

FICHE 3

Cartographie des taux de suicide standardisés : la France dans la moyenne supérieure des pays de l'UE-27

Lisa Troy (DREES)

Contexte

À l'échelle mondiale, les données recensant les suicides sont de qualité très hétérogène¹. Le problème de la qualité des données de mortalité n'est pas spécifique au suicide mais, compte tenu de la sensibilité de cette question, une mauvaise classification – conduisant à une sous-évaluation des suicides – est probablement plus fréquente que pour d'autres causes de décès.

En Europe, cependant, les pays ont mis en place un cadre commun pour l'enregistrement des causes de décès, avec une définition standardisée du suicide ; ils appliquent ainsi des règles strictes qui limitent les risques de sous-estimation. La production statistique européenne dans ce domaine est régie par le règlement (UE) n° 328/2011, et les causes de décès (CDD) sont codées conformément aux normes établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon la classification internationale des maladies dans sa dernière révision (CIM-10). Au sein de cette classification, les suicides sont recensés dans les catégories qui incluent respectivement les lésions « auto-infligées »², autrement dit les empoisonnements ou blessures infligés de manière volontaire, ainsi que les décès résultants des séquelles ou des effets « tardifs » de ces lésions (c'est-à-dire survenant un an ou plus après les lésions) [encadré 1]³.

Nous présentons ici une analyse de la qualité des données européennes, ainsi que les principaux résultats de la comparaison des taux de suicide standardisés, entre la France et les autres pays européens⁴.

1. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie des taux de suicide pour la quasi-totalité des pays du monde, tout en reconnaissant la faible qualité de ces données compte tenu de l'absence de référentiel commun et du nombre limité de pays disposant d'un véritable état civil. Voir <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

2. Codes CIM-10 X60-X84 et X870.

3. Pour le décompte des euthanasies légales, voir dossier 1.

4. Les données utilisées se limitent au niveau national. Des données régionales sont toutefois disponibles sur le site d'Eurostat au niveau NUTS 2 (nomenclature des unités territoriales statistiques 2).

Malgré des biais de sous-estimation, les taux de suicide au sens d'Eurostat peuvent être comparés entre pays européens

Le cadre réglementaire européen ne garantit pas *a priori* une comparabilité parfaite des données, les différences culturelles entre pays d'Europe pouvant influencer le décompte des décès répertoriés comme suicides. Des facteurs tels que la religion ou les normes sociales peuvent jouer un rôle dans la manière dont les décès sont rapportés. Dans certains pays, la stigmatisation liée au suicide peut en effet inciter les autorités administratives et médicales, à la demande ou non des familles, à ne pas déclarer un décès comme étant un suicide en l'absence de preuves explicites d'intention suicidaire. Cette réticence, souvent motivée par le désir d'éviter la honte sociale ou les sanctions religieuses, rend plus difficile la collecte de données précises sur le suicide (Björkenstam, *et al.*, 2014 ; OCDE, 2016).

La variabilité des méthodes d'enregistrement des suicides (Värnik, *et al.*, 2010) et du contenu des certificats de décès (Millares Martin, 2020) peut également affecter ce décompte. Ces divergences sont en partie attribuables à la complexité de la procédure d'enregistrement des suicides qui implique des considérations médicales et juridiques. Elles sont également dues aux différences dans la formation, l'expérience et l'interprétation des règles par les professionnels responsables de la rédaction des certificats de décès. Ainsi, pour les méthodes de suicide où l'intention est ambiguë (noyades, overdoses, accidents de la route), certains pays (l'Irlande et les Pays-Bas par exemple) exigent que les décès ne soient classés comme suicide qu'en l'absence de tout doute raisonnable, ce qui peut affecter à la baisse le nombre de décès répertoriés comme tel ; tandis que d'autres (l'Allemagne, l'Estonie, le Portugal, la Belgique et l'Autriche par exemple) adoptent une approche médicale basée sur une évaluation des probabilités (Värnik, *et al.*, 2010). L'exemple de la France montre par ailleurs que la méthodologie d'enregistrement des suicides peut évoluer au fil du temps et affecter le nombre de suicides recensés (voir dossier 2) ; ainsi, en 2018, l'ajout de la catégorie Suicide aux certificats de décès et la remontée systématique (jusqu'à partielle) des certificats de décès des instituts médico-légaux au niveau national ont entraîné une augmentation significative du nombre de suicides rapportés, après une longue période de baisse.

Au-delà des considérations sociales et administratives, des raisons financières peuvent également inciter à sous-déclarer les suicides. En France, par exemple, le bénéficiaire désigné d'un contrat d'assurance-vie ne recevra pas l'argent de l'assurance si l'assuré se suicide au cours de la première année du contrat.

L'ampleur de la sous-déclaration découlant de ces biais n'est pas mesurable pour chaque pays. Une manière indirecte, pour l'approximer, consiste à s'intéresser à la prévalence de certaines causes de décès, et notamment des décès dont l'intention n'est pas déterminée,

des empoisonnements et des noyades accidentelles⁵ (Värnik, *et al.*, 2012⁶). En examinant ces causes de décès (**encadré 1**), il apparaît que si sous-déclaration il y a, elle est d'ampleur limitée (excepté en Slovaquie), et qu'elle joue plutôt comme un facteur mino- rant les écarts de taux de suicide entre pays. Nous considérons donc (une fois exclue la Slovaquie) que les données sont suffisamment robustes pour permettre des analyses pays par pays, par genre et par âge.

Encadré 1 • Définition du suicide et incertitudes quant à la qualification des décès

Pour l'analyse présentée ici, la définition du suicide retenue est stricte : les suicides s'apparentent aux décès résultant de lésions auto-infligées¹. Cependant, plusieurs études proposent d'étendre le cadre de la définition à l'ensemble des décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée² ; une catégorie dans laquelle une analyse approfondie des circonstances de décès (Swain, *et al.*, 2019) révèle que se trouvent souvent un nombre important de suicides. L'ampleur de cette sous-estimation varie fortement selon les études, généralement de 10 % à 30 % en fonction des pays étudiés (Allemagne, Taïwan, Finlande, France et Suède) [Winkler, *et al.*, 2010 ; Wang, Chou, 1997 ; Ohberg, Lonnqvist, 1998 ; Chappert, *et al.*, 2003 ; Björkenstam, *et al.*, 2014]. Or, en élargissant la définition du suicide à cette catégorie, ce sont globalement les mêmes pays que ceux identifiés avec la définition stricte du suicide qui continuent d'afficher les taux de suicide les plus élevés (**graphique encadré**). En particulier, la division géographique entre le sud et l'est de l'Europe demeure : les taux de suicide sont nettement plus bas dans les pays d'Europe du Sud que dans ceux de l'Est³. La Slovaquie se distingue toutefois par un taux de décès dus à des événements d'intention indéterminée bien plus élevé que les autres pays européens (19,9 décès pour 100 000 personnes), dépassant de près de 2,5 fois son taux de suicide, alors qu'aucun autre pays européen n'affiche un taux supérieur à 1 pour cet indicateur. Par ailleurs, bien que peu d'études aient été menées sur ce sujet, une analyse suggère que le nombre de décès d'origine indéterminée aurait augmenté dans le temps en Slovaquie, conjointement à une baisse du nombre de suicides, et que cette augmentation toucherait principalement

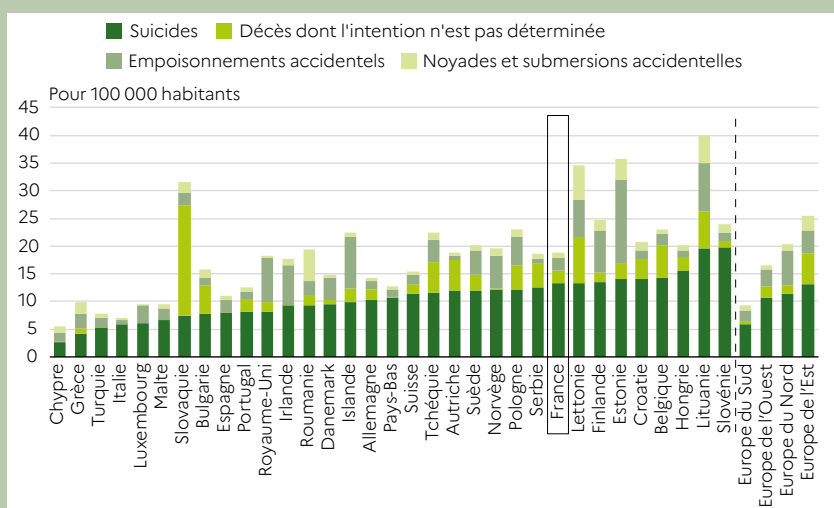
5. Les causes « mal définies et inconnues » (CIM-10 R95-R99) ont été exclues de l'analyse car Eurostat ne fournit pas de classification détaillée de leurs sous-catégories (morts subites, décès sans témoin et autres causes) et la littérature scientifique n'utilise pas cette catégorie. Des travaux complémentaires portant sur celle-ci pourraient être envisagés dans les années à venir.

6. Par exemple, l'étude de Värnik considère que la fiabilité des données sur le suicide peut être estimée en fonction de deux critères. D'une part, le taux de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée ne doit pas être supérieur à 2 pour 100 000 personnes. D'autre part, la proportion de ces décès par rapport au nombre total de suicides ne doit pas excéder 20 %. Ces deux critères ont été établis à partir du taux moyen de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée dans les pays de l'UE-14 (1,97 pour 100 000) et du ratio moyen entre ces décès et le nombre de suicides dans ces pays (0,194 soit 19,4 %). En 2021, ces critères étaient respectivement de 1,76 pour 100 000 et de 0,180 soit 18,0 %. Leur application remet en question la fiabilité des données de plusieurs pays, principalement situés en Europe de l'Est (voir encadré 1 pour la définition des régions), et notamment la Slovaquie, la Bulgarie, la Tchéquie, l'Estonie, la Pologne, la Suède, l'Islande ou la Belgique.

des hommes âgés de 70 ans ou plus, la tranche d'âge déjà identifiée comme étant la plus à risque de suicide (Sivcova, *et al.*, 2023). Au vu de ces informations – et des taux particulièrement élevés de décès dus à des événements d'intention indéterminée – il ne paraît pas possible de classer avec certitude la Slovaquie parmi les pays à faible ou à fort taux de suicide. C'est pourquoi ce pays a été exclu de l'analyse.

Enfin, certains suicides peuvent être retrouvés dans les catégories noyades⁴ et empoisonnements (supposés) accidentels⁵, bien que cela soit moins fréquent que pour les décès provenant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée (Chang, *et al.*, 2010 ; Snowdon, Choi, 2020). Cependant, même en incluant ces catégories dans la définition du suicide, l'ordre des pays reste généralement inchangé et l'écart entre Europe du Sud et Europe de l'Est persiste à quelques exceptions près. Certains pays (pays baltes et Islande notamment) affichent des taux particulièrement élevés d'empoisonnements accidentels, représentant jusqu'à 42 % des décès étudiés ici (ensemble des décès par suicide, par noyade ou empoisonnement accidentel ou dont l'intention est indéterminée ; graphique).

Graphique • Taux de mortalité selon une définition extensive du suicide, par catégorie, standardisé par l'âge, en 2021



Note - On appelle ici « définition extensive du suicide » la prise en compte des décès résultant de lésions auto-infligées (codes X60-X84 et X870), mais également d'événements dont l'intention est indéterminée (codes Y10-Y34 et Y872), d'empoisonnements (codes X40-X49) et de noyades ou submersions accidentelles (codes W65-W74). Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE.

Lecture - En France, en 2021, pour 100 000 habitants, il y a eu 13,3 décès par suicide, 2,3 décès dont l'intention n'est pas déterminée, 2,2 décès accidentels par empoisonnement et 0,9 décès accidentels par noyade.

Champ - Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source - Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

Ces chiffres pourraient être expliqués par des cas d'intoxication au monoxyde de carbone, liés à des équipements de chauffage vétustes et à des espaces peu ou mal ventilés, plus fréquents dans ces pays où les hivers sont froids et longs (GBD, 2023). Les noyades accidentelles sont quant à elles principalement observées dans les pays de l'Europe de l'Est, représentant jusqu'à 29 % de l'ensemble constitué par les décès par suicide, par noyade ou empoisonnement accidentel ou dont l'intention est indéterminée (Roumanie).

1. Codes CIM-10 X60-X84 et X870.

2. Codes CIM-10 Y10-Y34 et Y872.

3. L'Europe du Sud inclut Chypre, la Grèce, l'Italie, Malte, l'Espagne et le Portugal ; l'Europe du Nord inclut le Danemark, la Suède, la Finlande, la Norvège et l'Islande ; l'Europe de l'Ouest inclut le Luxembourg, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Allemagne, la France, l'Autriche, la Suisse, le Royaume-Uni et la Belgique ; enfin, l'Europe de l'Est inclut la Roumanie, la Bulgarie, la Pologne, l'Estonie, la Serbie, la Tchéquie, la Croatie, la Hongrie, la Slovénie, la Lituanie, la Lettonie et la Slovaquie (dans l'encadré 1 uniquement). Eurostat met également à disposition des données pour la Turquie.

4. Codes CIM-10 W65-W74.

5. Codes CIM-10 X40-X49, correspond aux intoxications accidentelles par des médicaments, d'autres substances pharmacologiques, de l'alcool, des solvants, des gaz, des pesticides ou des produits chimiques.

Une prévalence du suicide plus élevée en Europe de l'Est, plus faible en Europe du Sud

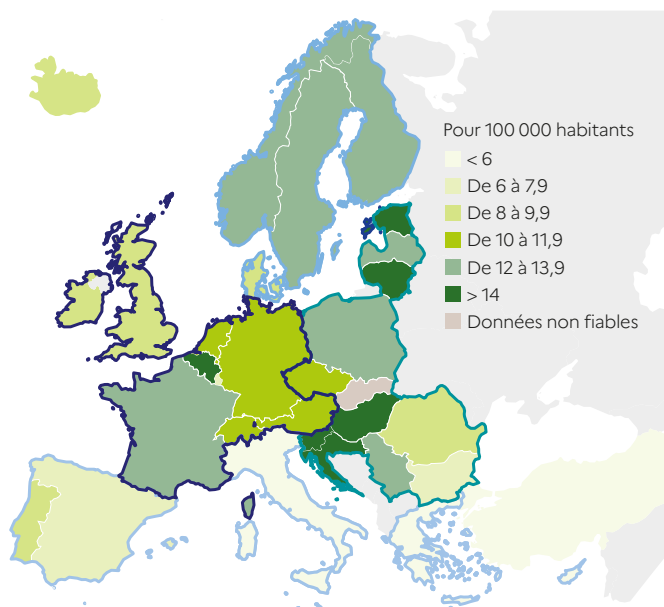
En 2021, la mortalité par suicide standardisée par l'âge (**encadré 2**) s'établit en moyenne à 10,2 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-27, contre 12,4 en 2011. Les taux de mortalité par suicide les plus bas sont enregistrés dans les pays d'Europe du Sud (respectivement 2,7, 4,2 et 5,9 décès pour 100 000 habitants à Chypre, en Grèce et en Italie, pour une moyenne de 5,9 décès par suicide pour 100 000 habitants). Des taux relativement faibles, inférieurs à 8 décès pour 100 000 habitants, sont également observés en Turquie ou au Luxembourg (**carte 1**). De l'autre côté du spectre, le taux de mortalité par suicide est près de deux fois supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 en Slovénie (19,8 décès pour 100 000 habitants) et en Lituanie (19,5 décès pour 100 000 habitants). La moyenne dans les pays d'Europe de l'Est se révèle généralement plus élevée que pour le reste du continent avec un taux de 13,6 décès pour 100 000 habitants. En France, ce taux s'établit à 13,3 en 2021, en dessous de ceux de la Finlande (13,5) et de la Belgique (14,3), mais au-dessus de la moyenne des pays d'Europe de l'Ouest (10,6) et du Nord (11,4).

