

Une production du

**BiESP**

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

## La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016

RAPPORT

## **AUTEURS**

Gilles Légaré

Mathieu Gagné

Carolyne Alix

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**

Mélanie Tessier

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

Institut national de santé publique du Québec

## **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](mailto: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<sup>er</sup> trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 1920-9800 (PDF)

ISBN : 978-2-550-74915-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

## Principaux résultats

Selon les données provisoires les plus récentes, 1 101 suicides ont été enregistrés au Québec en 2013, ce qui correspond à un taux de 13,3 décès par 100 000 personnes. Ces données suggèrent que la baisse du taux de suicide, amorcée au début des années 2000, semble s'estomper. Les données provisoires de 2014 ne laissent pas entrevoir de baisse du taux de suicide au Québec. Ainsi, avec les données actuellement disponibles, le nombre de suicides est estimé à 1 110 pour l'année 2014.

En 2013, le nombre de décès par suicide était de 855 chez les hommes et de 246 chez les femmes. Le taux ajusté de suicide était quant à lui de 20,7 décès par 100 000 personnes chez les hommes et de 6,1 décès par 100 000 personnes chez les femmes, soit un taux de suicide des hommes 3,4 fois plus élevé que celui des femmes.

Chez les hommes, pour la période de 2011 à 2013, les individus âgés de 35 à 64 ans affichaient les taux les plus élevés, tandis que les adolescents (15-19 ans) présentaient le taux le plus faible. Chez les femmes, le taux le plus élevé s'observait chez celles âgées de 50 à 64 ans. Les femmes de 65 ans et plus ainsi que les adolescentes (15-19 ans) présentaient le taux le plus bas.

Pour la période 2011-2013, trois régions sociosanitaires affichaient un taux de suicide significativement plus élevé que pour l'ensemble du Québec. Il s'agit des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de Chaudière-Appalaches. Les régions de Montréal et de la Montérégie présentaient pour leur part un taux significativement inférieur au reste du Québec.

À l'échelle canadienne, le Québec se rangeait au troisième rang des provinces où le taux de suicide était le plus élevé. Au niveau international, le taux de suicide du Québec se situerait au 9<sup>e</sup> rang parmi une sélection de 22 États membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE).

Enfin, une analyse des liens entre la défavorisation matérielle et sociale suggère que le taux de suicide est deux fois plus élevé parmi les milieux défavorisés en comparaison aux milieux favorisés.

## Table des matières

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>III</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>III</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Méthodes (abrégées)</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Résultats</b> .....	<b>1</b>
2.1 Données de 2013 et tendance .....	1
2.2 Aperçu pour 2014 .....	2
2.3 Importance du suicide parmi l'ensemble des causes de décès .....	6
2.4 Moyen utilisé pour s'enlever la vie .....	6
2.5 Mortalité par suicide selon les régions .....	7
2.6 Comparaisons interprovinciales et internationales .....	9
2.7 Variations du suicide selon les inégalités sociales .....	10
<b>3 Conclusion</b> .....	<b>11</b>
<b>Références</b> .....	<b>11</b>
<b>Annexe 1 Données et méthodes</b> .....	<b>12</b>
<b>Annexe 2 Travaux complémentaires</b> .....	<b>15</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre et taux ajusté de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2013.....	3
Tableau 2	Nombre et taux de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2008 à 2013 .....	5
Tableau 3	Nombre et taux ajusté de mortalité par suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2008 à 2013.....	8

## Liste des figures

Figure 1	Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2013.....	4
Figure 2	Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2011-2013.....	4
Figure 3	Taux de suicide selon le groupe d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2013.....	4
Figure 4	Taux de suicide selon le groupe d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2013.....	4
Figure 5	Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012.....	6
Figure 6	Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012.....	6
Figure 7	Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, hommes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2010-2012.....	7
Figure 8	Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, femmes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2010-2012.....	7
Figure 9	Taux ajusté de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, Québec, 2011-2013 .....	9
Figure 10	Taux ajusté de mortalité par suicide selon les provinces canadiennes, sexes réunis, 2012 .....	9
Figure 11	Taux ajusté de mortalité par suicide selon certains pays de l'OCDE, sexes réunis, 2012.....	9
Figure 12	Taux ajusté de mortalité par suicide selon l'indice combiné de défavorisation et la période, Québec, 1989 à 2011.....	10
Figure 13	Ratio d'inégalité entre les taux de suicide des quintiles très favorisé et très défavorisé selon la période, Québec, 1989-2011 .....	10



## Introduction

Ce rapport présente les plus récentes données disponibles sur le suicide au Québec et constitue une mise à jour des statistiques de décès par suicide publiées au cours des années passées (St-Laurent & Bouchard, 2004; Légaré et collab. 2015).

Les statistiques de l'année 2011 et des années antérieures sont définitives et fiables. Toutefois, les données concernant les années 2012 et 2013 doivent être considérées comme provisoires. Ainsi, il est probable que les statistiques présentées pour ces deux dernières années diffèrent légèrement de celles qui seront publiées ultérieurement lorsque les données officielles seront disponibles. Il en va de même pour les données de 2014 qui sont sous-estimées et qui représentent un aperçu de la tendance à venir.

De façon plus spécifique, le présent travail a pour objectifs de :

- dresser un portrait général de la situation du suicide au Québec et de présenter les plus récentes données disponibles;
- examiner les tendances et les variations temporelles du suicide selon le sexe et l'âge ainsi que la région sociosanitaire dans la population québécoise;
- comparer la situation québécoise au niveau interprovincial et international;
- examiner les liens entre la défavorisation et le taux de suicide au Québec.

## 1 Méthodes (abrégées)

Les données de mortalité utilisées dans le présent rapport sont celles disponibles en date du 6 janvier 2016. Elles proviennent du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour les années 1981 à 2011 et de la banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec pour les années 2012, 2013 et 2014. Les données pour l'année 2012 sont considérées comme complètes et varieront très peu avec celles du Registre des événements démographiques. Les données pour les années 2013 et 2014 doivent être considérées comme provisoires, puisqu'elles sous-estiment le nombre réel de suicides. Cette sous-estimation serait de 4 % pour l'année 2013

et est plus importante pour l'année 2014, année pour laquelle seule une estimation globale par sexe est présentée.

Ce rapport présente les nombres de suicides qui permettent une estimation du fardeau de cette cause de mortalité au sein de la population québécoise. Des taux de suicide sont également calculés, offrant ainsi la possibilité de comparer le risque de décéder par suicide dans les différents groupes d'âge, sexes et régions sociosanitaires.

Les données québécoises portant sur le suicide sont généralement considérées comme fiables et valides. Toutefois, pour des raisons liées aux procédures d'identification des causes de décès, de définition du suicide et d'enregistrement, il est très probable qu'un faible nombre de suicides échappe aux statistiques.

Des précisions méthodologiques sont présentées à l'annexe 1.

## 2 Résultats

### 2.1 Données de 2013 et tendance

Le tableau 1 présente les nombres et les taux annuels ajustés de suicide au Québec de 1981 à 2013. En 2013, selon les données provisoires, 1 101 Québécois et Québécoises se seraient enlevé la vie, ce qui correspond à un taux ajusté de 13,3<sup>1</sup> décès par 100 000 personnes. À titre de comparaison, 1 112 décès (taux ajusté de 13,4 par 100 000) ont été enregistrés en 2012. Ces données suggèrent que la baisse du taux de suicide, amorcée au début des années 2000, semble s'estomper (figure 1). Malgré cela, le taux ajusté de suicide estimé en 2013 est le plus bas depuis le début des années 2000.

