



Une production du

BiESP

BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour 2017

RAPPORT

AUTEURS

Lise Thibodeau
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Paul-André Perron
Bureau du coroner en chef du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Mathieu Gagné
Mélanie Tessier
Éric Pelletier
Valérie Émond

Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

LECTEUR INTERNE :

Nous tenons à remercier Vanessa Fillion pour avoir révisé ce rapport et nous avoir fait bénéficier de ses judicieux commentaires.

MISE EN PAGE

Sylvie Muller
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 1920-9800 (PDF)
ISBN : 978-2-550-77559-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2017)

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	II
Faits saillants.....	1
Introduction	2
1 Méthodes (abrégées)	2
2 Résultats	3
2.1 Données de 2014 et tendances.....	3
2.2 Taux de suicide selon le groupe d'âge.....	3
2.3 Données provisoires pour 2015.....	4
2.4 Importance du suicide parmi toutes les causes de décès	6
2.5 Moyen utilisé pour s'enlever la vie.....	8
2.6 Mortalité par suicide selon les régions sociosanitaires	10
2.7 Comparaisons interprovinciales et internationales.....	13
3 Portrait du suicide selon les étapes de la vie.....	14
4 Conclusion	17
Références.....	17
Annexe 1 Données et méthodes.....	19
Annexe 2 Données complémentaires.....	23

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Nombre et taux ajusté de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2014.....	5
Tableau 2	Nombre et taux de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2009 à 2014	6
Tableau 3	Nombre, taux brut et taux ajusté de mortalité par suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2009 à 2014.....	12
Figure 1	Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2014.....	4
Figure 2	Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2012-2014.....	4
Figure 3	Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012.....	7
Figure 4	Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 1999-2001 et 2010-2012.....	7
Figure 5	Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, hommes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2012-2014.....	9
Figure 6	Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, femmes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2012-2014.....	9
Figure 7	Taux ajusté de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 2012-2014.....	11
Figure 8	Taux ajusté de mortalité par suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2012	13
Figure 9	Taux ajusté de mortalité par suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2013.....	14
Figure 10	Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2014.....	16
Figure 11	Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2014.....	16

Faits saillants

Selon les données provisoires pour l'année 2014, le taux ajusté de mortalité par suicide était de 13,4 décès pour 100 000 personnes au Québec. Le nombre de suicides enregistrés était de 1 125. La baisse du taux de suicide, amorcée au début du siècle, s'est atténuée au cours des dernières années, ce qui suggère qu'un plateau a possiblement été atteint.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. Effectivement, en 2014, le taux des hommes était de 20,2 pour 100 000 tandis que celui des femmes était de 6,7 pour 100 000, ce qui représente un taux trois fois plus élevé chez les hommes. Le nombre absolu de décès par suicide était de 845 chez les hommes et de 280 chez les femmes.

Selon les données de 2012 à 2014, les hommes âgés de 45 à 64 ans présentaient le taux de suicide le plus élevé au Québec. À l'inverse, ceux âgés de 15 à 24 ans et de 10 à 14 ans affichaient les taux les plus faibles. Les Québécois âgés de 65 ans et plus et ceux âgés entre 25 et 44 ans avaient des taux de suicide comparables. Pour les femmes, le taux de suicide le plus élevé était aussi observé chez les 45 à 64 ans. Les taux des femmes âgées de 65 ans et plus et des jeunes de 15 à 24 ans étaient comparables et plutôt faibles.

Pour la période de 2012 à 2014, les taux de mortalité par suicide pour les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et Mauricie et Centre-du-Québec étaient significativement plus élevés que ceux du reste du Québec. Les régions de Laval et de Montréal présentaient un taux significativement inférieur au reste du Québec, et ce, pour les hommes ainsi que pour les deux sexes combinés.

Le Québec présentait le troisième taux de suicide le plus élevé parmi les provinces canadiennes en 2012, *ex aequo* avec l'Alberta (12,2 pour 100 000). Pour l'année 2013, le taux de suicide du Québec semblait comparable à ceux observés pour la majorité des 16 pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) sélectionnés.

Enfin, un portrait de l'évolution des taux entre 1981 et 2014, selon différents groupes d'âge, a permis de soulever quatre constats :

- depuis le sommet atteint au cours des années 1990, le taux de suicide observé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans a fortement diminué. En 2014, il est trois fois plus faible que celui des hommes âgés 45 à 64 ans;
- dans les années 1980 et 1990, le taux de mortalité par suicide le plus élevé était observé chez les hommes âgés de 25 à 44 ans, ce qui n'est pas le cas depuis la fin des années 2000 à la suite d'une forte diminution observée dans ce groupe d'âge;
- le taux de suicide des personnes âgées de 45 à 64 ans a peu diminué depuis le début des années 2000. Contrairement à la tendance à la baisse dans les autres groupes d'âge, un plateau est observé dans les dernières années;
- le taux de suicide des hommes âgés de 65 ans et plus est demeuré plutôt constant comparativement aux autres groupes d'âge. En 2014, les hommes de 65 ans et plus, au Québec, présentaient un taux de suicide deux fois plus élevé que celui des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Introduction

Les données les plus récentes sur la mortalité par suicide au Québec sont présentées dans ce rapport. Plus précisément, il s'agit d'une mise à jour des statistiques de décès par suicide publiées les années précédentes par St-Laurent et Bouchard, (2004) et Légaré et collab. (2016).

Les données de 1981 à 2012 présentées dans ce rapport sont officielles, c'est-à-dire qu'elles sont considérées comme définitives et qu'elles sont jugées fiables. Au moment de la rédaction du rapport, les données utilisées pour les années 2013 et 2014 étaient provisoires. Il est donc probable que les statistiques présentées pour ces deux dernières années diffèrent légèrement de celles qui seront publiées ultérieurement lorsque les données officielles seront disponibles. De plus, les données de 2015 doivent être interprétées avec précaution. En effet, elles sous-estiment la mortalité par suicide et elles sont uniquement présentées pour fournir un aperçu général.

Le présent rapport a pour objectifs de :

- produire un portrait de la mortalité par suicide au Québec et de présenter les plus récentes données disponibles;
- examiner les variations du suicide selon le sexe, l'âge et la région sociosanitaire ainsi que les tendances dans le temps;
- situer la mortalité par suicide au Québec par rapport aux provinces canadiennes et aux tendances mondiales;
- examiner depuis trois décennies l'évolution des taux de suicide selon l'âge au Québec.

1 Méthodes (abrégées)

Les données de mortalité utilisées dans ce rapport sont celles disponibles en date du 5 janvier 2017. Celles-ci sont issues du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour les années 1981 à 2012 et de la Banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec (BCQ) pour les années 2013, 2014 et 2015. Les données pour les années 2013 et 2014 sont provisoires et sous-estiment le nombre réel de décès par suicide. Les données les plus récentes et accessibles pour 2015 sont des estimations uniquement présentées par sexe.

Ce rapport fait état du nombre de suicides afin d'estimer le fardeau de cette cause de mortalité dans la société québécoise. De plus, pour le calcul des taux, les estimations de la population sont utilisées pour les années 1981 à 2010 et les projections démographiques pour les années 2011 à 2015, toutes deux produites par la direction des statistiques démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Les taux de suicide sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et la région sociosanitaire.

De façon générale, les données québécoises sur la mortalité par suicide sont considérées comme fiables et valides. Cependant, l'usage des statistiques sur le suicide soulève certaines préoccupations, principalement des problèmes liés à la sous-estimation du suicide notamment attribuable à l'attitude sociale, à la difficulté de conclure au suicide et à l'absence de procédures uniformes pour conclure à un décès par suicide (Auger et collab. 2016; Syer-Solursh et Wyndowe, 1981; Varnik et collab. 2012). Il est ainsi très probable que certains suicides ne soient pas inclus dans les statistiques utilisées dans ce rapport. En particulier, les comparaisons interprovinciales et internationales doivent être interprétées avec grande prudence.

Des précisions méthodologiques et des considérations sur les données sont présentées à l'annexe 1.

2 Résultats

2.1 Données de 2014 et tendances

Les nombres et les taux annuels ajustés de mortalité par suicide au Québec entre 1981 et 2014 sont présentés au tableau 1. Selon les données provisoires, le taux ajusté de suicide pour 2014 était de 13,4¹ décès pour 100 000 personnes. À titre de comparaison, ceux enregistrés en 2013 et en 2012 étaient respectivement de 13,4 pour 100 000 et de 13,8 pour 100 000. Les données les plus récentes suggèrent une stabilité des taux de suicide au Québec. Au total, 1 125 décès par suicide ont été enregistrés en 2014 au Québec, 1 105 en 2013 et 1 145 en 2012.

Au Québec, le taux de suicide des hommes se distingue de celui des femmes. Peu importe la période, l'âge ou la génération, les hommes se suicident plus fréquemment que les femmes et seul le ratio homme/femme varie (Légaré et Hamel, 2013; Thibodeau, 2015c). En 2014, le taux ajusté de suicide des Québécois s'élevait à 20,2 pour 100 000 (845 décès) alors que celui des Québécoises était de 6,7 par 100 000 (280 décès), ce qui représente un ratio de trois décès par suicide masculin pour un décès par suicide féminin. Ce ratio correspond à la tendance rapportée par l'Organisation mondiale de la Santé (2014) pour les pays à revenus élevés (3,5 pour 1).

La figure 1 présente l'évolution de la mortalité par suicide selon le sexe au Québec entre 1981 et 2014. Pour les hommes, les taux de suicide ont été plutôt stables jusqu'à la fin des années 1980, puis il y a eu une hausse dans les années 1990 où le taux a culminé à 35,8 pour 100 000 en 1999. Ensuite, le taux de suicide masculin a constamment diminué (15 points²) pour se stabiliser dans les dernières années à environ 20 décès pour 100 000 Québécois, suggérant qu'un plateau a probablement été atteint.

Pour les femmes, tout en ayant des taux de mortalité par suicide nettement inférieurs, l'évolution des tendances dans le temps a généralement été similaire à celle observée pour les hommes. Dans les années 1990, le taux le plus élevé enregistré pour les Québécoises était de 9,1 pour 100 000 (1999). Les données les plus récentes de 2014 semblent indiquer,

comme chez les hommes, une stabilité des taux oscillant autour de 6,4 pour 100 000 depuis le début des années 2010.

2.2 Taux de suicide selon le groupe d'âge

Les données les plus récentes disponibles de 2012 à 2014 sur la mortalité par suicide selon l'âge au Québec sont présentées à la figure 2. Elles sont regroupées selon l'affinité de comportement lié aux caractéristiques physiques du développement humain et aux caractéristiques cognitives de la personnalité et des relations sociales comme défini par De Leo et Evans (2003). Pour la période de 2012 à 2014, les taux de suicide des Québécois et des Québécoises augmentaient avec l'âge pour culminer entre 45 et 64 ans. Il s'agit du groupe d'âge ayant le taux de suicide le plus élevé au Québec, et ce, avec des taux ajustés de 33 et 11 décès pour 100 000 respectivement.