Encadré 2 • Méthodologie et définitions

Selon la méthodologie utilisée par Eurostat, le taux de mortalité standardisé par l'âge est obtenu en calculant une moyenne pondérée des taux de mortalité spécifiques à chaque tranche d'âge. Le facteur de pondération est la répartition par âge de la population européenne standard (*European Standard Population, ESP*), par tranche d'âge de 5 ans, des moins de 5 ans aux 95 ans ou plus. L'ESP mobilisée

dans ce cas correspond à la répartition moyenne sur la période 2011-2030, calculée sur la base des projections démographiques de 2010. La standardisation par l'âge permet de rendre plus comparable des pays ayant des structures démographiques différentes, le suicide variant fortement en fonction de l'âge. Elle permet également de neutraliser l'effet du vieillissement dans le temps, en ajustant les données pour éliminer l'influence des changements dans la structure démographique entre différentes périodes. Enfin, la standardisation par âge d'Eurostat permet de comparer les taux de suicide des hommes et des femmes en neutralisant l'écart de structure démographiques entre genres.

Carte 1 • Répartition géographique des taux de mortalité par suicide, standardisés par l'âge, en 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, en 2021, le taux de mortalité standardisé par suicide (c'est-à-dire le taux qu'on observerait si la France avait la structure par âge de la population européenne [encadré 2]) est compris entre 12 et 13,9 décès pour 100 000 habitants.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

La littérature scientifique suggère que la part élevée de personnes s'identifiant comme croyantes (toutes religions confondues) dans les pays d'Europe du Sud et en Turquie⁷ joue un rôle protecteur, le suicide étant condamné par les doctrines religieuses (Van Praag, 2009 ; Norko, *et al.*, 2017 ; Lawrence, *et al.*, 2016). Cet effet protecteur trouve son explication dans des mécanismes impliquant le réseau social des individus et leur intégration à celui-ci. Son intensité varie selon le degré de désapprobation du suicide par une religion particulière (Norko, *et al.*, 2017). Des différences existent ainsi selon les religions, les personnes se définissant comme catholiques (principalement dans l'Europe du Sud) étant moins susceptibles de commettre ou de tolérer un suicide que celles se définissant comme protestantes (principalement dans l'Europe du Nord) [Torgler, Schaltegger, 2014 ; Halbwachs, 2002]. Les pratiques religieuses en elles-mêmes sont par ailleurs associées à des niveaux plus bas de divorces et de consommation d'alcool, deux facteurs aggravant du risque suicidaire (Berggren, 1997). Il y a cependant quelques exceptions, comme la Pologne, où une part importante de la population s'identifie comme catholique (76 % de la population [Ipsos, 2023]) malgré un taux de suicide relativement élevé (12,2 suicides pour 100 000 habitants), bien qu'inférieur à la moyenne des pays d'Europe de l'Est (13,6 suicides pour 100 000 habitants).

Les comportements suicidaires sont également influencés par la structure familiale : les pays de l'Europe du Sud comptent une proportion moins élevée de personnes vivant seules, une situation qui augmente le risque de suicide (O'Connor, *et al.*, 2022 ; Shaw, *et al.*, 2021). En 2022, selon les données d'Eurostat⁸, cette proportion est de 8,0 % à Chypre, 9,9 % au Portugal, 10,9 % en Espagne et 11,5 % à Malte, comparé à une moyenne de 15,8 % dans l'ensemble des pays de l'UE-27. Enfin, le climat plus chaud dans les pays de l'Europe du Sud peut notamment rendre la dépression saisonnière moins probable que dans d'autres régions d'Europe, notamment celles du Nord et de l'Est (Fountoulakis, *et al.*, 2016).

Une réduction significative des taux de mortalité par suicide ces dix dernières années

En 2011, dans les pays de l'UE-27, le nombre moyen de décès par suicide s'élevait à 12,4 pour 100 000 habitants, contre seulement 10,2 décès pour 100 000 habitants en 2021, soit une baisse moyenne de 1,9 % par an. On constate une baisse similaire dans la quasi-totalité des pays étudiés sur cette même période. La baisse la plus importante est observée au Luxembourg avec une réduction de 6,1 % par an en moyenne, faisant passer le taux de 11,5 à 6,1 décès pour 100 000 habitants. Viennent ensuite la Lituanie, pays qui affichait

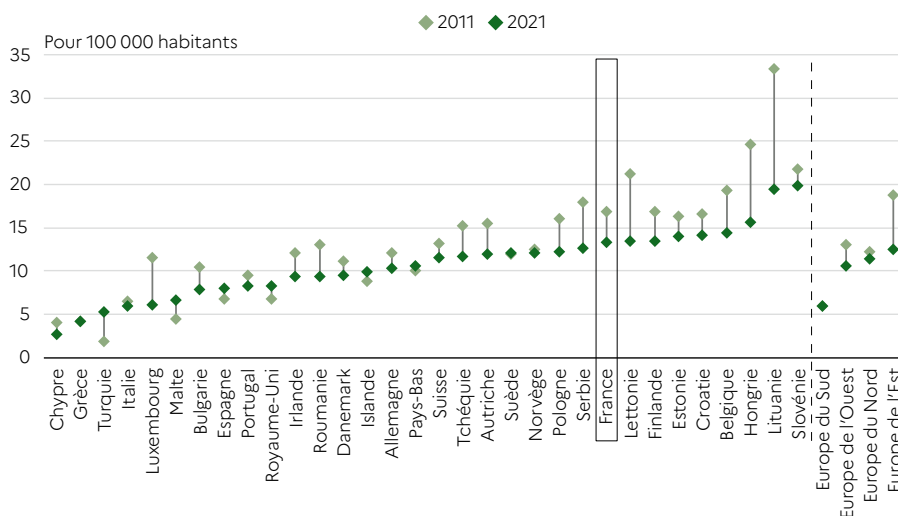
7. Selon une enquête menée en 2023 par Ipsos auprès de 20 000 répondants âgés de moins de 75 ans dans 26 pays, la proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir une religion varie de près de 86 % en Turquie, à moins de 50 % en Suède (46 %), aux Pays-Bas (46 %) et au Royaume-Uni (48 %). En France, ce taux s'établit à 57 %. De manière générale, une scission géographique s'opère, opposant une Europe du Sud plus religieuse (70 % en Italie, par exemple) à une Europe du Nord majoritairement laïque (Ipsos, 2023). Cette enquête est d'ailleurs confirmée par d'autres (Jenik, 2022).

8. Enquête européenne annuelle EU-SILC (European Statistics on Income and Living Conditions) qui documente les questions de revenus, de conditions de vie, de pauvreté et d'exclusion sociale ; variable utilisée : « distribution de la population par type de ménage ».

initialement le taux de mortalité par suicide le plus élevé (-5,2 % par an, passant de 33,4 à 19,5 décès pour 100 000) et la Lettonie (-4,5 % par an, soit une réduction de 21,2 à 13,4 pour 100 000)⁹.

En France, la baisse s'établit en moyenne à 2,3 % par an entre 2011 et 2021 (passant de 16,8 à 13,3 décès pour 100 000 habitants) (**graphique 1**). Ces résultats pourraient être mis en relation avec le fait que la plupart des pays étudiés se sont engagés à suivre le plan d'action 2013-2030 de l'OMS¹⁰ pour la santé mentale et à œuvrer en faveur de l'objectif mondial consistant à réduire d'un tiers le taux de suicide dans les pays d'ici 2030 (OMS, 2022).

Graphique 1 • Évolution des taux de mortalité par suicide, standardisés par l'âge, entre 2011 et 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni s'arrêtent en 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, le taux de décès standardisé par suicide est passé de 16,8 à 13,3 décès pour 100 000 habitants entre 2011 et 2021.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

9. Parallèlement, le nombre de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée a considérablement fluctué, même si aucune tendance claire ne se dégage. Par exemple, bien que ce taux ait augmenté en Roumanie, Belgique et Autriche, il a diminué en Pologne, Irlande et Allemagne, simultanément à une baisse des suicides. De manière similaire, il a augmenté en Islande et diminué aux Pays-Bas et en Espagne conjointement à une hausse des suicides dans ces pays. Il est ainsi difficile de tirer des conclusions définitives pour cette catégorie qui regroupe plusieurs causes de décès ; les variations observées peuvent notamment être dues à des changements méthodologiques au sein des pays ou à l'introduction de nouvelles catégories dans les certificats de décès.

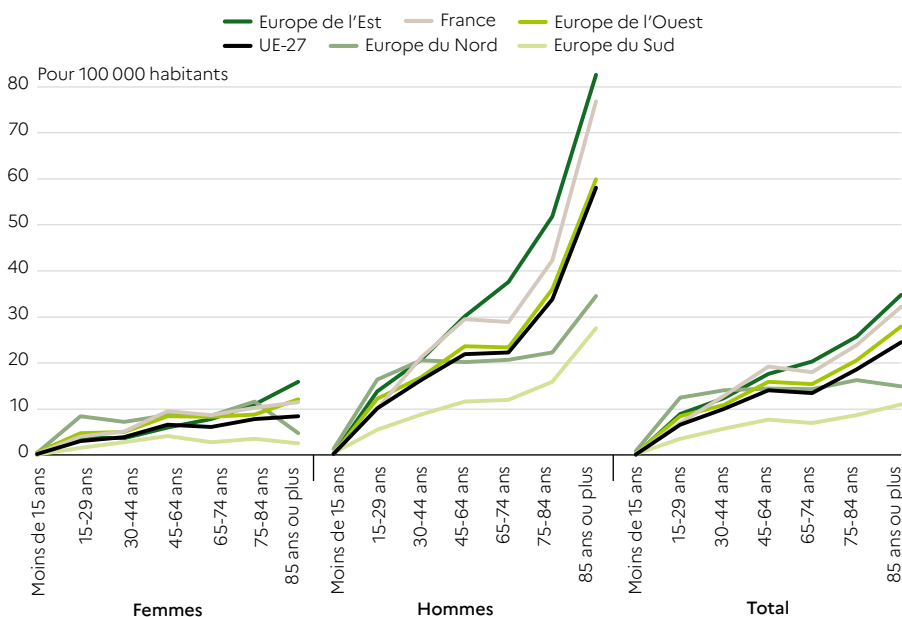
10. Le plan d'action de l'OMS pour la santé mentale est structuré autour de plusieurs objectifs stratégiques visant à améliorer la santé mentale à l'échelle mondiale. Parmi les objectifs du plan d'action, on peut mentionner : le renforcement des systèmes de santé dans l'objectif de fournir des services de santé mentale intégrés et accessibles ; la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ; l'amélioration de l'accès aux soins et aux traitements pour les personnes atteintes de troubles mentaux ; l'amélioration de la collecte de données sur la santé mentale.

En revanche, les taux de suicide ont augmenté de manière significative en Turquie (11,4 % par an, passant de 1,8 à 5,3 décès pour 100 000 habitants) et à Malte (3,9 % par an, soit une augmentation de 4,5 à 6,6 décès pour 100 000), même si ces deux pays présentaient initialement des taux de suicide très bas comparativement aux autres pays européens. Si ces données indiquent une réduction notable des écarts entre les pays européens en matière de taux de suicide, des disparités importantes persistent néanmoins.

Dans toute l'Europe, les hommes âgés sont plus susceptibles de mettre fin à leurs jours

Le suicide est étroitement lié à l'âge. Il est ainsi quasi inexistant chez les moins de 15 ans. À l'inverse, dans la grande majorité des pays européens, les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. En moyenne, dans les pays de l'UE-27, on dénombre 19,1 suicides de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 000 habitants, contre seulement 5,7 pour les 15-44 ans et 0,2 pour les moins de 15 ans (respectivement 24,9, 6,8 et 0,3 en France) [graphique 2].

Graphique 2 • Taux de suicide selon le genre et l'âge, en 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, en 2021, le taux de suicide des personnes âgées de 65 à 74 ans s'établit à 18,2 suicides pour 100 000 habitants, contre 7,1 pour les personnes âgées de 15 à 29 ans.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

L'écart le plus élevé est observé en Serbie, où les personnes âgées de 65 ans ou plus se suicident près de 8 fois plus que les 15-44 ans (33,9 contre 4,2 décès pour 100 000 habitants). En moyenne, les écarts les plus importants sont observés dans les pays d'Europe de l'Est (3,7 fois plus, soit 27,1 contre 7,3 décès pour 100 000 habitants) et de l'Ouest (3,2 fois plus, soit 21,5 contre 6,7 décès pour 100 000 habitants). De l'autre côté du spectre, c'est en Islande (12,9 décès pour 100 000 habitants), en Estonie (11,5), en Lituanie (10,3) et en Finlande (10,3) que les taux de suicide des 15-44 ans sont les plus élevés. En Islande et en Irlande, les plus jeunes sont même davantage susceptibles de mettre fin à leurs jours que les personnes âgées (respectivement 12,9 et 7,4 décès pour 100 000 habitants parmi les 15-29 ans et les 30-44 ans, contre 10,9 et 6,0 décès pour 100 000 habitants parmi les 75-84 ans et les 85 ans ou plus). De manière générale, les pays d'Europe du Nord se distinguent des autres pays européens par le fait que le taux de suicide des jeunes y est relativement proche de celui des personnes âgées (respectivement 12,6 et 14,3 suicides pour 100 000 habitants parmi les 15-29 ans et les 30-44 ans, contre respectivement 16,4 et 15,1 suicides pour 100 000 habitants parmi les 75-84 ans et les 85 ans ou plus).

De plus, les différences de taux de suicide entre hommes et femmes – bien que présentes à tous les âges – deviennent particulièrement marquées à partir de 75 ans. À cet âge, les taux de suicide sont près de 6 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'UE-27 (5,5 fois plus en France). Ce ratio grimpe ensuite jusqu'à 7 pour les 85 ans ou plus (6,7 en France). Les hommes de 85 ans ou plus se suicident même jusqu'à 20,2 fois plus que les femmes du même âge en Grèce et jusqu'à plus de 14 fois plus au Portugal (14,4) et en Finlande (14,3).

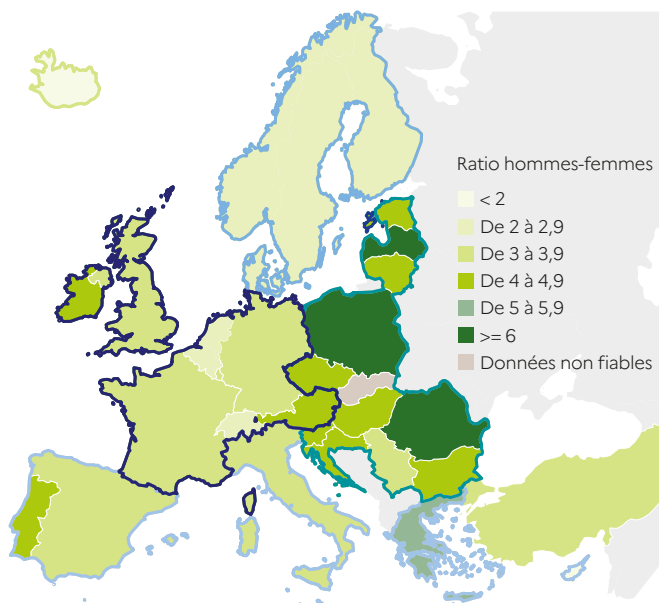
Les facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées incluent le handicap physique, les déficiences fonctionnelles et les douleurs chroniques, qui augmentent significativement avec l'âge (Tang, Crane, 2006). De plus, plusieurs études suggèrent que, lorsqu'elles envisagent le suicide, les personnes âgées planifient davantage leur geste que les plus jeunes et utilisent des méthodes plus létales, telles que la pendaison ou le saut d'une hauteur suffisante (Conwell, *et al.*, 2011 ; Crestani, *et al.*, 2019). Enfin, la perte d'un être cher, en particulier du conjoint, peut également contribuer au risque suicidaire. Cela se remarque particulièrement chez les hommes qui connaissent une augmentation plus marquée du risque suicidaire immédiatement après la perte d'un être proche (Erlangsen, *et al.*, 2004 ; De Leo, 2022).

En Europe, à âge comparable, les hommes se suicident de deux à huit fois plus que les femmes

Dans l'ensemble des pays européens, en 2021, les taux de décès par suicide, standardisés par l'âge, sont deux à huit fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (**carte 2**). Les écarts sont particulièrement prononcés en Lettonie (8,0 fois plus : 3,3 contre 26,5 décès pour 100 000 habitants), en Pologne (6,6 fois plus : 3,3 contre 22,1 décès pour 100 000 habitants),

en Roumanie (6,6 fois plus : 2,6 contre 17,2 décès pour 100 000 habitants), et plus généralement dans les pays d'Europe de l'Est où le taux de suicide des hommes est près de 5 fois supérieur à celui des femmes. À l'inverse, Chypre enregistre le plus faible écart (1,8 fois plus : 2,0 contre 3,5 décès pour 100 000 habitants). Les pays d'Europe du Nord affichent également des ratios relativement bas, même si le suicide des hommes y demeure 2,5 fois plus élevé que celui des femmes. En France, les hommes se suicident 3,5 fois plus que les femmes (6,2 contre 21,7 décès pour 100 000 habitants).

Carte 2 • Répartition géographique du ratio du taux de mortalité par suicide hommes-femmes, standardisé par l'âge, en 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, en 2021, le ratio hommes-femmes de taux standardisé de mortalité par suicide est compris entre 3 et 3,9.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

La disparité des taux de suicide entre hommes et femmes est en partie attribuable aux stéréotypes liés à la masculinité auxquels les hommes sont confrontés – tels que la force, la virilité ou l'indépendance – et qui les empêchent souvent de chercher de l'aide en cas d'épisode dépressif (Houle, *et al.*, 2008). Dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et de l'ancien bloc soviétique, les normes sociales confèrent également aux hommes la responsabilité de subvenir aux besoins de la famille. Dans ce contexte, les pressions socio-économiques telles que le chômage – associé à la précarité financière et au risque accru d'isolement social – augmentent significativement la probabilité des hommes de

mettre fin à leurs jours (Payne, *et al.*, 2008 ; Möller-Leimkühler, 2003). Cela a notamment été observé à la chute du bloc soviétique, face aux bouleversements sociaux (notamment l'autonomisation et l'émancipation des femmes) et économiques rapides qui en ont résulté (Bluhm, *et al.*, 2021).

D'autres facteurs contribuent également aux taux élevés de suicide chez les hommes, comme la consommation excessive d'alcool. La littérature scientifique indique à ce sujet que les hommes ont tendance à boire davantage que les femmes. En moyenne, dans les pays de l'UE-27, 13 % des hommes consomment quotidiennement de l'alcool contre 4,1 % des femmes (EHIS, 2019). Or, cette consommation excessive est associée à un risque accru de suicide, en particulier lorsqu'il s'agit d'alcools forts, une pratique plus fréquente dans les pays d'Europe de l'Est que dans le reste de l'Europe (Landberg, 2008). Il demeure toutefois complexe d'établir une relation causale entre suicide et consommation d'alcool, ces deux paramètres étant également liés à d'autres facteurs significatifs tels que la dépression ou la détresse psychologique. On notera néanmoins qu'en 2021, les quatre pays qui présentent les taux de décès des hommes pour troubles mentaux liés à l'alcool les plus élevés d'Europe sont aussi les pays dans lesquels les hommes se suicident le plus (respectivement 27,2 ; 21,9 ; 15,4 et 15,3 décès pour consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants en Slovaquie, Lettonie, Croatie ou Pologne, contre 6,1 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'UE-27) [Eurostat, 2021].

Enfin, les méthodes de suicide elles-mêmes reflètent des différences de genre. Les hommes ont tendance à choisir des moyens plus directs et plus létaux (tels que les armes à feu), tandis que les femmes meurent davantage d'overdoses, ce qui peut conduire à une sous-estimation relative des suicides féminins (**encadré 1**).

Une étude a ainsi montré que sur plus de 500 décès initialement jugés de nature suicidaire mais non encore classifiés, seuls 40 % des intoxications et 24 % des noyades ont finalement été classées comme « suicide », contre 60 % en moyenne pour les décès résultant d'autres moyens létaux (Cooper, Milroy, 1995). Or, l'auto-empoisonnement et la noyade sont davantage le fait des femmes que des hommes, ce qui peut engendrer une sous-déclaration relative du suicide des femmes et augmenter artificiellement les écarts observés.

Références bibliographiques

- **Berggren, N.** (1997). Rhetoric or reality? An economic analysis of the effects of religion in Sweden. *The Journal of Socio-Economics*, 26(6).
- **Björkenstam, et al.** (2014). Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Population Health Metrics*.
- **Bluhm, K., et al.** (2021). Gender and power in Eastern Europe. Changing concepts of femininity and masculinity in power relations. *Societies and Political Orders in Transition*.

- **Chang, S.S., et al.** (2010). Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- **Chappert, J.L., et al.** (2003). *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France à partie des causes indéterminées quant à l'intention*. DREES, Document de travail, 23.
- **Conwell, Y., Van Orden, K., Caine, E.D.** (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*.
- **Cooper, P.N., Milroy, C.M.** (1995). The coroner's system and under-reporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*.
- **Crestani, C., et al.** (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomedica*.
- **De Leo, D.** (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*.
- **EHIS** (2019). *European Health Interview Survey*. Commission européenne, Eurostat.
- **Erlangsen, A., et al.** (2014). Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*.
- **Eurostat** (2021). « Décès dus à l'utilisation abusive d'alcool, par sexe ». Base de données sur les causes de décès.
- **Fountoulakis, K.N., et al.** (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012. *Annals of General Psychiatry*.
- **GBD** (Carbon Monoxide Poisoning Collaborators, 2023). Global, regional, and national mortality due to unintentional carbon monoxide poisoning, 2000–2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*.
- **Halbwachs, M.** (2002). *Les causes du suicide*. Presses Universitaires de France, coll. Le lien social.
- **Houle, J., Mishara, B.L., Chagnon, F.** (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*.
- **Ipsos** (2023). *Global Religion 2023. Religious Beliefs Across the World. A 26-country Global Advisor survey*.
- **Jenik, C.** (2022). *Les pays les plus (et les moins) religieux au monde*. Statista (Religion).
- **Landberg, J.** (2008). Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug and Alcohol Review*.
- **Lawrence, R.E., Oquendo, M.A., Stanley, B.** (2016). Religion and suicide risk: a Systematic review. *Archives of Suicide Research*.
- **Millares Martin, P.** (2020). Medical certificate of cause of death: looking for an European single standard. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.
- **Möller-Leimkühler, A.M.** (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- **Norko, M.A., et al.** (2017). Can religion protect against suicide? *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- **O'Connor, R.C., Evans, J.J., McClelland, H.** (2022). A qualitative exploration of the experiences and perceptions of interpersonal relationships prior to attempting suicide in young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- **OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques** (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. Éditions OCDE, Paris.

- **Ohberg, A., Lonnqvist, J.** (1998). Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- **OMS, Organisation mondiale de la santé** (2022). *Comprehensive mental health - Action plan 2013-2030*.
- **Payne, S., Swami, V., Stanistreet, D.** (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*.
- **Shaw, R.J., et al.** (2021). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: a nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of Affective Disorders*.
- **Sivcova, V., et al.** (2023). Suicide rates in the Slovak Republic in 2011-2020. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- **Snowdon, J., Choi, N.G.** (2020). Undercounting of suicides: where suicide data lie hidden. *Global Public Health*.
- **Swain, R.S., et al.** (2019). A systematic review of validated suicide outcome classification in observational studies. *International Journal of Epidemiology*.
- **Tang, N.K., Crane, C.** (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*.
- **Torgler, B., Schaltegger, C.** (2014). Suicide and religion: new evidence on the differences between protestantism and catholicism. *Journal for the Scientific Study of Religion*.
- **Van Praag, H.M.** (2009). The role of religion in suicide prevention. *Oxford Textbooks of Suicidologie and Suicide Prevention*.
- **Värnik, P., et al.** (2010). Suicide registration in eight european countries: a qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*, 202 (1-3).
- **Värnik, P., et al.** (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*.
- **Wang, C.S., Chou, P.** (1997). An analysis of unnatural deaths between 1990 and 1994 in A-Lein, Taiwan. *Injury* 28(3).
- **Winkler, V., Ott, J.J., Becher, H.** (2010). Reliability of coding causes of death with ICD-10 in Germany. *International Journal of Public Health*.