Au cours de l'année 2013, 855 Québécois et 246 Québécoises se sont suicidés. Le taux ajusté de suicide des Québécois s'élevait ainsi à 20,7 par 100 000 en 2013 et celui des Québécoises à 6,1 par 100 000, soit un taux de suicide des hommes 3,4 plus élevé que celui des femmes.

<sup>1</sup> Pour l'année 2013, le taux brut calculé est de 13,5 par 100 000.

La figure 1 illustre l'évolution des taux de suicide au Québec des 33 dernières années entre 1981 et 2013 selon le sexe. Les taux de suicide des hommes et des femmes diminuent depuis le début des années 2000. Entre 1999 et 2013, le taux de suicide des Québécois a diminué de 42 % passant de 36 décès par 100 000 en 1999 à 21 décès par 100 000 en 2013. Une diminution de 33 % est également notée chez les femmes, alors que leur taux ajusté est passé de 9 décès par 100 000 en 1999 à 6 décès par 100 000 en 2013.

Les taux de suicide des Québécoises et des Québécois augmentent avec l'âge pour atteindre un sommet chez les personnes près de la cinquantaine et diminuent par la suite (figure 2). Pour la période 2011 à 2013, chez les hommes, le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les 50 à 64 ans (31,0 par 100 000) et les 35 à 49 ans (30,7 par 100 000), alors que les adolescents (15 à 19 ans) affichent le taux le plus bas (11,1 par 100 000). Les hommes des groupes de 20 à 34 ans et les 65 ans et plus présentent des taux comparables (20,7 et 21,4 par 100 000). Pour cette période de trois années, le groupe des hommes très âgés (85 ans et plus) se distingue avec un taux plus élevé bien que le nombre demeure faible (16 suicides par an, donnée non présentée). Chez les femmes, le taux le plus élevé apparaît chez celles âgées de 50 à 64 ans (10,0 par 100 000) et le plus bas chez celles âgées de 65 ans et plus (3,8 par 100 000) et les adolescentes (4,2 par 100 000). Le nombre plus élevé de suicides masculins s'observe pour chacun des groupes d'âge, mais il est plus prononcé chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec un ratio de 6 à 1. Chez les 15 à 19 ans, ce ratio est à son plus bas, avec 3 suicides d'adolescents pour un d'adolescente.

La diminution des taux de suicide amorcée au début des années 2000 est particulièrement prononcée chez les adolescents et les adolescentes, ainsi que chez les hommes de 20 à 34 ans (figures 3 et 4). Toutefois, cette baisse du taux de suicide semble s'estomper au cours

des dernières années chez les hommes de 35 ans et plus. Chez les femmes, le groupe d'âge de 35 à 49 ans a vu son taux légèrement augmenter (non significatif) au cours de la période 2011-2013.

Les nombres et les taux de suicide par groupe d'âge pour les six dernières années disponibles sont présentés au tableau 2. Selon les estimations pour 2013, 28 adolescents (15 à 19 ans) se seraient enlevé la vie, alors que ce chiffre grimpe à 363 suicides chez les personnes de 35 à 49 ans. Chez les 65 ans et plus, 170 suicides ont été dénombrés en 2013.

La probabilité de décéder par suicide au cours de la vie a été estimée à partir des taux de décès de l'année 2012. Ainsi, la probabilité de se suicider au cours de toute une vie serait de 1,2 % pour l'ensemble des résidents du Québec. En extrapolant sur la base des données de 2012, on estime qu'un Québécois sur 53 (1,9 %) et une Québécoise sur 200 (0,5 %) pourraient se suicider au cours de leur vie.

## 2.2 Aperçu pour 2014

---

Selon les données provisoires du Bureau du coronier du Québec, le nombre de suicides en 2014 serait de 1 110 (833 hommes et 276 femmes, un sexe manquant). Puisque ce chiffre est probablement sous-estimé, il semble que la diminution du nombre de suicides ait cessé. Ainsi, bien qu'il soit difficile de présager de la direction future du taux, ces données suggèrent que la baisse du taux de suicide semble s'estomper.

Les données provisoires de 2014 laissent même entrevoir une augmentation du nombre et du taux de suicide chez les femmes de 20 à 34 ans. Pour ce qui est des autres groupes d'âge, peu de variations semblent être survenues.



**Tableau 1 Nombre et taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2013<sup>2</sup>**

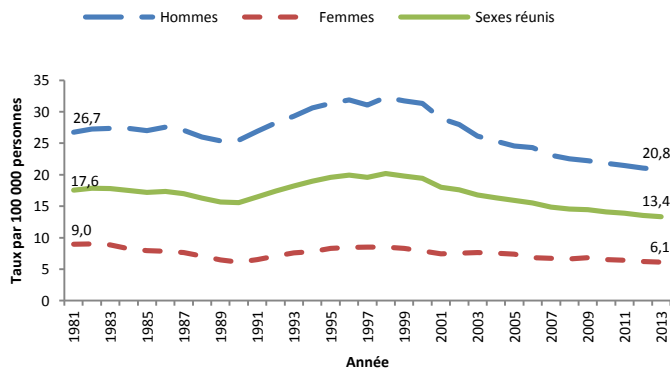
Années	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
1981	795	26,1	252	8,4	1 047	17,0
1982	862	27,4	284	9,5	1 146	18,2
1983	903	28,3	279	9,1	1 182	18,4
1984	834	26,3	247	8,0	1 081	16,9
1985	871	27,4	241	7,6	1 112	17,2
1986	885	27,3	262	8,2	1 147	17,4
1987	910	28,0	255	7,7	1 165	17,5
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 <sup>2</sup>	861	20,9	251	6,1	1 112	13,4
2013 <sup>2</sup>	855	20,7	246	6,1	1 101	13,3

<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011, Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.

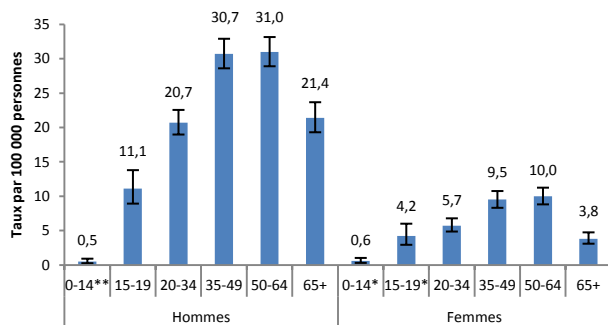
MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Figure 1 Taux ajusté<sup>1,2</sup> de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2013<sup>3</sup>**



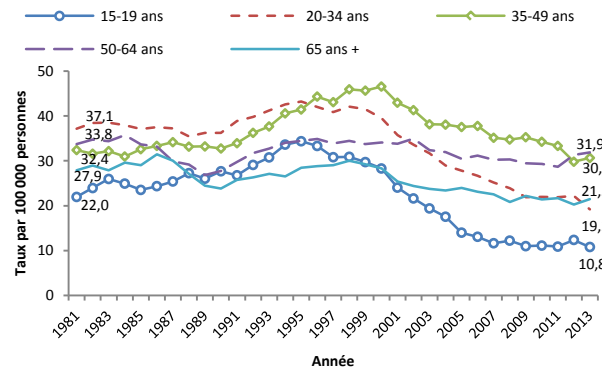
<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.  
<sup>2</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.  
<sup>3</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.  
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
 MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Figure 2 Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2011-2013<sup>1</sup>**



