

# 1. ÉTAT DE SANTÉ

## 1.6. Suicide

Le fait de se donner délibérément la mort témoigne certes de graves problèmes personnels mais aussi d'une dégradation de l'environnement social dans lequel vit un individu. Le suicide peut être l'aboutissement de différents facteurs. Il est plus susceptible de se produire durant des périodes de crise liée à des problèmes relationnels, à une consommation abusive d'alcool ou de drogue, au chômage, à une dépression ou à d'autres formes de troubles psychiques. C'est pourquoi il est souvent utilisé comme un indicateur indirect de la santé mentale d'une population. Il est toutefois possible que, dans certains pays, le nombre de suicides soit sous-estimé du fait qu'il s'agit d'un acte stigmatisant (voir « Définition et comparabilité »).

Le suicide est une cause de décès importante dans de nombreux pays de l'OCDE. Ainsi, on a dénombré près de 150 000 décès par suicide en 2009. Les taux de décès par suicide les plus faibles ont été enregistrés dans les pays d'Europe du Sud (Grèce, Italie et Espagne), au Mexique et en Israël, où l'on a dénombré 6 décès par suicide ou moins pour 100 000 habitants (graphique 1.6.1). Les taux les plus élevés, supérieures à 19 décès pour 100 000 habitants, ont été observés en Corée, dans la Fédération de Russie, en Hongrie et au Japon. Il existe un rapport de 1 à 10 entre la Grèce et la Corée, qui affichent respectivement le taux le plus faible et le taux le plus élevé.

Les taux de décès par suicide sont généralement trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (graphique 1.6.1), et cet écart entre les sexes est resté relativement stable. La Corée, où les femmes sont davantage exposées au risque de suicide que dans les autres pays de l'OCDE, fait exception. L'écart entre hommes et femmes est moindre pour les tentatives de suicide, ce qui témoigne du fait que les femmes ont généralement recours à des méthodes moins radicales que les hommes. Le suicide est également lié à l'âge, les personnes de moins de 25 ans et les personnes âgées étant des sujets particulièrement à risque. Si le taux de suicide au sein de la population âgée a, de manière générale, baissé au cours des vingt dernières années, les progrès ont été moindres au sein de la population jeune.

Les taux de suicide ont diminué dans beaucoup de pays de l'OCDE depuis 1995, en particulier en Estonie, au Luxembourg, en Autriche, où ce recul a atteint ou dépassé 40 % (graphique 1.6.2). En revanche, ils ont augmenté en Corée, au Chili, au Mexique, au Japon et au Portugal, même si ce taux reste faible au Mexique et s'il est stable depuis la fin des années 90 au Japon. En Corée, le taux de suicide parmi les hommes a plus que doublé, passant de 17 pour 100 000 en 1995 à 39 pour 100 000 en 2009 et le taux de suicide parmi les femmes est le plus élevé de la zone OCDE, à 20 pour 100 000 (graphique 1.6.3). Entre 2006 et 2010, le nombre de personnes traitées pour dépression ou troubles bipolaires a fortement augmenté en Corée (de 17 % et 29 % respectivement) ; en outre,

les personnes les plus défavorisées risquent davantage d'être touchées (HIRA, 2011). La crise économique, l'affaiblissement de l'intégration sociale et l'érosion du soutien familial traditionnel apporté aux personnes âgées concourent à expliquer l'augmentation récente des taux de suicide en Corée (Kwon et al., 2009).

Le suicide est souvent lié à la dépression et à l'abus d'alcool ou d'autres substances. Le dépistage précoce de ces problèmes psychosociaux au sein des groupes à risque par la famille et les professionnels de santé doit faire partie des objectifs des campagnes de prévention du suicide et doit s'accompagner d'un soutien et d'un traitement efficaces. Beaucoup de pays cherchent à agir en faveur de la santé mentale et mettent au point des stratégies nationales de prévention, en ciblant les groupes à risque (Hawton et van Heeringen, 2009). En Allemagne, en Finlande et en Islande, les programmes de prévention du suicide reposent sur des mesures visant à promouvoir une étroite collaboration multisectorielle et la constitution de réseaux entre différents intervenants (NOMESCO, 2007).

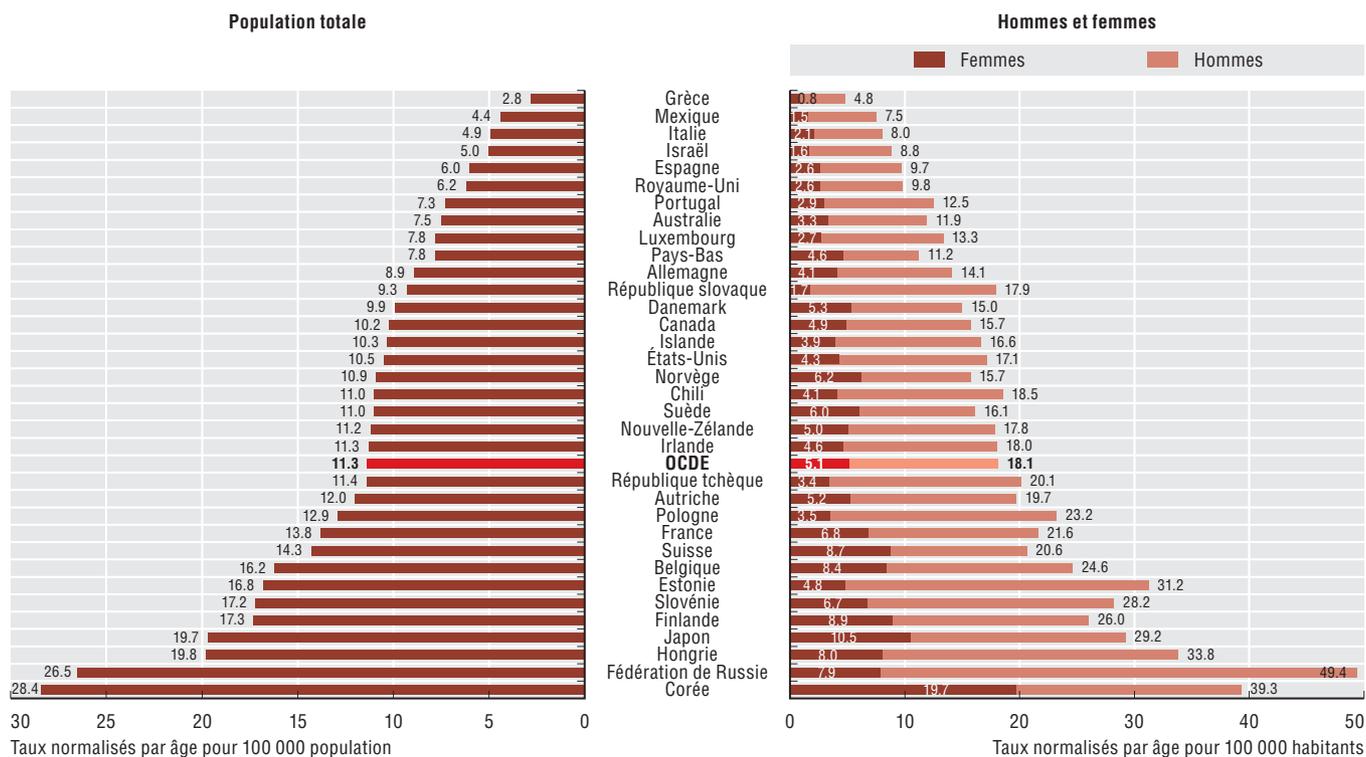
### Définition et comparabilité

L'Organisation mondiale de la santé définit le suicide comme un acte délibéré, accompli par une personne qui sait parfaitement ou espère qu'il aura une issue fatale. La comparabilité internationale des taux de suicide peut être altérée par les critères de déclaration, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, la réalisation ou non d'une enquête médico-légale et les dispositions relatives au caractère confidentiel de la cause du décès. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des différences de taux entre pays.

