

# 1. ÉTAT DE SANTÉ

## 1.7. Suicide

Le fait de se donner délibérément la mort témoigne certes de graves problèmes personnels mais aussi d'une dégradation du climat social dans lequel vit un individu. Bien qu'un certain nombre de facteurs différents puissent conduire à mettre fin à ses jours, un suicide est plus susceptible d'avoir lieu pendant une période de crise associée à un divorce, à la consommation abusive d'alcool et de drogues, au chômage, à une dépression nerveuse ou à différentes formes de maladie mentale. C'est pourquoi le suicide est souvent utilisé comme un indicateur indirect de la santé mentale d'une population. Il est possible toutefois que, dans certains pays, le nombre des suicides soit sous-estimé en raison du tabou dont cet acte continue de faire l'objet.

Le suicide est une cause de décès importante dans de nombreux pays de l'OCDE; on en a dénombré 140 000 en 2006. En 2006, les pays les moins touchés par le suicide ont été les pays d'Europe méridionale (Grèce, Italie et Espagne), le Mexique et le Royaume-Uni, avec moins de sept décès pour 100 000 habitants (graphique 1.7.1). Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Corée, en Hongrie, au Japon et en Finlande avec un taux de 18 décès et plus pour 100 000 personnes. Il existe un rapport de 1 à 7 entre la Grèce et la Corée, qui enregistrent respectivement le plus bas et le plus haut taux.

Depuis 1990, les taux de suicide ont diminué dans de nombreux pays de l'OCDE; ils ont fortement baissé (40 % et plus) au Danemark, au Luxembourg et en Hongrie (graphique 1.7.3). En dépit de ces progrès, la Hongrie a toujours un taux de suicide parmi les plus élevés dans les pays de l'OCDE. À l'opposé, les taux de suicide ont le plus augmenté depuis 1990 en Corée, au Mexique et au Japon, bien que les taux du Mexique restent relativement bas.

En Corée et au Japon, les taux de suicide sont aujourd'hui très supérieurs à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.7.4). En Corée, les taux de suicide chez les hommes ont presque triplé, passant de 12 pour 100 000 en 1990 à 32 pour 100 000 en 2006 et, parmi la population féminine, ces taux sont les plus élevés dans les pays de l'OCDE (13 pour 100 000). La crise économique, l'affaiblissement de l'intégration sociale et l'érosion du soutien familial traditionnel aux personnes âgées ont été mentionnés pour expliquer l'augmentation récente des taux de suicide en Corée (Kwon et al., 2009).

En général, dans les pays de l'OCDE, les taux de décès par suicide sont entre trois et quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (graphique 1.7.2) et cet écart entre les sexes a été relativement stable dans le temps. L'écart entre hommes et femmes est moindre pour les tentatives de suicide, ce qui reflète le fait que les femmes ont généralement recours à des méthodes moins radicales que les hommes.

Le suicide est également lié à l'âge, les moins de 25 ans et les personnes âgées étant des sujets particulièrement à risque. Si le taux de suicide parmi la population âgée a, de manière générale, baissé au cours des 20 dernières années, pratiquement aucun progrès n'a été observé parmi les jeunes.

Dans la mesure où les suicides sont, dans la grande majorité des cas, liés à un état dépressif ou à la consommation abusive d'alcool et autres substances toxiques, la détection précoce de ces problèmes psychosociaux dans les catégories à risque par les familles, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé doit être un élément des campagnes de prévention du suicide et doit s'accompagner d'un soutien et d'un traitement efficaces. Le suicide fait l'objet d'une attention croissante dans le monde et de nombreux pays élaborent des stratégies nationales de prévention, ciblant en particulier des groupes à risque (Hawton et van Heeringen, 2009). En Finlande et en Islande, les programmes de prévention du suicide reposent sur des efforts visant à promouvoir une forte collaboration multisectorielle et la constitution de réseaux entre différents intervenants (NOMESCO, 2007).

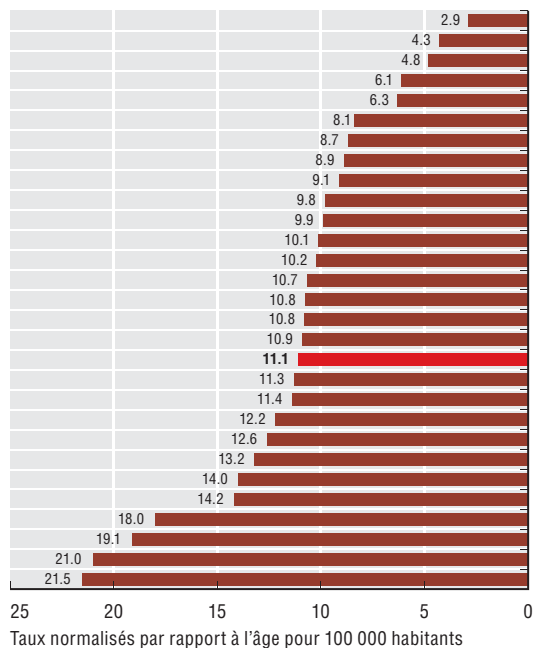
### Définition et écarts

L'OMS définit le suicide comme un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale.

