



Une production du

BiESP

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

Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019

RAPPORT

AUTEURS

Pascale Levesque

Éric Pelletier

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

COLLABORATION

Mathieu Gagné

Mélanie Tessier

Bureau d'information et d'études en santé des populations

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Valérie Émond d'avoir révisé ce rapport et nous avoir fait bénéficier de ses judicieux commentaires.

Nous tenons également à remercier Marie-Hélène Lussier d'avoir révisé les résultats visant les comparaisons interprovinciales et internationales.

Bureau d'information et d'études en santé des populations

MISE EN PAGE

Sylvie Muller

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est une mise à jour de : Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É., Perron, P. A. (2018). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 — Mise à jour 2018. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 23 pages.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2019). Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.

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 2019

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISSN : ISSN : 2562-3400

ISBN : 978-2-550-83265-2

©Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	II
Faits saillants.....	1
Introduction	2
1. Méthodes (abrégées)	2
2. Résultats	3
Évolution des suicides selon le sexe	3
Évolution des suicides selon les groupes d'âge et le sexe	3
Comparaisons des suicides selon les groupes d'âge et le sexe	4
Importance du suicide parmi l'ensemble des décès	8
Moyens utilisés pour s'enlever la vie	8
Comparaison des suicides selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale.....	11
Suicide selon les régions sociosanitaires	14
Comparaisons interprovinciales et internationales	14
Conclusion	19
Annexe 1 Données et méthodes	20
Annexe 2 Résultats complémentaires.....	24
Références.....	20

Liste tableaux et des figures

Tableau 1	Nombre et taux ajusté de suicides, selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2016	5
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2011 à 2016.....	16
Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2016	6
Figure 2	Taux de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2016.....	6
Figure 3	Taux de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2016	7
Figure 4	Taux de suicide selon les groupes d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014-2016	7
Figure 5	Proportion de suicides de parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les hommes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2013-2015.....	9
Figure 6	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2013-2015.....	9
Figure 7	Répartition des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2014-2016.....	10
Figure 8	Taux ajusté de suicide en fonction de l'indice de défavorisation matérielle en quintile, selon le sexe, Québec, 2011-2015	12
Figure 9	Taux ajusté de suicide en fonction de l'indice de défavorisation sociale en quintile, selon le sexe, Québec, 2011-2015	12
Figure 10	Taux ajusté de suicide en fonction de l'indice de défavorisation matérielle en quintile, selon l'âge, Québec, 2011-2015	13
Figure 11	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire et le sexe, ensemble du Québec, 2014-2016	15
Figure 12	Taux ajusté de suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2015	17
Figure 13	Taux ajusté de suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2015.....	18

Faits saillants

- Selon les données provisoires pour l'année 2016, le taux ajusté de suicide était de 12,1 par 100 000 personnes au Québec (n = 1 046 suicides).
- Pour la période de 2014 à 2016, le taux de suicide des hommes et des femmes augmente avec l'âge pour atteindre un sommet chez les personnes âgées de 50 à 64 ans.
- Le taux de suicide augmente progressivement avec l'augmentation des inégalités matérielles et sociales.

Plus spécifiquement chez les hommes :

- Après avoir subi la plus importante diminution du taux de suicide chez les hommes, les jeunes âgés entre 15 et 19 ans ont un taux de suicide relativement stable depuis une dizaine d'années. Chez les hommes âgés entre 20 et 49 ans, la diminution du taux de suicide entamée au début des années 2000 semble se poursuivre. Depuis 2015, le taux de suicide le plus élevé est observé chez les hommes âgés de 50 à 64 ans. Ce taux semble stable depuis plusieurs années.
- Chez les hommes, depuis le sommet atteint en 1999 (35,8 suicides par 100 000), le taux de suicide a constamment diminué pour atteindre 18,6 par 100 000 en 2016 (803 suicides).

Plus spécifiquement chez les femmes :

- Le taux de suicide a augmenté jusqu'à 9,1 par 100 000 en 1996 et 1999. Ensuite, ce taux a diminué pour atteindre 5,7 par 100 000 en 2016 (243 suicides). Bien qu'il s'agisse du taux de suicide le plus bas jamais observé au Québec depuis 1981, les résultats des années précédentes suggèrent que le taux de suicide chez les femmes est plutôt stable depuis une dizaine d'années.
- Depuis 2007, les taux de suicide les plus bas s'observent chez les jeunes filles (10-14 ans) et les jeunes femmes (15 à 19 ans) tandis que les taux les plus élevés sont observés chez les femmes âgées de 50 à 64 ans.

Autres faits saillants :

- Au Nunavik, le phénomène du suicide est préoccupant. Le taux de suicide dans cette région était de 135,1 par 100 000 pour les hommes et 31,9 par 100 000 pour les femmes pour la période 2014-2016. Ce taux est 7 fois plus élevé que ce qui est observé chez les hommes pour l'ensemble du Québec et 5 fois plus chez les femmes.
- Pour la période 2014-2016, les taux de suicide pour les régions du Nunavik, de l'Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et Mauricie et du Centre-du-Québec étaient significativement plus élevés que le reste du Québec, alors que ceux de Laval et de Montréal étaient significativement inférieurs.
- Pour 2014-2016, la méthode la plus utilisée pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, (respectivement 56,0 % et 42,5 %). Les suicides par armes à feu étaient beaucoup plus fréquents chez les hommes (14,5 %) tandis que les suicides par intoxications aux substances solides ou liquides étaient plus fréquents chez les femmes (34,7 %).

Introduction

Dans le cadre de sa Politique gouvernementale de prévention en santé élaborée en 2016, le gouvernement du Québec vise le renforcement des mesures de prévention dans le système de santé et des services sociaux auprès des personnes vulnérables, notamment en matière de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Afin de soutenir la prise de décision liée à la planification et à la réalisation des politiques en prévention du suicide, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie depuis 2004 un rapport présentant les données les plus récentes sur le suicide au Québec^{1,2}.

La production de ce rapport s'inscrit dans les activités de surveillance de l'INSPQ visant à développer des mesures et des indicateurs et à réaliser des analyses permettant notamment d'évaluer les besoins actuels et futurs des planificateurs en santé en matière de soins et de services.

Le présent rapport a pour objectifs de :

- dresser un portrait général de la situation des suicides au Québec et présenter les plus récentes données disponibles ;
- analyser les tendances temporelles et les variations des suicides selon le sexe, l'âge, les régions sociosanitaires et la défavorisation matérielle et sociale ;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie ;
- situer le suicide au Québec par rapport aux provinces canadiennes et à 12 pays membres de l'OCDE.

1 Méthodes (abrégées)

Pour les années 1981 à 2015, les données sont issues du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Pour 2016, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec et mise à jour le 3 décembre 2018. Éventuellement, les décès pour l'année 2016 seront traités à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où ils seront intégrés au Fichier des décès. Concernant l'année 2016, 6,7 % des investigations des coroners étaient en cours au moment de l'extraction des données, ce qui sous-estime légèrement le nombre de suicides.

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2010 et les projections démographiques pour les années 2011 à 2016 ont été utilisées. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'ISQ. Les taux de suicide sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge, l'indice de défavorisation matérielle et sociale et les régions sociosanitaires.

Les catégories d'âge ont été définies en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires pour la période 2010 à 2014.

Le taux de suicide au Québec est comparé aux autres provinces canadiennes et à 12 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les comparaisons interprovinciales et internationales doivent être interprétées avec prudence puisque les procédures d'investigations des décès et l'application des règles de codification des causes de décès peuvent varier selon les provinces ou les pays étudiés. De plus, l'utilisation de ces données soulève des préoccupations principalement liées à la sous-estimation du suicide attribuable à la norme sociale, à l'absence de preuve pour pouvoir conclure au suicide et au manque de procédures uniformes pour identifier les suicides³⁻⁵. Néanmoins, pour le Québec l'INSPQ conclut que les données sur le suicide sont valides et fiables, que la sous-estimation est probablement faible et que les taux resteraient sensiblement les mêmes avec des correctifs¹.

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

2 Résultats

Les nombres et les taux ajustés de suicide au Québec entre 1981 et 2016 sont présentés au tableau 1. Selon les données provisoires pour 2016, le taux ajusté de suicide était de 12,1 par 100 000 personnes. À titre de comparaison, des taux de 13,7 et 13,5 par 100 000 ont été observés successivement pour les années 2014 et 2015. Les données les plus récentes suggèrent que la baisse du taux de suicide au Québec se poursuit. Au total, 1 147 suicides ont été enregistrés en 2014, 1 150 en 2015 et 1 046 en 2016. Cependant, il faut souligner que pour l'année 2016, les données sont provisoires, alors le nombre et le taux de suicide sont probablement légèrement sous-estimés.

Les nombres, les taux bruts et ajustés de suicide selon le sexe pour l'ensemble du Québec de 1981 à 2016 sont présentés à l'annexe 2, tableau A1.

Généralement, les hommes affichent un taux de suicide plus élevé que celui des femmes^{6,7}. En 2016, le taux ajusté de suicide des hommes s'élevait à 18,6 par 100 000 (803 décès) alors que celui des femmes était de 5,7 par 100 000 (243 décès).

Les nombres et les taux de suicide selon le sexe et l'âge pour les années 2011 à 2016 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A2.

Évolution des suicides selon le sexe

L'évolution temporelle du taux ajusté de suicide selon le sexe au Québec de 1981 à 2016 est présentée à la figure 1. Pour les hommes, le taux de suicide a été plutôt stable au cours des années 1980, puis s'est accru dans les années 1990 pour atteindre 35,8 par 100 000 en 1999 (voir tableau 1). Depuis le début des années 2000, le taux de suicide chez les hommes a constamment diminué pour atteindre 18,6 par 100 000 en 2016 (données provisoires). Chez les hommes, le taux observé en 2016 est le plus bas enregistré au cours de la période étudiée.

Chez les femmes, le taux de suicide a diminué au cours des années 1980 et augmenté de 1991 à 1999. Depuis, ce taux a diminué pour atteindre 5,7 par 100 000 en

2016. Bien qu'il s'agisse du taux de suicide le plus bas jamais observé, les résultats des années précédentes suggèrent que le taux de suicide chez les femmes est plutôt stable depuis une dizaine d'années.

Évolution des suicides selon les groupes d'âge et le sexe

Les figures 2 et 3^a permettent d'examiner l'évolution du taux de suicide au Québec, de 1981 à 2016, chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge.