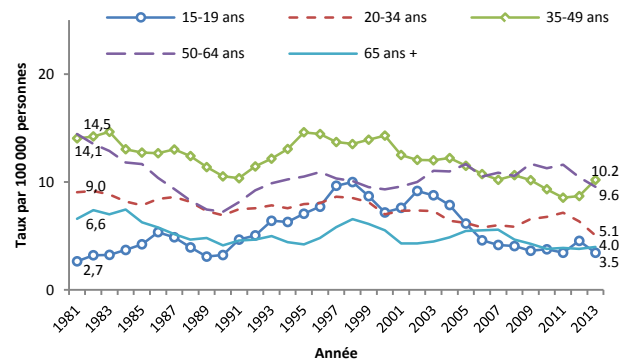
<sup>1</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.  
 \* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.  
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
 MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Figure 3 Taux de suicide selon le groupe d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2013<sup>1,2</sup>**



<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.  
<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.  
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
 MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Figure 4 Taux de suicide selon le groupe d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2013<sup>1,2</sup>**



<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.  
<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.  
 Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
 MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Tableau 2** Nombre et taux de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2008 à 2013<sup>1</sup>

Groupe d'âge	Année											
	Données officielles								Données provisoires			
	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
<b>Sexes réunis</b>												
0-14	9	0,7**	6	0,5**	3	0,2**	6	0,5**	8	0,6**	5	0,4**
15-19	42	8,3	41	8,0	29	5,7	43	8,7	40	8,3	28	6,0*
20-34	235	15,3	221	14,2	217	13,7	252	15,6	215	13,2	185	11,3
35-49	389	22,3	407	23,7	386	22,7	329	19,6	322	19,3	363	21,9
50-64	333	20,6	342	20,6	345	20,3	346	20,0	384	21,9	350	19,7
65 et plus	146	12,9	129	11,0	147	12,1	140	11,2	143	10,9	170	12,5
Total	1 154	14,7	1 146	14,5	1 127	14,1	1 116	13,7	1 112	13,4	1 101	13,3
<b>Hommes</b>												
0-14	6	1,0**	3	0,5**	3	0,5**	2	0,3**	5	0,8**	2	0,3**
15-19	29	11,2*	30	11,6*	26	10,2*	29	11,6*	32	13,2*	20	8,5*
20-34	185	23,6	175	22,0	162	20,0	195	23,8	171	20,6	148	17,7
35-49	299	33,8	315	36,1	310	35,9	263	30,8	245	28,8	274	32,5
50-64	235	29,3	253	30,7	240	28,3	253	29,1	296	33,6	270	30,2
65 et plus	115	23,6	105	20,8	117	22,2	116	21,1	112	19,5	141	23,5
Total	869	22,4	881	22,5	858	21,7	858	21,2	861	20,9	855	20,7
<b>Femmes</b>												
0-14	3	0,5**	3	0,5**	0	0,0	4	0,7**	3	0,5**	3	0,5**
15-19	13	5,2*	11	4,4*	3	1,2**	14	5,7*	8	3,4**	8	3,5**
20-34	50	6,6	46	6,0	55	7,1	57	7,2	44	5,5	37	4,6
35-49	90	10,5	92	10,9	76	9,1	66	8,0	77	9,4	89	11,0
50-64	98	12,0	89	10,7	105	12,4	93	10,8	88	10,1	80	9,0
65 et plus	31	4,8*	24	3,6*	30	4,4*	24	3,4*	31	4,2*	29	3,8*
Total	285	7,2	265	6,7	269	6,6	258	6,3	251	6,1	246	6,1

Note : taux par 100 000 personnes.

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

<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.

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

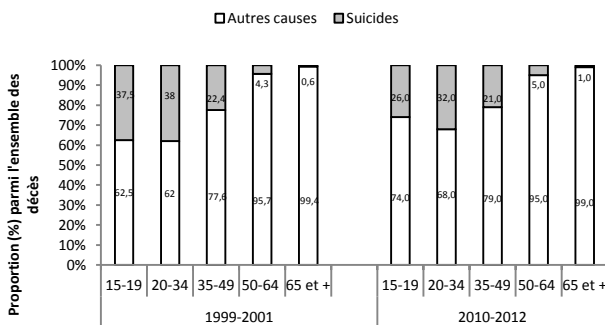
\*\* Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2008 à 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

## 2.3 Importance du suicide parmi l'ensemble des causes de décès

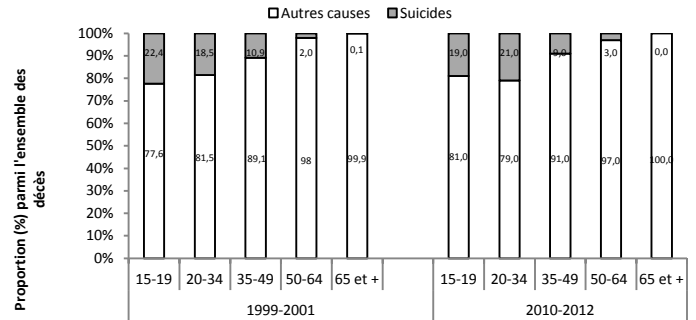
Le suicide représentait 1,8 % de l'ensemble de tous les décès (données non présentées) pour l'année 2012. Cette proportion était de 2,9 % chez les hommes et de moins de 1 % chez les femmes. Les figures 5 et 6 illustrent ces proportions par groupe d'âge selon deux périodes, pour les hommes et les femmes. Ces figures permettent d'observer que la diminution de la proportion des suicides parmi l'ensemble des causes de décès est particulièrement prononcée chez les adolescents (15 à 19 ans) et les jeunes hommes (20 à 34 ans). Il faut souligner que, chez les adolescents et les adolescentes, le suicide ne constitue plus la première cause de décès, mais se classe 2<sup>e</sup> après les traumatismes routiers (données non présentées). Pour la période 2010-2012 (figure 5), le suicide représentait tout de même plus du quart des décès chez les adolescents et moins d'un tiers chez les jeunes hommes. Les variations sont moins importantes chez les femmes entre ces deux périodes (figure 6). Enfin, le suicide constitue environ un décès sur cinq chez les femmes âgées de moins de 35 ans.

**Figure 5 Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Données provisoires pour l'année 2012.  
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2011, Bureau du Coroner du Québec pour 2012.

**Figure 6 Proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec 1999-2001 et 2010-2012<sup>1</sup>**



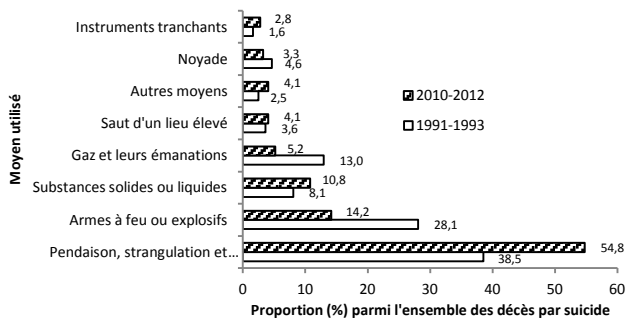
<sup>1</sup> Données provisoires pour l'année 2012.  
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2011, Bureau du Coroner du Québec pour 2012.

## 2.4 Moyen utilisé pour s'enlever la vie

Au Québec, la pendaison, la strangulation et la suffocation ont été les moyens les plus souvent utilisés pour mettre fin à sa vie pour la période 2010-2012, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Plus de la moitié des hommes (55 %) et près d'une femme sur deux (48 %) qui se sont enlevé la vie ont utilisé ce moyen (figure 7 et 8). L'arme à feu constituait le second moyen le plus utilisé chez les hommes (14 %), alors que les intoxications, surtout par médicaments, étaient le second moyen le plus fréquemment employé chez les femmes (35 %).

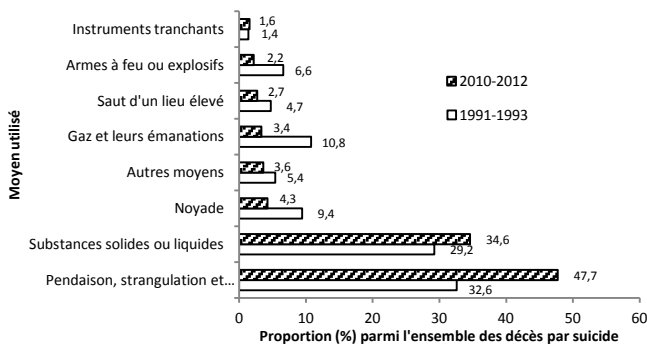
La proportion de suicides par armes à feu a considérablement chuté au Québec au cours des deux dernières décennies. Entre 1991-1993 et 2010-2012, la part des suicides par armes à feu a diminué de plus de la moitié tandis que les suicides par pendaison, strangulation ou suffocation ont augmenté chez les deux sexes. À cet égard, le principal moyen utilisé tend à se rapprocher entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, les suicides par gaz et émanations ont diminué considérablement chez les deux sexes. Il en va de même des suicides par noyade chez les femmes qui ont diminué de moitié en 20 ans. En contrepartie, la part des suicides par intoxication par substances solides ou liquides a augmenté.

**Figure 7 Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, hommes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2010-2012<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Données provisoires pour l'année 2012.  
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2011, Bureau du Coroner du Québec pour 2012.

**Figure 8 Répartition des décès par suicide selon le moyen utilisé, femmes, ensemble du Québec, 1991-1993 à 2010-2012<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Données provisoires pour l'année 2012.  
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1999-2001 et 2010-2011, Bureau du Coroner du Québec pour 2012.

## 2.5 Mortalité par suicide selon les régions

La figure 9 présente une comparaison des taux de suicide selon les régions sociosanitaires sur une période de trois années (2011 à 2013). Rappelons que cette période de trois années permet d'atténuer les variations annuelles observées, en plus d'accroître la précision des estimations pour les régions où la taille de la population est plus petite.

Les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec (figure 9). L'Abitibi-Témiscamingue est la région affichant le taux le plus élevé (22,7 décès par 100 000), alors que la région de Montréal présente le taux ajusté le plus bas (9,6 décès par 100 000). Pour la période 2011 à 2013, trois régions affichaient un taux significativement supérieur au reste du Québec, soit les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de Chaudière-Appalaches. La région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine affichait également un taux élevé (19,7 par 100 000) avec un écart non significativement différent du reste du Québec. Les régions de Montréal et de la Montérégie présentaient un taux significativement plus bas. Ce sont les suicides masculins qui expliquent les écarts significatifs entre les régions. Ainsi les hommes des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, de la Mauricie-et-Centre-du-Québec et de Lanaudière affichaient un taux significativement supérieur au reste des hommes du Québec. On observe peu de variation du taux de suicide des femmes selon les régions à l'exception de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec où le taux de celles-ci est significativement plus élevé que celui des femmes du reste du Québec (données non présentées).

Le tableau 3 présente les données annuelles en nombre de suicides et les taux ajustés pour chacune des régions pour la période 2008 à 2013. D'autres données plus détaillées sont fournies en annexe au tableau A2. Il convient cependant de rappeler que 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 moins peuplées.

**Tableau 3** Nombre et taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2008 à 2013<sup>2</sup>

Région sociosanitaire	Année											
	Données officielles								Données provisoires			
	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nombre	taux <sup>1</sup>	Nombre	taux <sup>1</sup>	Nombre	taux <sup>1</sup>	Nombre	taux <sup>1</sup>	Nombre	taux <sup>1</sup>	Nombre	taux <sup>1</sup>
Bas-St-Laurent	35	17,3	35	15,7*	28	12,6*	29	14,6*	26	12,0*	27	14,7*
Saguenay— Lac-Saint-Jean	43	15,7	48	17,5	41	13,8	41	15,2	38	14,8*	36	13,1*
Capitale-Nationale	125	17,8	106	14,9	102	13,8	97	12,9	95	12,8	124	17,4
Mauricie et Centre-du-Québec	96	19,2	98	19,7	81	16,5	105	21,3	88	18,0	91	18,4
Estrie	48	16,1	55	18,2	56	17,8	53	16,4	48	14,1	46	13,9
Montréal	211	11,0	225	11,9	228	11,8	199	10,1	205	10,2	176	8,7
Outaouais	60	16,9	48	12,8	60	16,1	60	15,8	66	16,6	44	11,4
Abitibi-Témiscamingue	33	23,9*	25	17,4*	27	19,0*	36	24,6*	33	22,9*	31	20,4*
Côte-Nord	15	16,2*	19	21,3*	17	18,8*	27	26,7*	7	7,2*	16	15,9*
Gaspésie— Îles-de-la-Madeleine	17	15,3*	17	19,7*	16	14,8*	23	22,6*	18	15,9*	20	20,5*
Chaudière-Appalaches	68	16,0	74	18,7	71	17,8	67	15,8	75	18,5	73	17,9
Laval	43	11,4	38	9,7	45	11,1	48	12,0	44	10,5	41	9,8
Lanaudière	67	14,9	65	13,9	68	14,8	76	16,0	79	15,9	75	15,5
Laurentides	81	15,0	95	17,2	89	15,9	83	14,5	89	15,1	97	15,8
Montréal	190	13,3	181	12,5	179	12,4	153	10,5	181	12,2	189	12,5
Ensemble du Québec <sup>3</sup>	1 154	14,7	1 146	14,5	1 127	14,1	1 116	13,7	1 112	13,4	1 101	13,3

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

<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.

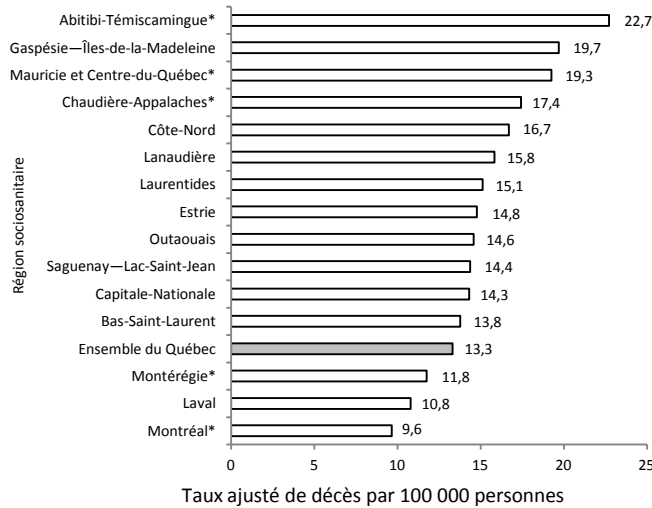
<sup>3</sup> Inclut les régions nordiques : Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2007 à 2011 et Bureau du coronier du Québec pour 2012 et 2013.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Figure 9 Taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, Québec, 2011-2013<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.  
<sup>2</sup> Données provisoires pour l'année 2012 et 2013.  
 \* Le taux de la région est significativement différent du taux de l'ensemble des autres régions à un seuil  $\alpha$  de 5 %.  
 Sources : MSSS, Fichier des décès, 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.  
 MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

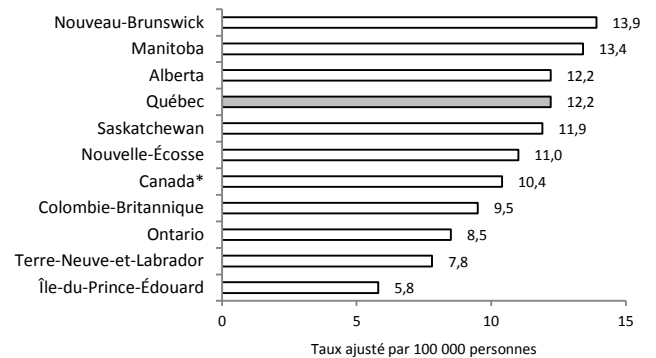
## 2.6 Comparaisons interprovinciales et internationales

En 2012, le Québec et l'Alberta se situaient au troisième rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus élevé (figure 10). Le taux de suicide au Québec était significativement plus élevé que le reste du Canada pour l'année 2012. Les provinces du Nouveau-Brunswick et du Manitoba affichaient les taux les plus élevés nonobstant les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut pour lesquels les données ne sont pas présentées. Pour l'année 2012, le taux le plus bas parmi les provinces canadiennes était observé à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. Il faut rappeler toutefois que ces comparaisons demeurent sujettes à précaution, car la détermination des cas de suicides et les procédures utilisées peuvent varier d'une province à l'autre.

Au niveau international, le Québec occuperait le 9<sup>e</sup> rang parmi 22 pays sélectionnés de l'OCDE (figure 11). Le Québec se retrouverait ainsi avec un taux le plaçant au centre du groupe des pays industrialisés retenus, et ce,

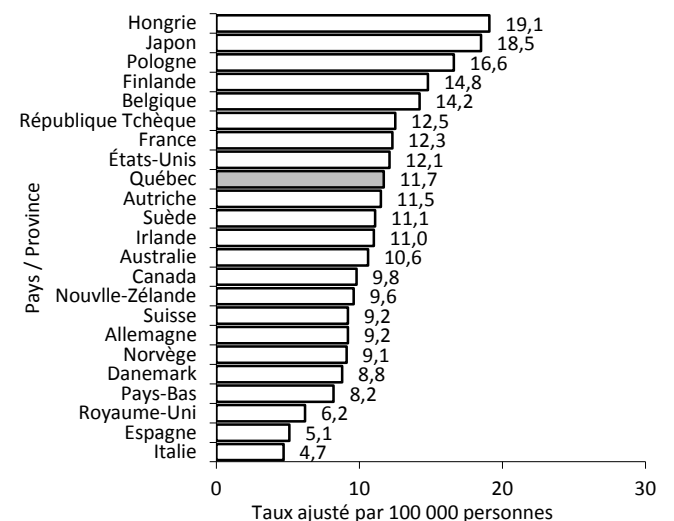
que ce soit chez les hommes (10<sup>e</sup> rang) et chez les femmes (9<sup>e</sup> rang). Il est impératif de rappeler que ces comparaisons internationales doivent être considérées avec beaucoup de réserve, car les méthodes de détermination des cas de suicide peuvent faire varier considérablement les taux d'un pays à l'autre.

**Figure 10 Taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide selon les provinces canadiennes, sexes réunis, 2012**



<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne de 1991.  
 Source : Statistique Canada, tableau 102-0563 consulté le 15 décembre 2015.

**Figure 11 Taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide selon certains pays de l'OCDE<sup>2</sup>, sexes réunis, 2012**



<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population mondiale moyenne estimée de 2000 à 2025.  
<sup>2</sup> Les pays sélectionnés sont membres de l'OCDE, avec les données de 2012 et ayant un nombre de cas supérieur à 200.  
 Source : OMS : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en> (consulté le 21 décembre 2015).

## 2.7 Variations du suicide selon les inégalités sociales

Les liens entre l'état de santé et les inégalités sociales sont établis, notamment en ce qui concerne le suicide. Cette relation a été constatée au niveau international, canadien et québécois au cours des années passées (Burrows, 2010, 2011, OMS, 2014). Nous présentons ici les analyses les plus récentes<sup>2</sup> montrant l'évolution du taux de suicide selon un indice de défavorisation pour les vingt dernières années au Québec. Cet indice de défavorisation est constitué d'une dimension matérielle et d'une dimension sociale. La dimension matérielle reflète le niveau de scolarité, le taux d'emploi et le revenu moyen associé à un territoire. La dimension sociale témoigne plutôt de la proportion de personnes vivant seules, de l'état matrimonial des individus et la proportion de familles monoparentales sur le territoire.

Selon cet indice, le taux de suicide apparaît deux fois plus élevé parmi le groupe le plus défavorisé (quintile) en comparaison au groupe le plus favorisé au Québec (figure 12). Cet écart, significatif au plan statistique, se constate pour chacune des cinq périodes examinées (figure 12). Pour la dernière période (2009-2011), le taux de suicide du groupe le plus défavorisé était de 16,5 décès par 100 000 et de 7,8 par 100 000 pour le groupe le plus favorisé.

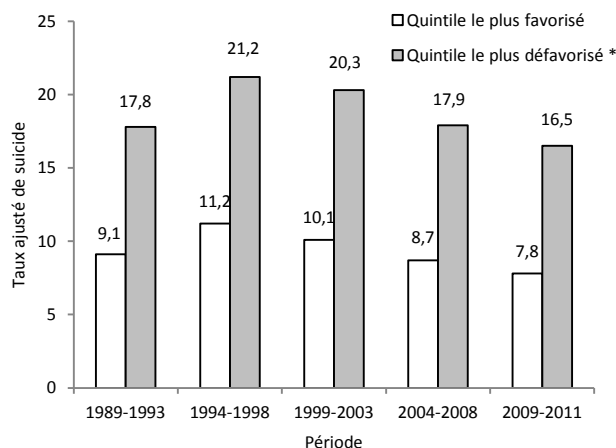
La figure 13 présente le ratio du taux de suicide du quintile le plus favorisé et du quintile le plus défavorisé pour une période de 23 années. Cet écart semble augmenter dans le temps au Québec (écarts non significatifs au plan statistique), et ce, depuis le début des années 2000.

À l'instar des études antérieures sur ce sujet, ces résultats suggèrent que les milieux matériellement et socialement défavorisés sont associés à un risque accru de mortalité par suicide. Des stratégies de prévention adaptées et des politiques sociales visant à diminuer les inégalités sociales pourraient contribuer à atténuer les risques de suicide parmi les groupes les plus défavorisés (Burrows, 2010, 2011). À cet égard, les mesures de promotion et de prévention en santé mentale, ainsi que les mesures favorisant l'accès aux traitements des troubles mentaux parmi les groupes

<sup>2</sup> Les données présentées sont issues de la stratégie de surveillance des inégalités sociales et de santé au Québec et seront diffusées sur le portail Infocentre de l'INSPQ au printemps 2016.

défavorisés, constituent une avenue prometteuse pour réduire la mortalité par suicide.

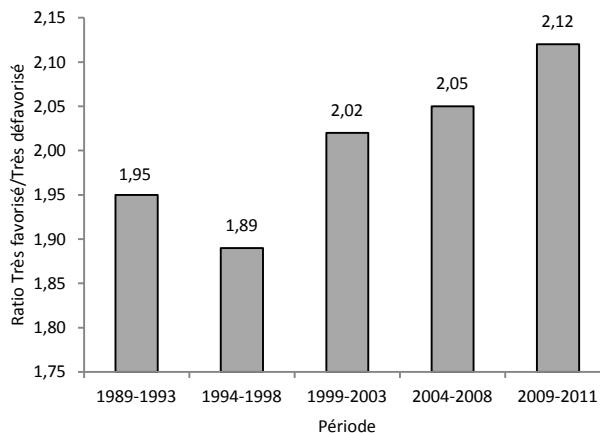
**Figure 12 Taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide selon l'indice combiné de défavorisation et la période, Québec, 1989 à 2011**



1. Taux ajusté selon l'âge, le sexe, la zone géographique et la période.
- \* Tous les taux sont significativement supérieurs au quintile le plus favorisé.

Sources : MSSS, fichier des décès 1989 à 2011, Recensements canadiens 1991, 1996, 2001, 2006, 2011. Compilation de l'indice par le Bureau d'information et d'études en santé des populations, janvier 2016. Portail de l'Infocentre de santé publique (à venir).

**Figure 13 Ratio d'inégalité<sup>1</sup> entre les taux de suicide<sup>2</sup> des quintiles très favorisé et très défavorisé selon la période, Québec, 1989-2011**



1. Le ratio est calculé en divisant le taux du groupe très favorisé par le taux du groupe très défavorisé.
2. Taux ajustés selon l'âge, le sexe, la zone géographique et la période.

Sources : MSSS, fichier des décès 1989 à 2011, Recensements canadiens 1991, 1996, 2001, 2006, 2011. Compilation de l'indice par le Bureau d'information et d'études en santé des populations, janvier 2016. Portail de l'Infocentre de santé publique (à venir).



### 3 Conclusion

Pour l'année 2013, les données provisoires nous indiquent que 1 101 personnes se sont enlevé la vie au Québec, ce qui correspond à un taux de 13,3 décès par 100 000 personnes. Ces données provisoires suggèrent que la baisse du taux de suicide, amorcée au début des années 2000, semble s'estomper. On observe également que le taux de suicide des milieux défavorisés atteint le double de celui des milieux les plus favorisés.

En terminant, il faut rappeler que le suicide demeure une cause de mortalité évitable qui entraîne plus de 1 100 décès de Québécois et Québécoises chaque année. Le suicide constitue la première cause de décès traumatiques au Québec. Le suicide est également la troisième cause de décès parmi la population âgée de 18 à 64 ans, après les cancers et les maladies du cœur<sup>3</sup>. Le suicide est un phénomène complexe pour lequel il n'existe pas de cause unique. Malgré tout, des preuves solides indiquent que le suicide est évitable. Les efforts d'identification et de prise en charge des individus manifestant des comportements suicidaires doivent être maintenus, voire accentués pour les années à venir. Il en va de même des mesures pour restreindre l'accès aux moyens pour s'enlever la vie (ex. accès aux armes à feu, aux médicaments, aux lieux élevés), qui sont reconnues efficaces pour diminuer les suicides (Florentine et Crane, 2010).

### Références

Aouba, A., et collab., (2011). Évaluation 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., (2015). Suicide in Canada : impact of injuries with undetermined intent on regional ranking. *Injury Prevention*, doi:10.1136/injuryprev-2015-041613.

Burrows, S., et collab., (2010). Socio-Economic Inequalities in Suicide Attempts and Suicide Mortality in Quebec, Canada, 1990-2005. *Public Health*, 124(2), 78-85.

Burrows, S., et collab., (2011). Influence of Social and Material Individual and Area Deprivation on Suicide Mortality among 2.7 Million Canadians: A Prospective Study. *BMC Public Health*, 11, 577.

Edwards, N., et collab., (2008). Suicide in Newfoundland and Labrador: a linkage study using medical examiner and vital statistics data. *Can J Psychiatry*, 53(4), 252-259.

Florentine, J. B., et C. Crane. (2010). Suicide Prevention by Limiting Access to Methods: A Review of Theory and Practice. *Soc Sci Med* 70(10), 1626-32.

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.

Kleinbaum, D.G., L.L. Kupper, & H. Morgenstern, (1982). *Epidemiologic Research Principles and Quantitative Methods*, New-York: Van Nostrand Reinhold. 529 pages.

Légaré, G. et collab., (2015). La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2012. Institut national de santé publique du Québec. No: 1939, 23 pages.

Mathers, C.D. et collab., (2005). Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*, 83(3), 171-177.

OMS, (2014). *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial*, Organisation mondiale de la santé, Genève. 90 pages.

Pampalon et collab., (2013) *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec : Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. No: 1698, 81 pages.

Parai, J.L. et collab., (2006). The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners. *Ann Epidemiol*, 16(11), 805-11.

Rothman K.J., Greenland S. & T.L. Lash (2008). *Modern Epidemiology*. Lippincott Williams & Wilkins; 3<sup>e</sup> édition. 851 pages.

St-Laurent, D. et collab., (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente? Institut national de santé publique du Québec. No: 281, 29 pages.

Statistique Canada, (2005). Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada. Statistique Canada. No 84-548-XIF. Ottawa.

Walker, S., et collab. (2008). Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 32(2), 126-130.

<sup>3</sup> Calculé pour la période 2009-2011, source, Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ.

## Annexe 1 Données et méthodes

### Sources des données

Les données de mortalité proviennent du 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 2011 et de la banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec (BCQ) pour les années 2012, 2013 et 2014 (rapports complétés et avis au coroner). Ces données comprennent les suicides des résidents du Québec survenus au Québec ou ailleurs. Les données du fichier des décès (RED/D) de 2012 n'étaient pas disponibles au moment d'effectuer ces analyses et elles ont été remplacées pour cette édition par celles issues du Bureau du Coroner du Québec. Les données issues du RED/D utilisent deux versions de la classification internationale des maladies (CIM), soit la 9<sup>e</sup> révision (CIM-9) pour les décès antérieurs à l'an 2000 et la 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) pour les décès survenus de 2000 à 2011. 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. Notons que ce changement entre les versions de classification n'a pas affecté les données sur le suicide (Statistique Canada, 2005).

La banque de données informatisée du BCQ a été utilisée pour les données provisoires de 2012, 2013 et 2014. Cette banque de données informatisée du BCQ est un fichier dynamique pour lequel des cas peuvent être ajoutés au fil des ans. Cet aspect dynamique fait en sorte que les estimations produites sur la base de ces données peuvent varier selon le moment de l'extraction des données. Toutefois, ces variations se stabilisent au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'année en cours.

La banque de données informatisée du BCQ contient les décès classés comme « suicide » issus de deux définitions. D'une part, 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). D'autre part, cette base de données informatisée contient également des cas d'investigation en cours pour des suicides présumés. Pour 2013, 2,3 % des suicides entrent dans cette catégorie où, pour diverses raisons, le coroner n'a

pas déposé son rapport d'investigation au moment d'extraire les données (date d'extraction : 7 décembre 2015). Pour 2012, cette proportion n'est que de 0,5 %. Cette proportion de rapports non déposés augmente à 9 %<sup>4</sup> pour l'année 2014 (date d'extraction 6 janvier 2016) et pourrait altérer la précision des estimations. Pour cette raison, nous n'avons pas inclus les données de 2014 aux tableaux et aux graphiques de la présente mise à jour. Ces données sont cependant présentées sous la forme d'un aperçu.