Les hommes âgés entre 25 et 44 ans (24,6 pour 100 000) et ceux de 65 ans et plus (21,9 pour 100 000) présentaient des taux de suicide élevés. Inversement, les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans (13,2 pour 100 000) avaient des taux plus faibles pour la période de 2012 à 2014.

Chez les femmes, le taux de suicide pour le groupe d'âge 25 à 44 ans s'élevait à 7,4 pour 100 000 tandis que les jeunes femmes de 15 à 24 ans et les femmes âgées de 65 ans et plus avaient des taux plus faibles et similaires de 4,2 pour 100 000 entre 2012 et 2014.

Les Québécois et les Québécoises âgés de 10 à 14 ans avaient les taux de suicide les plus faibles avec 1,3 et 1,4 pour 100 000 respectivement. Le ratio homme/femme pour ce groupe était de 1 suicide masculin pour 1 suicide féminin. Ce ratio était plus élevé dans tous les autres groupes, particulièrement chez les personnes âgées de 65 ans et plus où il y avait 5 décès par suicide masculin pour 1 suicide féminin. Les 45 à 64 ans et les 15 à 24 ans avaient un ratio similaire à la tendance provinciale de 3 décès par suicide chez les hommes pour 1 suicide chez les femmes.

¹ Pour l'année 2014, le taux brut calculé est de 13,7 par 100 000.

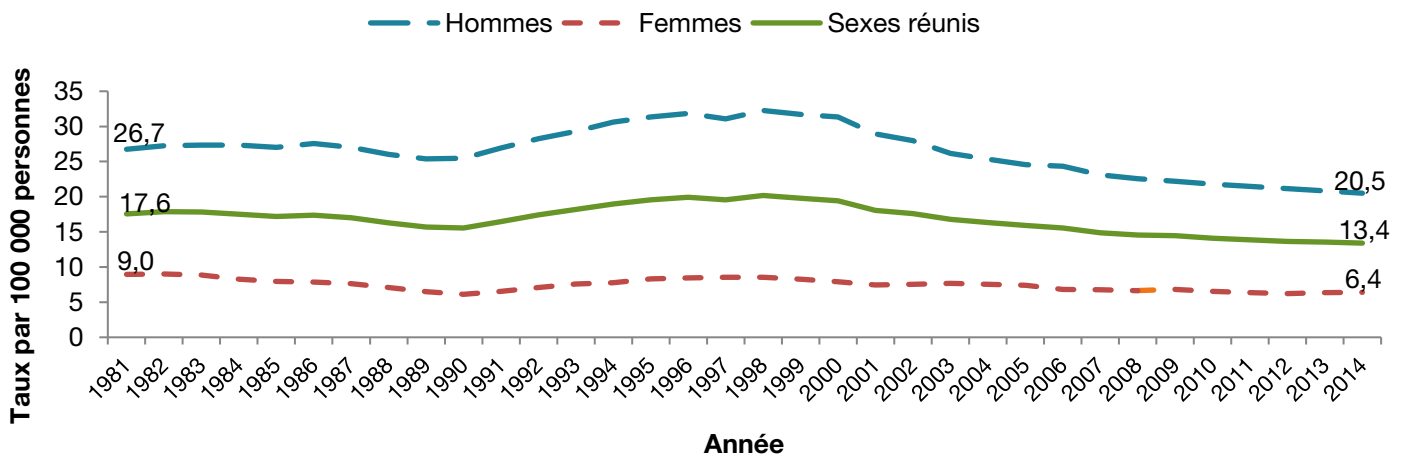
² 35,8 pour 100 000 (1999) à 20,2 (2014).

2.3 Données provisoires pour 2015

Selon les données provisoires de 2015 du Bureau du Coroner de Québec (BCQ), le taux de mortalité par suicide était de 13,1 pour 100 000. Il était de 19,4 pour 100 000 chez les hommes et de 6,8 pour 100 000 chez les femmes. Le nombre provisoire de décès par suicide était de 832 hommes, 291 femmes et 1 cas dont le sexe était manquant, ce qui représente un total de

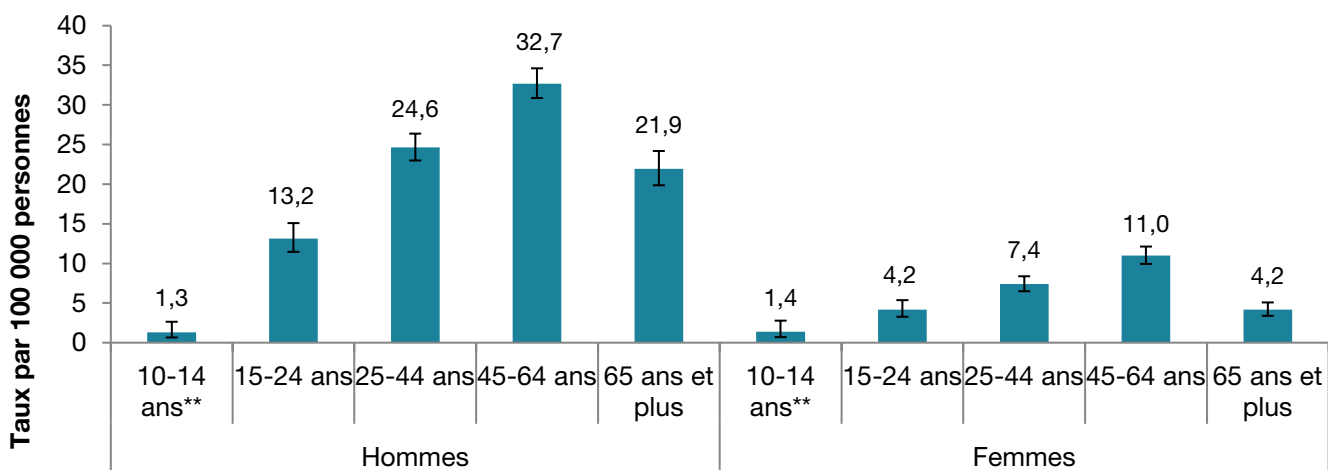
1 124 décès. Sur la base des observations tirées des années précédentes, ce nombre pourrait être sous-estimé d'environ 4 %. Ainsi, le nombre provisoire de décès par suicide rapporté pour l'année 2015 pourrait varier de 1 124 à 1 172 décès. En raison de la sous-estimation potentielle du nombre de suicides rapporté pour l'année 2015, il est préférable de considérer ces estimations comme susceptibles de changer.

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2014³



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.
² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.
³ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.
 MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 2 Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2012-2014¹



¹ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.
 ** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée qu'à titre indicatif.
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.
 MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Tableau 1 Nombre et taux ajusté¹ de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2014²

Années	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
1981	795	26,1	252	8,4	1047	17,0
1982	862	27,4	284	9,5	1146	18,2
1983	903	28,3	279	9,1	1182	18,4
1984	834	26,3	247	8,0	1081	16,9
1985	871	27,4	241	7,6	1112	17,2
1986	885	27,3	262	8,2	1147	17,4
1987	910	28,0	255	7,7	1165	17,5
1988	858	25,8	235	7,1	1093	16,1
1989	818	24,2	220	6,5	1038	15,2
1990	902	26,1	202	5,9	1104	15,8
1991	898	26,1	207	5,9	1105	15,7
1992	984	28,5	272	7,8	1256	17,9
1993	1049	30,1	264	7,5	1313	18,6
1994	1027	29,4	264	7,4	1291	18,1
1995	1144	32,5	298	8,4	1442	20,2
1996	1136	32,2	327	9,1	1463	20,4
1997	1095	30,9	287	7,9	1382	19,2
1998	1072	30,1	315	8,6	1387	19,1
1999	1284	35,8	336	9,1	1620	22,2
2000	1059	29,3	266	7,2	1325	18,1
2001	1055	28,9	279	7,5	1334	18,0
2002	1052	28,6	290	7,8	1342	18,0
2003	980	26,4	279	7,4	1259	16,8
2004	875	23,4	302	7,9	1177	15,5
2005	987	26,2	283	7,4	1270	16,7
2006	918	24,2	276	7,0	1194	15,5
2007	874	22,7	241	6,1	1115	14,4
2008	869	22,4	285	7,2	1154	14,7
2009	881	22,5	265	6,7	1146	14,5
2010	858	21,7	269	6,6	1127	14,1
2011	858	21,2	258	6,3	1116	13,7
2012	886	21,5	259	6,2	1145	13,8
2013	857	20,8	248	6,1	1105	13,4
2014	845	20,2	280	6,7	1125	13,4

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012, Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Tableau 2 Nombre et taux¹ de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2009 à 2014²

Groupe d'âge	Année											
	Données officielles								Données provisoires			
	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Sexes réunis												
10-14 ans	6	1,4**	3	0,7**	6	1,5**	8	2,0**	5	1,3**	3	0,8**
15-24 ans	114	11,4	81	8,0	124	12,2	108	10,6	86	8,5	71	7,1
25-44 ans	378	17,7	385	18,1	369	17,2	346	16,1	339	15,7	364	16,7
45-64 ans	519	22,5	511	21,8	477	20,2	529	22,4	504	21,3	523	22,1
65 ans et plus	129	11,0	147	12,1	140	11,2	154	11,8	171	12,6	164	11,7
Total ¹	1146	14,5	1127	14,1	1116	13,7	1145	13,8	1105	13,4	1125	13,4
Hommes												
10-14 ans	3	1,4**	3	1,4**	2	1,0**	5	2,5**	2	1,0**	1	0,5**
15-24 ans	82	16,1	69	13,5	92	17,9	89	17,3	64	12,5	49	9,7
25-44 ans	303	27,9	294	27,0	294	26,9	272	24,8	266	24,1	276	24,8
45-64 ans	388	33,6	375	31,9	354	29,8	402	33,7	383	32,1	384	32,2
65 ans et plus	105	20,8	117	22,2	116	21,1	118	20,5	142	23,6	135	21,5
Total ¹	881	22,5	858	21,7	858	21,2	886	21,5	857	20,8	845	20,2
Femmes												
10-14 ans	3	1,4**	0	0	4	2,0**	3	1,6**	3	1,6**	2	1,0**
15-24 ans	32	6,5*	12	2,4*	32	6,4*	19	3,8*	22	4,4*	22	4,5*
25-44 ans	75	7,2	91	8,7	75	7,2	74	7,0	73	6,9	88	8,2
45-64 ans	131	11,4	136	11,7	123	10,5	127	10,8	121	10,3	139	11,9
65 ans et plus	24	3,6*	30	4,4*	24	3,4*	36	4,9*	29	3,8*	29	3,7*
Total ¹	265	6,7	269	6,6	258	6,3	259	6,2	248	6,1	280	6,7

Note : taux par 100 000 personnes.

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2008 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014. MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

2.4 Importance du suicide parmi toutes les causes de décès

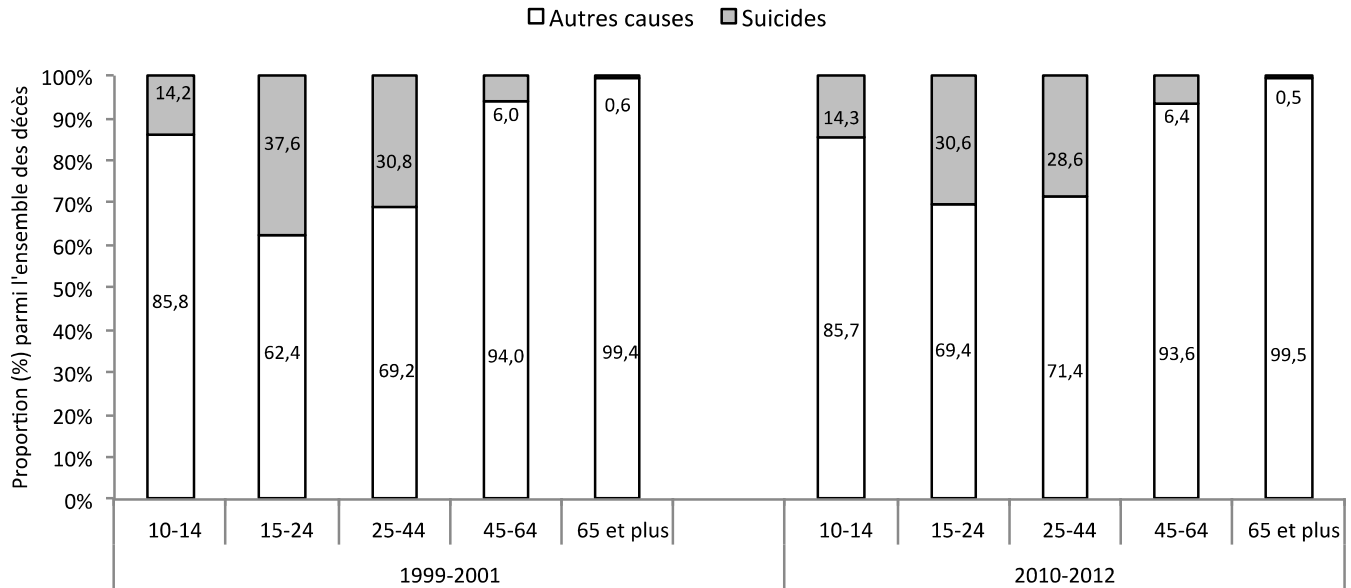
Au Québec, le suicide représentait 1,9 % de tous les décès pour l'année 2012. Cette proportion était plus élevée pour les hommes (2,9 %) que pour les femmes (0,8 %) (données non présentées). Les figures 3 et 4 présentent la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès par sexe selon deux périodes, soit 1999 à 2001 et 2010 à 2012. La proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès semble

demeurer stable entre ces deux périodes, et ce, pour chacun des groupes d'âge.

À l'exception des 10 à 14 ans, la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès diminuait avec l'âge, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Cette proportion était plus élevée pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans alors qu'elle était beaucoup plus faible pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Les figures 3 et 4 permettent de relever que le suicide représentait près du tiers (30,6 % en 2010-2012) des décès pour les jeunes hommes de 15 à 24 ans alors que pour les femmes, cette proportion était de 18,7 % pour la même

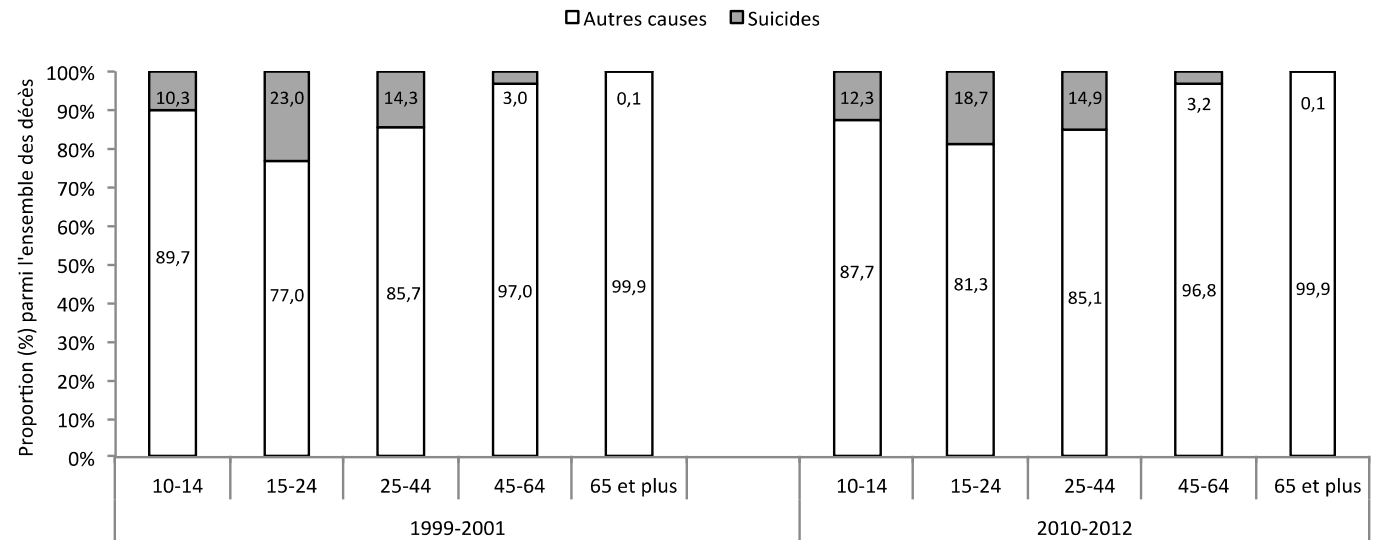
période. L'interprétation de la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès doit tenir compte de l'importance des causes concurrentes de décès qui s'accroît avec le vieillissement des individus.

Figure 3 Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012¹



¹ Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2012.

Figure 4 Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 1999-2001 et 2010-2012¹



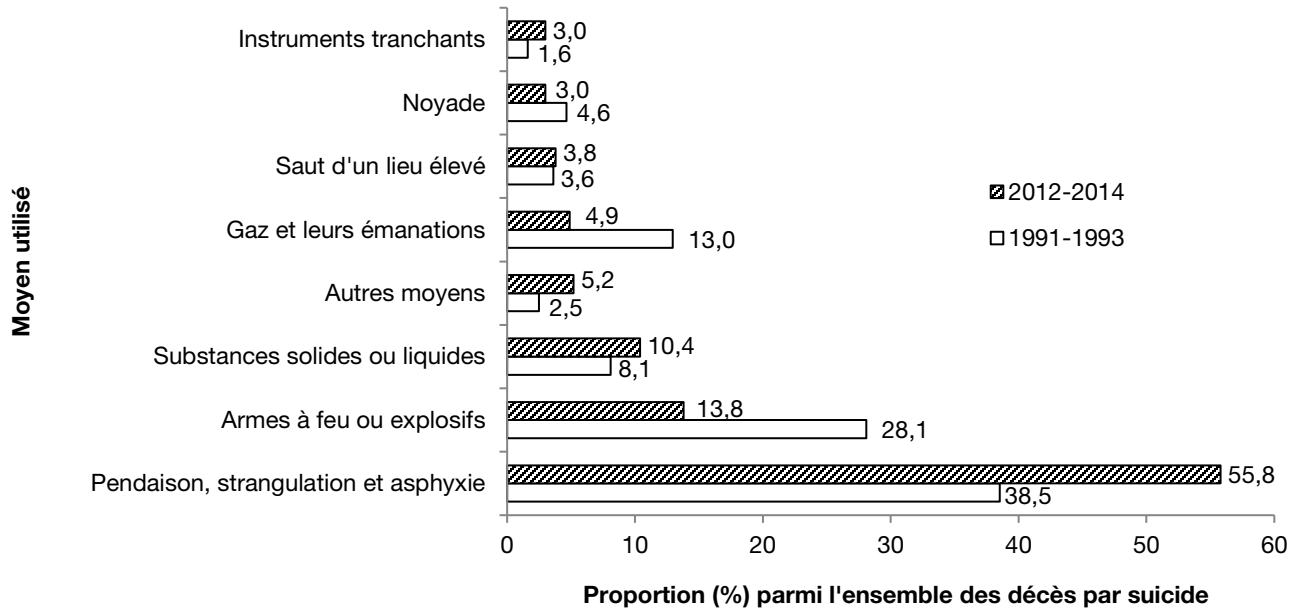
¹ Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2012.

2.5 Moyen utilisé pour s'enlever la vie

Selon l'époque et le sexe, les moyens utilisés pour s'enlever la vie varient. Pour la période 2012 à 2014, la méthode la plus commune pour s'enlever la vie chez les hommes et chez femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et la suffocation. Les figures 5 et 6 permettent de constater que ce moyen a été utilisé dans plus de la moitié des décès par suicide des hommes (55,8 %) et par près d'une femme sur deux (45,4 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins radicaux pour s'enlever la vie que les hommes (Thibodeau, 2015b). Les armes à feu étaient le moyen utilisé dans près de 14 % des décès par suicide chez les hommes alors qu'il représentait 1,3 % des suicides chez les femmes. La méthode par intoxication à des substances solides ou liquides (par exemple des médicaments) était beaucoup plus utilisée par les femmes (34,1 %) que par les hommes (10,4 %).

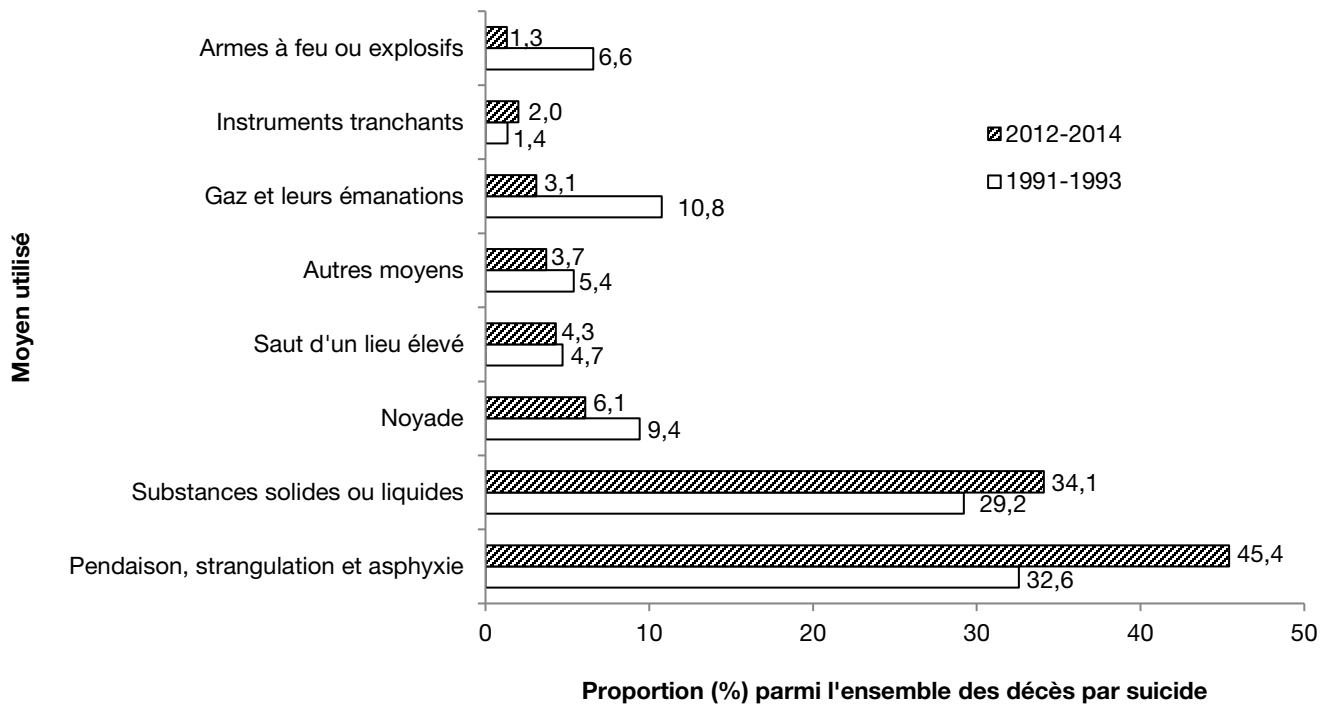
La comparaison dans le temps dévoile des transformations du profil d'utilisation des moyens pour s'enlever la vie au Québec. Entre 1991-1993 et 2012-2014, les suicides par gaz et émanations ont diminué considérablement, et ce, pour les hommes et pour les femmes. La proportion de suicides par armes à feu a également diminué au Québec, particulièrement pour les hommes. En 20 ans, la méthode des armes à feu a diminué de moitié alors que la catégorie pendaison, strangulation et asphyxie a augmenté de 17,3 points de pourcentage pour les hommes. Pour les femmes, il y a eu une diminution substantielle des suicides par intoxication à un gaz et leurs émanations, par armes à feu et par noyade entre 1991-1993 et 2012-2014. En contrepartie, une augmentation est notée pour les méthodes pendaison, strangulation et asphyxie et intoxication par des substances solides ou liquides. Enfin, aucune variation notable n'apparaît dans les deux dernières décennies pour la méthode instruments tranchants.

Figure 5 Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, hommes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2012-2014¹



¹ Données provisoires pour l'année 2013 et 2014.
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2012, Bureau du Coroner du Québec pour 2013 et 2014.

Figure 6 Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, femmes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2012-2014¹



¹ Données provisoires pour l'année 2013 et 2014.
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2012, Bureau du Coroner du Québec pour 2013 et 2014.

2.6 Mortalité par suicide selon les régions sociosanitaires

La comparaison des taux de suicide selon la région sociosanitaire est présentée à la figure 7. Une période de trois ans (2012 à 2014) est utilisée pour atténuer les variations annuelles et accroître la précision des estimations pour les régions ayant une population de petite taille. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec.

Trois régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement supérieur au reste de la province de Québec : Abitibi-Témiscamingue (23 décès pour 100 000 personnes), Mauricie et Centre-du-Québec (17,5 pour 100 000) et Chaudière-Appalaches (18,2 pour 100 000). D'autres régions affichaient un taux de suicide plus élevé que l'ensemble du Québec, mais l'écart n'était pas statistiquement significatif. Parmi les régions les plus peuplées, Laval et Montréal présentaient des taux ajustés significativement plus bas que dans le reste du Québec (respectivement 9,6 et 9,8 décès pour 100 000). Chez les hommes, quatre régions avaient un taux de suicide significativement plus élevé que le reste de la province soit : Abitibi-Témiscamingue (35,7 pour 100 000), Chaudière-Appalaches (26,4 pour

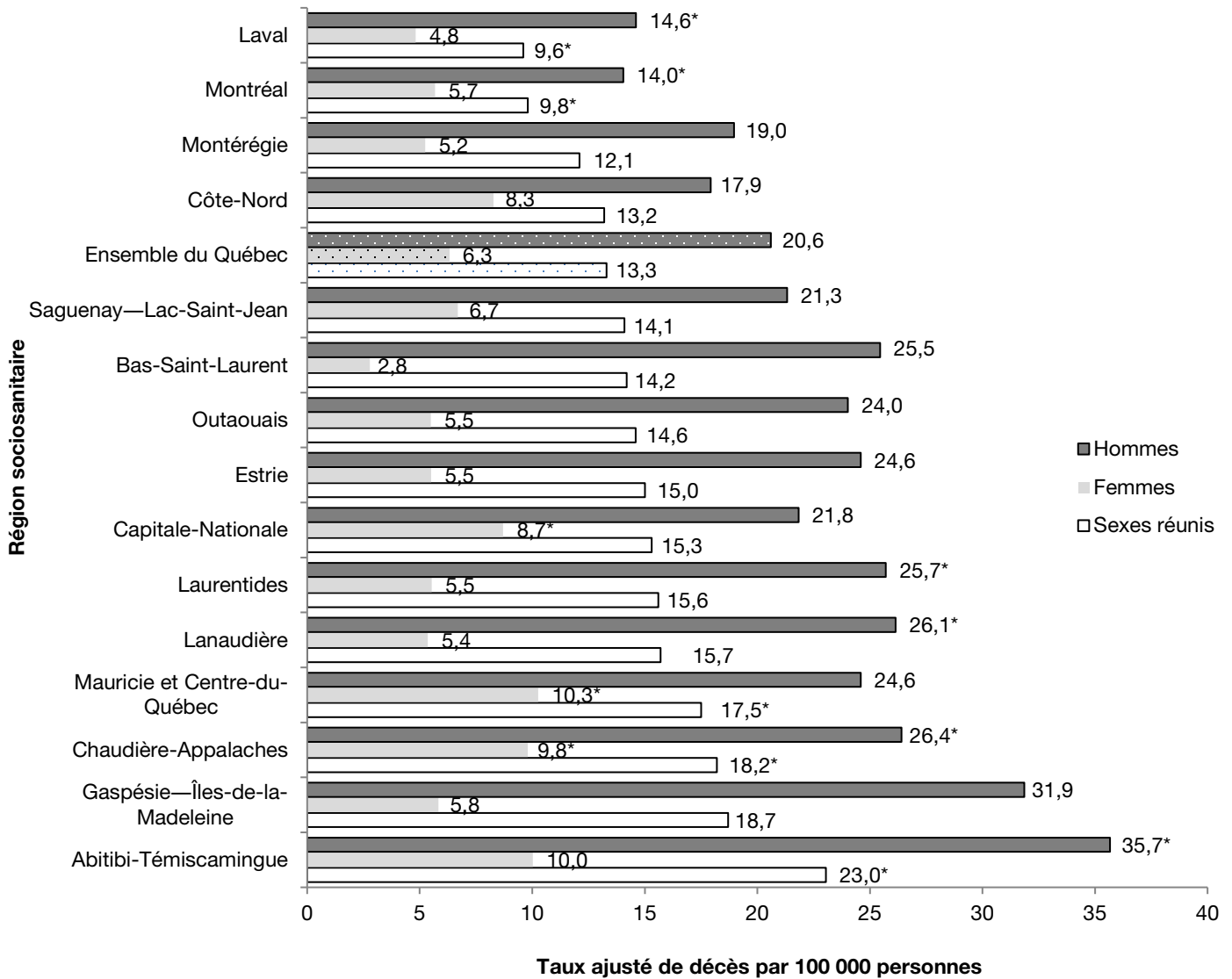
100 000), Lanaudière (26,1 pour 100 000) et Laurentides (25,7 pour 100 000). Le taux pour le Québec se situait à 20,6 pour 100 000. De plus, les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec (10,3 pour 100 000), Chaudière-Appalaches (9,8 pour 100 000) et Capitale-Nationale (8,7 pour 100 000) affichaient un taux de suicide significativement plus élevé chez les femmes comparativement à l'ensemble des autres régions.

Des variations entre les sexes s'observent dans certaines régions sociosanitaires et plusieurs affichent un ratio hommes/femmes supérieur à la tendance provinciale de 3 pour 1. Toutefois, des analyses de sensibilité révèlent que ces différences doivent être interprétées prudemment en raison du nombre de suicides qui varie parfois considérablement d'une année à l'autre, particulièrement dans les régions qui sont moins peuplées et à cause de l'utilisation de données provisoires (2013 et 2014).

Les nombres ainsi que les taux bruts et ajustés pour chacune des régions sociosanitaires au Québec³ entre 2009 et 2014 sont présentés au tableau 3. Les différences régionales doivent être interprétées avec prudence puisque pour plusieurs régions sociosanitaires, les nombres de suicides fluctuent parfois considérablement d'une année à l'autre, notamment pour les régions les moins peuplées.

³ Excluant le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries de la Baie-James.

Figure 7 Taux ajusté¹ de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 2012-2014²



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour l'année 2013 et 2014.

* Le taux de la région est significativement différent du taux de l'ensemble des autres régions à un seuil α de 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2012 et Bureau du coronier du Québec pour 2013 et 2014. MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Tableau 3 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de mortalité par suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2009 à 2014²

Région sociosanitaire	Année																	
	Données officielles												Données provisoires					
	2009			2010			2011			2012			2013			2014		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	35	17,4*	15,7*	28	13,9*	12,6*	29	14,4*	14,6*	25	12,4*	11,7*	27	13,4*	14,7*	32	15,9*	16,3*
Saguenay—Lac-Saint-Jean	48	17,4	17,5	41	14,8	13,8	41	14,8	15,2	41	14,8	15,5	36	13,0*	13,1*	37	13,3	13,7*
Capitale-Nationale	106	15,3	14,9	102	14,5	13,8	97	13,7	12,9	95	13,2	12,8	126	17,4	17,6	112	15,3	15,4
Mauricie et Centre-du-Québec	98	19,8	19,7	81	16,2	16,5	105	20,9	21,3	88	17,5	18,1	90	17,8	18,2	83	16,3	16,0
Estrie	72	15,9	16,5	73	16,0	15,9	66	14,3	14,4	78	16,8	16,0	66	14,1	13,5	73	15,4	15,6
Montréal	225	11,9	11,9	228	12,0	11,8	199	10,4	10,1	212	10,9	10,6	176	9,0	8,7	206	10,4	10,2
Outaouais	48	13,3	12,8	60	16,3	16,1	60	16,1	15,8	66	17,5	16,7	45	11,8	11,7	60	15,6	15,5
Abitibi-Témiscamingue	25	17,2*	17,4*	27	18,5*	19,0*	36	24,5*	24,6*	35	23,8*	24,5*	30	20,3*	19,5*	35	23,6*	25,3*
Côte-Nord	19	19,9*	21,3*	17	17,8*	18,8*	27	28,2*	26,7*	7	7,3**	7,2**	16	16,7*	15,9*	15	15,7*	16,5*
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	17	18,0*	19,7*	16	16,9*	14,8*	23	24,3*	22,6*	19	20,2*	16,6*	21	22,5*	21,1*	20	21,5*	18,3*
Chaudière-Appalaches	74	18,2	18,7	71	17,3	17,8	67	16,2	15,8	80	19,2	19,6	75	17,9	18,4	75	17,8	16,4
Laval	38	9,7	9,7	45	11,3	11,1	48	11,8	12,0	42	10,2	10,0	41	9,8	9,8	38	9,0	8,9
Lanaudière	65	14,1	13,9	68	14,5	14,8	76	15,9	16,0	80	16,6	16,1	75	15,3	15,5	77	15,5	15,6
Laurentides	95	17,3	17,2	89	15,9	15,9	83	14,7	14,5	92	16,0	15,6	97	16,7	15,8	92	15,6	15,5
Montréal	164	12,7	12,6	162	12,4	12,4	140	10,6	10,6	164	12,3	12,2	171	12,7	12,7	157	11,5	11,3
Ensemble du Québec [†]	1146	14,6	14,5	1127	14,2	14,1	1116	13,9	13,7	1145	14,2	13,8	1105	13,6	13,4	1125	13,7	13,4

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

[†] Incluant les régions nordiques : Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2009 à 2012 et Bureau du coronier du Québec pour 2013 et 2014.

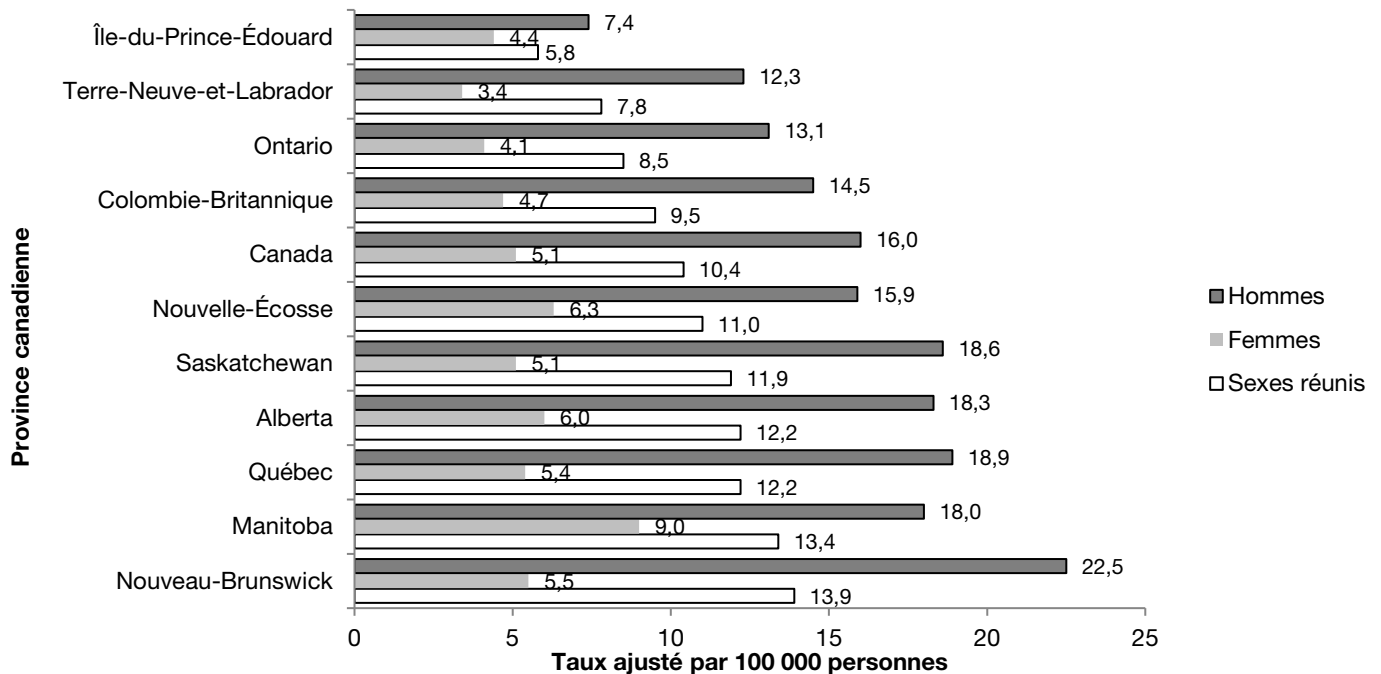
MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

2.7 Comparaisons interprovinciales et internationales

La comparaison interprovinciale pour l'année 2012 effectuée dans la dernière mise à jour de ce rapport, Légaré et collab. (2016), est présentée à nouveau en raison de la non-disponibilité des nouvelles données officielles sur la mortalité par suicide au Canada. Une stratification selon le sexe a toutefois été ajoutée. Les données officielles de 2012 classent le Québec *ex aequo* avec l'Alberta, soit au troisième rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus élevé. Seules les provinces du Nouveau-Brunswick et du Manitoba affichaient un taux de suicide plus élevé que celui du Québec, tandis que les taux les plus faibles étaient observés à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. Les hommes québécois se classent au deuxième rang le plus élevé et les femmes au cinquième parmi les provinces canadiennes (figure 8). Les comparaisons doivent toutefois être interprétées avec précaution en raison des variations dans les procédures d'identification des décès par suicide d'une province à l'autre.

Une comparaison internationale du taux de mortalité par suicide pour l'année 2013 pour le Québec et 16 pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) est présentée à la figure 9. Le taux de mortalité par suicide du Québec apparaît comparable à ceux observés pour la majorité des pays sélectionnés. Pour les hommes, la tendance internationale de la mortalité par suicide rapportée dans 25 pays européens et aux États-Unis depuis les années 2000 montre une réduction médiane de 37 % selon Fond et collab. (2016) et est similaire à la tendance observée pour les taux des Québécois avec une diminution de 29 %⁴. En comparaison, les taux de suicide pour les femmes ont diminué selon une médiane de 20 % dans les 25 pays d'Europe et les États-Unis selon Fond et collab. (2016) alors que pour les Québécoises la baisse a été de 15,3 %⁵. Comme au plan provincial, les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence en raison de plusieurs facteurs, notamment les différences considérables d'un pays à l'autre concernant les méthodes utilisées pour déterminer un décès par suicide. Plus de détails sont présentés à l'annexe 1.

Figure 8 Taux ajusté¹ de mortalité par suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2012

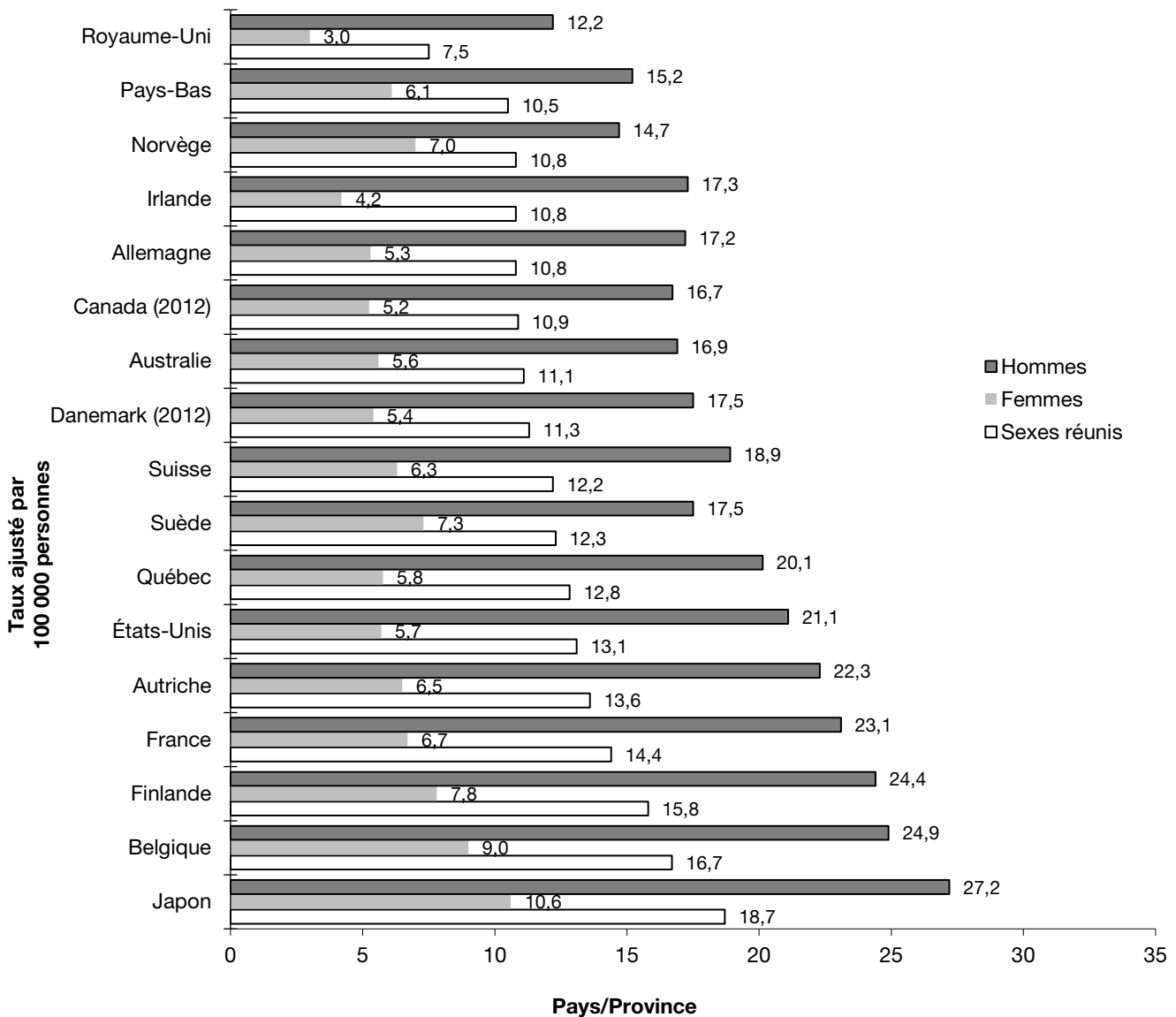


¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne de 1991.
Source : Statistique Canada, tableau 102-0563 consulté le 27 décembre 2016.

⁴ 29,3 pour 100 000 (2000) et 20,8 pour 100 000 (2013).

⁵ 7,2 pour 100 000 (2000) et 6,1 pour 100 000 (2013).

Figure 9 Taux ajusté¹ de mortalité par suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2013



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'OCDE en 2010.
 Source pour le Canada : Statistique Canada, CANSIM, tableaux 102-0551 et 051-0001.
 Source pour les autres pays : Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 2016 (Consulté le 13 décembre 2016) (<https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>).

3 Portrait du suicide selon les étapes de la vie

Les figures 10 et 11 permettent d'examiner l'évolution du taux de mortalité par suicide au Québec, entre 1981 et 2014, selon les étapes de la vie des hommes et des femmes. Quatre principaux constats en sont issus.

Premièrement, le taux de suicide pour les jeunes hommes de 15 à 24 ans avait atteint un sommet dans

les années 1990. Cette hausse prononcée du suicide chez les jeunes est un fait connu et documenté au plan international, à tel point que ces individus avaient été identifiés par l'OMS comme étant les plus à risques dans un tiers des pays (WHO-SUPRE, 2012; World Health Organization, 2012). Une étude canadienne récente de Thibodeau (2015c) a démontré que l'augmentation des taux des 15 à 24 ans avait été plus importante au Québec comparativement au reste du Canada. Le taux a historiquement culminé autour de 40 pour 100 000 dans le milieu des années 1990, une

hausse de 7 points en comparaison à 33 pour 100 000 en 1990, qui a été soulevée par Légaré et collab. (2016); St-Laurent et Bouchard, (2004). Cette situation a suscité de l'intérêt (Caron et Robitaille, 2007; D'Amours, 1995, 1996) puisqu'il s'agit notamment d'une période de transition substantielle entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée par le développement des relations plus matures et intimes, ainsi que par d'importantes transformations physiques, personnelles et sociales. Depuis le sommet atteint au cours des années 1990, le taux de suicide observé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans a diminué de façon remarquable. Les données de 2014 montrent d'un autre côté que le taux de suicide des Québécois de 15 à 24 ans (11,1 pour 100 000) était près de trois fois plus faible que celui des hommes de 45 à 64 ans (32,2 pour 100 000).

Deuxièmement, dans les années 1990, le taux de mortalité par suicide le plus élevé était observé chez les hommes âgés de 25 à 44 ans correspondant au début de l'âge adulte (43,8 décès pour 100 000 en 1999). Il s'agit d'une situation également relevée aux États-Unis par Stockard et O'Brien, (2002). La figure 10 permet d'observer que les taux de suicide chez les hommes de 25 à 44 ans ont une évolution similaire à ceux âgés de 15 à 24 ans, mais à un niveau plus élevé. La forte diminution de leur taux de suicide a toutefois commencé quelques années plus tard, soit au début des années 2000, pour se retrouver nettement sous le taux des 45 à 64 ans à partir de la fin des années 2000. Ces individus sont caractérisés par la volonté à établir des relations à long terme, à fonder une famille, à définir une carrière et à trouver un emploi stable. En 2014, les hommes et les femmes entre 25 et 44 ans présentent le second groupe avec le taux de suicide le plus élevé.

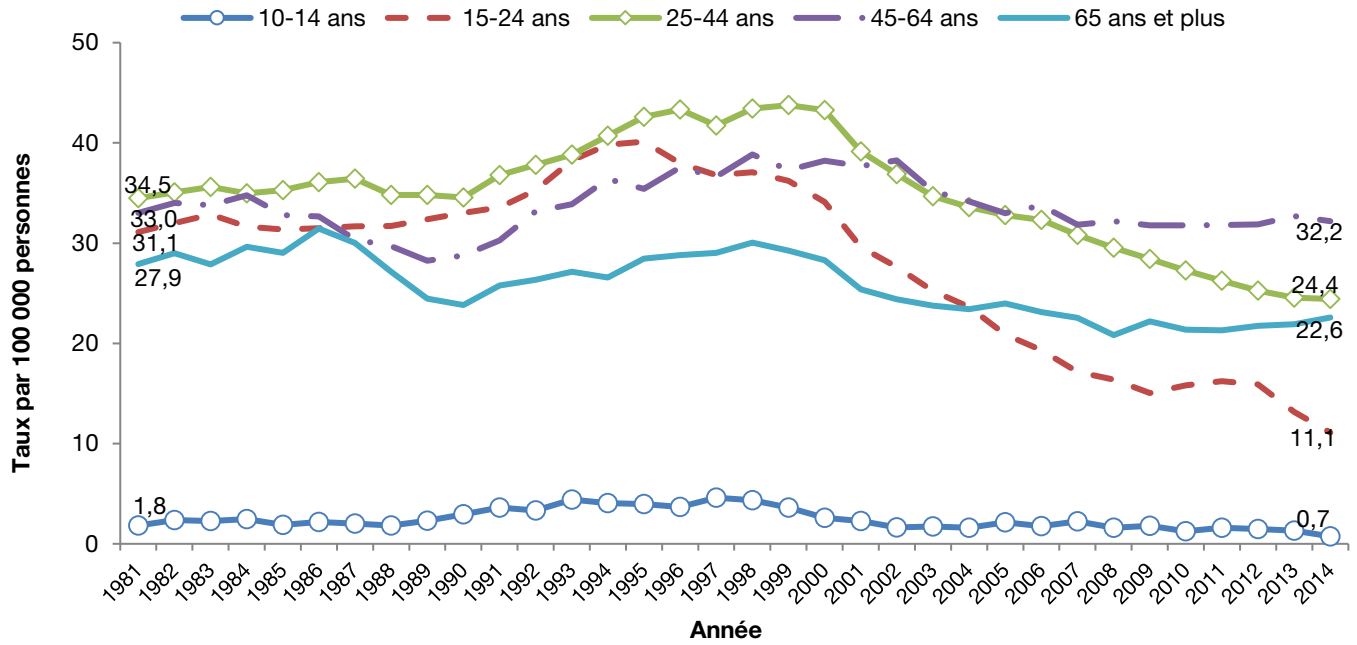
Troisièmement, depuis le début des années 2000, le taux de suicide le plus élevé est observé auprès des Québécois et des Québécoises âgés de 45 à 64 ans, correspondant à l'étape du milieu de l'âge adulte. Leur taux de suicide a augmenté de manière importante au début des années 1990 et semble avoir continué de

progresser jusqu'au début des années 2000. Depuis, le taux de suicide parmi ce groupe a diminué, mais plus lentement que dans les autres groupes d'âge pour se stabiliser autour de 30 pour 100 000 chez les hommes et de 11 pour 100 000 chez les femmes. Le plateau atteint lors des dernières années contraste avec la tendance générale observée à la baisse depuis le début des années 2000 dans les autres groupes d'âge.

Cette étape du développement humain est caractérisée par plusieurs ajustements parentaux, incluant l'aide aux enfants dans leur transition vers l'âge adulte, l'atteinte d'une stabilité financière et la planification de sa retraite (De Leo et Evans, 2003). De plus, il apparaît que des individus âgés entre 45 et 64 ans entre 1981 et 2014 au Québec sont principalement issus de la génération des baby-boomers (nés entre 1946 et 1966). Des études récentes ont d'ailleurs démontré que le taux de suicide de ces hommes québécois était associé à un fort effet de cohorte (Thibodeau, 2015c) et de la taille de la cohorte (Thibodeau, 2015a).

Finalement, le taux de mortalité par suicide des hommes âgés de 65 ans et plus est demeuré plutôt constant durant la période de 1981 à 2014. Au cours des dernières années, leur taux de suicide se compare à ceux des hommes de 25 à 44 ans. L'évolution du taux de suicide des Québécois de 65 ans et plus a été modérée au début des années 1980 variant autour de 25 pour 100 000. Tout comme les 45 à 64 ans, une légère diminution du taux de suicide est observée au début des années 2000 et semble avoir atteint un plateau dans les dernières années. En 2014, les hommes de 65 ans et plus au Québec présentent un taux de suicide deux fois plus élevé que celui des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Il s'agit d'une situation observée également dans le reste du Canada selon Thibodeau (2015c), aux États-Unis selon Curtin, Warner et Hedegaard, (2016) et dans de nombreux pays selon l'Organisation mondiale de la santé (2014). Ce groupe présente des caractéristiques particulières, dont le retrait graduel du marché du travail et les difficultés d'ajustement face à certains changements physiques et cognitifs (De Leo et Evans, (2003).

Figure 10 Taux de mortalité¹ par suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2014²



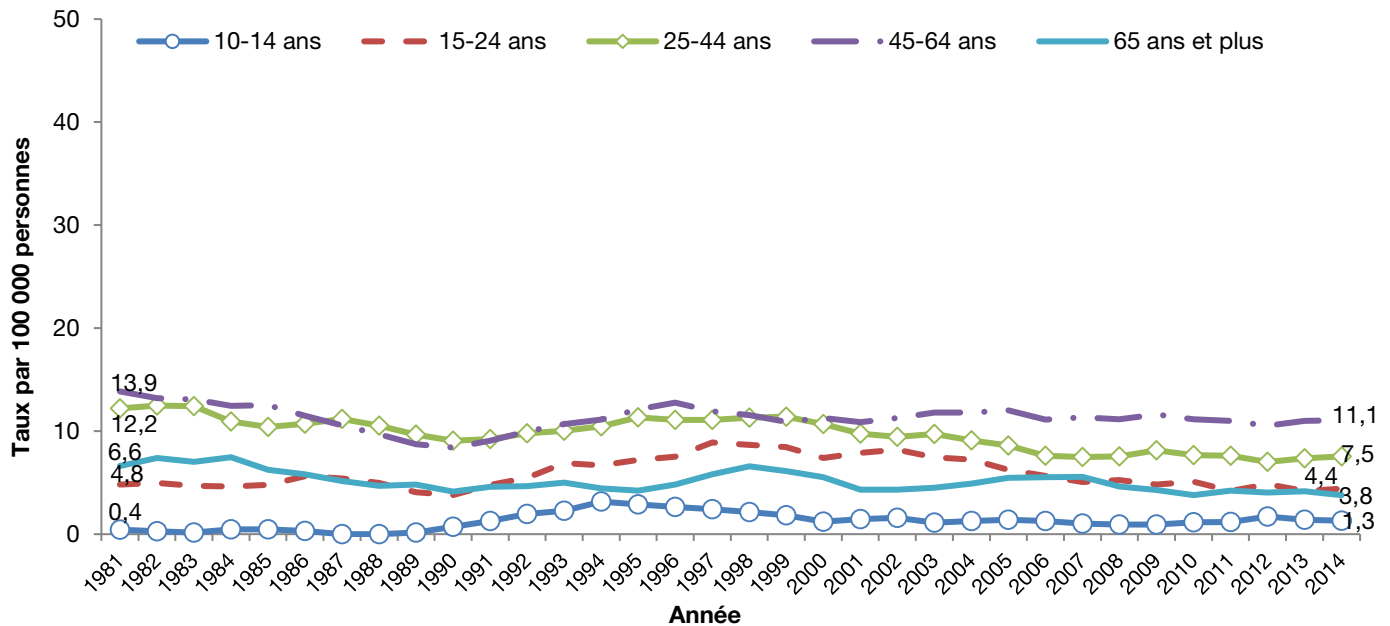
¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 11 Taux de mortalité¹ par suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2014²



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Conclusion

Pour l'année 2014, les données provisoires indiquaient un taux de mortalité par suicide de 13,4 décès pour 100 000 personnes au Québec (1 125 individus). La baisse du taux de suicide, amorcée au début du siècle, semblait s'atténuer au cours des dernières années suggérant l'atteinte d'un plateau. Plus d'hommes que de femmes s'enlevaient la vie pour un taux ajusté respectif de 20,2 pour 100 000 et de 6,7, selon un ratio qui se maintenait dans le temps autour de 3 pour 1. Le sous-groupe de la population qui est le plus à risque de suicide au Québec est représenté par les hommes de 45 à 64 ans.

En conclusion, le suicide demeure une cause de mortalité importante et constitue la première cause de décès traumatiques au Québec (données non présentées). Le suicide est un phénomène complexe. Il est souhaitable de maintenir les efforts pour la prévention du suicide au Québec et même de les accentuer dans les années à venir, notamment auprès des groupes identifiés comme étant les plus à risques.

Références

- Auger, N., et collab., (2016). Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings. *Injury Prevention*, 22(1), 76-78. doi:10.1136/injuryprev-2015-041613
- Caron, J., et Robitaille, C. (2007). Les taux de suicide des jeunes hommes québécois : facteurs de risques et de protection. *Recherches sociographiques*, 48(3), 97-120. doi:10.7202/018005ar
- Curtin, S., Warner, M., et Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999–2014. *National Center for Health Statistics (NCHS) Hyattsville, M*, 241, 1-8.
- D'Amours, Y. (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère du Conseil exécutif, Conseil permanent de la jeunesse.
- D'Amours, Y. (1996). *Le suicide chez les jeunes : s.o.s. jeunes en détresse!* Québec: Conseil permanent de la jeunesse, Gouvernement du Québec.
- De Leo, D., et Evans, R. (2003). *International Suicide Rates: Recent Trends and Implications for Australia*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Eurostat. (2016). Causes of death statistics: tables and figures. (ISSN: 2443-8219). Retrieved 13 décembre 2016, from Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics
- Fond, G., et collab., (2016). Disparities in suicide mortality trends between United States of America and 25 European countries: retrospective analysis of WHO mortality database. *Sci Rep*, 6, 20256. doi:10.1038/srep20256
- Légaré, G., et collab., (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*. (1920-9800 (électronique); 978-2-550-74915-8 (électronique); 1920-9800 (PDF); 978-2-550-74915-8 (PDF)). Québec: Institut national de santé publique du Québec Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/publications/2091>.

- Légaré, G., et Hamel, D. (2013). An Age-Period-Cohort Approach to Analyzing Trends in Suicide in Quebec between 1950 and 2009. *Canadian Journal of Public Health*, 104(2), 118-123.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2016). Taux de suicide (indicateur). *Données*. Retrieved from <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondiale* Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (Australia), Lakshmi Vijayakumar (India), et Alex Butchart (WHO) (Eds.), Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
- St-Laurent, D., et Bouchard, C. (2004). *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Montréal: Institut national de santé publique, Québec, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, Unité connaissance-surveillance.
- Stockard, J., et O'Brien, R. M. (2002). Cohort Variations and Changes in Age-Specific Suicide Rates over Time: Explaining Variations in Youth Suicide. *Social Forces*, 81(2), 605-642. doi:10.1353/sof.2003.0022
- Syer-Solursh, D., et Wyndowe, J. P. (1981). *How coroners' attitudes towards suicide affect certification procedures*. (Vol. Educational Course for Coroners: Part I). Toronto: Ontario Ministry of the Solicitor General.
- Thibodeau, L. (2015a). Cohort Size and Suicide Mortality in Canada: An Assessment of the Easterlin and Preston Theories in the GI through the Y Generations. *Population Review*, 54(2), 47-67.
- Thibodeau, L. (2015b). *Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle : perspectives sociodémographiques et macroéconomiques*. (Philosophiæ Doctor (Ph.D.) Dissertation par articles), Université de Montréal, Montréal.
- Thibodeau, L. (2015c). Suicide Mortality in Canada and Quebec, 1926-2008: an Age-Period-Cohort Analysis. *Canadian Studies in Population*, 42(3-4), 1-23.
- Varnik, P., et collab., (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*, 18(5), 321-325. doi:10.1136/injuryprev-2011-040070
- WHO-SUPRE. (2012). Suicide prevention (SUPRE) : Live your life. In W. H. Organization (Ed.), *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*: WHO Department of Mental Health and Substance Dependences Non communicable Diseases and Mental Health.
- World Health Organization. (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Annexe 1 Données et méthodes

Sources des données

Le nombre de décès par suicide provient de deux sources : le Registre des événements démographiques – Fichier des décès (RED/D) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour les années 1981 à 2012 et la Banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec (BCQ) pour les années 2013, 2014 et 2015 (rapports complétés et avis du coroner). Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus au Québec ou ailleurs. Les cas de suicide provenant des données du RED/D sont codifiés selon deux versions de la classification internationale des maladies (CIM) : la 9^e révision (CIM-9) de 1981 jusqu'au 31 décembre 1999 et la 10^e révision (CIM-10) pour les années 2000 à 2012. Les suicides ont été identifiés à l'aide des codes E950 à E959 pour les années codifiées selon la CIM-9 et des codes X60 à X84 et Y87.0 pour les années codifiées selon la CIM-10.

Les données pour les années 2013, 2014 et 2015 sont provisoires puisqu'elles proviennent de la banque de données informatisée du BCQ. Il s'agit d'un fichier « dynamique » puisque des cas de décès par suicide peuvent être ajoutés au fichier jusqu'à la fin des investigations du coroner. Toutefois, ces variations se stabilisent au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'année en cours.

Plus précisément, cette situation est attribuable au fait que les décès classés comme « suicide » dans la base de données BCQ sont de deux ordres; (a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion dans le rapport déposé est un décès auto-infligé avec l'intention de s'enlever la vie (suicide); et (b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un traumatisme auto-infligé avec l'intention de s'enlever la vie (suicide). Une conséquence de l'utilisation des données les plus récentes issues de la Banque de données informatisée du BCQ est qu'elles sont provisoires et tendent généralement à sous-estimer le nombre réel de suicides. Pour l'année 2013, tous les rapports

d'investigation étaient terminés au moment de l'extraction des données (date d'extraction : 12 décembre 2016). Pour l'année 2014, 14 rapports d'investigation (1 % des suicides) n'étaient pas terminés au moment de l'extraction des données (date d'extraction : 12 décembre 2016). Pour l'année 2015, la proportion des rapports d'investigation non complétés au moment de l'extraction des données était de 13 % (date d'extraction 5 janvier 2017). Ceci pourrait substantiellement altérer la précision des estimations (Bradley, Harrison, et Abou Elnour, 2010)⁶. Pour cette raison, les données de 2015 ne sont pas incluses dans les tableaux et les figures de mise à jour de ce rapport. Les données du BCQ pour 2015 sont uniquement présentées sous la forme d'un aperçu très général.

Les données de population utilisées pour calculer les taux de suicide proviennent de deux sources : les estimations de population pour les années 1981 à 2010 et les projections démographiques produites par la direction des statistiques démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour 2011 à 2015.

Comparaisons interprovinciales et internationales

Les données utilisées pour les comparaisons interprovinciales font partie du tableau 102-0563 publié par Statistique Canada (2016). Les données présentées sont celles de l'année 2012, la plus récente année statistique compilée disponible au moment de la rédaction de ce rapport. Pour permettre les comparaisons entre les provinces, le taux de mortalité ajusté pour la structure d'âge est utilisé. La structure d'âge de la population canadienne de 1991 a été appliquée comme population de référence pour le calcul du taux ajusté de suicide pour chacune des provinces.

La comparaison interprovinciale et territoriale des données sur le nombre de suicides est altérée par les difficultés liées à la *sous-estimation* des décès. Au Canada, la catégorie de décès traumatiques dont l'intention est *indéterminée* est couramment utilisée

⁶ Une étude a démontré en Australie l'effet de contraindre les coroners à déposer plus rapidement leur rapport d'investigation avait pour conséquence; (a) la sous-estimation du nombre réel de suicides et (b) d'augmenter les décès classés traumatismes indéterminés quant à l'intention (Bradley et collab., 2010).

comme indicateur de la précision des données sur le suicide. Les décès inclus dans cette catégorie sont ceux pour lesquels le coroner ou le médecin légiste n'a pas été en mesure de distinguer s'il s'agissait d'un décès accidentel, d'un homicide ou d'un suicide. Une étude canadienne d'Auger et collab. (2016) à partir des données de 2010 a démontré des écarts interprovinciaux et territoriaux pour les taux de décès dont l'intention est indéterminée variant de 0,4 décès par 100 000 (Nouveau-Brunswick) à 10,6 par 100 000 (Alberta). Inclure les décès dont l'intention indéterminée modifiait donc de façon notable le classement des provinces canadiennes par taux de suicide.

Les taux de suicide des territoires au Canada (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut) ne sont pas présentés dans ce rapport. Il faut prendre note que ces territoires ont des populations relativement peu nombreuses et que les taux peuvent présenter des fluctuations plus importantes d'une année à l'autre.

Il est important de rappeler que l'interprétation des comparaisons interprovinciales et territoriales doit être réalisée avec précaution.

Les données des comparaisons internationales sont fournies à titre indicatif seulement et sont empreintes de sources d'erreurs multiples. Il existe des variations considérables entre les pays dans l'application des règles de sélection de la cause initiale du décès et dans les définitions utilisées pour déterminer un décès par suicide. Les données utilisées pour les comparaisons internationales proviennent des statistiques officielles publiées par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE -2016). Pour cet exercice, les pays membres de l'OCDE considérés comparables ont été retenus (plus d'information, voir <https://www.inspq.qc.ca/santescope/ressources/methode-dologie-des-survols>). Au total, 16 pays membres de l'OCDE ont été sélectionnés pour comparer le taux de mortalité par suicide du Québec au niveau international. Pour permettre cette comparaison, le taux de mortalité par suicide de chacun des pays retenus, ainsi que celui du Québec et du Canada, a été ajusté selon la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010.

Considérations sur les données de mortalité sur le suicide

Les statistiques sur le suicide sont l'instrument principal d'analyse utilisé pour évaluer l'ampleur du phénomène, mais des préoccupations d'ordre général sont relevées dans la littérature et leurs fiabilités sont régulièrement remises en question (Thibodeau, 2015). Plusieurs causes sont évoquées pour mettre en doute l'exactitude et l'interprétation des données. Parmi celles-ci, la *révision de la Classification Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès (CIM)*. Des changements de cette classification a eu des effets sur certains décès par suicide dans le passé selon l'Organisation mondiale de la santé (1965, 1975a). Deux changements de codification ont été réalisés durant la période de ce rapport (1981 à 2014), le passage de la CIM-9 à CIM-10 en vigueur au Québec en 2006. Le rapport de compatibilité des statistiques n'a démontré aucune incidence (rapport nul 0,0 %) sur le nombre de décès attribuable aux lésions auto-infligées (suicide) selon Geran et collab. (2005).

La principale préoccupation est la *sous-estimation* qui se regroupe en 3 grandes catégories selon l'Organisation mondiale de la santé (1975b, 2014); l'attitude sociale, la difficulté de conclure au suicide et l'absence de procédures uniformes pour conclure à un décès par suicide. Des problèmes de cet ordre sont notés au Canada. Il semble que l'utilisation inégale des codes pour les blessures dont l'intention est indéterminée suggère que les taux de suicide peuvent être sous-estimés de façon disproportionnée dans certaines régions, notamment dans la province de Terre-Neuve et Labrador (Edwards et collab. 2008) et en Ontario (Parai et collab. 2006). Par contre, le Québec est reconnu pour avoir des taux de suicide élevés et peu de blessures dont l'intention est indéterminée (Auger et collab. 2016). Cette situation a aussi été relevée aux États-Unis par Skinner et collab. (2016).

Si la sous-estimation des taux de suicide est une situation connue et reconnue, l'ordre de grandeur des erreurs est plus difficile à estimer. Des études en France par Aouba et collab. (2011) et en Angleterre par Gunnell et collab. (2012) rapportaient récemment une sous-estimation respective de 9,4 % et 8,7 %. Au Canada, l'estimation de la sous-déclaration potentielle moyenne il y a plus de deux décennies s'élèverait à 17,5 % pour les femmes et 12 % pour les hommes

selon Speechley et Stavrakys (1991). Au Québec, il est particulièrement difficile d'obtenir un pourcentage même approximatif de la sous-estimation du phénomène (Thibodeau, 2015). Néanmoins, l'INSPQ a conclu dans St-Laurent et Bouchard (2004) que les données sur le suicide au Québec sont valides et fiables et que la sous-estimation est très peu importante et si des correctifs étaient apportés, les taux resteraient sensiblement les mêmes.

Analyses statistiques

Il faut calculer des taux de suicide pour tenir compte de la structure démographique. Ces taux représentent le risque de décéder par suicide au cours de la période considérée. Les taux présentés dans ce document ont été, pour la plupart, ajustés selon l'âge et selon la méthode de standardisation directe. Cette opération est réalisée dans le but de limiter l'effet de la structure d'âge de la population sur les taux et permettre les comparaisons dans le temps ou entre des unités territoriales (régions, provinces, pays). La population

Québécoise de l'année 2001 a été retenue comme population de référence. La méthode d'ajustement du présent document diffère des éditions antérieures à 2015, car 5 grands groupes d'âge ont été utilisés pour la pondération. Cette méthode permet d'améliorer la précision des données lors de l'utilisation de tests statistiques. Dans certaines circonstances, les taux spécifiques, c'est-à-dire par groupe d'âge de la population, ont également été calculés. Pour quelques figures, des moyennes mobiles sur trois années⁷ ont été calculées pour atténuer les fluctuations annuelles, augmenter la précision statistique, souligner les tendances à plus long terme et améliorer les figures présentées.

Les taux bruts de décès par suicide, sans ajustement pour l'âge, sont calculés et présentés au tableau A1 en annexe 2.

Les tests statistiques et les intervalles de confiance utilisent un seuil de 0,05. Une correction pour les comparaisons multiples a été appliquée lors des comparaisons entre les régions.

⁷ Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2014. Pour ces années aux limites de notre série temporelle, des moyennes mobiles sur 2 ans ont été calculées.

Références annexes

- Aouba, A., et collab., (2011). Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. . *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 498-501.
- Auger, N., et collab., (2016). Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings. *Injury Prevention*, 22(1), 76-78. doi:10.1136/injuryprev-2015-041613
- Bradley, C. E., Harrison, J. E., et Abou Elnour, A. (2010). Appearances may deceive: what's going on with Australian suicide statistics? *Med J Aust*, 192(8), 428-429.
- Edwards, N., et collab., (2008). Suicide in Newfoundland and Labrador: a linkage study using medical examiner and vital statistics data. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 53(4), 252-259.
- Eurostat. (2016). Causes of death statistics: tables and figures. (ISSN: 2443-8219). Retrieved 13 décembre 2016, from Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics
- Geran, L., et collab., (2005). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada* (Vol. No 84-548-XIF au catalogue). Ottawa: Statistique Canada, Division de la statistique de la santé.
- Gunnell, D., et collab., (2012). Time trends in coroners' use of different verdicts for possible suicides and their impact on officially reported incidence of suicide in England: 1990-2005. *Psychol Med*, 1-8. doi:S0033291712002401 [pii] 10.1017/S0033291712002401 [doi]
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2016). Taux de suicide (indicateur). *Données*. Retrieved from <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>
- Organisation mondiale de la Santé. (1965). *Comparability of mortality statistics for the sixth and seventh revisions: United States, 1958*. Washington: U.S. Public Health Service, National Center for Health Statistics.
- Organisation mondiale de la Santé. (1975a). *Comparability of Mortality Statistics for the Seventh and Eighth Revisions of the International Classification of Diseases, United States: U.S. Government Printing Office*.
- Organisation mondiale de la santé. (1975b). *Le suicide et les tentatives de suicide* (Vol. 58). Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondiale* Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (Australia), Lakshmi Vijayakumar (India), & Alex Butchart (WHO) (Eds.), Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
- Parai, J. L., et collab., (2006). The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners. *Annals of Epidemiology*, 16(11), 805-811. doi:S1047-2797(06)00036-6 [pii] 10.1016/j.annepidem.2006.01.006 [doi]
- Skinner, R., et collab., (2016). Suicide in Canada: Is Poisoning Misclassification an Issue? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61.
- Speechley, M., et Stavray, K. M. (1991). The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Canadian Journal of Public Health*, 82(1), 38-42.
- St-Laurent, D., et Bouchard, C. (2004). *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Montréal: Institut national de santé publique, Québec, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, Unité connaissance-surveillance.
- Statistics Canada. (2016, 2015-12-10). Table 102-0552 - Deaths and mortality rate, by selected grouped causes and sex, Canada, provinces and territories, annual, CANSIM Retrieved from
- Thibodeau, L. (2015). *Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle : perspectives sociodémographiques et macroéconomiques*. (Philosophiæ Doctor (Ph.D.) Dissertation par articles), Université de Montréal, Montréal.

Annexe 2 Données complémentaires

Tableau A1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2014²

Années	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1981	795	24,6	26,1	252	7,6	8,4	1047	16,0	17,0
1982	862	26,5	27,4	284	8,5	9,5	1146	17,4	18,2
1983	903	27,7	28,3	279	8,3	9,1	1182	17,9	18,4
1984	834	25,5	26,3	247	7,4	8,0	1081	16,3	16,9
1985	871	26,5	27,4	241	7,1	7,6	1112	16,7	17,2
1986	885	26,7	27,3	262	7,7	8,2	1147	17,1	17,4
1987	910	27,2	28,0	255	7,4	7,7	1165	17,2	17,5
1988	858	25,4	25,8	235	6,8	7,1	1093	16,0	16,1
1989	818	24,0	24,2	220	6,3	6,5	1038	15,0	15,2
1990	902	26,1	26,1	202	5,7	5,9	1104	15,8	15,8
1991	898	25,8	26,1	207	5,8	5,9	1105	15,6	15,7
1992	984	28,1	28,5	272	7,5	7,8	1256	17,7	17,9
1993	1049	29,8	30,1	264	7,3	7,5	1313	18,3	18,6
1994	1027	29,0	29,4	264	7,2	7,4	1291	18,0	18,1
1995	1144	32,2	32,5	298	8,1	8,4	1442	20,0	20,2
1996	1136	31,8	32,2	327	8,9	9,1	1463	20,2	20,4
1997	1095	30,5	30,9	287	7,8	7,9	1382	19,0	19,2
1998	1072	29,8	30,1	315	8,5	8,6	1387	19,0	19,1
1999	1284	35,6	35,8	336	9,0	9,1	1620	22,1	22,2
2000	1059	29,2	29,3	266	7,1	7,2	1325	18,0	18,1
2001	1055	28,9	28,9	279	7,4	7,5	1334	18,0	18,0
2002	1052	28,6	28,6	290	7,7	7,8	1342	18,0	18,0
2003	980	26,5	26,4	279	7,4	7,4	1259	16,8	16,8
2004	875	23,5	23,4	302	7,9	7,9	1177	15,6	15,5
2005	987	26,3	26,2	283	7,4	7,4	1270	16,8	16,7
2006	918	24,3	24,2	276	7,2	7,0	1194	15,6	15,5
2007	874	23,0	22,7	241	6,2	6,1	1115	14,5	14,4
2008	869	22,6	22,4	285	7,3	7,2	1154	14,9	14,7
2009	881	22,7	22,5	265	6,7	6,7	1146	14,6	14,5
2010	858	21,8	21,7	269	6,7	6,6	1127	14,2	14,1
2011	858	21,6	21,2	258	6,4	6,3	1116	13,9	13,7
2012	886	22,1	21,5	259	6,4	6,2	1145	14,2	13,8
2013	857	21,2	20,8	248	6,0	6,1	1105	13,6	13,4
2014	845	20,7	20,2	280	6,8	6,7	1125	13,7	13,4

¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012, Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca