

1 Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final report* (p. 8). World Health Organization.

2 Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action*. Igas; Fassin, D. (2020). *Leçon inaugurale au Collège de France : Les inégalités de vies* [Vidéo]. YouTube; Observatoire des inégalités. (2020). *Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent*;

3 Avis n° A-2022-1 sur les inégalités sociales de santé. (s. d.). *Légifrance*.

4 Haut Comité de la santé publique. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* (Avis et rapports) (p. 8-9). Éditions de l'École nationale de la santé publique.

5 Sassi, C., Guéguen, R., Moulin, J.-J., Abric, L., Dauphinot, V., Dupré, C., Giordanela, J.-P., Girard, F., Guenot, C., Labbé, É., La Rosa, E., Magnier, P., Martin, E., Royer, B., Rubirola, M. et Gerbaud, L. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*, 18(4), 513-522.

6 Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A. et Economou, M. (2014). Suicide, Unemployment and Other Socioeconomic Factors: Evidence from the Economic Crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 394-9; Antonakakis, N. et Collins, A. (2014). The Impact of Fiscal Austerity on Suicide: On the Empirics of a Modern Greek Tragedy. *Social Science et Medicine*, 112, 395-40; Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M. et Hadjichristodoulou, C. (2015). What Has Happened to Suicides During the Greek Economic Crisis? Findings from an Ecological Study of Suicides and their Determinants (2003-2012). *BMJ Open*, 5(3).

**Kushtrim Bislimi**

**Psychologue social et du travail**

Chargé de mission inégalités sociales et territoriales de santé et postvention individuelle  
Pôle national 3114

**Lucie Sharkey**

**Psychologue clinicienne**

# Inégalités sociales et territoriales de santé, précarité et prévention du suicide : champs d'action et limites du 3114

**L**es inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé entre des groupes d'appartenance à l'intérieur d'un pays et entre les pays<sup>1</sup> ». Elles sont visibles dans le champ de la santé somatique, dans celui de la santé mentale, et structurent l'épidémiologie des conduites suicidaires. Depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 et la charte d'Ottawa en 1986, les accords internationaux mettent l'accent sur la nécessité de créer des politiques de santé qui tiennent compte de ces inégalités et ont pour objectif de les réduire. Pourtant, sur le territoire français, de nombreux rapports, études ou colloques ministériels alertent sur la persistance de ces inégalités<sup>2</sup>. En 2022, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNDCH) a enjoint le gouvernement à adopter un ensemble de recommandations pour y remédier<sup>3</sup>. Le sujet est donc porté au niveau international et national. S'il concerne un ensemble de domaines politiques et sociaux qui ont un impact sur la santé, il est nécessaire que les acteurs de la santé le prennent au sérieux.

Le 3114 engage une réflexion au long cours sur cette thématique depuis sa structuration, son ouverture en octobre 2021 et jusqu'à aujourd'hui. La thématique des ISTS dans le champ du suicide implique de s'intéresser à un ensemble divers de déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire de facteurs comme l'âge, le genre et la catégorie socioprofessionnelle qui conditionnent notre santé. Cependant, nous traiterons ici de la prise en compte, au sein du 3114, des enjeux liés à la précarité. Celle-ci peut être définie comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités [...] permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux<sup>4</sup> ». En ce sens, la précarité ne doit pas être entendue uniquement comme un synonyme de pauvreté, mais comme une insécurité fondamentale, en lien avec un ensemble de données comme l'emploi, le logement, la protection sociale ou les revenus<sup>5</sup>.

## La précarité comme facteur de risque en suicidologie

Penser les liens entre précarité et prévention du suicide, c'est tisser ensemble des perspectives sanitaires et sociales. Cela invite à mesurer toutes les manières dont l'activité d'un dispositif de prévention du suicide peut être affectée par son contexte social et politique. Par exemple, de nombreuses études retrouvent une association positive entre la dégradation de l'économie d'un pays et l'augmentation du taux de suicide des habitants du pays<sup>6</sup>. Cette tendance à l'augmentation du taux de suicide se poursuivrait même au-delà de la restabilisation de l'économie, particulièrement dans les populations les plus vulnérables. Quel que soit le contexte économique, les politiques de réduction des protections sociales iraient de pair avec une fragilisation de la santé mentale<sup>7</sup> et une augmentation des suicides<sup>8</sup>. Ces constats rendent tangible la limite d'un dispositif comme le 3114 : il ne peut modifier à lui seul les déterminants macroéconomiques. Il doit articuler son action avec des stratégies locales, tout en plaidant en faveur d'une interopérabilité plus large visant à rendre effectives les interventions.

**PENSER LES LIENS ENTRE PRÉCARITÉ ET PRÉVENTION DU SUICIDE, C'EST TISSER ENSEMBLE DES PERSPECTIVES SANITAIRES ET SOCIALES**

En complément, toute réflexion sur la précarité attire l'attention sur certains déterminants sociaux, comme le revenu qui « permet davantage de choix, la possibilité de contrôler ses circonstances de vie, des facteurs susceptibles d'être étroitement liés au degré de stress dans la vie<sup>9</sup> ». Le groupe professionnel mérite également qu'on s'y attarde : en France, le taux de suicide serait presque trois fois plus élevé chez les employés, notamment les ouvriers, que chez les cadres<sup>10</sup>. Un autre enjeu est celui de l'état de l'activité professionnelle (l'emploi, le chômage, l'invalidité ou autre). En effet, le taux de suicide serait presque deux fois supérieur chez les chômeurs que chez les salariés en emploi<sup>11</sup> et l'expérience du chômage serait susceptible de fragiliser bien après le fait d'avoir retrouvé un travail. Pour finir, l'étude « Demetriq » met en lumière le différentiel de suicide entre les populations plus éduquées et celles qui le sont le moins, à différents âges de la vie<sup>12</sup>.

7 Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C. et Brown, H. (2021). Effects of Social Security Policy Reforms on Mental Health and Inequalities: A Systematic Review of Observational Studies in High-Income Countries. *Social Science and Medicine*, 272, 113717.

8 Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., Loopstra, R., Reeves, A. et Whitehead, M. (2016). 'First, Do No Harm': Are Disability Assessments Associated with Adverse Trends in Mental Health? A Longitudinal Ecological Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(4), 339345; DeSimone, J. (2018). Suicide and the Social Security Retirement Age. *Contemporary Economic Policy*, 36(3), 435450.

9 Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg Yngwe, M. et Kölegård, M. L. (2010). The Potential Power of Social Policy Programmes: Income Redistribution, Economic Resources and Health. *International Journal of Social Welfare*, 19(s1), 4.

10 Cohidon, C., Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M. et Imbernon, E. (2010). *Suicide et activité professionnelle en France : Premières exploitations de données disponibles*. Institut de la veille sanitaire.

11 Cohidon, C., Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M. et Imbernon, E. (2010).

12 Lorant, V., Kapadia, D., Perelman, J. et the Demetriq study group. (2021). Socioeconomic Disparities in Suicide : Causation or Confounding? *Plos One*, 16(1).

13 Reiss, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F. et Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic Status, Stressful Life Situations and Mental Health Problems in Children and Adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *Plos One*, 14(3).

14 Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet Psy*, 156(7), 29-34.

15 O'Connor, R. C. et Kirtley, O. J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.

Comment intégrer concrètement ces éléments à une activité comme celle du 3114? Tout d'abord en faisant le lien avec nos modèles de compréhension des conduites suicidaires. Mesurer l'impact du revenu sur les possibilités de participer au lien social, c'est l'entendre comme un élément fragilisant du lien social et permet de faire le lien avec la théorie interpersonnelle du suicide de Thomas Joiner. Dans une perspective plus développementale, comprendre que moindre niveau d'éducation et désavantage économique surexposent à des événements de vie adverse depuis le plus jeune âge<sup>13</sup> met en lumière l'impact

de la précarité sur les trajectoires de vie des personnes suicidaires. Comprendre combien la précarité nécessite une mobilisation continue des ressources permet d'en appréhender le caractère « usant » psychiquement, mais aussi à quel point elle réduit la disponibilité mentale nécessaire à la reconnaissance et à l'expression de la détresse, et diminue la capacité à initier des démarches d'aide<sup>14</sup>. Sur le plan théorique, le modèle motivationnel-volitionnel permet de lier ces déterminants sociaux aux processus psychologiques conduisant aux idées suicidaires puis au passage à l'acte<sup>15</sup>. Par ailleurs, le concept de littératie en santé, cher aux études en inégalités de santé, permet de comprendre qu'un faible niveau de littératie en santé mentale – donc une plus grande difficulté à se repérer dans les dispositifs de soin et à identifier sa propre souffrance – peut être interprété comme une barrière au soin. Ce constat est à ajouter aux barrières d'accès aux soins psychiques que les soignants connaissent davantage (tels que les stigmates liés à la demande d'aide ou le biais d'autosuffisance, par exemple).

### De la compréhension aux méthodes d'application

Au niveau du pôle national du 3114, la prise en compte des enjeux liés à la précarité est donc passée par une exploration de la littérature, un tissage des perspectives sociales et sanitaires et, enfin, une acculturation du champ des inégalités de santé aux modèles de compréhension du suicide. Le 3114 a structuré une réponse en trois temps, soit la conscientisation, l'appropriation et l'intégration. La phase de conscientisation a pour objectif d'acculturer l'ensemble des métiers du dispositif aux enjeux des ISTS et d'identifier l'existence de publics potentiellement manquants parmi les appelants. La phase d'appropriation vise à expliciter la contribution de chaque métier à l'ensemble des professionnels – les répondants, les chargés de missions territoriales,



les assistantes sociales, ainsi que l'ensemble des parties prenantes au sein du 3114. Enfin, l'intégration consiste à inscrire ces principes dans les pratiques de terrain. Concrètement, dans la réponse téléphonique, cela signifie de se rendre compte du niveau de littératie en santé de l'appelant, d'adapter le langage, de prendre en compte les barrières économiques et symboliques à la mise en œuvre des orientations proposées, de mobiliser l'assistante sociale lorsque cela est pertinent et d'appliquer concrètement le principe d'universalisme proportionné. Les personnes vulnérabilisées socialement sont davantage

étayées. Sur le plan territorial, cela renvoie au renforcement des réseaux partenariaux, au ciblage des territoires à forte mortalité par suicide et à l'élaboration d'outils sociotechniques pour soutenir l'action des chargés de missions territoriales.

La posture du 3114 est donc double : être une ressource d'appui immédiate, capable d'accueillir, de soutenir et d'orienter des personnes en grande détresse psychique, tout en s'insérant dans des dynamiques locales visant à réduire l'isolement des publics et à améliorer l'accès aux droits et aux soins. Cela passe également par la création et le déploiement d'outils internes concrets favorisant cette meilleure prise en compte, tels que la rédaction d'un référentiel de bonnes pratiques professionnelles, la mise en place d'une formation nationale, des vignettes cliniques ainsi que des fiches repères. La démarche retenue reconnaît explicitement les limites méthodologiques : il n'est pas attendu du 3114 qu'il démontre une réduction directe des ISTS, mais qu'il documente et évalue les processus mis en œuvre (soit la formation, l'acculturation, la construction partenariale et l'adaptation relationnelle). En ce sens, le dispositif joue un rôle d'interface entre santé publique, action sociale et ressources de proximité, en essayant de faire en sorte que l'universalisme du service ne devienne pas, paradoxalement, une source de reproduction des inégalités.

Pour conclure, l'intervention en prévention du suicide doit conjuguer une haute exigence relationnelle en ligne et une stratégie territoriale active, appuyées sur les déterminants sociaux et territoriaux. Agir dans ce champ, pour le 3114, c'est accepter d'opérer à la fois sur l'immédiateté de la détresse et sur les processus locaux qui en construisent la prévalence, dans une logique d'« universalisme proportionné » et de coconstruction avec les acteurs des territoires les plus fragiles. ▶