Outre les enfants de 10 à 14 ans, ce sont les adolescents âgés entre 15 et 19 ans qui affichent le taux de suicide le plus bas depuis le début des années 2000. Entre 1995 et 2006, ce taux est passé de 35,1 par 100 000 à 9,8 par 100 000 (figure 2). Cette diminution de 72 % est la plus importante observée chez les hommes parmi les groupes d'âge examinés. Depuis une dizaine d'années, leur taux de suicide semble s'être stabilisé entre 11 et 12 par 100 000.

Chez les jeunes hommes âgés entre 20 et 34 ans, le taux de suicide semble être encore en diminution. Entre 1999 et 2016, ce taux est passé de 47,5 par 100 000 à 15,4 par 100 000. C'est une diminution de 68 %, la deuxième plus importante observée chez les hommes après le groupe des 15-19 ans.

Au début des années 1980, le taux de suicide chez les hommes âgés de 35 et 49 ans a augmenté progressivement pour atteindre un sommet à la fin des années 1990 (52,7 par 100 000 en 1999). Ce groupe affichait alors le taux de suicide le plus élevé au Québec. Depuis le début des années 2000, ce taux a constamment diminué. En 2016, le taux de suicide était alors de 25,9 par 100 000. En raison de cette forte diminution, les hommes âgés de 35 et 49 ans ne représentent plus le groupe avec le taux de suicide le plus élevé au Québec.

Depuis 2015, le taux de suicide le plus élevé est observé chez des hommes âgés de 50 à 64 ans. Ce taux a augmenté dans les années 1990 pour progresser pendant environ cinq ans (38,1 par 100 000 en 1995). Depuis, le taux de suicide pour ce groupe a diminué, mais plus lentement que dans les autres groupes d'âge, pour se stabiliser autour de 31 par 100 000 entre 2010

^a Les figures 2 et 3 présentent des moyennes mobiles. Pour plus d'exactitude, les taux mentionnés dans cette section réfèrent aux taux spécifiques pour chaque groupe d'âge et année mentionnés.

et 2016. Le plateau observé depuis quelques années contraste avec la tendance à la baisse observée chez les hommes de 20 à 49 ans.

Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, il y a eu au début des années 2000, une légère diminution du taux de suicide. Dans la dernière décennie, ce taux s'est stabilisé autour de 22 par 100 000.

En résumé, il apparaît que chez les hommes âgés entre 20 et 49 ans, la diminution du taux de suicide entamée au début des années 2000 se poursuit toujours. Chez les hommes plus âgés (50 ans et plus), le taux de suicide semble s'être stabilisé depuis quelques années. Après avoir subi la plus importante diminution du taux de suicide chez les hommes, les jeunes âgés entre 15 et 19 ans ont un taux de suicide relativement stable depuis une dizaine d'années.

Malgré de légères variations, le taux de suicide chez les femmes semble être relativement stable (figure 3). Depuis 2010, ce taux varie autour de 3 et 4 par 100 000 chez les femmes de 15 à 19 ans et autour de 5 et 6 par 100 000 chez les femmes de 20 à 34 ans. Chez les femmes plus âgées, le taux de suicide est aussi relativement stable, mais beaucoup plus élevé. Ce taux oscille autour de 9 par 100 000 chez les femmes de 35 à 49 ans et autour de 11 par 100 000 chez les femmes de 50 à 64 ans. Depuis plusieurs années maintenant, les taux de suicide les plus élevés chez les femmes s'observent chez le groupe des 50 à 64 ans. Chez les femmes de 65 ans et plus, le taux de suicide varie autour de 4 et 5 par 100 000.

Comparaisons des suicides selon les groupes d'âge et le sexe

Pour la période de 2014 à 2016, le taux de suicide des hommes et des femmes augmente avec l'âge pour atteindre un sommet chez les personnes âgées de 50 à 64 ans (figure 4).

Les taux de suicide les plus élevés s'observaient chez les hommes de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans (respectivement 28,3 par 100 000 et 30,4 par 100 000) tandis que les jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans et 20 à 34 ans affichaient des taux beaucoup plus bas (respectivement 11,1 par 100 000 et 18,1 par 100 000).

Chez les femmes, celles âgées de 35 à 49 ans (9,2 par 100 000) et celles de 50 à 64 ans (11,3 par 100 000) présentaient les taux de suicide les plus élevés. Inversement, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 (3,6 par 100 000) et de 20 à 34 ans (6,4 par 100 000) avaient des taux plus faibles pour la période de 2014 à 2016.

Tableau 1 Nombre et taux ajusté¹ de suicides, selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2016²

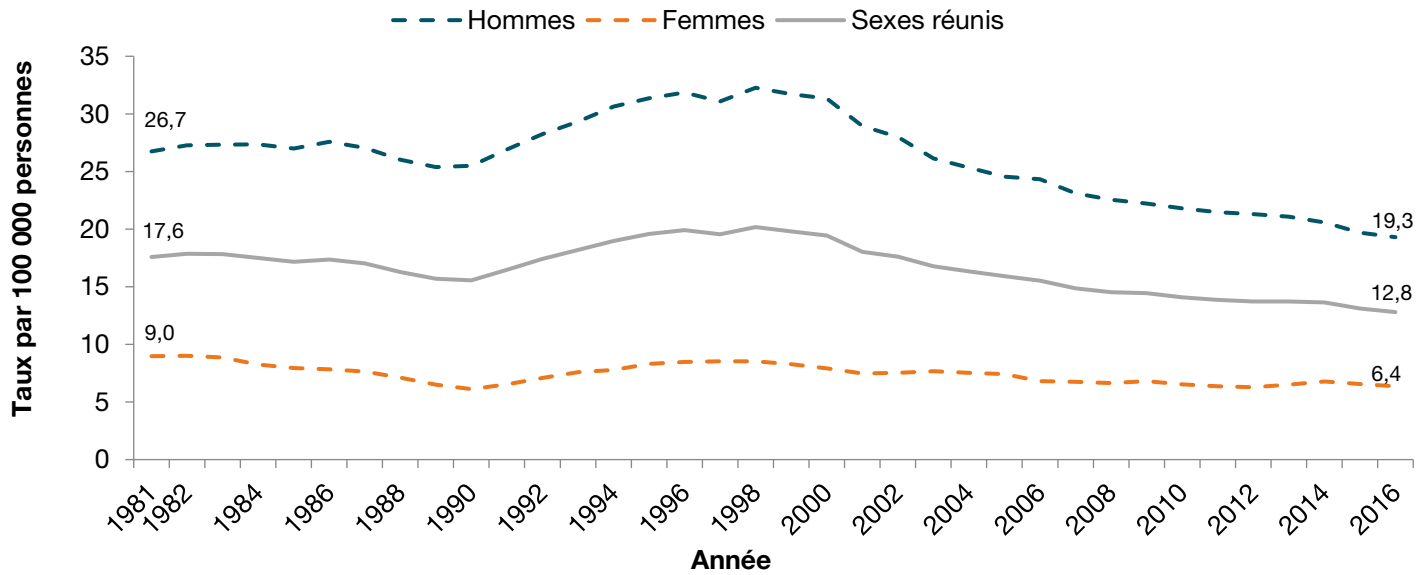
Année	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
1981	795	26,1	252	8,4	1 047	17,0
1982	862	27,4	284	9,5	1 146	18,2
1983	903	28,3	279	9,1	1 182	18,4
1984	834	26,3	247	8,0	1 081	16,9
1985	871	27,4	241	7,6	1 112	17,2
1986	885	27,3	262	8,2	1 147	17,4
1987	910	28,0	255	7,7	1 165	17,5
1988	858	25,8	235	7,1	1 093	16,1
1989	818	24,2	220	6,5	1 038	15,2
1990	902	26,1	202	5,9	1 104	15,8
1991	898	26,1	207	5,9	1 105	15,7
1992	984	28,5	272	7,8	1 256	17,9
1993	1 049	30,1	264	7,5	1 313	18,6
1994	1 027	29,4	264	7,4	1 291	18,1
1995	1 144	32,5	298	8,4	1 442	20,2
1996	1 136	32,2	327	9,1	1 463	20,4
1997	1 095	30,9	287	7,9	1 382	19,2
1998	1 072	30,1	315	8,6	1 387	19,1
1999	1 284	35,8	336	9,1	1 620	22,2
2000	1 059	29,3	266	7,2	1 325	18,1
2001	1 055	28,9	279	7,5	1 334	18,0
2002	1 052	28,6	290	7,8	1 342	18,0
2003	980	26,4	279	7,4	1 259	16,8
2004	875	23,4	302	7,9	1 177	15,5
2005	987	26,2	283	7,4	1 270	16,7
2006	918	24,2	276	7,0	1 194	15,5
2007	874	22,7	241	6,1	1 115	14,4
2008	869	22,4	285	7,2	1 154	14,7
2009	881	22,5	265	6,7	1 146	14,5
2010	858	21,7	269	6,6	1 127	14,1
2011	858	21,2	258	6,3	1 116	13,7
2012	886	21,5	259	6,2	1 145	13,8
2013	873	21,2	256	6,3	1 129	13,7
2014	856	20,5	291	7,0	1 147	13,7
2015	849	20,0	301	7,0	1 150	13,5
2016	803	18,6	243	5,7	1 046	12,1

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour 2016.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2016³



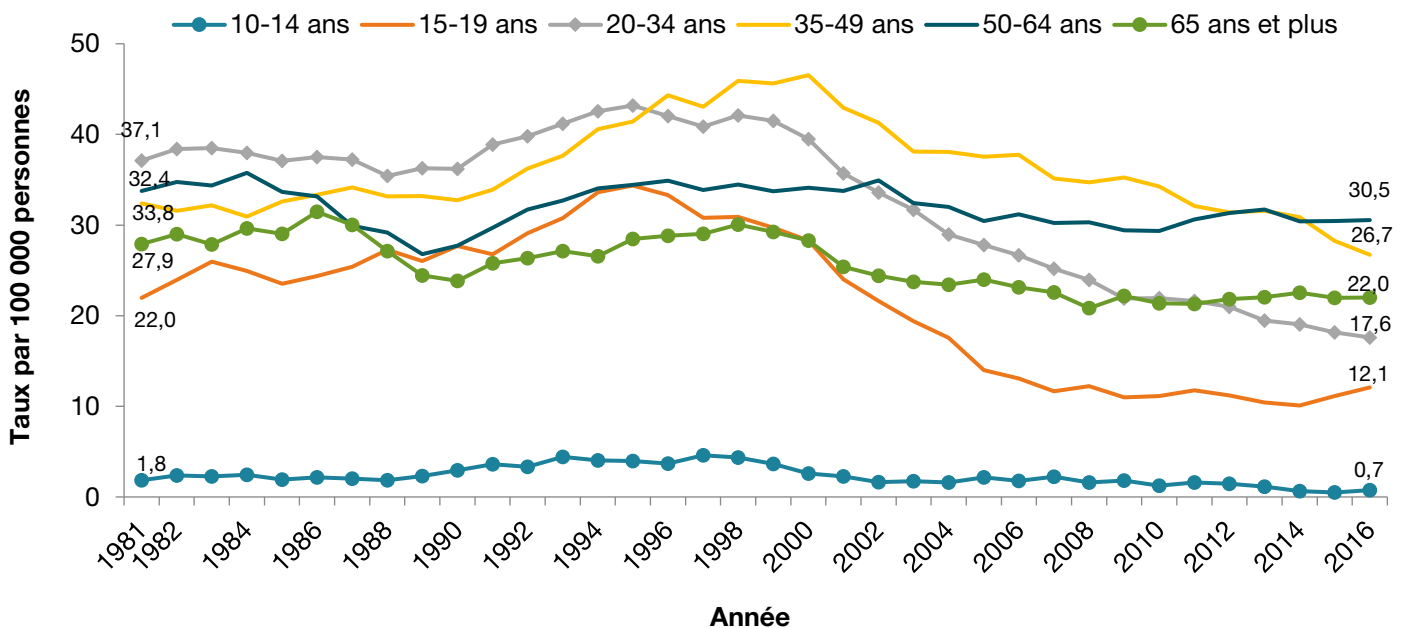
¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2015. Pour 1981 et 2016, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

³ Données provisoires pour 2016.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 2 Taux de suicide¹ selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2016²

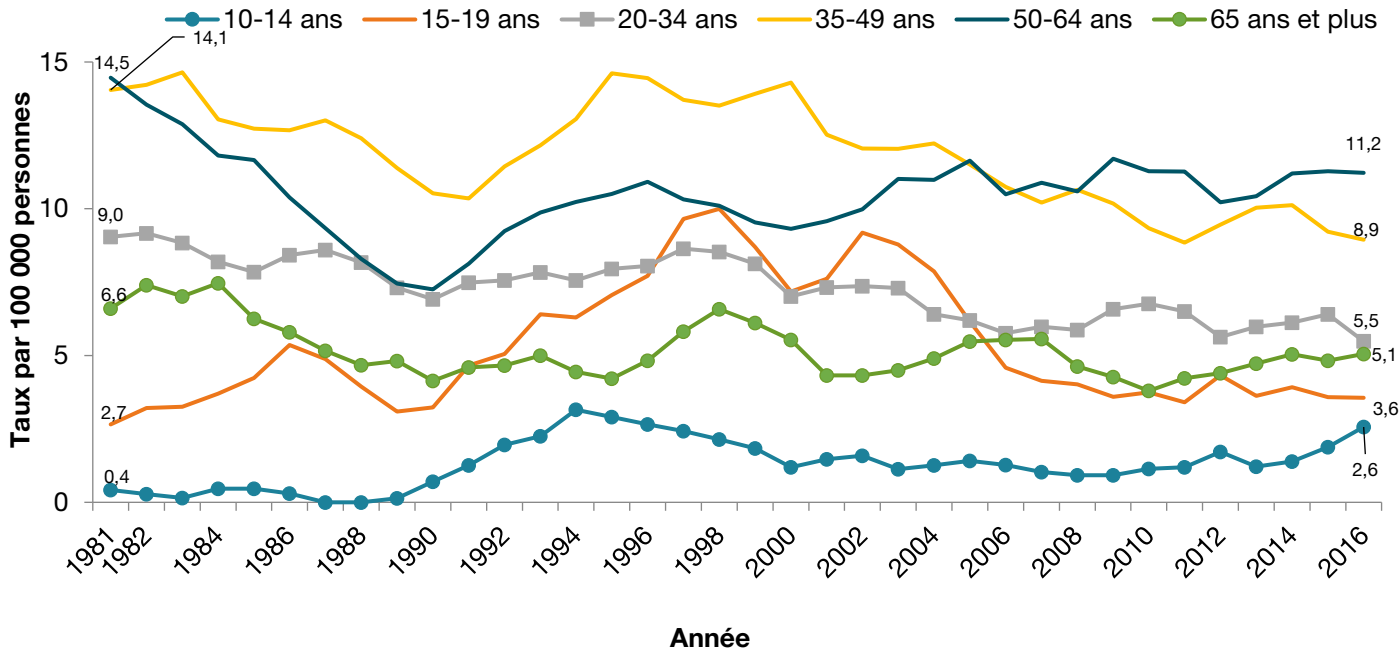


¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2015. Pour 1981 et 2016, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2016.

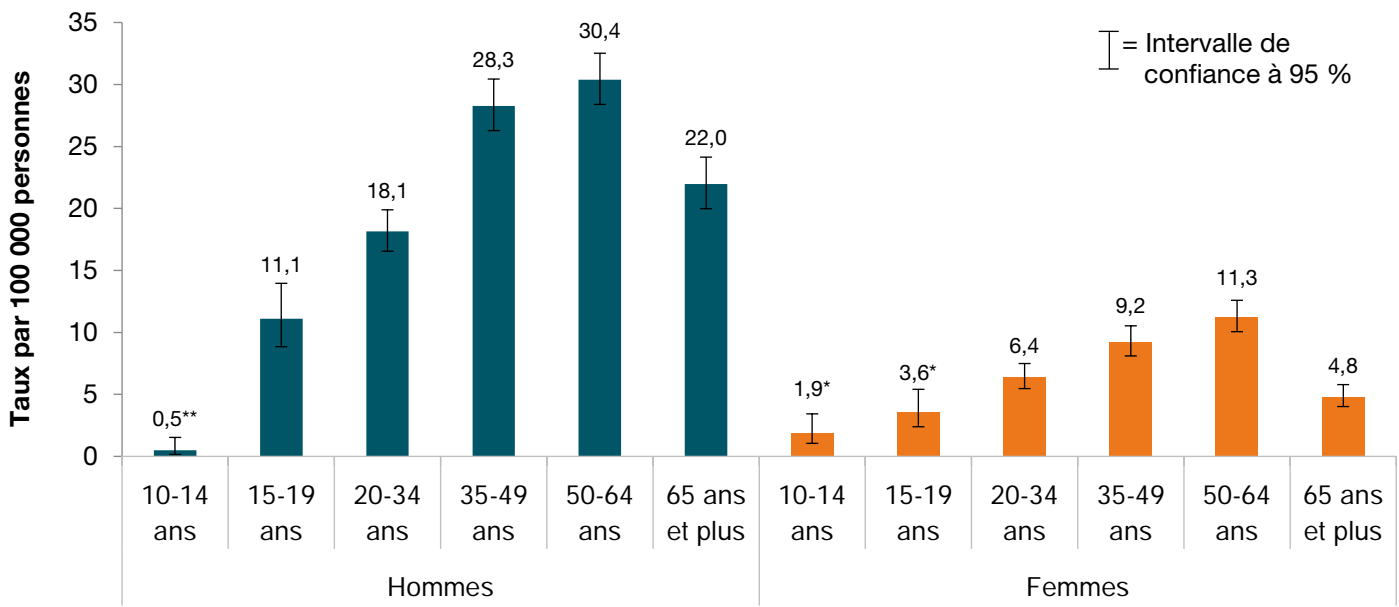
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 3 Taux de suicide¹ selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2016²



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2015. Pour 1981 et 2016, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.
² Données provisoires pour 2016.
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 4 Taux de suicide selon les groupes d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014-2016¹



¹ Données provisoires pour 2016.
 * Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 2014 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Importance du suicide parmi l'ensemble des décès

Les figures 5 et 6 illustrent pour la période 2013-2015, la part des suicides parmi l'ensemble des décès chez les différents groupes d'âge. Au Québec, le suicide représentait 1,8 % de tous les décès pour les années 2013-2015. Cette proportion était plus élevée pour les hommes (2,8 %) que pour les femmes (0,9 %).

La proportion du suicide parmi toutes les causes de décès augmente chez les hommes et les femmes âgés entre 10 et 34 ans pour ensuite diminuer chez les personnes de 35 ans et plus.

Il faut spécifier qu'à partir d'un certain âge, l'importance relative du suicide s'amenuise au fur et à mesure que les autres causes de décès s'accumulent. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes de 15 à 19 ans (30 %) et de 20 à 34 ans (32 %) comparativement aux hommes 35 à 49 ans (22 %) et 50 à 64 ans (5 %), tandis que leurs taux de suicide sont beaucoup plus bas (respectivement 10,1 et 19,0 par 100 000 comparativement à 30,9 et 30,4 par 100 000). Chez les hommes de 65 ans et plus, le contraste est encore plus marqué. La part des suicides parmi l'ensemble des décès est de 1 % tandis que le taux de suicide est de 22,5 par 100 000.

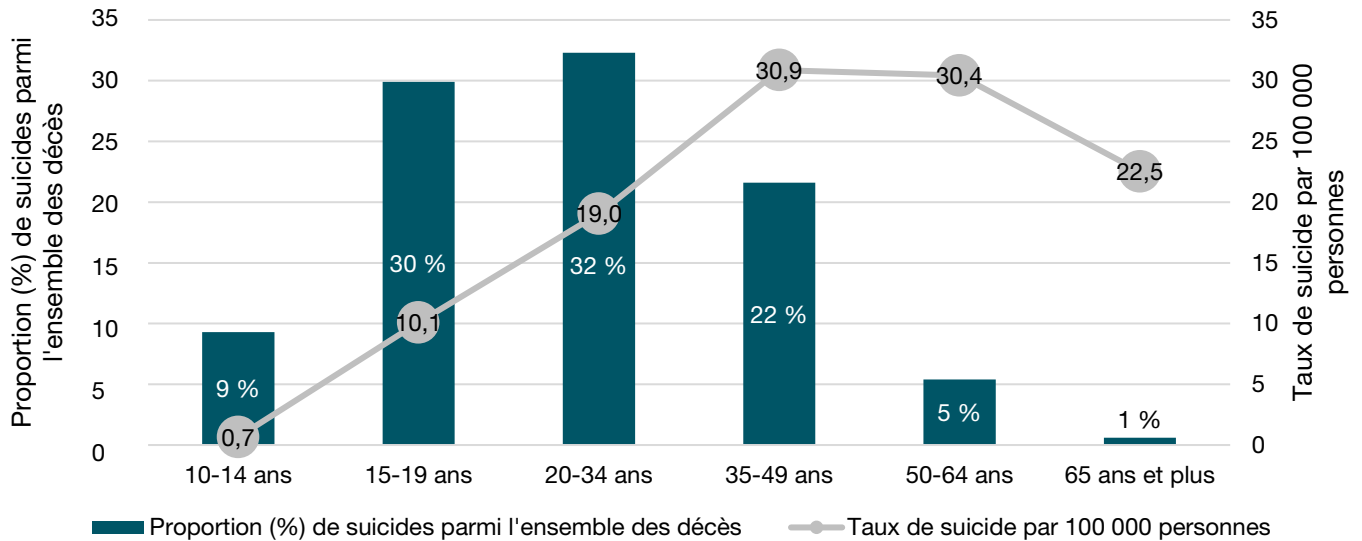
Le phénomène est similaire chez les femmes. La part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les femmes de 15 à 19 ans (20 %) et de 20 à 34 ans (22 %) comparativement aux femmes 35 à 49 ans (12 %) et 50 à 64 ans (3 %), mais les taux de suicide, eux, sont beaucoup plus bas (respectivement 3,9 et 6,1 par 100 000 comparativement 10,1 et 11,2 par 100 000).

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.

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

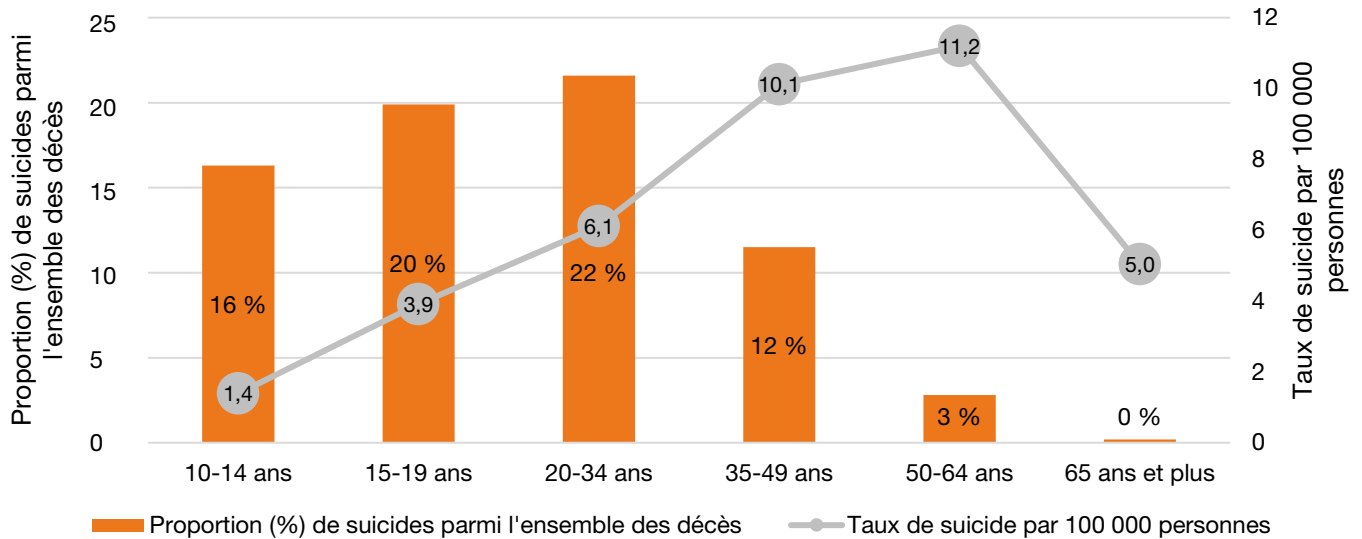
Pour 2014-2016, la méthode la plus commune pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. La figure 7 permet de constater que ce moyen était utilisé dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (56,0 %) et dans une proportion moindre chez les femmes (42,5 %). Les suicides par armes à feu sont proportionnellement plus fréquents chez les hommes (14,5 %) que chez les femmes (1,9 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins létaux pour s'enlever la vie que les hommes⁸. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (34,7 %) que par les hommes (10,7 %).

Figure 5 Proportion de suicides de parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les hommes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2013-2015



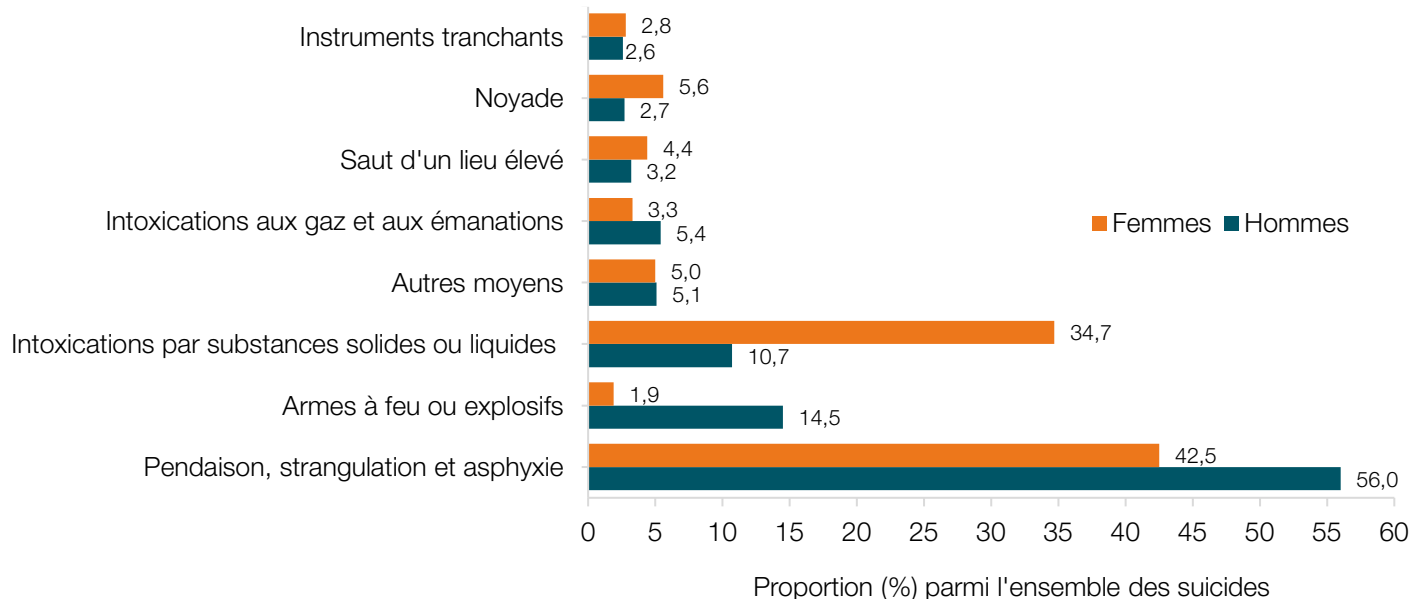
Source : MSSS, Fichier des décès de 2013 à 2015.

Figure 6 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2013-2015



Source : MSSS, Fichier des décès 2013 à 2015.

Figure 7 Répartition des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2014-2016¹



¹ Données provisoires pour l'année 2016.

Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2014-2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016.

Comparaison des suicides selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale

Les liens entre l'état de santé et les inégalités matérielles et sociales sont établis, notamment en ce qui concerne le suicide. Cette relation a déjà été constatée sur les plans international, canadien et québécois au cours des années passées⁹⁻¹².

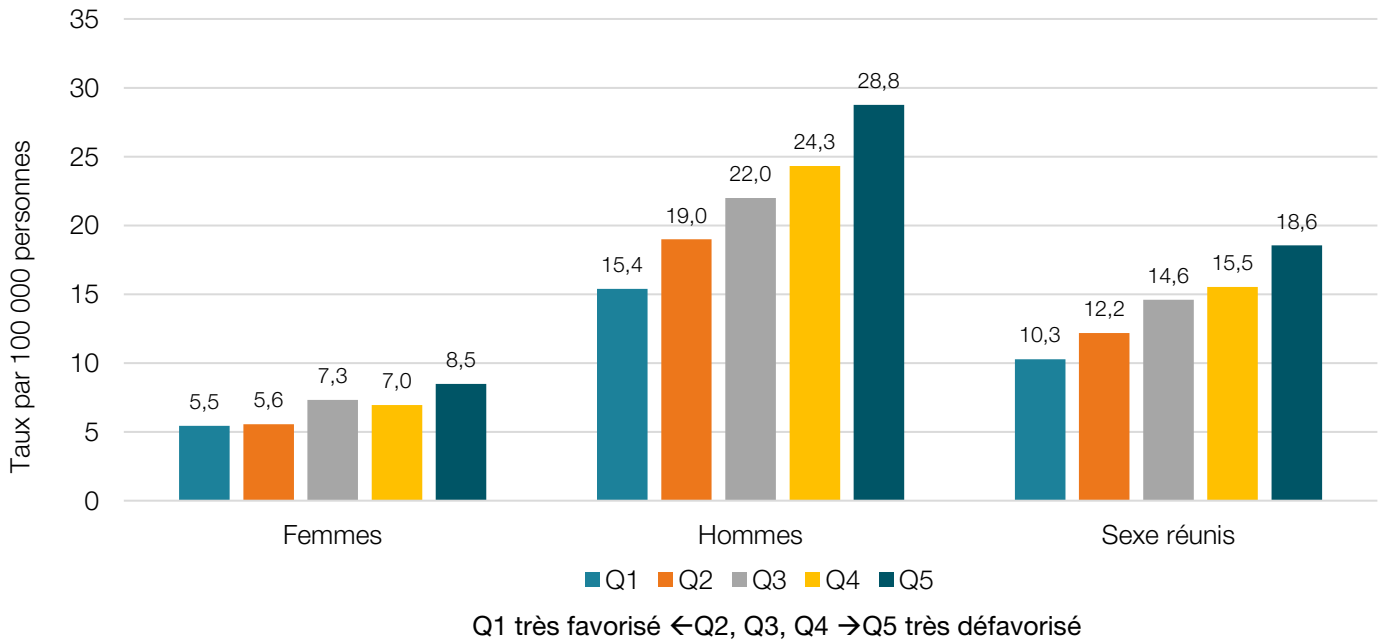
Les figures 8 à 10 illustrent pour la période 2011-2015, le taux de suicide selon l'indice de défavorisation développé à l'INSPQ. Cet indice est constitué d'une dimension matérielle et d'une dimension sociale associées à une petite unité géographique issue des recensements¹³. La dimension matérielle reflète le niveau de scolarité, le taux d'emploi et le revenu moyen. La dimension sociale témoigne plutôt de la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur ménage, la proportion de personnes de 15 ans et plus dont l'état matrimonial légal est soit séparé, divorcé ou veuf et la proportion de familles monoparentales. Les limites associées à cet indice sont présentées à l'annexe 1.

Selon cet indice, le taux de suicide augmente progressivement avec l'augmentation de la défavorisation matérielle (figure 8). Chez les hommes, le taux de suicide est presque deux fois moins élevé dans le quintile le plus favorisé (15,4 par 100 000 pour Q1) comparativement au quintile le plus défavorisé (28,8 par 100 000 pour Q5). Chez les femmes, il y a aussi une progression entre le premier (Q1) et le dernier quintile (Q5), mais de façon moins marquée que chez les hommes (respectivement 5,5 par 100 000 comparativement à 8,5 par 100 000).

Le taux de suicide augmente aussi avec la défavorisation sociale (figure 9). Chez les hommes, le taux de suicide du quintile le plus favorisé socialement (Q1) est de 18,1 par 100 000. Ce taux augmente progressivement jusqu'à 26,4 par 100 000 dans le quintile le plus défavorisé (Q5). Chez les femmes, le taux de suicide passe de 5,5 par 100 000 pour Q1 à 9,8 par 100 000 pour Q5.

La progression du taux de suicide dans les quintiles de l'indice de défavorisation matérielle s'observe dans tous les groupes d'âge (figure 10). En effet, les personnes vivant dans les milieux les plus favorisés matériellement (Q1) affichent toujours des taux de suicide beaucoup plus bas que celles vivant dans les milieux les plus défavorisés matériellement (Q5).

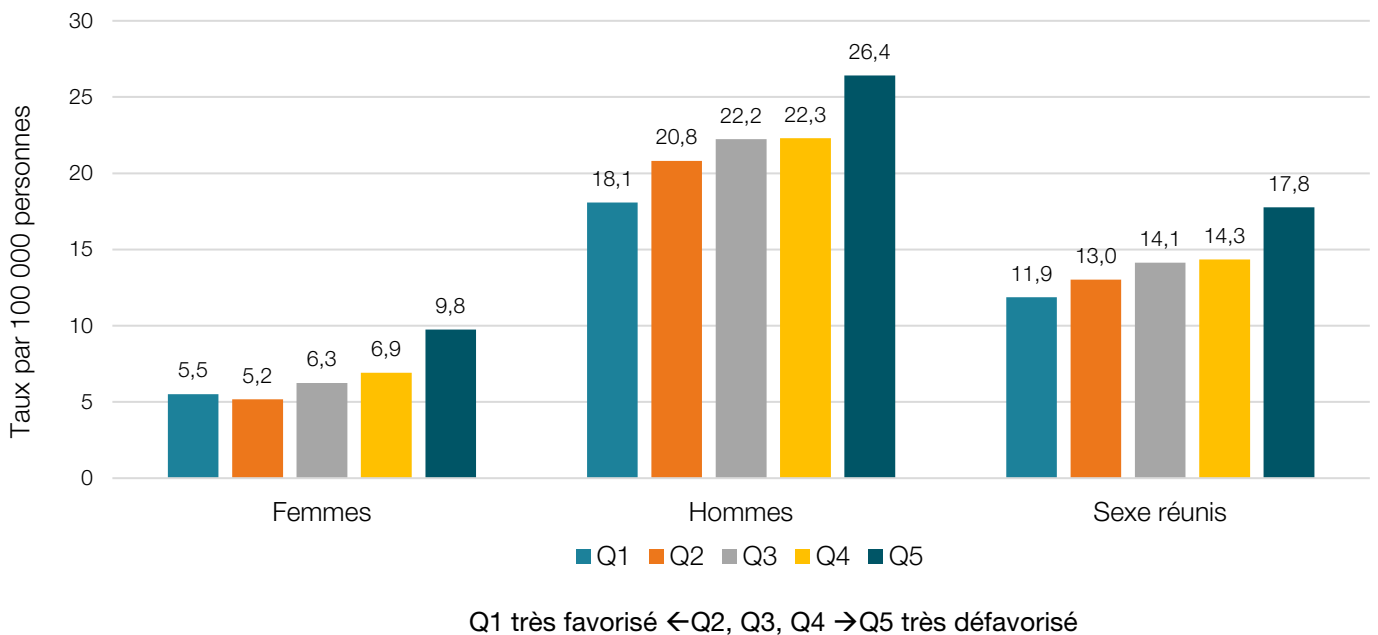
Figure 8 Taux ajusté¹ de suicide en fonction de l'indice de défavorisation matérielle en quintile, selon le sexe, Québec, 2011-2015



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

Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2011-2015.

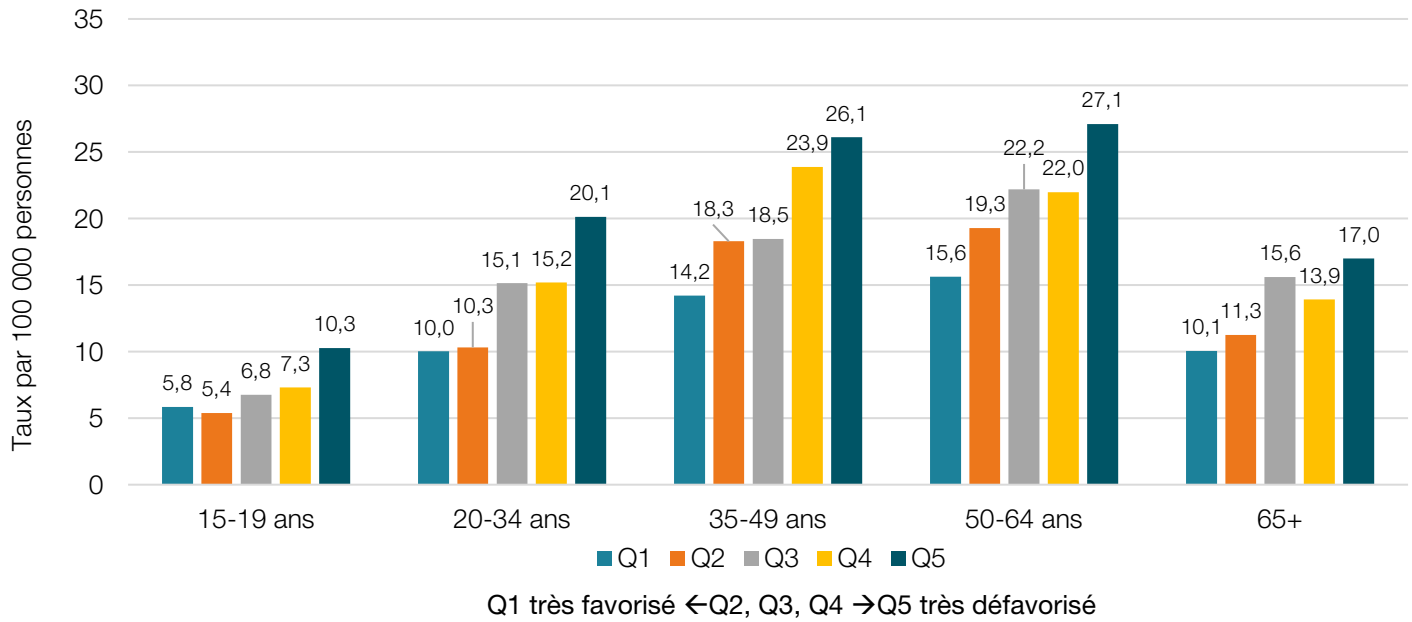
Figure 9 Taux ajusté¹ de suicide en fonction de l'indice de défavorisation sociale en quintile, selon le sexe, Québec, 2011-2015



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

Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2011-2015.

Figure 10 Taux ajusté¹ de suicide en fonction de l'indice de défavorisation matérielle en quintile, selon l'âge, Québec, 2011-2015



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.
Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2011-2015.

Suicide selon les régions sociosanitaires

La comparaison des taux de suicide selon la région sociosanitaire est présentée à la figure 11. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec.

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 13 000 individus) affichait pour 2014-2016, un taux de suicide beaucoup plus élevé (84,6 par 100 000^b) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (13,0 par 100 000). Plus spécifiquement, il y a eu pour cette période en moyenne 13 suicides par année au Nunavik.

Trois autres régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement supérieur au reste de la province soient : Abitibi-Témiscamingue (23,4 par 100 000 personnes), Chaudière-Appalaches (17,6 par 100 000), et Mauricie et Centre-du-Québec (16,1 par 100 000). D'autres régions affichaient aussi un taux de suicide plus élevé que l'ensemble du Québec, mais l'écart n'était pas statistiquement significatif.

Deux régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement inférieur au reste de la province soit Laval et Montréal (respectivement 8,8 et 10,1 par 100 000).

Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 135,1 par 100 000^b. Ce taux est 7 fois plus élevé que ce qui a été observé pour l'ensemble de la population masculine du Québec (19,5 par 100 000). Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et Chaudière-Appalaches avaient également un taux de suicide significativement plus élevé que le reste de la province (respectivement 36,8 par 100 000 et 25,6 par 100 000) tandis que les régions de Laval et de Montréal avaient des taux significativement plus bas (respectivement 13,1 par 100 000 et 14,5 par 100 000).

Chez les femmes du Nunavik, le taux de suicide était également beaucoup plus élevé que pour l'ensemble de la population féminine du Québec soit 31,9^c comparativement à 6,5 par 100 000.

Les nombres, ainsi que les taux bruts et ajustés, pour chacune des régions sociosanitaires au Québec entre 2011 et 2016 sont présentés au tableau 2. 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.

Comparaisons interprovinciales et internationales

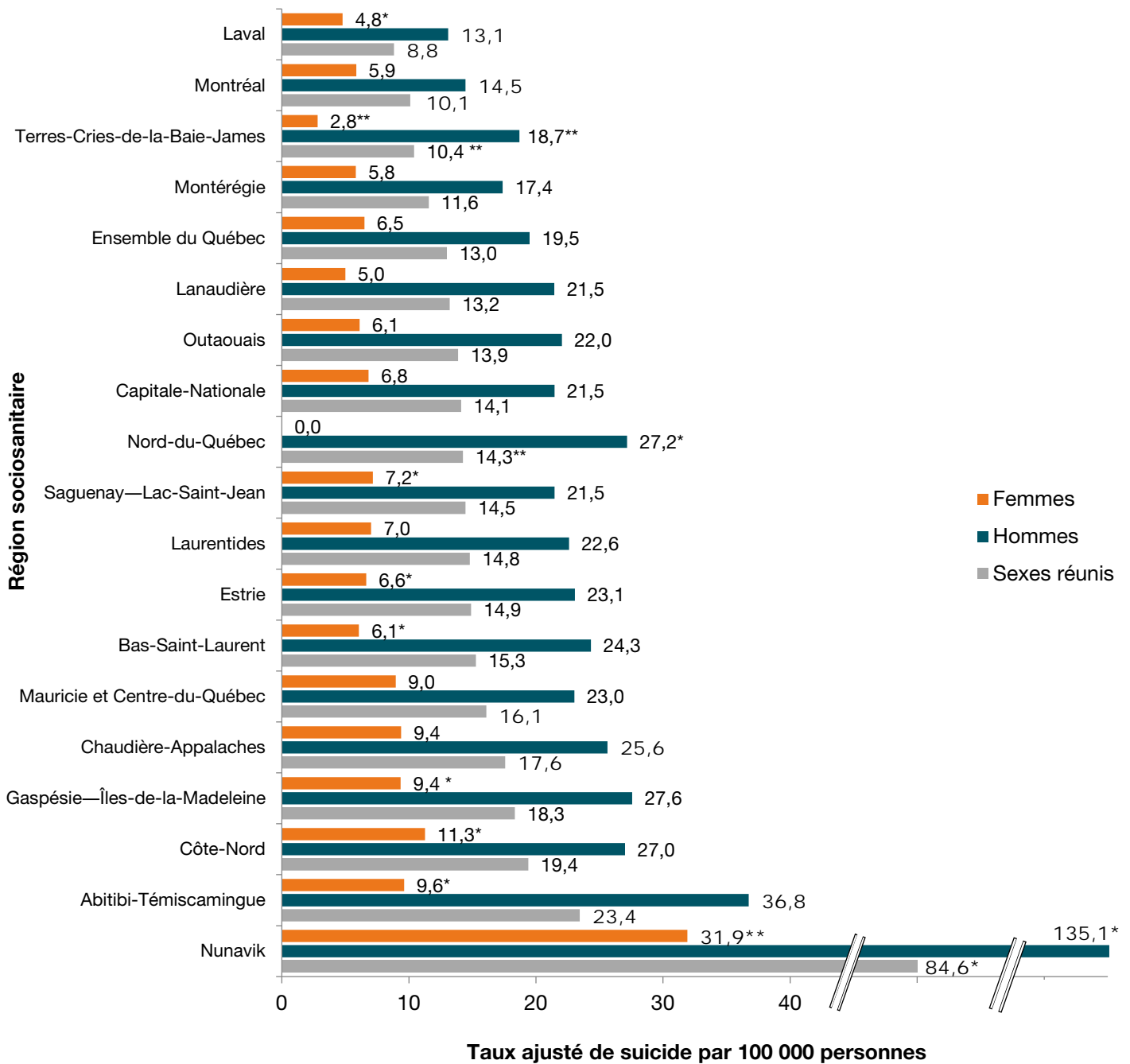
Selon les données officielles publiées par Statistique Canada pour l'année 2015, le Québec occupait le cinquième rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus élevé (figure 12). Les provinces du Nouveau-Brunswick (16,2 par 100 000), de l'Alberta (16,2 par 100 000), de la Saskatchewan (14,7 par 100 000) et du Manitoba (14,1 par 100 000) 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 (4,8 par 100 000) et en Ontario (9,8 par 100 000). Plus spécifiquement, les Québécois et Québécoises se classaient respectivement aux cinquième et troisième rangs des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus élevé. Les comparaisons doivent toutefois être interprétées avec précaution en raison des variations dans les procédures d'identification des suicides d'une province à l'autre.

Les taux de suicide en 2015 pour le Québec et pour 12 pays membres de l'OCDE sont présentés à la figure 13. Le taux de suicide pour le Québec se situait légèrement au-dessus de la majorité des pays sélectionnés. Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, notamment parce que les processus de certification et de codification des causes de décès peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces variations peuvent affecter la comparabilité des données. Plus de détails sur les comparaisons sont présentés à l'annexe 1.

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

^c Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Figure 11 Taux ajusté¹ de suicide selon la région sociosanitaire et le sexe, ensemble du Québec, 2014-2016^{2,3}



1 Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

2 Données provisoires pour 2016.

3 Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

* 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 à titre indicatif seulement.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2014-2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016.

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

Tableau 2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2011 à 2016²

Région sociosanitaire	Année																	
	Données officielles															Données provisoires		
	2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	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	29	14,4	14,6*	25	12,4	11,7*	27	13,4	14,7*	33	16,4	17,1*	32	15,9	15,1*	29	14,4	13,6*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	41	14,8	15,2	41	14,8	15,5	36	13,0	13,1*	36	12,9	13,1*	39	14,0	15,7*	41	14,7	14,5
Capitale-Nationale	97	13,7	12,9	95	13,2	12,8	128	17,7	17,8	112	15,3	15,4	109	14,8	15,1	89	12,0	11,9
Mauricie et Centre-du-Québec	105	20,9	21,3	88	17,5	18,1	91	18,0	18,6	87	17,1	16,7	77	15,1	15,5	79	15,4	16,1
Estrie	66	14,3	14,4	78	16,8	16,0	68	14,5	13,9	74	15,7	16,0	72	15,1	15,2	64	13,4	13,5
Montréal	199	10,4	10,1	212	10,9	10,6	183	9,3	9,0	212	10,7	10,5	213	10,7	10,2	202	10,1	9,6
Outaouais	60	16,1	15,8	66	17,5	16,7	49	12,9	12,7	59	15,3	15,2	60	15,4	13,8	51	13,0	12,6
Abitibi-Témiscamingue	36	24,5	24,6*	35	23,8	24,5*	32	21,6	21,1*	34	22,9	24,6*	36	24,2	25,2*	30	20,1	20,4*
Côte-Nord	27	28,2	26,7*	7	7,3	7,2**	16	16,7	15,9*	17	17,8	18,7*	22	23,1	24,1*	15	15,7	15,4*
Nord-du-Québec	1	7,0	8,1**	6	41,9	48,6**	0	0,0	0,0	2	14,1	16,2**	2	14,2	12,3**	2	14,2	14,2**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23	24,3	22,6*	19	20,2	16,6*	21	22,5	22,0*	20	21,5	18,3*	19	20,5	18,7*	18	19,4	18,1*
Chaudière-Appalaches	67	16,2	15,8	80	19,2	19,6	75	17,9	18,4	79	18,8	17,3	79	18,7	19,2	71	16,7	16,2
Laval	48	11,8	12,0	42	10,2	10,0	42	10,1	10,0	41	9,7	9,6	36	8,4	8,0*	39	9,0	8,8
Lanaudière	76	15,9	16,0	80	16,6	16,1	78	16,0	16,1	79	15,9	16,0	67	13,3	12,8	58	11,4	10,9
Laurentides	83	14,7	14,5	92	16,0	15,6	97	16,7	15,8	94	16,0	15,9	100	16,8	16,0	80	13,3	12,6
Montérégie	140	10,6	10,6	164	12,3	12,2	171	12,7	12,7	156	11,5	11,3	175	12,7	12,5	157	11,3	10,9
Nunavik	15	122,8	103,1*	11	88,2	83,4*	11	86,7	69,6*	11	85,1	71,3*	11	83,9	68,9*	18	135,3	113,1*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	18,2	14,4**	4	24,0	16,8**	4	23,4	27,3**	1	5,8	4,2**	1	5,7	13,6**	3	16,7	13,1**
Ensemble du Québec	1116	13,9	13,7	1145	14,2	13,8	1129	13,8	13,7	1147	14,0	13,7	1150	13,9	13,5	1046	12,5	12,1

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

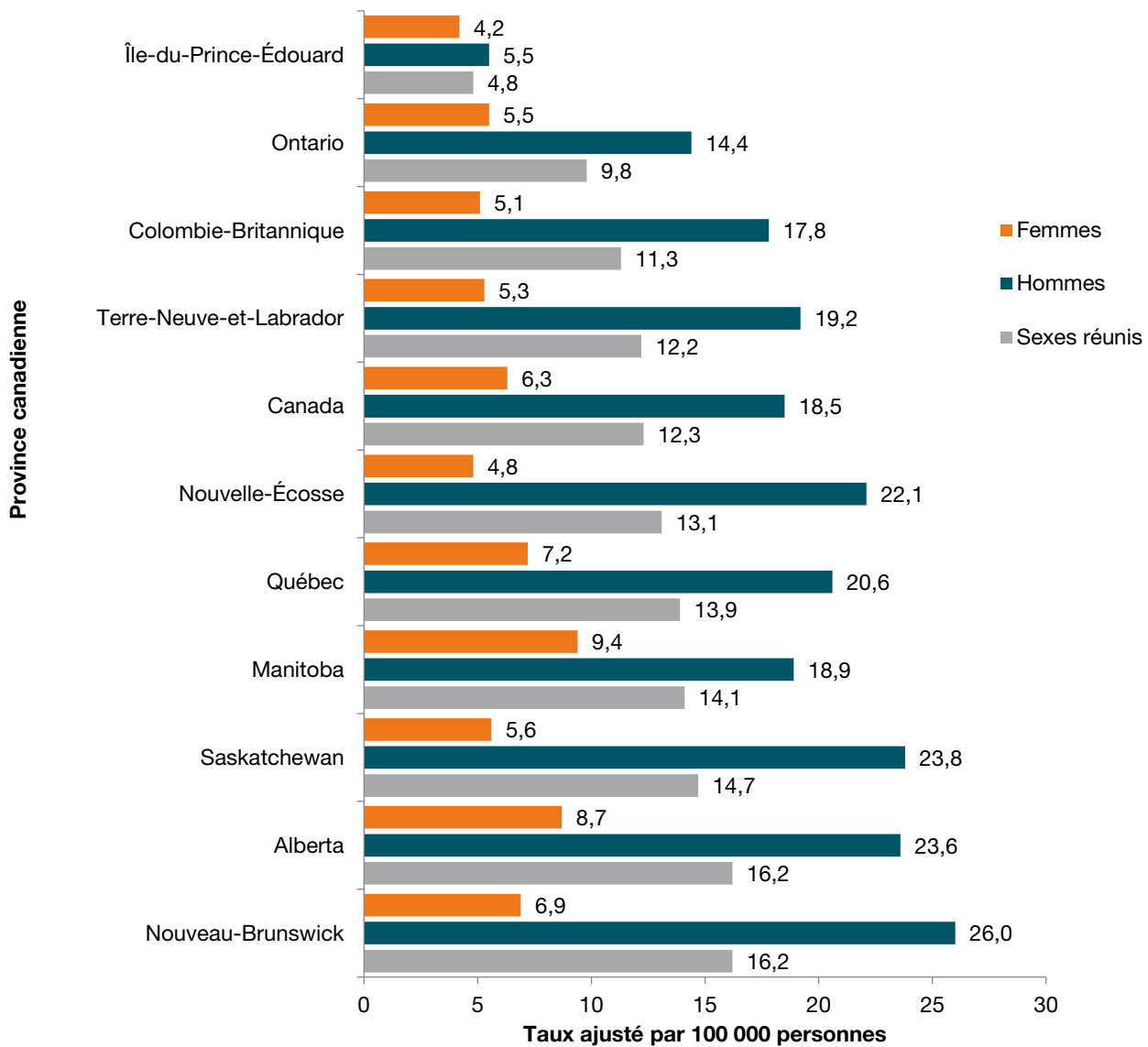
* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2011 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016.

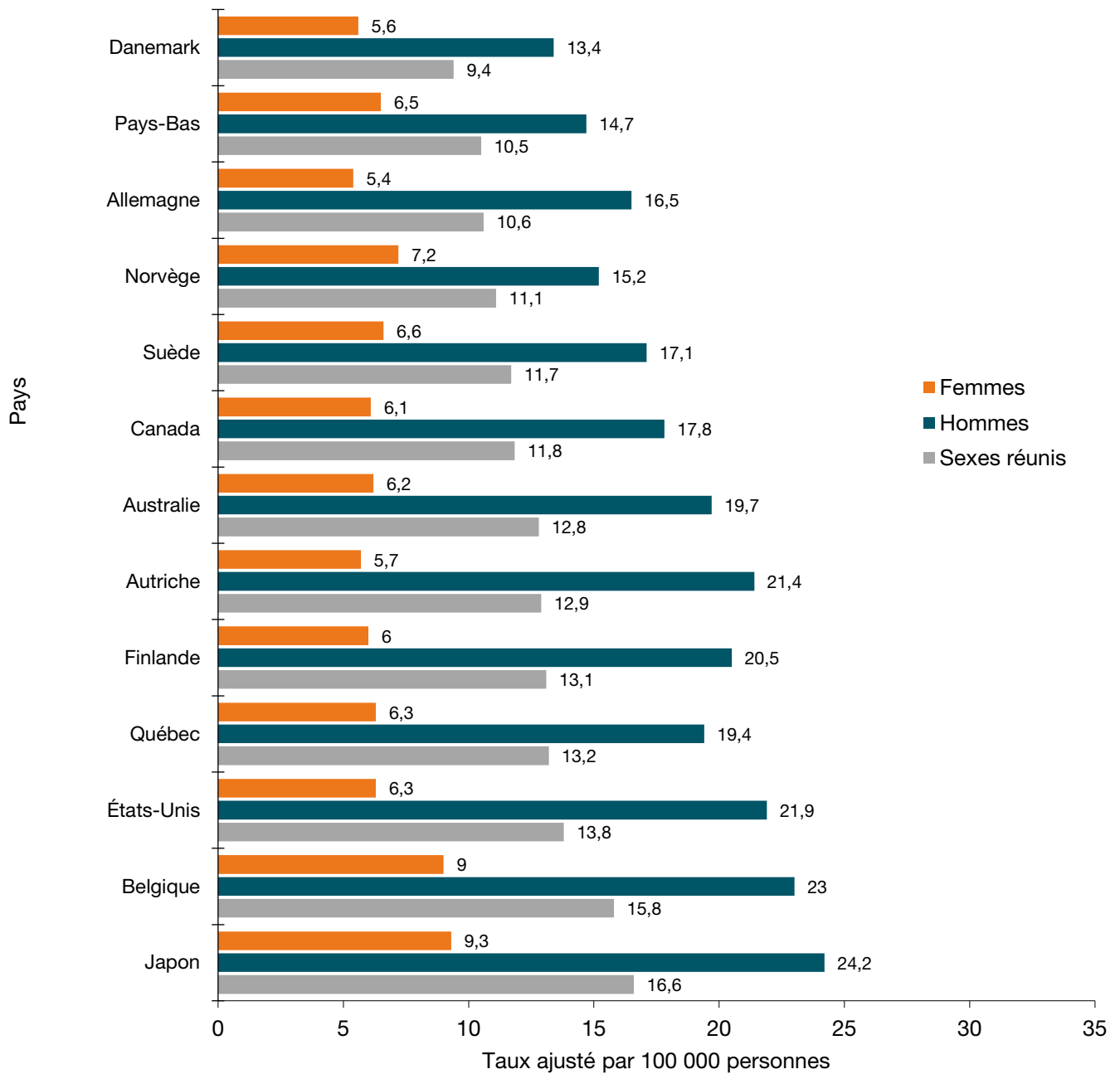
MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Figure 12 Taux ajusté¹ de suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2015



¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne de 2011
Sources : Statistique Canada, tableau 13-10-0800-01 consulté le 13 décembre 2018.

Figure 13 Taux ajusté¹ de suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2015



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'OCDE en 2010.
 Sources pour le Québec : MSSS, Fichier des décès pour 2015.
 Source pour le Canada : Statistique Canada, CANSIM, tableau 13-10-0392-01.
 Source pour les autres pays : OCDE (2018), Taux de suicide (indicateur). doi : 10.1787/19bad9c8-fr (Consulté le 13 décembre 2018)

Conclusion

Pour l'année 2016, les données provisoires indiquaient un taux de suicide de 12,1 par 100 000 au Québec (1 046 individus). Le taux de suicide apparaît légèrement en baisse, bien que l'ampleur de la diminution, amorcée au début du siècle, semble s'être atténuée au cours des dernières années.

Au Québec, le taux de suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes. Cependant, il semble que les efforts déployés au cours des dernières années pour prévenir le suicide ont été profitables, notamment chez les hommes. Depuis le sommet atteint en 1999, une diminution importante de la mortalité par suicide a été constatée chez les hommes, alors que leur taux de suicide est passé de 35,8 par 100 000 à 20,0 par 100 000 de 1999 à 2015. Il faut toutefois mentionner que cette tendance à la baisse ne s'est pas concrétisée chez les hommes de 50 à 64, pour lesquels le taux de suicide n'a pas diminué depuis plusieurs années.

Chez les femmes, la diminution du taux de suicide qui a été observée depuis la fin des années 1990 semble s'être estompée, et ce, à partir de la fin des années 2000. Depuis, ce taux est relativement stable, autour de 7 par 100 000.

L'examen du taux de suicide en fonction des régions sociosanitaires permet de mettre en évidence la situation préoccupante vécue au Nunavik. Dans cette région, le taux de suicide était de 135,1 par 100 000 pour les hommes et 31,9 par 100 000 pour les femmes pour la période 2014-2016. C'est 7 fois plus élevé que ce qui est observé chez les hommes pour l'ensemble du Québec et 5 fois plus chez les femmes.

À l'instar des études antérieures sur ce sujet, les résultats de ce rapport suggèrent que les milieux matériellement et socialement défavorisés sont associés à un taux accru de mortalité par suicide⁹⁻¹².

Il n'existe pas de consensus scientifique permettant de dégager une stratégie optimale pour réduire les inégalités du taux de suicide observées entre les personnes vivant sur des territoires favorisés et défavorisés¹⁴. Certains auteurs recommandent des interventions ciblant en priorité l'accès plus égalitaire aux ressources, comme celles visant le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services de santé. Un rapport réalisé par l'INSPQ suggère que les politiques sociales doivent être renforcées à la fois auprès de la population générale (interventions universelles) et des populations défavorisées (interventions ciblées) sans stigmatiser ces dernières.

En conclusion, le suicide est une cause de mortalité importante. Chaque jour, trois Québécois s'enlèvent la vie. La surveillance des suicides demeure donc une activité primordiale, car elle permet de définir l'ampleur de ce problème et de produire des informations utiles pour la prévention¹⁵.