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement normalisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 1980, ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité*. Les décès par suicide sont les décès dont la cause correspond aux codes X60 à X84 de la CIM-10. Mathers et al. (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

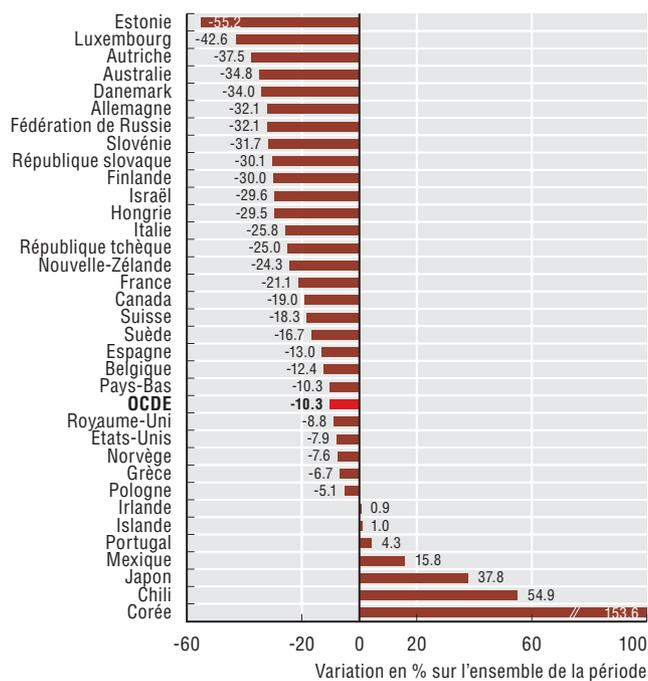
### 1.6.1 Taux de mortalité due à un suicide, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932528060>

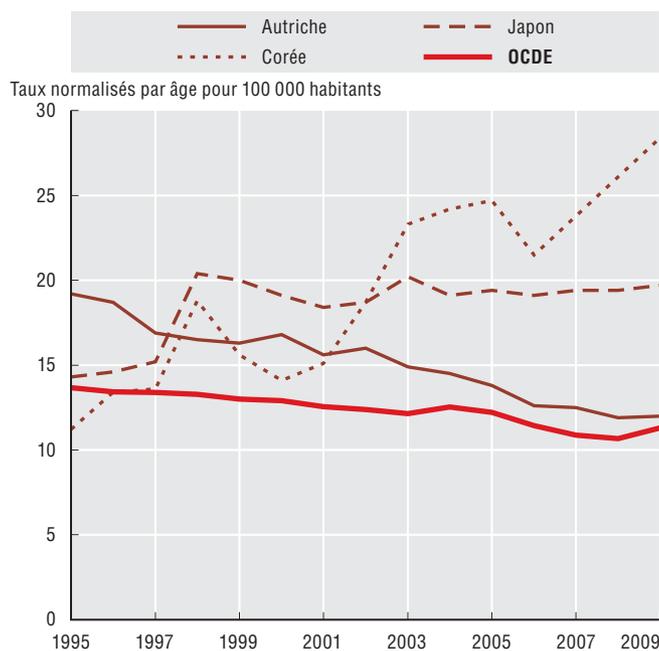
### 1.6.2 Variation des taux de suicide, 1995-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

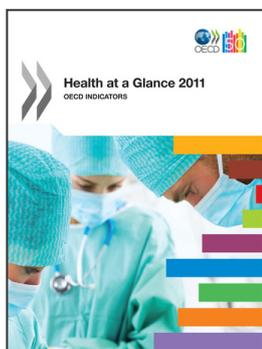
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932528079>

### 1.6.3 Évolution des taux de suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1995-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932528098>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2011**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2011), « Suicide », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-9-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-9-fr)

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).