

1 Cet article ne reflète pas la position de la Drees et n'engage que son auteur.

2 Il s'agit ici de personnes identifiées comme présentant un problème de santé mentale ou un besoin de soins à partir de leurs recours aux soins enregistrés dans le système national des données de santé (SNDS). Cette méthode de détection exclut toutes les personnes qui présentent bien un trouble mais ne recourent pas ou pas suffisamment aux soins pour être considérées comme telles. Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2025). Mortalité par suicide : ultime expression des inégalités sociales de santé. Drees, *Études et Résultats*, 1364.

3 Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2025).

4 Observatoire national du suicide. (2023). *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 – Effets contrastés au sein de la population et maître chez les jeunes* (p. 273-284). Drees.

5 Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jacob.

6 Par exemple : Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58.

7 Faris, R. E. L. et Dunham, H. W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas: an Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses* (p. 9). Univ. Chicago Press.

8 Baudelot, C. et Establet, R. (2018). Le suicide, un fait social. Dans I. Coutant et S. Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. CNRS Éditions.

9 Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Flammarion.

10 Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviante et Société*, 30(2), 203-232.

Valentin Berthou

Adjoint au chef de bureau

Mission recherche,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques¹ (Drees)

La prévention du geste suicidaire au-delà du médical

Le lien entre le suicide et les pathologies psychiques est établi de manière forte. Parmi les personnes qui mettent fin à leurs jours, 50 % sont porteuses d'un trouble psychiatrique avéré ou ont consommé des psychotropes avant leur décès². Pour l'autre moitié, la santé mentale semble altérée par des éléments qui ne sont pas reconnus comme relevant d'une nature psychiatrique chronique.

Les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de l'Observatoire national du suicide (ONS) établissent une corrélation statistique robuste entre le niveau de vie des personnes selon leur revenu et le risque de passer à l'acte³. C'est également le cas pour le risque d'hospitalisation à la suite de gestes auto-infligés⁴. Le gradient social montre distinctement que plus les individus sont pauvres et plus ils sont exposés aux risques suicidaires. On peut dès lors considérer que le suicide est une forme de pathologie sociale, au sens où les conditions d'existence dans la société jouent un rôle déterminant sur les comportements individuels.

Le suicide : l'ancrage social d'un acte individuel

Les troubles psychiques peuvent également être reliés à des causes sociales. Le sociologue Alain Ehrenberg⁵ montre ainsi à quel point les dépressions semblent se constituer comme une forme de souffrance psychique prenant naissance dans les transformations contemporaines de la société et les injonctions, parfois contradictoires, qui s'imposent aux individus. D'autres auteurs considèrent que la « maladie mentale » résulterait en premier lieu d'une forme de perturbation sociale qui toucherait prioritairement les plus pauvres, plus exposés du fait de leur manque de ressources pour s'adapter⁶.

Cette relation n'est pas nouvelle, très tôt la sociologie a documenté les effets de la dégradation des conditions matérielles d'existence sur la santé physique et mentale des individus, et donc la relation entre les conditions sociales et la survenue de souffrances psychiques⁷. Plus tôt encore, les travaux fondateurs d'Émile Durkheim ne faisaient du suicide qu'un « fait social » et excluaient – avec l'autorité de la discipline naissante⁸ – toute cause psychique au phénomène.

Cette conception est restée ancrée dans la sociologie qui s'est historiquement donné comme cadre d'étudier les déterminants sociaux qui peuvent altérer la santé mentale. La discipline s'est ensuite prolongée via des travaux plus connus à l'image de ceux sur l'enfermement ou les asiles de Michel

Foucault et Erving Goffman. Mais il est étonnant de constater que la place de la santé mentale est restée globalement minoritaire dans la sociologie et que ces travaux, comme ceux de Roger Bastide dans les années 1960⁹, sont restés au moins jusque dans les années 2010 sans réelle descendance¹⁰.

La difficile articulation d'une lecture sociologique et du sanitaire pour la prévention

Aujourd'hui, l'absence de transversalité entre les approches disciplinaires apparaît encore très marquée dans les études sur le suicide. D'un côté, les sciences sociales axées sur l'explicitation du phénomène par des causes sociales se tiennent à bonne distance des pratiques de soin, nonobstant de nombreux travaux récents sur le care. De l'autre, les acteurs du monde médical, emmenés majoritairement en France par la psychiatrie publique, développent des outils et des protocoles pour prévenir le geste suicidaire ou sa récurrence. Cette approche repose davantage sur un raisonnement probabiliste de la prévalence du risque et adopte une lecture plus individuelle de la pathologie psychique. Elle est devenue majoritaire dans le champ de la suicidologie¹¹.

En contrepoint de ces positions, des chercheurs en sciences sociales ont émis des critiques sur les fondements théoriques de la suicidologie. De leur point de vue, elle tendrait à psychopathologiser¹² et médicaliser¹³ le suicide en occultant ses dimensions sociologiques. Le réseau Critical Suicide Studies Network propose une lecture alternative en introduisant des travaux sur de nouvelles transformations sociales (telles que les injustices sociales liées au néolibéralisme, les injustices de genre, les inégalités raciales ou l'effet de l'anthropocène) visant ainsi à réencadrer la compréhension du suicide dans une analyse politique et culturelle plus large et intersectionnelle¹⁴.

La position centrale de la psychiatrie dans les études sur le suicide est également visible dans l'activité clinique. Bien que de nombreux acteurs médicaux fassent face à des patients en situation de mal-être, la psychiatrie demeure la discipline qui fait autorité pour gérer la crise suicidaire. Le centrage de la prise en charge sur une base médicalisée du mal-être pose question, notamment si l'on considère les éléments évoqués plus haut qui exposent au risque suicidaire, à savoir des déterminants sociaux. N'y a-t-il pas là un paradoxe au fait de proposer une voie médicalisée à la crise suicidaire?

11 La suicidologie est une discipline scientifique de santé publique tournée vers l'action et la prévention du suicide.

12 Aujard, M.-F. (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Recherches sociographiques*, 48(3), 161-174.

13 Canevascini, M. (2018). La médicalisation des problématiques suicidaires : l'exemple d'un service d'urgence psychiatrique. *Criminocorpus*, (10).

14 Pour une bonne synthèse de ces enjeux, se référer à l'introduction du numéro de *Déviances et Société* (p. 9) : Drongiti, A. et Brossard, B. (2024). Sociologie du suicide : approches contemporaines. *Déviance et Société*, 48(1), 7-20.

15 Canevascini, M. (2009). Accompagner un patient suicidaire. *Pensée plurielle*, 22(3), 99-109.

16 Santé publique France. (s.d.). *Prévention du suicide : Vigilans, un dispositif efficace face au risque de récurrences des tentatives de suicide*. Santé publique France.

17 Voir, par exemple, la discussion à ce sujet dans : Garrec, I. et Vuattoux, A. (2024). Introduction : Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation. *Agora débats/jeunesses*, 97(2), 46-55.

18 Brossard, B. et Chandler, A. (2022). *Explaining Mental Illness: Sociological Perspectives*. Bristol University Press.

19 Insee. (2025). *Insee Première*, 2063.

20 Observatoire des inégalités. (2021). *Rapport sur les inégalités en France* (4^e éd.). Observatoire des inégalités.

On pourrait aussi se demander si le recours aux services psychiatriques (nécessaire dans de nombreux cas) n'est pas un mésusage par rapport aux causes. En dépit de sa tendance à raisonner sur des éléments de trajectoire individuelle, la psychiatrie considère néanmoins le lien social comme un élément central de protection contre les comportements suicidaires. Dans un travail empirique mené dans des cliniques où étaient hospitalisés des patients suicidaires, l'anthropologue Michela Canevascini a observé que les psychiatres se retrouvent confrontés à ce qu'ils nomment une « pathologie du lien¹⁵ ». Les jalons posés par la sociologie durkheimienne restent donc présents dans les pratiques. Le souci de l'autre et l'importance du lien sont mobilisés pour aiguiller les dispositifs de prévention, à l'image du programme national Vigilans dont l'objectif est de maintenir un contact régulier des patients qui ont été hospitalisés pour une tentative de suicide et de faire baisser sa récurrence¹⁶.

De nouveaux dispositifs pour promouvoir le soutien à la santé mentale

Ces dernières années, les acteurs du soin ont développé de nombreux outils et dispositifs de prévention afin de faire baisser le nombre de suicides, d'hospitalisations pour gestes auto-infligés et leurs récurrences, ou d'atténuer la souffrance pour les personnes endeuillées (postvention). La France s'est même dotée d'une stratégie nationale de prévention qui propose d'articuler différents outils et mesures. Nous souhaitons ici souligner plusieurs aspects et limites qui nous semblent importants.

Le premier est contextuel puisqu'on assiste depuis quelques années à une montée en puissance des problématiques de santé mentale dans l'espace public, sans doute accélérée par la crise du Covid-19. Bien que discutée sur ses fondements et ses contours, la notion se démocratise au point qu'elle a été propulsée pour 2025 en grande cause nationale.



Deuxièmement, l'invitation à prendre soin de sa/la santé mentale et, in fine, à lutter contre les suicides, appelle à un maillage d'acteurs plus large. À ceux, « classiques », que sont les soignants (les psychiatres, les psychologues, ou les médecins traitants, par exemple), les associations de prévention

du suicide et les travailleurs sociaux, s'ajoutent de nouveaux dispositifs qui se déploient afin d'élargir le nombre de personnes concernées, à l'image des formations premiers secours en santé mentale (PSSM), de l'engagement de municipalités à travers les conseils locaux de santé mentale ou les dispositifs de pair-aidance. Ces « dispositifs de santé mentale » visent à renforcer les capacités des organisations, à mieux coordonner leurs actions et à mieux informer les citoyens sur les risques ou les ressources mobilisables.

Troisièmement, il faut souligner la fragilité du secteur psychiatrique qui est en crise. Les moyens dévolus à la prise en charge de pathologies chroniques sont insuffisants. Sans des moyens plus structurels pour faire face, même les stratégies pensées de manière pluridisciplinaires sont sujettes à caution du point de vue de leur capacité à tenir leurs objectifs. Quatrièmement, il existe un risque que ces dispositifs individualisent la question de la santé mentale. S'il semble bénéfique de permettre aux citoyens de mieux gérer leur état mental et d'être attentifs aux autres pour concourir à l'émergence d'une société du care, cette perspective ne doit pas faire reposer toute la charge de la santé mentale sur l'individu. Cinquièmement, une grande partie de ces dispositifs agit selon un mécanisme qualifié en santé publique de prévention « primaire » pour lequel l'objectif est de réduire l'incidence des taux de troubles psychiques. Ce faisant, il s'agit donc d'ajuster les dispositifs médicaux aux populations avec de plus en plus d'acuité.

Réduire les inégalités comme prévention primaire

À la suite de ces observations, il nous faut revenir au point de départ de cet article : pour une grande partie des suicides, les déterminants socio-économiques sont une clé de compréhension majeure du phénomène. Dès lors, c'est sur la base de ces éléments qu'il serait souhaitable de prioriser l'action, d'autant plus que les inégalités sociales en France sont à un niveau historiquement haut depuis trente ans¹⁹.

Ainsi, un ambitieux exercice de santé publique consisterait à cibler la réduction des inégalités sociales, et par extension de santé, en diminuant les écarts de niveau de vie. En effet, comme dans d'autres champs de la prévention, les plans spécialisés peuvent s'avérer coûteux et peu efficaces lorsqu'il s'agit de lutter contre les effets négatifs issus des fortes inégalités sociales²⁰. Un des leviers est donc d'augmenter les niveaux de vie des plus faibles pour qu'ils puissent être moins à risques et moins exposés. C'est ce que préconise l'Observatoire des inégalités en s'appuyant sur des constats en épidémiologie et des analyses en sciences sociales.

Ce faisant, il s'agit d'amorcer une transformation plus profonde, préalable à la prévention « primaire » en santé publique, et à même de mieux lutter contre la dégradation des liens sociaux à la base. Une telle opération permettrait sans doute aussi de désenclaver la prise en charge des patients suicidants du secteur médical. Et conférerait une place plus importante à différents acteurs du social à même de construire et d'entretenir ce lien social si protecteur. ▶