Les informations les plus récentes issues de la banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec sont des données provisoires et tendent généralement à sous-estimer le nombre réel de suicides. Nous avons quantifié cette sous-estimation en comparant les données provisoires de 2009 et 2010 publiées en 2013 (Légaré et collab., 2013), celles de 2011 publiées en 2014 (Légaré et collab., 2014) avec les données du fichier fermé du MSSS (données non présentées). En se basant sur les calculs des années précédentes, la sous-estimation des données du BCQ serait d'environ 3 % pour 2014 et d'au moins 7 % pour 2014. Cette sous-estimation varie également selon le sexe et l'âge : ainsi pour 2013, la sous-estimation des données provisoires est plus importante chez les femmes de 20-34 ans (- 5%).

Les données de population utilisées pour calculer les taux s'appuient sur les estimations pour les années 1981 à 2005 et sur les projections démographiques pour les années 2006 à 2011 produites par la Direction des statistiques démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

---

<sup>4</sup> Une étude australienne a montré que le fait de forcer les coroners à déposer plus rapidement leur rapport d'investigation avait pour effet de sous-estimer le nombre réel de suicides qui se traduisait par une augmentation des décès par traumatismes indéterminés quant à l'intention (Bradley et collab., 2010).

## Comparaisons interprovinciales et internationales

Les données utilisées pour les comparaisons interprovinciales proviennent de la liste sommaire des causes de mortalité publiée par Statistique Canada. Les données présentées sont celles disponibles pour l'année 2012. Rappelons que les taux de suicide sont ajustés à la structure d'âge de la population canadienne de 1991 afin d'éliminer les distorsions provoquées par des compositions d'âge différentes entre les provinces. Ces données comportent des imprécisions pouvant altérer les comparaisons entre les provinces. En effet, l'application des méthodes de collecte des cas de suicide, les définitions utilisées ainsi que les modes de codifications employés peuvent varier sensiblement entre les provinces produisant ainsi une sous-estimation plus ou moins importante du nombre de décès par suicide. La catégorie de décès traumatiques dont l'intention est indéterminée est couramment utilisée comme indicateur de la précision des données sur le suicide. Cette catégorie englobe les décès pour lesquels le coroner ou le médecin légiste n'a pu distinguer s'il s'agissait d'un décès accidentel, d'un homicide ou d'un suicide. À titre d'illustration, pour 2010, les taux de décès dont l'intention est indéterminée variaient de 0,4 décès par 100 000 (Nouveau-Brunswick) à 10,6 par 100 000 (Alberta). Une étude récente menée sur les données canadiennes a d'ailleurs démontré que l'inclusion des décès dont l'intention est indéterminée modifiait de façon notable le classement des provinces canadiennes par taux de suicide (Auger et collab., 2015). Les taux des territoires (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut) ne sont pas présentés vu les faibles tailles des populations. Il faut prendre note que certaines provinces ont des petites populations et que les taux de ces dernières peuvent présenter des fluctuations plus importantes d'une année à l'autre.

Les données des comparaisons internationales sont fournies à titre indicatif seulement et sont empreintes de sources d'erreurs multiples. En effet, il existe des variations considérables dans l'application des règles de sélection de la cause initiale du décès et les définitions utilisées pour déterminer les suicides entre les pays. Les données que nous avons utilisées pour les comparaisons internationales sont tirées des statistiques officielles de l'Organisation mondiale de la santé pour l'année 2012 (OMS, 2015), à l'exception du

Québec qui proviennent du Bureau du coroner du Québec. Les critères suivants ont été retenus afin de déterminer la liste des pays pour cette comparaison internationale : pays membre de l'OCDE, données disponibles pour 2012, taille de population suffisante, c'est-à-dire au moins égale à la moitié de celle du Québec (excluant l'Islande et le Luxembourg par exemple). Au total, 22 pays ont été retenus aux fins de cette comparaison.

## Validité et fiabilité des données de mortalité sur le suicide

Des questions relatives à la validité et à la fiabilité des données utilisées pour la production des statistiques sur le suicide sont régulièrement soulevées. Des chercheurs ont suggéré que la validité des données de décès par suicide était influencée par certaines procédures liées à l'identification de la cause du décès, par les critères de définition d'un suicide, par la fréquence des autopsies ou des enquêtes médico-légales, voire par le contexte religieux et culturel, mais également par la méthode de codification utilisée (OMS, 2015). Une équipe australienne a rapporté que le processus et la vitesse de transmission des données vers les services statistiques avait également un impact sur la qualité et la validité des données (Walker et collab., 2008). D'ailleurs, il semble que les données officielles concernant les décès par suicide soient sous-évaluées de façon différentielle dans certaines provinces canadiennes, notamment dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador (Edwards et collab., 2008) et en Ontario (Parai et collab., 2006). En fait, cette constatation est également valide pour plusieurs pays puisque pour une partie non négligeable de décès, la cause initiale<sup>5</sup> est mal définie ou inconnue (Mathers et collab., 2005). Une étude française récente estimait à plus de 10 % la sous-estimation des suicides en France métropolitaine (Aouba et collab., 2010) alors qu'une étude britannique estimait à 8,7 % cette sous-estimation (Gunnell et collab., 2012).

Au Québec, St-Laurent et Bouchard (2004) affirmaient que les données québécoises concernant les suicides n'étaient pas sous-déclarées, que peu de cas échappaient aux coroners et que l'ajout de ces décès

<sup>5</sup> La cause initiale de décès est définie comme la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

ne modifierait pas de façon significative les taux observés. Le faible taux de décès par traumatisme d'intention indéterminée au Québec vient corroborer cette observation (données non présentées).

## Analyses statistiques

Pour tenir compte de la structure démographique, il est préférable de calculer des taux de suicide. Ces taux représentent le risque de décéder par suicide au cours de la période considérée. La plupart des taux présentés dans ce document ont été ajustés selon l'âge d'après 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 ainsi permettre des comparaisons à travers 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. En effet, 5 grands groupes d'âge ont été utilisés pour la pondération. Cette façon de procéder améliore 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<sup>6</sup> ont été calculées afin, d'atténuer les fluctuations annuelles, d'augmenter la précision statistique, de souligner les tendances à plus long terme et en plus, d'améliorer l'illustration graphique.

Les taux bruts de décès par suicide, c'est-à-dire sans ajustement pour l'âge, sont également calculés et présentés aux tableaux A1 et A2 en annexe 2.

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

Les mesures de défavorisation utilisent une méthodologie développée et reprise par les professionnels de l'unité Analyse de la santé et de ses inégalités territoriales de l'INSPQ (Pampalon et collab. 2013). Les données présentées dans ce rapport sont

inédites. Elles seront présentées plus en détails au printemps prochain et diffusées sur le portail de l'Infocentre de santé publique du Québec. La défavorisation est présentée sous trois angles soit une dimension défavorisation matérielle, une dimension de défavorisation sociale et une combinaison des dimensions matérielle et sociale. La variabilité des inégalités a été mesurée pour cinq périodes de cinq années entre 1989 et 2011. Des précisions méthodologiques concernant la constitution de l'indice sont présentées ailleurs (Pampalon, et collab. 2013).

## Probabilité de décéder par suicide (risque)

L'estimation de la probabilité de décéder par suicide au cours de la vie a été estimée à partir des données de 2012 selon la méthode de densité d'incidence (Kleinbaum, Kupper & Morgenstern, 1982). Cette estimation est basée sur les taux spécifiques de décès par suicide observés pour l'année 2012. Ces taux sont appliqués à une cohorte fictive, suivie de la naissance jusqu'à l'âge de 100 ans. Les taux spécifiques (I) de décès par suicide ont été multipliés par l'intervalle de chacune des strates d'âge utilisées (T) et cumulés. L'estimation du risque a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$R \approx 1 - \exp\left(-\sum_{k=1}^{20} I_k \Delta T_k\right)$$

Cette méthode de calcul utilise les taux de décès par groupe quinquennal d'âge (dans ce cas-ci de 0 jusqu'à 100 ans où aucun suicide n'est observé). Ce calcul repose sur l'hypothèse que les taux actuels prévaudront tout au long de la vie d'une cohorte de personnes nées en 2012 au fur et à mesure que les individus qui la composent vieilliront. Ce calcul suppose également que ces personnes ne décéderont pas d'autres causes au cours de cette période. Ces hypothèses ne pouvant être vérifiées a priori, il faut considérer que cette probabilité est une approximation, car les taux de suicide futurs demeurent inconnus. Ce calcul suppose également que le risque de décéder demeure le même à l'intérieur de chacun des groupes d'âge.

<sup>6</sup> Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2012. Pour ces années aux limites de notre série temporelle, des moyennes mobiles sur 2 ans ont été calculées.

## Annexe 2 Travaux complémentaires

**Tableau A1 Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2013<sup>2</sup>**

Années	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajustés	Nombre	Taux brut	Taux ajustés	Nombre	Taux brut	Taux ajustés
1981	795	24,6	26,1	252	7,6	8,4	1 047	16,0	17,0
1982	862	26,5	27,4	284	8,5	9,5	1 146	17,4	18,2
1983	903	27,7	28,3	279	8,3	9,1	1 182	17,9	18,4
1984	834	25,5	26,3	247	7,4	8,0	1 081	16,3	16,9
1985	871	26,5	27,4	241	7,1	7,6	1 112	16,7	17,2
1986	885	26,7	27,3	262	7,7	8,2	1 147	17,1	17,4
1987	910	27,2	28,0	255	7,4	7,7	1 165	17,2	17,5
1988	858	25,4	25,8	235	6,8	7,1	1 093	16,0	16,1
1989	818	24,0	24,2	220	6,3	6,5	1 038	15,0	15,2
1990	902	26,1	26,1	202	5,7	5,9	1 104	15,8	15,8
1991	898	25,8	26,1	207	5,8	5,9	1 105	15,6	15,7
1992	984	28,1	28,5	272	7,5	7,8	1 256	17,7	17,9
1993	1 049	29,8	30,1	264	7,3	7,5	1 313	18,3	18,6
1994	1 027	29,0	29,4	264	7,2	7,4	1 291	18,0	18,1
1995	1 144	32,2	32,5	298	8,1	8,4	1 442	20,0	20,2
1996	1 136	31,8	32,2	327	8,9	9,1	1 463	20,2	20,4
1997	1 095	30,5	30,9	287	7,8	7,9	1 382	19,0	19,2
1998	1 072	29,8	30,1	315	8,5	8,6	1 387	19,0	19,1
1999	1 284	35,6	35,8	336	9,0	9,1	1 620	22,1	22,2
2000	1 059	29,2	29,3	266	7,1	7,2	1 325	18,0	18,1
2001	1 055	28,9	28,9	279	7,4	7,5	1 334	18,0	18,0
2002	1 052	28,6	28,6	290	7,7	7,8	1 342	18,0	18,0
2003	980	26,5	26,4	279	7,4	7,4	1 259	16,8	16,8
2004	875	23,5	23,4	302	7,9	7,9	1 177	15,6	15,5
2005	987	26,3	26,2	283	7,4	7,4	1 270	16,8	16,7
2006	918	24,3	24,2	276	7,2	7,0	1 194	15,6	15,5
2007	874	23,0	22,7	241	6,2	6,1	1 115	14,5	14,4
2008	869	22,6	22,4	285	7,3	7,2	1 154	14,9	14,7
2009	881	22,7	22,5	265	6,7	6,7	1 146	14,6	14,5
2010	858	21,8	21,7	269	6,7	6,6	1 127	14,2	14,1
2011	858	21,6	21,2	258	6,4	6,3	1 116	13,9	13,7
2012 <sup>2</sup>	861	21,5	20,9	251	6,2	6,1	1 112	13,8	13,4
2013 <sup>2</sup>	855	21,1	20,7	246	6,0	6,1	1 101	13,5	13,3

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

<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011, Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Tableau A2 Nombre, taux ajusté<sup>1</sup> et taux brut de mortalité par suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2008 à 2013<sup>2</sup>**

	Données officielles												Données provisoires					
	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
	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*	17,3*	35	17,4*	15,7*	28	13,9*	12,6*	29	14,4*	14,6*	26	12,9*	12,0*	27	13,4*	14,7*
Saguenay—Lac-Saint-Jean	43	15,7	15,7	48	17,4	17,5	41	14,8	13,8	41	14,8	15,2	38	13,7	14,8*	36	13,0*	13,1*
Capitale-Nationale	125	18,3	17,8	106	15,3	14,9	102	14,5	13,8	97	13,7	12,9	95	13,2	12,8	124	17,1	17,4
Mauricie et Centre-du-Québec	96	19,5	19,2	98	19,8	19,7	81	16,2	16,5	105	20,9	21,3	88	17,5	18,0	91	18,0	18,4
Estrie	48	15,7	16,1	55	17,9	18,2	56	18,0	17,8	53	16,9	16,4	48	15,2	14,1	46	14,5	13,9
Montréal	211	11,3	11,0	225	11,9	11,9	228	12,0	11,8	199	10,4	10,1	205	10,6	10,2	176	9,0	8,7
Outaouais	60	16,9	16,9	48	13,3	12,8	60	16,3	16,1	60	16,1	15,8	66	17,5	16,6	44	11,5	11,4
Abitibi-Témiscamingue	33	22,7*	23,9*	25	17,2*	17,4*	27	18,5*	19,0*	36	24,5*	24,6*	33	22,4*	22,9*	31	21,0*	20,4*
Côte-Nord	15	15,7*	16,2*	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*
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	17	18,0*	15,3*	17	18,0*	19,7*	16	16,9*	14,8*	23	24,3*	22,6*	18	19,2*	15,9*	20	21,4*	20,5*
Chaudière-Appalaches	68	16,9	16,0	74	18,2	18,7	71	17,3	17,8	67	16,2	15,8	75	18,0	18,5	73	17,4	17,9
Laval	43	11,2	11,4	38	9,7	9,7	45	11,3	11,1	48	11,8	12,0	44	10,7	10,5	41	9,8	9,8
Lanaudière	67	14,8	14,9	65	14,1	13,9	68	14,5	14,8	76	15,9	16,0	79	16,4	15,9	75	15,3	15,5
Laurentides	81	15,0	15,0	95	17,3	17,2	89	15,9	15,9	83	14,7	14,5	89	15,5	15,1	97	16,7	15,8
Montréal	190	13,4	13,3	181	12,6	12,5	179	12,3	12,4	153	10,4	10,5	181	12,2	12,2	189	12,6	12,5
Ensemble du Québec <sup>3</sup>	1 154	14,9	14,7	1 146	14,6	14,5	1 127	14,2	14,1	1 116	13,9	13,7	1 112	13,8	13,4	1 101	13,5	13,3

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

<sup>2</sup> Données provisoires pour les années 2012 et 2013.

<sup>3</sup> Inclut 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.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2011, Bureau du coroner du Québec pour 2012 et 2013.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