Les taux de mortalité sont estimés à partir du nombre brut de décès d'après la base de données sur la mortalité de l'OMS. L'OMS a publié une évaluation générale de la couverture, du degré d'exhaustivité et de la fiabilité des données sur les causes de décès (Mathers et al., 2005). Les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

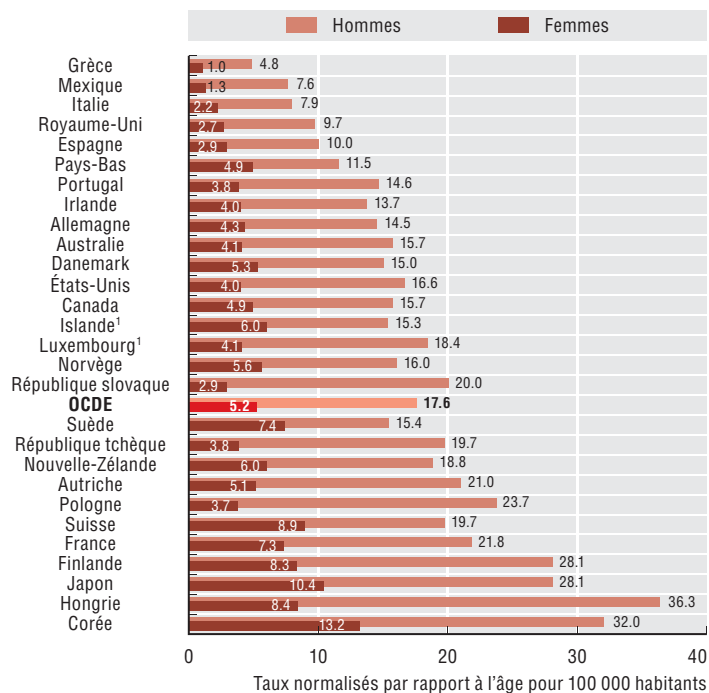
La comparabilité internationale des taux de suicide peut être altérée du fait d'un certain nombre de critères de déclaration, notamment la manière dont on établit le caractère intentionnel de l'acte, les personnes habilitées à établir le certificat de décès, le fait qu'une enquête de médecine légale est ou non effectuée et les dispositions relatives au caractère confidentiel de la cause du décès. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des différences entre pays.

### 1.7.1 Taux de mortalité due à un suicide, population totale, 2006 (ou dernière année disponible)

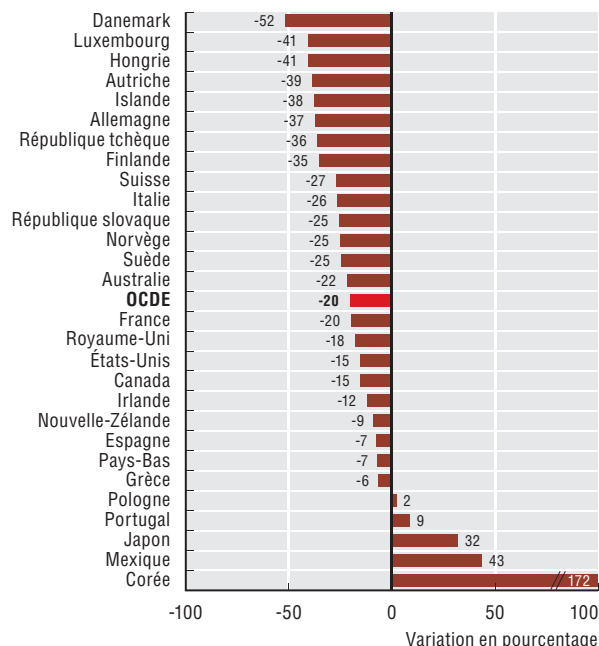


1. Moyenne sur trois ans.

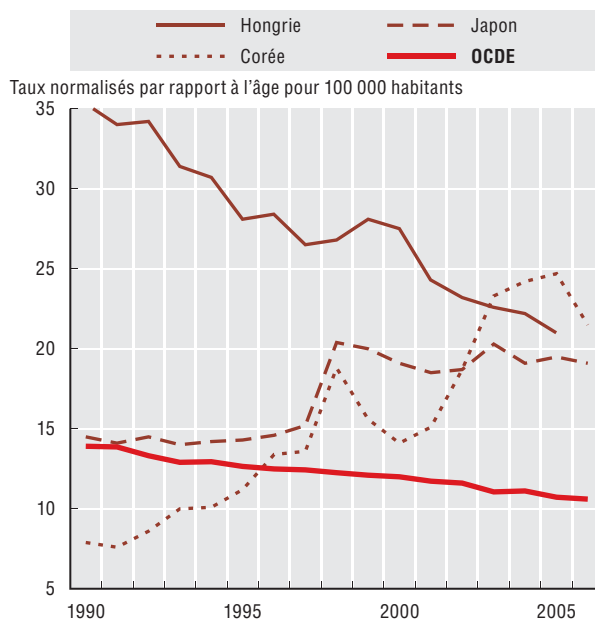
### 1.7.2 Taux de mortalité due à un suicide, hommes et femmes, 2006 (ou dernière année disponible)



### 1.7.3 Variation des taux de suicide, 1990-2006 (ou année la plus proche)



### 1.7.4 Évolution des taux de suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/721052757687>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

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

OCDE (2009), « Suicide », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-9-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-9-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).