalue à 25 % la surestimation des maladies cardio-vasculaires ! Dès lors, le suicide n'est-il pas sous-estimé de façon systématique, et inégale dans le temps ? Ce participant fait état de cinq suicides parmi ses connaissances lorsqu'il était étudiant, dont aucun n'a été enregistré comme tel. En effet, le suicide a longtemps été considéré comme honteux et a été camouflé. Il y a peut-être aujourd'hui une évolution des esprits qui fait qu'on dissimulerait moins ces drames. Ainsi, on cherche à prévenir les choses en parlant aux personnes chez qui on discerne des tendances suicidaires. Tel est l'esprit des campagnes comme celle ayant pour slogan : « Le suicide, parlons-en ! ».

L'invité précise qu'il existe une abondante littérature sur la question de la mesure du suicide (des modalités de détermination et de relevé des suicides et des biais qui en découlent). Qu'en penser au vu des statistiques françaises ou étrangères ? Le suicide est certainement, de façon générale, sous-estimé. Mais ce n'est pas un problème si on s'intéresse à son évolution (si le biais de sous-estimation ne change pas). On assiste depuis la fin des années 1970 à une baisse du taux de suicide ; or, il est vraisemblable que la sous-estimation du suicide s'est plutôt réduite qu'accentuée, car cet acte est probablement moins stigmatisé qu'il ne l'a été. En conséquence, il faudrait conclure que la suicidité a plus baissé que ne le laissent apparaître les chiffres. Le problème est plus compliqué pour les comparaisons internationales, car les méthodes de relevé, différentes suivant les pays, interdisent de considérer que les biais de sous-évaluation sont les mêmes partout. De façon générale, une seule règle s'impose à celui qui veut commenter les chiffres du suicide, compte tenu, précisément, de l'ensemble de ces biais : ne discuter que des résultats les plus robustes. Si, par exemple, on s'intéresse au suicide chez les médecins et, au sein de leur population, au suicide par spécialité médicale, on aboutit à une significativité très douteuse des chiffres. Il en est de même pour une entreprise, fût-elle grande en effectifs de personnel. Cela appelle à beaucoup de prudence. En revanche, sur des populations nombreuses, comme celle des chômeurs, on constate un taux de suicide beaucoup plus élevé que chez les personnes ayant un emploi et pourtant on n'en parle guère !

Le discutant ajoute que le suicide est un acte d'auto-agression qui entraîne directement la mort et qu'il convient de bien distinguer cet acte de sa cause. Par ailleurs, quand la faiblesse des populations statistiques ne permet pas de conclure à des corrélations, on peut néanmoins se demander si un taux un peu élevé de suicidité, bien que non significatif, pourrait être l'indice d'une éventuelle corrélation¹². Ainsi, un médecin se suicide-t-il à raison de son métier ou bien une attitude personnelle envers la mort pourrait-elle l'avoir orienté vers le métier de médecin (et, particulièrement, d'anesthésiste-réanimateur) et, simultanément, s'accompagner d'une propension au suicide ?

Les causes médicales¹³ de décès sont codées par l'Inserm^{14 15}. La qualité des données est primordiale pour la production de bonnes statistiques. Il y a une sous-estimation probable du nombre de

¹² Une hypothèse non validée mais également non infirmée peut simplement inciter à chercher davantage. Et donc, à ne pas conclure pour l'instant.

¹³ Curieux vocabulaire, observe le discutant, qui pourrait mettre à l'esprit que le décès est causé par la médecine !

suicides car l'institut médico-légal est saisi si le décès est suspect, ce qui entraîne des retards et probablement un déficit de transmission. En outre, indique un participant – bon connaisseur des méthodes du Cépidec (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm) - la certification par le médecin n'est pas toujours précise. Au surplus, en Île-de-France, on n'a pas (pour des raisons mal élucidées) les conclusions de l'institut médico-légal, qui dépend de la préfecture de police. On cherche à améliorer le système par des procédures Internet de transmission des informations.

Vient ensuite le codage de l'information collectée, avec les inévitables erreurs qui l'accompagnent. Les moyens manquent à l'Inserm pour faire un double codage sur échantillon¹⁶. Pour que la qualité du codage ne dépende pas du codeur, on va vers une automatisation de la détermination de la cause (dite « initiale » et non plus « principale ») du décès. Au cours de ce codage, on conserve toutes les informations figurant sur le certificat de décès, et par conséquent les éventuels facteurs de comorbidité. Si donc on parvient à un dispositif national d'enregistrement des causes de suicide, alors on pourra nourrir pas mal de travaux à l'avenir, et notamment des analyses multivariées. Dans cette perspective, le Cépidec a imaginé apparier ses fichiers avec l'échantillon démographique permanent de l'Insee¹⁷, mais celui-ci ne couvre que 1 % de la population et le suicide reste un événement rare. Le Cépidec voudrait donc accéder à des bases de données démographiques plus volumineuses. Il vise par ailleurs à une démarche épidémiologique de recherche, pour chaque suicide, des causes du décès et du mode opératoire, mais il n'entend pas entreprendre un enregistrement des causes profondes - psychologiques ou autres – du suicide.

Telles qu'elles figurent en annexe, les statistiques de suicide appellent quelques questions des participants : pourquoi un pic de suicides à 45 ans alors que ce devrait être un âge de stabilité ? Que penser de la baisse d'environ 25 % du taux de suicide depuis la fin des années 1980 ? Avoir des enfants protège-t-il du suicide ?

¹⁴ Créé en 1964, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère de la recherche. Il assure la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale.

¹⁵ En France, lorsqu'un décès survient, un médecin doit le constater. Il délivre un certificat en deux volets. L'un, administratif et nominatif, sert à la tenue des registres d'état civil (déclaration à la mairie du lieu de décès, qui en informe la mairie du lieu de naissance, où l'acte de naissance est annoté en conséquence), à la mise à jour du Répertoire national d'identification des personnes physiques, tenu par l'Insee, et à l'établissement de statistiques démographique par celui-ci. L'autre volet, anonyme et confidentiel, comporte les circonstances du décès et les faits ou pathologies qui l'ont apparemment provoqué. Ce second volet est transmis à l'Inserm. Là, une équipe de médecins, au vu de la déclaration du médecin certificateur, attribue un code précis à la cause de décès, ou aux causes qui ont pu intervenir concurremment. Le département de l'Inserm qui en est chargé – le Cépidec – établit les statistiques de décès selon la cause et selon le sexe et l'âge des défunts : <http://www.cepidec.inserm.fr>.

¹⁶ La question avait été posée de contrôler la comparabilité des codeurs comme on le fait pour certains examens : par double correction de quelques copies.

¹⁷ L'échantillon démographique permanent (EDP) est le premier panel sociodémographique de grande taille mis en place en France pour étudier la fécondité, la mortalité, la mise en couple, les migrations géographiques au sein du territoire national, la mobilité sociale et la mobilité professionnelle, ainsi que les interactions possibles entre ces différents aspects. Créé en 1967, il contient des informations issues des bulletins d'état civil de naissance, de mariage, de reconnaissance et de décès depuis 1968, ainsi que des recensements de 1968, 1975, 1982, 1990 et 1999. Les informations issues des enquêtes annuelles de recensement seront également intégrées. L'échantillonnage correspond grosso modo à un sondage au centième de la population.

Globalement, le taux de suicide a augmenté de 1945 à 1980 puis a décliné ensuite. Même s'il est difficile de rendre compte de cette évolution, au moins permet-elle d'affirmer qu'il n'y a pas de phénomène suicidogène récent. Par ailleurs, on ne peut pas parler de pic autour de 45 ans mais d'un petit rebond ; sans doute significatif, mais lié à quoi ? Doit-on rapprocher cela de l'augmentation du nombre de divorces, suggère l'invité ? Et s'il est avéré que le suicide est plus important chez les célibataires que chez les individus mariés, comment observer l'effet de la présence ou non d'enfants dans un contexte de grande variabilité des structures familiales ? Enfin, un participant, qui estime qu'on devrait avoir un véritable droit au suicide, se demande quel est le pourcentage de suicides liés à des maladies graves ?

Que disent les comparaisons internationales ?

Les taux de suicide présentés en annexe soulèvent une certaine perplexité, tant sont fortes les disparités observées entre nations européennes. Un participant fait néanmoins l'hypothèse qu'Eurostat a regardé la manière dont les chiffres ont été élaborés. Un autre est plus dubitatif en ce sens que, selon lui, Eurostat doit produire des chiffres alors que les statistiques disponibles sont peu comparables. Ainsi, l'investigation médico-légale n'est pas systématique en France alors qu'elle l'est dans d'autres pays, par exemple au Royaume-Uni. Le suicide serait sous-estimé d'environ 10 % en France.

L'invité souligne que les comparaisons internationales posent des problèmes de méthode complexes. Parmi les éléments classiques d'explication, figurent les facteurs culturels et religieux. Classiquement, le taux de suicide apparaît plus élevé parmi les populations de culture protestante que parmi celles de culture catholique, ce qui confirmait pour Durkheim le lien entre suicide et montée de l'individualisme (plus grande reconnaissance de la conscience individuelle dans la conception protestante du christianisme que dans sa conception catholique, ce qui conduisit d'ailleurs Max Weber à associer le protestantisme à « l'esprit du capitalisme »). De fait, on se suicide apparemment moins dans l'Europe du Sud. Est-ce l'effet d'un meilleur ensoleillement ? Après tout, on parle maintenant de mesurer le bonheur ; n'y aurait-il pas un effet bénéfique du soleil au Sud ? Le participant connaisseur du CepiDc ne croit guère à des liens entre taux de suicide et climat, car il note l'effet de frontière : les taux de suicide diffèrent de façon nette de part et d'autre d'une frontière politique, alors que les conditions géographiques peuvent être similaires.

On reste donc un peu sur sa faim quant au positionnement relatif des différents pays du monde. Que penser des taux par pays au sein de l'Union européenne et que se passe-t-il dans les autres pays industrialisés ? Quelles sont les raisons des différences entre les anciens pays de l'Est et les pays occidentaux ? Que sait-on du suicide en fonction de la structure par âge dans les différents pays ? Pourquoi la France et la Finlande font-elles figure d'exceptions à l'Ouest. Pourquoi le taux de suicide au Lichtenstein est-il si élevé ?

Aux yeux de l'invité, ces présentations à plat de chiffres mal documentés sont discutables. A propos des disparités internationales et du passage de certains pays d'une économie strictement administrée à une économie de marché, il signale que dès 1930 Halbwachs avait remarqué qu'on retrouvait les mêmes courbes, décalées dans le temps, pour les différents pays, en fonction du décalage temporel des transformations sociales. Le taux de suicide tend à monter dans les périodes de très rapide transformation sociale ; il se stabilise ensuite quand le changement a été digéré. Cette analyse a permis à Halbwachs de relativiser la thèse de son maître Durkheim d'une inéluctable croissance du suicide : Durkheim aurait été trompé par sa période restreinte d'observation. L'invité s'interroge par

ailleurs sur les effets possibles de l'alcoolisme à l'Est de l'Europe. En ce qui concerne le suicide par âge et par sexe, un participant note que la France et quelques autres pays sont assez spécifiques par l'existence d'une surmortalité par suicide des hommes âgés.

A la lumière des échanges précédents, un participant – statisticien – note que la pratique statistique est de toujours affiner les chiffres à la recherche de facteurs explicatifs. Ce qui a été dit depuis le début de la soirée sur la nécessité de s'en tenir à ce qui est le plus robuste est de nature à remettre en cause cette pratique. En ce qui concerne le suicide, il en arrive à se demander si le sexe est vraiment un facteur discriminant : la différence entre les taux de suicide des hommes et des femmes ne tiendrait-elle pas plutôt à la position des hommes dans la société ? Aux yeux du discutant, les différences entre hommes et femmes sont à rapprocher du fait que les violences sont plutôt masculines. Cela est montré par l'enquête de victimation effectuée par l'Insee : contrairement aux idées reçues, les hommes se déclarent plus victimes que les femmes, et cela tient au fait qu'ils exercent l'essentiel de leurs violences entre eux : dès lors, pourquoi pas contre eux-mêmes ? Pour ce qui est de la recherche des facteurs, l'invité conseille d'en revenir à Durkheim et à sa relecture par Baudelot et Establet : par exemple, la localisation comme facteur explicatif¹⁸ du suicide subsiste mais le lieu a changé : le rural était autrefois un lieu de socialisation qui faisait diminuer le taux de suicide ; aujourd'hui, c'est l'espace rural qui, à cause de l'isolement et de la précarité économique, favorise le suicide. Autrement dit la localisation n'intervient pas comme une ontologie, mais par ce qu'elle porte de signification sociale. Cela dit, une comparaison récente entre l'urbain et le rural hors de l'Île-de-France montrerait que la différence entre les territoires s'estompe et même s'inverse...

Le travail en question

Soit ! dit un participant, les chiffres concernant de petites populations sont peu parlants et on ne peut pas en tirer grand-chose. Pourtant, dans une grande entreprise, le PDG a démissionné en raison de l'émotion causée par des suicides au sein de son personnel ! N'a-t-on pas des statistiques par secteur ou par entreprise qui permettraient de savoir si on est ou non victime d'une illusion collective ?

Les conditions de travail observées dans certaines entreprises seraient-elles suicidogènes ? On ne peut pas réfuter cette idée a priori mais rien ne vient la conforter dans les analyses qui ont été faites. Certains, pensant pouvoir distinguer les suicides de travail des suicides pour raisons personnelles, ont calculé que, dans le cas de France Télécom, le taux de suicide lié au travail aurait été quatre fois plus élevé que dans l'ensemble de la population en emploi. Mais alors, si cela était vrai, et compte tenu du fait que le nombre total de suicides à France Télécom n'apparaît aucunement aberrant eu égard aux effectifs de l'entreprise (taux global de suicide « normal »), il faudrait conclure que le taux de suicide pour raisons personnelles y est particulièrement faible ! Il y a, estime l'invité, une certaine incohérence à affirmer que le suicide est lié aux conditions de travail alors que la sur-suicidité est avérée au sein de la population privée de travail et positivement corrélée avec le taux de chômage.

¹⁸ Ces deux termes méritent une grande attention. *Facteur* : en épidémiologie, on observe souvent des corrélations entre la survenue de maladies ou accidents et les caractéristiques sociodémographiques des personnes, leurs activités, leur nourriture ou encore leur environnement physique et social. Et l'on appelle alors « facteurs » les variables qui apparaissent liées (positivement ou négativement) au phénomène étudié. Il ne faut pas regarder ces « facteurs » comme des causes : du moins il faut examiner de façon critique les arguments qui soutiennent cette interprétation. *Explicatif* : Ce qui renforce fâcheusement l'assimilation d'une corrélation à une causalité est l'habitude prise par les statisticiens d'analyser une corrélation en regardant comment une variable évolue *en fonction* d'une autre ; celle-ci est dite « explicative » par opposition à la première, dite « variable expliquée ». Il y a là une asymétrie d'analyse : on aurait pu tout autant faire l'inverse, les deux variables permutant alors les adjectifs « explicative » et « expliquée ».

S'agissant des personnes ayant un emploi, il pense qu'il serait important de s'interroger sur les dérèglements individuels éventuellement causés par exemple par le travail de nuit, mais il n'a trouvé aucune source statistique à ce sujet.

On voit aussi les enjeux juridiques et financiers qui découleraient de la reconnaissance de suicides imputables aux conditions de travail et donc assimilés à des accidents du travail. La loi de 1898, fondatrice du droit social en France, affirme en effet la responsabilité civile de l'employeur en cas d'accident du travail, indépendamment de toute recherche de faute (si la faute est avérée, il peut y avoir, par ailleurs, imputation pénale). On ne peut bien sûr pas considérer dans les mêmes termes tout suicide sur le lieu de travail ou tout suicide que le suicidé attribuerait, dans un courrier antérieur par exemple, au travail. La reconnaissance du suicide comme accident du travail est donc grosse de dangers sociaux, puisqu'il conduira à la généralisation d'enquêtes, à décharge mais aussi à charge, pour les deux parties (l'employeur du suicidé et la famille de ce dernier). C'est là une raison forte pour l'invité de se déclarer hostile à une « autopsie psychologique » consécutive à un suicide. Cette analyse individuelle systématique des suicides de salariés déboucherait sur une mise à jour de la vie personnelle et familiale des suicidés, avec son cortège de souffrances supplémentaires pour les proches. En effet, il ne faut pas oublier que, même si les conditions de travail sont en cause, ce seront toujours les plus fragiles (ceux qui cumulent une situation de travail difficile avec des problèmes personnels et/ou familiaux qui se suicideront le plus fréquemment). Ce serait une véritable régression sociale et une erreur de méthode. Du point de vue de la pertinence épistémologique, comme des effets sociaux, il vaut infiniment mieux considérer le problème social globalement plutôt que de partir de configurations individuelles.

Comment une société en arrive-t-elle à admettre que le travail ait un rôle dans le suicide, s'interroge une participante ? Autrefois, on ignorait totalement les conditions de travail parmi les causes possibles du suicide. Depuis quelques temps, l'évolution de la législation, les procès qui ont lieu, placent – à tort ou à raison - le travail au cœur du phénomène du suicide. Une autre personne indique à ce propos qu'il vient de se créer un Observatoire du suicide dont la Drees¹⁹ assure le secrétariat. Son premier rapport sera remis à la fin du mois de novembre 2014 à la ministre. Une autre encore suggère, parmi les études possibles, qu'on s'intéresse à la politique de management des entreprises et qu'on tente des comparaisons. Ne peut-on penser, indique un participant, que le salariat - présenté comme constituant une protection contre le suicide – soit devenu moins sécurisant depuis 1975 avec toutes les formes de travail précaire ? N'y aurait-il pas à tester cette hypothèse ? Sur ce dernier point, l'invité opine que, certes, la crise économique fragilise beaucoup de situations individuelles mais qu'avoir un travail reste plus protecteur que ne pas en avoir. De plus, contrairement aux idées convenues, la part des contrats à durée déterminée dans l'emploi n'a pas significativement évolué depuis vingt ans. Le contrat à durée déterminée n'a pas créé la précarité qui existait avant ; il est relativement protecteur pendant sa durée puisque le licenciement ne peut intervenir qu'en cas de faute grave.

Admettons cela, enchaîne une participante, mais alors qu'on prétend comparer des groupes homogènes, le sont-ils vraiment ? Selon elle, le chômage ne serait pas, en soi, suicidogène. Il opérerait un tri au détriment des personnes les plus fragiles, c'est-à-dire, aussi, les plus suicidaires. En fait, on évacue les gens à problèmes du monde du travail ! Le discutant observe que ce processus d'éviction est vrai aussi pour la population carcérale. L'inactivité est facteur de

¹⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. C'est le service statistique du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

marginalisation et donc de morbidité accrue. Cela dit, un participant note qu'une étude récente en Australie montre que s'il y a augmentation du taux de chômage, le suicide baisse parmi les chômeurs alors qu'il augmente parmi les personnes ayant un emploi. Faut-il y voir l'effet selon lequel, quand le nombre de chômeurs s'accroît, les chômeurs ont le sentiment rassurant d'être comme tout le monde alors que les personnes ayant un emploi se sentent de plus en plus menacées ?

Comment expliquer, en tout cas, que le projecteur soit braqué à ce point sur le suicide réputé « de travail » ? S'il est vrai qu'on est ici dans l'imaginaire sur le monde du travail, on peut penser que le malaise social se manifeste au travers du travail. Mais, du fait de cette médiatisation, le risque n'apparaît-il pas de déclencher un effet d'imitation, appelé effet Werther²⁰ ? Quel est l'effet en retour de cette médiatisation sur les personnes ? Ne provoque-t-elle pas une incitation à attribuer son propre suicide à des conditions de travail ? Cherche-t-on à donner ainsi du sens à l'acte ? On n'a en réalité aucune statistique pour prouver l'existence de l'effet Werther. Il est possible en effet, selon l'invité, que l'imitation joue, sans que pour autant le taux global de suicide augmente. Des suicides qui auraient eu lieu de toute façon adoptent l'« habillage » à la mode. Le discutant insiste sur cet aspect des choses : à ses yeux, notre comportement est assurément affecté par ce qu'on lit ou ce qu'on voit, sinon la publicité aurait disparu depuis longtemps. Cela dit, une étude faite sur les suicides dans le métro de Vienne avait conclu qu'il ne se produisait aucun effet Werther. Avant d'être un acte, le suicide est une idée – les psychologues parlent d'idéation suicidaire. Elle précède le passage à l'acte. À enveloppe du nombre de suicides inchangée, il peut y avoir dans l'esprit du suicidaire un déplacement de la cause qui à ses yeux déclenche l'acte ; aussi bien qu'un déplacement du mode opératoire choisi. L'assistance à la personne présentant des tendances suicidaires vise à lui permettre de décharger son angoisse ; son efficacité est difficile à prouver mais elle correspond bien à l'idée d'une influence possible.

Revenant sur les emballements médiatiques, un participant souligne la difficulté à réfuter la thèse du lien entre taux de suicide et conditions de travail dès lors qu'elle devient un sujet de vastes débats. Dans ce bruit médiatique, le grand public – et les journalistes eux-mêmes – ne pourraient plus admettre que la sur-suicidité invoquée ne soit pas avérée. En quelque sorte, on ne pourrait plus arrêter la balle et les experts ne seraient plus audibles. L'invité se montre plus confiant toutefois dans la capacité des experts à se faire entendre à terme. Lui-même a pu s'exprimer sur ces questions sur France Inter (dans l'émission Service public) dans les colonnes d'un journal interne de la CGT (« CGT-ensemble ») et lors d'un débat organisé par l'Institut de l'entreprise, proche du Medef.

Un débat hors de l'actualité ?

Le débat apparaît quelque peu monocole à un participant : on parle de prévention, d'empêchement du suicide, etc. alors que le débat public est tout autre actuellement et porte sur la demande d'une assistance au suicide.

Selon le discutant, qui convient de l'actualité de la question soulevée, il faut tenir compte de l'attitude de la société envers le suicide. Il existe des suicides sacrificiels, comme on en a eu des

²⁰ Wikipédia : Le roman *Les souffrances du jeune Werther*, a été publié en 1774. Il raconte le suicide d'un jeune homme à la suite d'amours déçues. Peu après sa parution, une mode s'empare des jeunes Allemands, qui imitent les façons vestimentaires du couple sujet du roman, Charlotte et Werther. Pendant les mois qui suivent, on assiste à une vague de suicides par revolver selon les mêmes modalités que celles utilisées par le héros, qui conduit l'Église à demander l'interdiction du livre en Europe, et les autorités allemandes à Leipzig, danoises à Copenhague, et italiennes, à prononcer cette interdiction

exemples (Jan Palach en 1969 à Prague, Mohamed Bouazizi en 2010 en Tunisie, plusieurs bonzes au Tibet), des suicides stoïciens, etc. Autrefois, le suicide était considéré comme un crime dans certains pays. Peut-on parler d'un droit au suicide aujourd'hui dans nos sociétés ? Et s'agira-t-il de suicide assisté ou d'assistance au suicide ? Quoi qu'on fasse, il subsiste un problème éthique avec un conflit entre la valeur de la vie et la valeur de la liberté : dois-je empêcher à toute force une personne de se suicider ou dois-je la laisser libre d'exercer un choix essentiel ? Il y a là-dessus un grand éventail de postures : morales, confessionnelles, etc.

Pour sa part, l'invité explique que là n'est pas le sujet de cette soirée, et qu'en qualité de sociologue il se garde personnellement de tout jugement moral sur le suicide, mais qu'il reconnaît l'actualité de la question soulevée par le participant.



Annexe

Documents statistiques préparatoires à la soirée

NB : Ce document rassemble quelques statistiques concernant les suicides et les tentatives de suicide, ainsi que des références bibliographiques. Le lecteur intéressé peut aussi se reporter à la page Internet du ministère de la Santé consacrée au suicide, qui est très bien faite :

<http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>

1° Dénombrement

Nombre de suicides par âge et sexe – France métropolitaine - 2011

	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 5 ans	-	-	-
5 à 24 ans	387	137	524
25 à 44 ans	2200	570	2770
45 à 64 ans	2966	1174	4140
65 à 84 ans	1687	563	2250
85 ans et plus	514	161	675
<i>Total</i>	<i>7754</i>	<i>2605</i>	<i>10359</i>

Source : CepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, INSERM)

2° Evolution dans le temps

Taux standardisés^[*] : suicides pour 100 000 personnes – France métropolitaine - moyenne annuelle par périodes de 3 ans

Période	Hommes	Femmes	Ensemble
1979-1981	34.4	11.6	21.4
1982-1984	38.4	12.8	23.9
1985-1987	38.7	13.4	24.4
1988-1990	35.1	12	22.1
1991-1993	34.7	11.5	21.7
1994-1996	33.6	10.7	20.9
1997-1999	30	9.5	18.6
2000-2002	29.1	9.2	18.1
2003-2005	28.5	9	17.7
2006-2008	26.4	8.3	16.5
2009-2011	26.2	7.9	16.3

Source : site du CEPIDC

[*] Le taux comparatif de mortalité est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la population étudiée par la structure d'âge de la population de référence. Dans ce tableau, la population de référence est la population observée au recensement de 2006.

Evolution conjoncturelle comparée du taux de chômage et du taux de suicide entre 1981 et 1995

Source : Nicolas Bourgoïn, Suicide et activité professionnelle, Population, revue de l'Ined n°1, 1999, p.73-102.

78

N. BOURGOIN

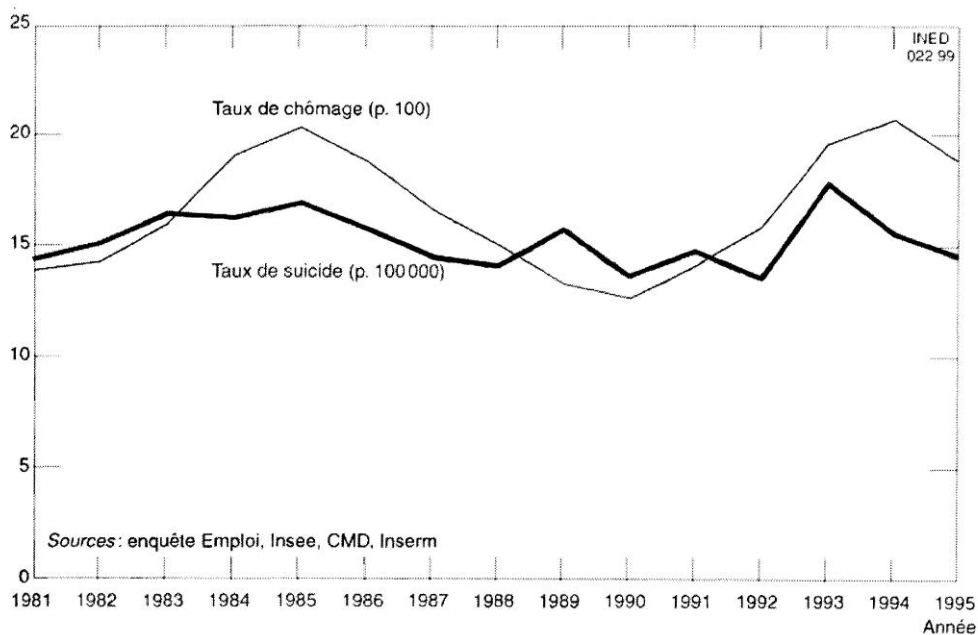


Figure 1. – Évolution des taux de chômage et de suicide (hommes, 15-24 ans)

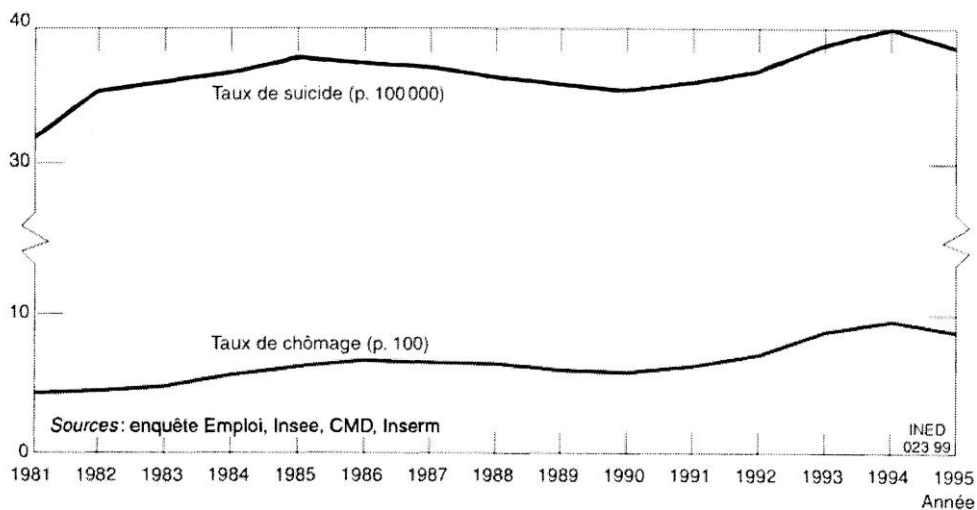


Figure 2. – Évolution des taux de chômage et de suicide (hommes, 25-49 ans)

3° Variations selon l'âge et le sexe

Selon l'âge...

Taux pour la France - 1999

Taux de décès par suicide par sexe et classe d'âge*											
Sexe	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
M	26,1**	0,5	12,3	26,1	35,8	34,3	31,3	39,6	68,0	122,5	97,8
F	9,4**	0,2	3,4	7,7	11,2	14,9	14,1	14,8	16,4	20,8	4,3
Ensemble	17,5**	0,4	7,9	16,9	23,4	24,6	22,5	25,9	36,3	49,6	21,1

* Pour 100 000 habitants de la population moyenne.

**Taux standardisés sur l'âge.

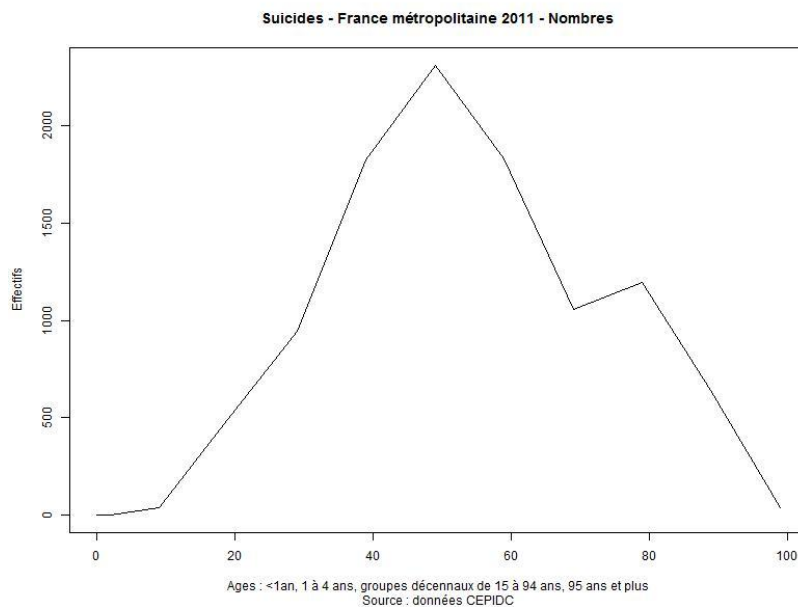
Et le sexe :

Tableau 3 - Ratio homme-femme du suicide (France - 1999)

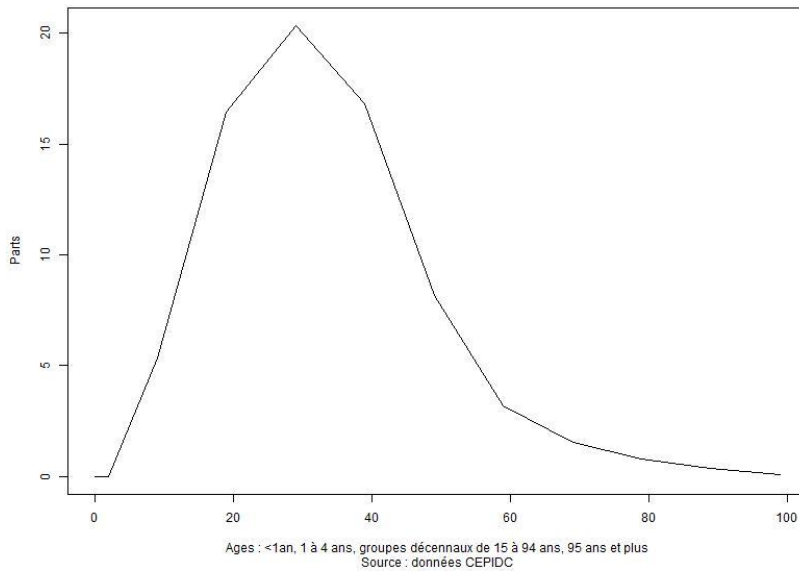
Âge en classes											
	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
Ratio	2,8	2,5	3,6	3,4	3,2	2,3	2,2	2,7	4,1	5,9	22,7

Source de ces deux tableaux : J.L. Chappert, L.Péquignot, G.Pavillon, E.Jougla CapiDc *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide* Document de travail de la DREES n° 30 – avril 2003

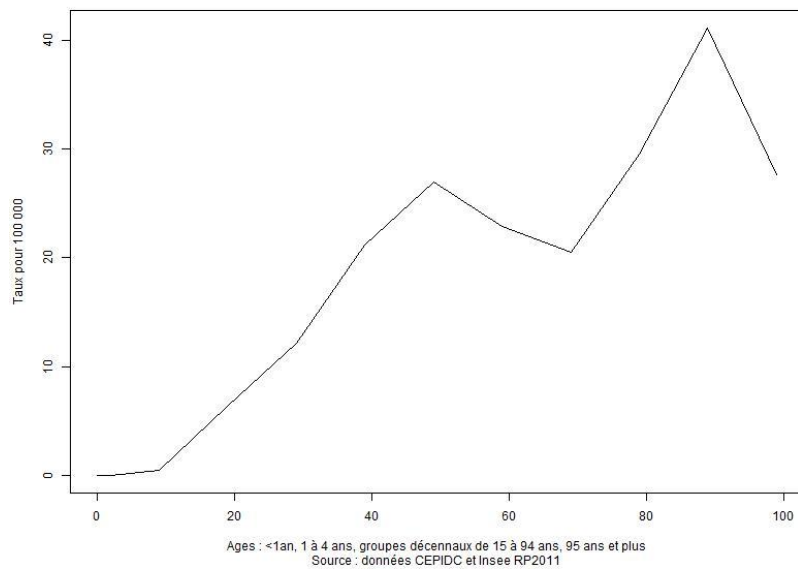
Trois graphiques par âge : nombres, parts et taux



Part des suicides dans les décès - France métropolitaine 2011



Taux de suicides par âge - France métropolitaine 2011



4° Différences selon la catégorie socio-professionnelle

Tableau I
Taux de suicides masculins pour 100 000 selon la CSP (1976-2002)

	1976-1982	1983-1989	1990-1996	1997-2002	1976-2002
Cadres	8,2	10,5	11,9	11,7	11,0
Professions intermédiaires	16,8	18,5	19,6	15,6	17,7
Employés	25,2	26,1	26,3	26,0	26,3
Ouvriers	26,9	32,9	33,1	33,1	31,8
Salariés	23,0	26,3	24,7	24,7	25,1
Absence d'activité salariée	58,1	58,6	50,0	50,0	58,1
Total	30,3	36,0	35,5	31,2	33,4

Source originelle : C. Cohidon, B. Geoffroy-Perez, A. Fouquet, C. Le Naour, M. Goldberg, E. Imbernon, *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, Institut de veille sanitaire, 2010-2011

Extrait composé par François Vatin pour son article *La question du « suicide de travail »*, Commentaire vol.34 n°134, Été 2011

Études pour des catégories professionnelles particulières

On se contentera ici de fournir des références. Attention : ce genre d'études porte souvent sur de très petits nombres d'évènements. Elles peuvent néanmoins suggérer des tendances.

Médecins : *Suicide in doctors : a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales (1979-1995)*. K. Hawton, A. Clements, C. Sakarovitch, S. Simian, J.J. Decks (Centre de recherche sur le suicide de l'Université d'Oxford) *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001 vol.55 pages 296-300.

Agriculteurs : *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants* Claire Bossard, Gaëlle Santin, Irina Guseva Canu – Institut de veille sanitaire (Invs) Septembre 2013 29 pages

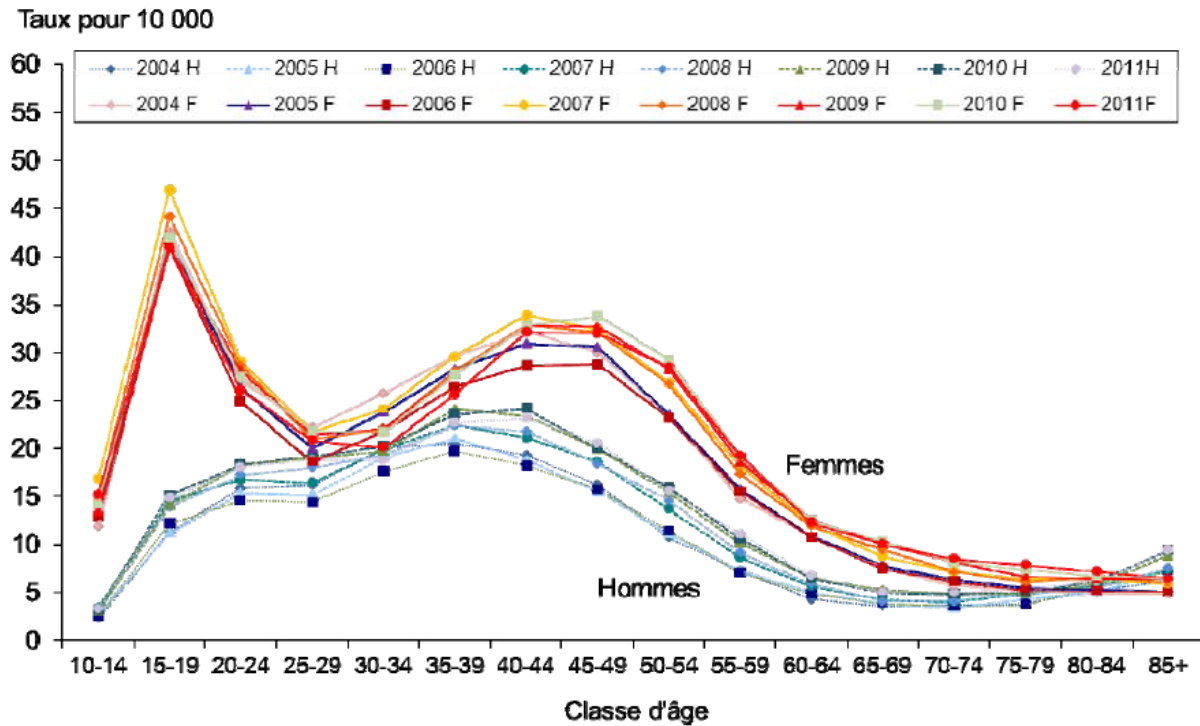
Policiers : *Le suicide dans la police nationale* Nicolas Bourgoin, *Pénombre Lettre grise* vol I n°3 - 1997

Dans le même genre, mais ne portant pas sur un métier particulier, on peut signaler aussi :

Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie Maryvonne Gournay, Françoise Lanièce, Isabelle Kryvenac *Travailler* 2004/2 n°12 p.91-98

5° Les tentatives de suicide

I Figure 7 I Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge pour 10 000 habitants, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

Attention : ici les taux sont pour 10 000 habitants (et non 100 000 comme dans les données des suicides)

Source : *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine* Chan Chee C., Jezewski-Serra D. Institut de veille sanitaire 2014 – 51 pages

6° Données par pays

Taux de décès par suicide, par sexe
Taux standardisés par âge pour 100 000 personnes
Année 2010 sauf indication contraire

Pays	Hommes	Femmes	Ensemble
Allemagne	15.6	4.7	9.9
Autriche	20.7	5.5	12.7
Belgique-2006	25	9.1	16.8
Bulgarie	15.3	4	9.3
Chypre	6.1	1.8	3.8
<i>Croatie</i>	<i>24.3</i>	<i>6.6</i>	<i>14.7</i>
Danemark-2009p	15.8	4.3	9.9
Espagne	9.4	2.5	5.8
Estonie	27.3	4.5	14.8
Finlande	25.7	8.1	16.8
France (métropolitaine)	22.8	7.4	14.7
Grèce	5	0.6	2.9
Hongrie	37.4	8.5	21.7
Irlande	17.7	4.5	11.1
<i>Islande-2009</i>	<i>18.3</i>	<i>4.6</i>	<i>11.5</i>
Italie-2009	8.8	2.3	5.4
Lettonie	33.8	4	17.5
Liechtenstein	30.9	23	26.7
Lituanie	51.4	9.1	28.5
Luxembourg	15.8	4	9.7
Malte	14.1	0.7	7.4
Norvège	<i>15.1</i>	6.5	10.8
Pays-Bas	12.7	5.2	8.8
Pologne	28	3.8	15.4
Portugal	13.5	3.8	8.2
République tchèque	22.1	4.1	12.8
Roumanie	20.8	3.7	11.9
Royaume-Uni	10.1	2.9	6.4
Slovaquie	19.4	3	10.8
Slovénie	29.3	6.1	17.2
Suède	16.4	5.9	11.1
<i>Suisse</i>	<i>16.5</i>	<i>6.2</i>	<i>11.1</i>
UE (27 pays)	16.5	4.3	10.2

Source : Eurostat - Insee