Références

1. St-Laurent, D. & Bouchard, C. L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ? 1–23 (Institut national de santé publique du Québec).
2. Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É. & Perron, P.-A. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018. 23 pages (Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec).
3. Auger, N., Burrows, S., Gamache, P. & Hamel, D. Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings. *Inj. Prev.* *injuryprev-2015* (2015).
4. Syer-Solursh, D. & Wyndowe, J. How coroners' attitudes towards suicide affect certification procedures. Number Part Educ. Course Coroners Tor. Ont. Minist. Solicit. Gen. (1981).
5. Värnik, P. et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj. Prev.* *18*, 321–325 (2012).
6. Légaré, G. & Hamel, D. An age-period-cohort approach to analyzing trends in suicide in Quebec between 1950 and 2009. *Can. J. Public Health.* *104*, e118–e123 (2013).
7. Thibodeau, L. Suicide Mortality in Canada and Quebec, 1926-2008: An Age-Period-Cohort Analysis. *Can. Stud. Popul.* *42*, 1–23 (2015).
8. Elnour, A. A. & Harrison, J. Lethality of suicide methods. *Inj. Prev.* *14*, 39–45 (2008).
9. Lemmi, V. et al. Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry* *3*, 774–783 (2016).
10. Rehkopf, D. H. & Buka, S. L. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol. Med.* *36*, 145–157 (2006).
11. Légaré, G., Gagné, M., Alix, C. & Perron, P.-A. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016. 24 (INSPQ, 2016).
12. INSPQ. Les inégalités sociales de santé au Québec - La mortalité par suicide, sur le site Santéscope. Santéscope (2018). Available at: <https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/la-mortalite-par-suicide>. (Accessed: 31st January 2019)
13. Pampalon, R., Gamache, P. & Hamel, D. Indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec. *Suivi Méthodologique De* (1991).
14. Lambert, R. et al. Avenues politiques: intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé: rapport. (Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec. (2014).
15. Organization, W. H. & others. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. (2014).
16. Bradley, C. E., Harrison, J. E. & Elnour, A. A. Appearances may deceive: what's going on with Australian suicide statistics. *Med J Aust* *192*, 428–9 (2010).
17. Thibodeau, L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques. (2015).
18. Geran, L. Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada [ressource électronique]. Statistique Canada, Division de la statistique de la santé. (2005).
19. Paraj, J. L., Kreiger, N., Tomlinson, G. & Adlaf, E. M. The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners. *Ann. Epidemiol.* *16*, 805–811 (2006).
20. Skinner, R., McFaul, S., Rhodes, A. E., Bowes, M. & Rockett, I. R. Suicide in Canada: is poisoning misclassification an issue? *Can. J. Psychiatry* *61*, 405–412 (2016).
21. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Taux de suicide. OCDE donnée Available at: <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>. (Accessed: 10th January 2018)
22. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). OECD Health Statistics 2017 Definitions, Sources and Methods. (2017).

Annexe 1 Données et méthodes

Sources des données

Le dénombrement des suicides repose sur deux sources : le Registre des événements démographiques – Fichier des décès (RED/D) du MSSS pour les années 1981 à 2015 et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2016. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus au Québec ou à l'extérieur du Québec^d. 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 à 1999 et la 10^e révision (CIM-10) pour les années 2000 à 2015. 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.

L'utilisation de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'analyser des données récentes qui n'ont pas encore été ajoutées au Fichier des décès. Il y a dans cette banque (a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion est un décès par suicide ; et (b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide. Il s'agit d'un fichier « dynamique » puisque des cas de suicide peuvent toujours être ajoutés au fichier.

Comme mentionné, l'utilisation de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'avoir des estimations pour les années récentes, c'est-à-dire 2016 dans ce rapport. Cependant, pour l'année 2016, une partie des investigations (6,7 %) n'était pas terminée au moment de l'extraction des données (3 décembre 2018). Il est possible que certains de ces décès dont l'investigation n'est pas terminée s'avèrent être attribuables à un suicide. L'ajout de ces cas pourrait modifier les^e estimations rapportées dans le présent document¹⁶.

Les données de population utilisées pour calculer les taux de suicide proviennent des estimations de population pour les années 1981 à 2010 et des projections démographiques produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ pour 2011 à 2016.

Données sur le suicide

Les statistiques sur le suicide sont souvent utilisées pour évaluer l'ampleur du phénomène. Néanmoins, des préoccupations d'ordre général sont parfois soulevées et la fiabilité des données sur le suicide est régulièrement remise en question¹⁷. Plusieurs raisons sont évoquées pour mettre en doute l'exactitude et l'interprétation des données. Parmi celles-ci, le passage à la dernière révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM). Cette révision a été réalisée durant la période couverte dans ce rapport lors du passage de la CIM-9 (de 1981 à 1999) à la CIM-10 (de 2000 à 2015). Selon un rapport émis par Statistique Canada, le passage de la CIM-9 à la CIM-10 n'a eu aucune incidence (rapport nul 0,0 %) sur le nombre de décès attribuable aux lésions auto-infligées (suicide)¹⁸.

Limites de l'indice de défavorisation matérielle et sociale

Lorsque possible, il est toujours préférable d'utiliser les informations socio-économiques individuelles. En l'absence de telles informations, comme c'est le cas dans la présente étude, l'indice de défavorisation est un remplaçant valable et valide, mais le lecteur doit être conscient qu'il sous-estime les véritables inégalités sociales de santé, et ce pour plusieurs raisons. Principalement, l'indice fait appel à des proportions et des valeurs moyennes associées au territoire de résidence de l'individu. Ensuite, son attribution est moins précise en milieu rural qu'en milieu urbain. Qui plus est, l'indice ne couvre pas toutes les dimensions potentiellement associées à la défavorisation, incluant le statut d'immigrant et le statut autochtone. Enfin, certains indicateurs ayant servi à sa construction n'ont

^d Pour les années 2013, 2014, 2015 et 2016 les suicides survenus en Ontario n'ont pu être comptabilisés.

^e 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) l'augmentation des décès classés traumatismes indéterminés quant à l'intention (Bradley et collab., 2010).

plus la même importance qu’au moment de sa création dans les années 1990. Par exemple, de plus en plus de Québécois (particulièrement les jeunes adultes) font le choix de vivre seul et il ne s’agit pas d’un reflet d’une quelconque défavorisation sociale.

Comparaisons interprovinciales et internationales

Les données utilisées pour les comparaisons interprovinciales proviennent du tableau 13-10-0800-01 (anciennement CANSIM 102-0553) publié par Statistique Canada. 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 2011 a été appliquée comme population de référence pour le calcul du taux ajusté de suicide pour chacune des provinces.

La comparaison interprovinciale et territoriale portant sur le suicide 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 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 a démontré des écarts interprovinciaux et territoriaux pour les taux de décès dont l’intention est indéterminée variant de 0,4 par 100 000 (Nouveau-Brunswick) à 10,6 par 100 000 (Alberta)³.

L’utilisation inégale des codes pour les traumatismes 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 et en Ontario¹⁹. Par contre, le Québec est reconnu pour avoir peu de traumatismes dont l’intention est indéterminée³. Cette situation a aussi été relevée aux États-Unis²⁰. Inclure les décès dont l’intention était indéterminée modifiait de façon notable le classement des provinces canadiennes selon leur taux de suicide.

Les taux de suicide des territoires canadiens (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 fluctuer de façon importante d’une année à l’autre.

Pour l’ensemble de ces raisons, l’interprétation des comparaisons interprovinciales et territoriales doit être réalisée avec précaution.

Les 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 identifier les suicides. Les données utilisées pour les comparaisons internationales proviennent des statistiques officielles publiées par l’OCDE²¹. Pour cet exercice, les pays membres de l’OCDE comparables au Québec et au Canada ont été retenus (plus d’information, voir <https://www.inspq.qc.ca/santescope/ressources/methode-dologie-des-survols>). Au total, 12 pays membres de l’OCDE ont été sélectionnés. Pour permettre cette comparaison, le taux de suicide de chacun des pays retenu, ainsi que celui du Québec et du Canada, a été ajusté selon la structure d’âge de la population de l’OCDE en 2010²².

Analyses statistiques

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 de permettre les comparaisons entre les sexes, 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 utilise 5 grands groupes d’âge 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 années^f 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 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.

^f Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2016. Pour ces années aux limites de notre série temporelle, des moyennes mobiles sur 2 ans ont été calculées.

Annexe 2 Résultats complémentaires

Tableau A1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2016²

Année	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	873	21,6	21,2	256	6,2	6,3	1129	13,8	13,7
2014	856	21,0	20,5	291	7,0	7,0	1147	14,0	13,7
2015	849	20,6	20,0	301	7,2	7,0	1150	13,9	13,5
2016 ²	803	19,3	18,6	243	5,8	5,7	1046	12,5	12,1

¹ Taux par 100 000, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour les années 2016.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

Tableau A2 Nombre et taux¹ de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2011 à 2016

Groupe d'âge	Année											
	Données officielles										Données provisoires	
	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Sexes réunis												
10-14 ans	6	1,5**	8	2,0**	5	1,3**	1	0,3**	6	1,5**	7	1,7**
15-19 ans	43	8,7	41	8,51	29	6,2*	29	6,5*	37	8,5	31	7,3*
20-34 ans	252	15,6	216	13,3	187	11,4	228	13,8	211	12,8	171	10,4
35-49 ans	329	19,6	329	19,7	374	22,6	342	20,7	310	18,8	286	17,2
50-64 ans	346	20,0	397	22,6	354	19,9	376	20,9	396	21,8	366	20,1
65 ans et plus	140	11,2	154	11,8	180	13,3	171	12,2	190	13,1	185	12,3
Total ¹	1116	13,7	1145	13,8	1129	13,7	1147	13,7	1150	13,5	1046	12,1
Hommes												
10-14 ans	2	1,0**	5	2,5**	2	1,0**	0	0	2	1,0**	1	0,5**
15-19 ans	29	11,6*	33	13,6*	20	8,5*	21	9,2*	28	12,6*	25	11,6*
20-34 ans	195	23,8	174	21	151	18,1	161	19,3	165	19,8	128	15,4
35-49 ans	263	30,8	252	29,7	285	33,8	263	31,3	232	27,6	219	25,9
50-64 ans	253	29,1	304	34,5	272	30,4	274	30,3	279	30,5	280	30,5
65 ans et plus	116	21,1	118	20,5	143	23,8	137	21,9	143	21,9	150	22,1
Total ¹	858	21,2	886	21,5	873	21,2	856	20,5	849	20,0	803	18,6
Femmes												
10-14 ans	4	2,0**	3	1,6**	3	1,6**	1	0,5**	4	2,1**	6	3,1**
15-19 ans	14	5,7*	8	3,4**	9	3,9**	8	3,6**	9	4,2**	6	2,9**
20-34 ans	57	7,2	42	5,2	36	4,5*	67	8,3	46	5,7	43	5,3
35-49 ans	66	8,0	77	9,4	89	11,0	79	9,8	78	9,7	67	8,2
50-64 ans	93	10,8	93	10,6	82	9,3	102	11,4	117	13,0	86	9,5
65 ans et plus	24	3,4*	36	4,9*	37	4,9	34	4,4*	47	5,9	35	4,2*
Total ¹	258	6,3	259	6,2	256	6,3	291	7,0	301	7,0	243	5,7

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Données provisoires pour les années 2016.

* 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 2011 à 2015 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2016.

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

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca