

Risque suicidaire et activité professionnelle

Christine Cohidon (christine.cohidon@univ-lyon1.fr)^{1,2}, Gabrielle Rabet², Elodie Caillet¹, Ellen Imbernon²

1/ Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance en transport, travail et environnement (Umrestte), InVS-UCBL-IFSTAR, Lyon, France

2/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de cette étude est de décrire le risque suicidaire selon l'emploi. Elle s'appuie sur les données de la phase pilote en région Rhône-Alpes du programme de surveillance de la santé mentale selon l'activité professionnelle « Samotrace », développé à l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Matériel et méthodes – L'échantillon a été constitué par tirage au sort aléatoire au sein d'une population de salariés, surveillée par un réseau d'environ 80 médecins du travail, entre janvier 2006 et mars 2008. Le risque suicidaire a été exploré par le questionnaire diagnostique Mini, administré par le médecin du travail. L'emploi était décrit par la profession et le secteur d'activité. Le risque suicidaire est ici décrit selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

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

Conclusion – L'identification de populations vulnérables, en particulier avec un risque suicidaire élevé, devrait aboutir à la mise en place d'actions de prévention spécifique.

Suicide risk and occupation

Introduction – The objective of this study is to describe the risk of suicide by occupation. It is based on data from the pilot phase of the mental health surveillance program at work (Samotrace) in the Rhône-Alpes region, developed by the French Institute for Public Health Surveillance (InVS).

Material and methods – The sample was selected randomly in a population of employees, monitored by a network of about 80 occupational physicians, between January 2006 and March 2008. The suicide risk was explored through the Mini diagnostic questionnaire, administered by physicians. The job was described by occupation and sector of activity. The risk of suicide is described by sex, age, socio-economic category, and sector of activity.

Results – The risk of suicide is higher in women (10%) than in men (7%). In men, this risk follows a social gradient, the most privileged social classes being less affected. Although the results are non-significant, the health and social action, and the transport storage and communication sectors could be particularly concerned. In women, the risk of suicide according to job is less contrasted.

Conclusion – The identification of vulnerable populations, especially in a situation of high risk of suicide, should be followed by the implementation of specific preventive measures.

Mots clés / Key words

Risque suicidaire, salariés, France, catégorie sociale, secteur d'activité / Suicide risk, employees, France, socio-economic category, sector of activity

Introduction

La conduite suicidaire est un processus multifactoriel dans lequel l'activité professionnelle pourrait jouer un rôle. Si le fait d'avoir un emploi est reconnu comme un facteur protecteur vis-à-vis du suicide [1-4], certaines situations professionnelles caractérisées par une exposition à des contraintes psychosociales (généralement désignées sous le terme de « stress ») sont reconues comme délétères pour la santé psychique et pourraient constituer un élément déclencheur dans la survenue de syndromes dépressifs et/ou des conduites suicidaires [2;5;6].

Il est aujourd'hui très difficile de comptabiliser le nombre de suicides en lien avec le travail en France ; il existe néanmoins certaines données permettant d'approcher cette question. Ainsi, l'étude de la mortalité par suicide selon l'emploi, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité menée à l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans le cadre du programme Cosmop [7] constitue une première approche [8;9]. Par ailleurs, l'InVS met en place, depuis plusieurs années, des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé. Dans ce cadre, la santé psychique fait l'objet d'une surveillance dont le programme Samotrace représente l'élément majeur [10]. Son objectif général est de produire des indicateurs de prévalence des troubles de santé mentale selon l'emploi et des estimations des expositions à leurs facteurs de risque, en population d'actifs au travail. L'objectif de la présente étude est de

décrire le risque suicidaire selon l'emploi défini par une catégorie socioprofessionnelle et un secteur d'activité.

Population et méthode

Les données utilisées dans cette étude sont issues de la phase pilote du volet en entreprise de Samotrace en région Rhône-Alpes.

Population

Un réseau de 80 médecins du travail volontaires des départements du Rhône et de l'Isère, couvrant des secteurs d'activité variés, a participé à ce programme. Chaque semaine, entre janvier 2006 et mars 2008, les médecins ont tiré au sort, dans le cadre de la visite périodique de médecine du travail, un salarié parmi ceux qu'ils surveillaient et lui ont proposé de participer à l'enquête Samotrace, après une présentation succincte des objectifs de l'étude. Les salariés étaient informés de leur possibilité de refuser de participer à l'enquête et du caractère anonyme des traitements statistiques des questionnaires. Les salariés inclus devaient occuper leur emploi depuis plus de 6 mois.

Données

Les données étaient recueillies, d'une part, par un autoquestionnaire rempli en salle d'attente (puis remis à l'équipe médicale), comprenant une partie des questions sur la santé mentale et des expositions professionnelles psychosociales ainsi que des variables personnelles et, d'autre part, par un questionnaire administré par le médecin, pour

décrire précisément l'emploi et explorer d'autres indicateurs de santé mentale. Les données utilisées pour la présente étude sont décrites ci-dessous.

Le risque suicidaire a été exploré par le questionnaire diagnostique Mini, administré par le médecin du travail. Celui-ci comporte six questions, dont cinq portant sur le mois écoulé :

Avez-vous :

- pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? (Q1) ;
- voulu vous faire du mal ? (Q2) ;
- pensé à vous suicider ? (Q3) ;
- établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? (Q4) ;
- fait une tentative de suicide ? (Q5) ;

et une question portant sur les antécédents de tentatives de suicide sur la vie entière (Q6).

Une réponse positive à au moins une question définit un risque suicidaire. Celui-ci peut ensuite être classé en « léger » [si réponse positive à (Q1) ou (Q2) ou (Q6)], « moyen » [si réponse positive à (Q3) ou (Q2+Q6)] ou « élevé » [si réponse positive à (Q4) ou (Q5) ou (Q3+Q6)] [11].

Les variables d'emploi étaient recueillies par le médecin du travail. L'emploi était décrit entre autres par la profession et le secteur d'activité. Ces informations ont été codées à l'aide des nomenclatures respectivement PCS 2003 (professions et catégories socioprofessionnelles) [12] et NAF 2003 (nomenclature d'activités française) de l'Insee [13].

Enfin, l'âge (en classes) et le sexe ont également été utilisés dans cette analyse.

Analyses

Les analyses ont consisté dans un premier temps en un calcul de prévalence du risque suicidaire selon les différentes variables sociodémographiques et d'emploi, à savoir l'âge, la catégorie sociale (PCS premier niveau), la catégorie socio-professionnelle (PCS second niveau) et le secteur d'activité. Dans un second temps, afin de décrire le risque suicidaire selon le secteur d'activité tout en tenant compte des différences des structures d'âge et de catégorie sociale au sein des secteurs, des régressions logistiques ont été conduites considérant le risque suicidaire comme variable dépendante. Les secteurs pour lesquels l'effectif était inférieur à 50 ont été exclus des analyses. C'est le cas des secteurs suivants : pour les deux sexes, industries extractives, production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau, hôtels et restaurants, éducation, ainsi que, chez les hommes exclusivement, services collectifs sociaux et personnels et, chez les femmes, construction et agriculture.

Les analyses ont été menées séparément selon le sexe, à l'aide du logiciel Stata® [14].

Résultats

L'échantillon comporte 4 128 salariés, dont 52% d'hommes. L'âge moyen est de 41 ans. L'échantillon est assez proche de la population salariée de la zone géographique en termes de sexe, d'âge, de catégorie sociale et de secteur d'activité ; on note cependant une faible représentation des secteurs de l'éducation et de la construction.

Un risque suicidaire est décrit pour 7% des hommes et 10% des femmes (différence significative). La prévalence de ce risque augmente avec l'âge (différence significative uniquement chez les femmes). La description selon les catégories sociales montre un gradient avec une prévalence plus faible chez les cadres et globalement plus élevée pour les catégories d'employés et d'ouvriers (la différence n'est toutefois significative que chez les hommes). Une hétérogénéité plus marquée est observée entre les catégories socioprofessionnelles avec des différences de prévalence selon l'appartenance au secteur public ou privé (tableau 1). Chez les hommes, les prévalences du risque suicidaire s'étendent de 3,2% pour les cadres d'entreprises à près de 12% et 13% respectivement pour les employés de la fonction publique et les ouvriers non qualifiés. Chez les femmes, c'est également parmi les cadres d'entreprises qu'est observée la plus faible prévalence (6%), alors que les plus fortes (autour de 12%) sont observées chez les employées de la fonction publique, les ouvrières non qualifiées et les personnels de service direct aux particuliers.

La description du risque suicidaire selon les secteurs d'activité montre une prévalence élevée pour les deux sexes dans le secteur de la santé et de l'action sociale (10,8% chez les hommes et 10,3% chez les femmes). Chez les hommes, viennent ensuite les secteurs « transports et communications » (8,7%) et « commerce » (8,3%); chez les femmes, ceux des « activités

financières » (11,2%) et de l'« immobilier » (10,3%) (tableau 1).

Quel que soit le sexe, le risque suicidaire est « léger » (ou « au moins léger ») dans plus de deux tiers des cas et « élevé » dans environ 20% des cas. Cette proportion de risque suicidaire élevé dépasse les 25% chez les professions intermédiaires pour les deux sexes ; elle décroît ensuite dans l'ordre suivant : employés, puis ouvriers et enfin cadres, chez lesquels la prévalence est la plus faible (10,5% chez les hommes et 0% chez les femmes). Les secteurs où cette proportion est la plus forte sont ceux des activités financières et du secteur public (autour de 32%). Ce résultat est néanmoins à considérer avec précaution, les effectifs étant faibles (résultats non montrés).

L'analyse multivariée décrit chez les hommes un excès de risque suicidaire significatif chez les employés (OR=2,4 IC95% [1,2-4,8]) et les ouvriers (OR=2,3 IC95% [1,2-4,3]) (en référence aux cadres) (tableau 2). Aucun excès de risque suicidaire significatif n'est observé pour les secteurs d'activité par rapport au secteur de l'industrie manufacturière pris comme référence. Cependant, l'attention doit être portée sur trois secteurs d'activité dont les OR sont relativement élevés quoique non significatifs (manque de

puissance vraisemblable) : il s'agit des secteurs de la santé et de l'action sociale, des transports et communications et enfin du commerce (respectivement OR=2,0 IC95% [0,9-4,7], OR=1,8 IC95% [0,9-3,4] et OR=1,7 IC95% [0,9-3,1]). Il faut noter que les deux premiers présentent un excès de risque suicidaire significatif en analyse univariée.

Chez les femmes, les valeurs des risques sont moins contrastées et peu modifiées par la prise en compte simultanée des trois variables explicatives. Seules, les femmes âgées de 40 ans et plus présentent un risque suicidaire significativement plus élevé (OR=1,7 IC95% [1,2-2,5]) (par rapport aux moins de 40 ans). Ce risque est un peu plus modéré chez les hommes et non significatif (OR=1,4 IC95% [0,9-2,2]).

Discussion

Cette étude décrit un risque suicidaire en population de salariés au travail, mesuré par le questionnaire Mini, non négligeable puisqu'il concerne près de 10% des femmes et 7% des hommes. Chez ces derniers, le risque suit un gradient social, les catégories sociales les plus favorisées étant les moins touchées. Par ailleurs, les secteurs de la santé et de l'action sociale et celui des transports et communications semblent

Tableau 1 Prévalence du risque suicidaire dans l'échantillon Samotrace Rhône-Alpes, France, janvier 2006-mars 2008 / *Table 1* Suicide risk prevalence in the Rhône-Alpes Samotrace sample, France, January 2006-March 2008

	Hommes (N=1 924)		Femmes (N=1 781)	
	N	%	N	%
Ensemble	1 924	6,9	1 781	9,7
Âge		NS		*
<30 ans	299	4,7	262	6,9
30-39 ans	556	6,1	498	7,2
40-49 ans	637	8,3	520	11,7
≥50 ans	429	7,5	493	11,8
Catégorie sociale		**		NS
Cadres	478	4,0	266	7,1
Professions intermédiaires	605	6,1	543	9,8
Employés	280	10,0	838	10,4
Ouvriers	544	8,8	127	11,0
Catégorie socioprofessionnelle		NS		NS
Cadres fonction publique	67	7,5	56	8,9
Cadres d'entreprises	405	3,2	201	6,0
Professions intermédiaires du public	89	9,0	213	8,4
Professions intermédiaires administration entreprises	135	6,7	230	10,9
Techniciens	280	5,7	65	9,2
Contremaîtres	101	4,0	31	-
Employés fonction publique	153	11,8	306	11,4
Employés administration entreprises	55	7,3	320	9,4
Employés commerce	53	9,4	151	9,9
Personnels services particuliers	19	-	59	11,9
Ouvriers qualifiés	444	8,3	70	11,4
Ouvriers non qualifiés	79	12,7	52	9,6
Secteur d'activité		NS		NS
Agriculture, sylviculture	50	8,0	14	-
Industrie manufacturière	593	4,9	254	8,3
Construction	57	3,5	12	-
Commerce	216	8,3	194	9,8
Transports et communications	219	8,7	109	7,3
Activités financières	108	4,6	179	11,2
Immobilier	230	6,5	213	10,3
Administration publique	153	7,2	251	9,2
Santé et action sociale	83	10,8	273	10,3
Services collectifs, sociaux et personnels	39	-	70	4,3

NS : non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01.

particulièrement concernés. Les résultats chez les femmes sont en revanche moins concluants.

Plusieurs limites doivent être évoquées, avec en premier lieu un possible biais de sélection de la population d'étude. Celui-ci serait possible si la participation des médecins à l'étude avait résulté d'une sensibilité accrue vis-à-vis des problèmes de santé mentale (en lien avec la population qu'ils surveillent). Ceci n'a pas été vérifié. D'autre part, les salariés tirés au sort pouvaient refuser de participer ; si ce refus était lié à l'existence d'une souffrance mentale ou à des expositions psychosociales délétères, une sous-estimation des risques est possible. Les refus ont été faibles, selon les retours des médecins du travail participants, malgré une quantification exacte impossible. Bien que le protocole prévoyait que chaque médecin du travail participant recense les refus rencontrés, très peu d'entre eux l'ont effectivement fait. L'analyse de la dizaine de refus documentés n'a pas montré de particularité en termes de secteur ou de profession. Concernant ces refus, c'est le manque de temps qui était principalement avancé. Cet argument pourrait effectivement refléter des conditions de travail particulières mais pas nécessairement. Par ailleurs, la comparaison de la distribution de l'échantillon à la population cible, en termes de sexe, d'âge et d'emploi, *via* les données de recensement, ne va pas dans le sens d'un biais de sélection de l'échantillon observé.

L'échantillonnage *via* les visites périodiques de médecine du travail exclut les salariés en arrêt-maladie, notamment ceux souffrant de troubles dépressifs sévères et donc potentiellement à risque suicidaire. Cette limite pourrait se traduire par une sous-estimation des prévalences observées. L'outil Mini, comme tous les outils, peut présenter des limites. Il est parfois décrit comme pouvant légèrement surestimer les risques. Enfin, le déroulement de l'enquête en milieu de travail aurait pu entraîner des biais de réponse de la part des salariés en minimisant la déclaration d'éventuels problèmes de santé psychique lors de l'interrogatoire. Ce biais nous semble limité ; les résultats concernant

les prévalences des différents troubles de santé mentale (en particulier les troubles dépressifs) sont cohérents avec d'autres études épidémiologiques nationales et internationales, pour lesquelles il n'y a pas eu de recours à la médecine du travail [15].

Cette étude présente en revanche des atouts. Son intérêt majeur repose sur le recours à un outil diagnostique standardisé administré par un tiers et non à une liste de symptômes psychiques recueillis en auto-questionnaire comme c'est souvent le cas. D'une part, l'outil utilisé est destiné à proposer un diagnostic et non une symptomatologie, ce qui est plus précis et, d'autre part, l'intervention d'un tiers formé à la passation du questionnaire a pu limiter la subjectivité des données recueillies. De plus, très peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur un éventail aussi large de professions et de secteurs d'activité. Enfin, la taille de cet échantillon de plus de 4 000 salariés a permis une analyse distincte des hommes et des femmes.

Ces résultats peuvent être comparés aux données de mortalité par suicide issues du programme Cosmop développé à l'InVS [7], dont les analyses portent sur une période d'environ 30 ans jusqu'au début des années 2000. Les résultats issus de ces deux programmes sont cohérents. Un excès de mortalité par suicide des employés et des ouvriers par rapport aux cadres, et de moindre ampleur chez les femmes, est également rapporté. Ce constat a de même été fait à partir des données issues du Baromètre santé 2005 sur les tentatives de suicide [8]. Par ailleurs, les analyses de mortalité selon les secteurs d'activité (menées chez les hommes) décrivent un net excès de risque dans le secteur de la santé et de l'action sociale, le secteur de l'administration publique venant juste après [9]. Bien que non significatifs dans notre étude, nos résultats ont également mis en évidence le niveau de risque suicidaire le plus élevé dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Concernant l'administration publique, on note dans notre étude que, bien que ce secteur ne présente pas d'excès de risque, il s'agit de celui qui présente la plus forte

proportion de personnes à risque suicidaire élevé. D'autres secteurs, comme ceux du commerce et des transports et communications, ont un niveau de risque élevé, bien que non significatif, chez les hommes dans notre étude. Ces tendances n'ont pas été retrouvées sur les données de mortalité. Le décalage temporel entre les deux études est peut-être en partie à l'origine de cette différence. Mais il faut rappeler que le risque suicidaire n'est pas systématiquement prédictif de la mortalité par suicide et que les deux indicateurs ne sont pas totalement superposables.

Il existe très peu d'articles dans la littérature internationale explorant le risque suicidaire en fonction de déterminants professionnels, en particulier sur des échantillons aussi variés en termes de professions et de secteurs d'activité. Pour ce qui est de la mortalité par suicide, l'excès de risque dans le secteur de la santé a été classiquement rapporté au niveau international [1;3;5;16;17] (il en est de même pour le secteur agricole, non représenté dans cette étude). Les résultats concernant les autres secteurs divergent selon les études. Pour ce qui est du secteur des transports et communications, la situation pourrait aussi être spécifiquement française. Il comporte en effet de grandes entreprises, La Poste, la SNCF en particulier, dont les statuts et l'organisation interne ont considérablement évolué lors des deux dernières décennies, entraînant des changements importants et profonds. Concernant les femmes, les résultats sont moins contrastés que ceux des hommes, un âge supérieur à 40 ans étant la seule variable significativement associée au risque suicidaire en analyse multivariée. Les hypothèses avancées dans la littérature épidémiologique sur les différences de mortalité par suicide entre professions sont de deux types [5;16;2;3] : un effet direct du travail *via* l'exposition à des contraintes psychosociales (ou « stress ») [6] et/ou *via* l'accès à des moyens létaux, et un effet indirect du travail *via* le niveau économique [1]. En effet, les faibles revenus et les périodes d'inactivité prédisposeraient à la survenue de troubles dépressifs et de risque suicidaire. C'est d'ailleurs possiblement

Tableau 2 Associations (odds ratio) entre le risque suicidaire et le type d'emploi et l'âge dans l'échantillon Samotrace Rhône-Alpes, France, janvier 2006-mars 2008 / **Table 2** Associations (Odds Ratio) between suicide risk and occupation and age in the Rhône-Alpes Samotrace sample, France, January 2006-March 2008

	Hommes						Femmes					
	Modèle NAF		Modèle NAF et CS		Modèle NAF, CS, âge		Modèle NAF		Modèle NAF et CS		Modèle NAF, CS, âge	
	N=1 694		N=1 692		N=1 689		N=1 538		N=1 537		N=1 532	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Secteur d'activité (référence : industrie manufacturière)												
Agriculture, sylviculture	1,72	[0,58-5,10]	1,34	[0,45-4,04]	1,47	[0,48-4,45]	-	-	-	-	-	-
Construction	0,72	[0,17-3,08]	0,64	[0,15-2,77]	0,66	[0,15-2,88]	-	-	-	-	-	-
Commerce	1,79	[0,97-3,29]	1,63	[0,88-3,05]	1,68	[0,90-3,14]	1,22	[0,63-2,34]	1,12	[0,56-2,21]	1,22	[0,61-2,43]
Transports et communications	1,87	[1,02-3,40]	1,85	[0,97-3,51]	1,76	[0,92-3,35]	0,88	[0,38-2,05]	0,89	[0,37-2,12]	0,89	[0,37-2,13]
Activités financières	0,76	[0,26-2,20]	0,85	[0,28-2,57]	0,82	[0,27-2,48]	1,40	[0,73-2,66]	1,49	[0,75-2,96]	1,41	[0,71-2,82]
Immobilier	1,36	[0,72-2,59]	1,57	[0,81-3,06]	1,60	[0,82-3,11]	1,28	[0,68-2,39]	1,33	[0,69-2,55]	1,39	[0,72-2,68]
Administration publique	1,50	[0,73-3,07]	1,37	[0,64-2,93]	1,34	[0,62-2,88]	1,12	[0,60-2,08]	1,07	[0,55-2,07]	1,01	[0,52-1,97]
Santé, action sociale	2,35	[1,07-5,20]	2,15	[0,95-4,87]	2,01	[0,91-4,68]	1,27	[0,70-2,29]	1,25	[0,66-2,37]	1,18	[0,62-2,24]
Services collectifs sociaux et personnels	-	-	-	-	-	-	0,52	[0,15-1,80]	0,53	[0,15-1,88]	0,55	[0,15-1,93]
Catégorie sociale (référence : cadres)												
Professions intermédiaires			1,38	[0,73-2,61]	1,34	[0,71-2,54]			1,20	[0,66-2,19]	1,20	[0,66-2,18]
Employés			2,47	[1,25-4,85]	2,45	[1,25-4,82]			1,58	[0,90-2,80]	1,53	[0,87-2,70]
Ouvriers			2,31	[1,23-4,32]	2,28	[1,22-4,27]			1,52	[0,66-3,52]	1,45	[0,63-3,36]
Âge (référence : <40 ans)												
≥40 ans					1,43	[0,95-2,16]					1,74	[1,20-2,52]

une partie de l'explication des différences observées ici entre les catégories socioprofessionnelles de premier niveau (ou catégories sociales) qui comportent une forte connotation socio-économique. Par ailleurs, l'existence de troubles de santé mentale antérieurs au début de la vie professionnelle ou à l'emploi actuel peut également gêner l'insertion professionnelle et conduire à occuper des emplois moins favorisés socialement. Il est probable que plusieurs explications co-existent. Cependant, le recours aux analyses multivariées permettant de prendre en compte le sexe, l'âge, l'appartenance à une catégorie sociale, laisse persister les différences d'intensité du risque suicidaire entre secteurs d'activité (bien que celles-ci ne soient pas statistiquement significatives). Ce résultat plaide plutôt dans le sens d'un effet possible du travail. Il est difficile d'aller plus loin dans les interprétations sur ces données et d'autres analyses ultérieures pourront explorer les liens entre des contraintes psychosociales au travail et le risque suicidaire, avec un intérêt particulier pour ces secteurs d'ores et déjà repérés.

Cette étude sur le risque suicidaire selon l'emploi dans un échantillon de salariés couvrant un ensemble de catégories professionnelles et de secteurs d'activité vient compléter les travaux précédemment menés sur la mortalité par suicide. Chez les hommes, le gradient social en faveur des cadres se confirme et le secteur de la santé et de l'action sociale semble plus particulièrement à risque. L'identification de populations vulnérables, en particulier avec un risque suicidaire élevé, devrait aboutir à la mise en place d'actions de prévention spécifique (outre la prise en charge individuelle nécessaire).

Dans ce domaine des suicides en lien avec l'activité professionnelle, éminemment complexe à appréhender du point de vue de l'épidémiologie, la multiplication des études et surtout des approches serait très souhaitable.

Remerciements

Aux médecins du travail du programme Samotrace Rhône-Alpes.

Références

- [1] Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
- [2] Woo JM, Postolache T. The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev*. 2008;7(2):185-200.
- [3] Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med*. 1995;37(4):442-52.
- [4] Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:594-600.
- [5] Stack S. Occupation and suicide. *Soc Sci Q*. 2001;82(2):384-96.
- [6] Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N; Jichi Medical School Cohort Study Group. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. *Psychother Psychosom*. 2007;76(3):177-85.
- [7] Geoffroy-Perez B. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Échantillon démographique permanent. Étude pour la mise en place du programme Cosmop : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. 162 p. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf
- [8] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2010;58(2):139-50.

[9] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010. 8 p. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/rapport_suicide_activite_professionnelle_france.pdf

[10] Cohidon C, Lasfargues G, Arnaudo B, Bardot F, Albouy J, Huez D, *et al*. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006;(46-47):368-70.

[11] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, *et al*. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12:224-31.

[12] Insee. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles PCS. 2003. Disponible à : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

[13] Insee. Nomenclatures d'activités et de produits françaises NAF-CPF. 2003. Disponible à : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/naf2003/naf2003.htm>

[14] StataCorp. Stata statistical Software: Release 11.0. 2010.

[15] Cohidon C, Imbernon E, Goldberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med*. 2009;52(2):141-52.

[16] Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37(8):1131-40.

[17] Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971-2000: a register-based study of trends, levels, and life expectancy differences. *Scand J Public Health*. 2007;35(4):387-95.

L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945

Géraldine Duthé (geraldine.duthe@ined.fr)¹, Angélique Hazard², Annie Kensey², Jean-Louis Pan Ké Shon¹

1/ Institut national d'études démographiques, Paris, France

2/ Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – En France, le niveau de suicide était, en 2011, bien plus élevé en prison qu'en population générale. Nous sommes revenus sur l'évolution du taux brut de suicide en prison depuis 1945 et avons essayé de comprendre les tendances observées.

Matériel et méthodes – Le taux de suicide en prison en France métropolitaine a été comparé depuis 1945 à celui observé en population générale masculine (de 15 à 59 ans). Des données sur trois ans et demi d'observation de séjours sous écrou provenant du fichier national des détenus de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ont permis de confirmer certains facteurs de risque identifiés dans la littérature. Les données annuelles de la DAP ont été mobilisées pour décrire les évolutions survenues dans la population écrouée ayant pu jouer un rôle dans l'évolution du suicide.

Résultats – De 1945 à 2010, le niveau de suicide en prison a beaucoup augmenté, passant de 4 à 19 pour 10 000 personnes, et s'est distingué du niveau observé en population générale. À partir de 1955, la proportion de femmes est devenue marginale et les effectifs de la population écrouée ont augmenté. Après avoir progressé, la part des prévenus a diminué. Plus récemment, les aménagements des courtes peines se sont développés. La part des personnes condamnées pour agression sexuelle a augmenté ainsi que, plus récemment, celle des personnes condamnées pour violence volontaire.

Increase of suicide rates in French prisons since 1945

Introduction – Suicide rates among prison inmates were much higher in 2011 than among the general population. We have presented the prison suicide rates observed in metropolitan France since 1945 and explored the reasons for the observed trends.

Material and methods – The prison suicide rate has been compared to the crude suicide mortality rate observed among the general population (males, 15-59 years) in metropolitan France since 1945. Data on a 3.5 year period of observation drawn from the national register of prisoners held by the French penal administration (DAP) were used to confirm certain risk factors observed in the literature. Available annual data from the DAP were used to describe changes in the prison population which could have affected the suicide rate.

Results – The prison suicide rate has increased significantly in metropolitan France, from 4 to 19 per 10,000 persons between 1945 and 2010, and is much higher than the level observed in the general population. Since 1955, the number of prisoners has increased, but the proportion of women has fallen. After a period of increase, the proportion of pre-trial detainees has also fallen. More recently, alternative solutions to imprisonment have been developed for minor offences. The proportion of individuals convicted of sexual assault has increased, as well as more recently, the proportion of individuals convicted of deliberate violence.