



Le suicide dans la Capitale-Nationale

Mieux comprendre pour mieux prévenir

**Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants
Direction de santé publique du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Novembre 2018**

Coordination

Sonia Dugal, adjointe au directeur de santé publique et coordonnatrice de l'équipe
Planification, évaluation, surveillance et administration (PESA)

Traitement des données

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Analyse et rédaction

Catherine Denis, agente de planification, de programmation et de recherche, Promotion de la santé et prévention (PSP)

Myriam Duplain, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Linda Poirier, directrice générale du Centre de prévention du suicide de Québec,

Steve Dubois, coordonnateur du Centre de prévention du suicide de Portneuf, L'Arc-en-ciel

Renée-Claude Laroche, directrice générale du Centre de prévention du suicide de Charlevoix

Contribution à la définition du suicide

Éric Pelletier, secteur lutte contre le cancer et surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques, Institut de santé publique
du Québec (INSPQ)

Mathieu Gagné, secteur lutte contre le cancer et surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques, INSPQ

Relecture

Lise Cardinal, médecin-conseil, équipe PSP

Michèle Paradis, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe PESA

Mise en forme

Marie-Josée Paquet, technicienne en administration, équipe PESA

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN : 978-2-550-79326-7 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Le suicide dans la Capitale-Nationale – Mieux comprendre pour mieux prévenir*. Québec, Direction de santé publique, 2018, 27 p.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DU TABLEAU.....	4
INTRODUCTION.....	5
1. Ce que nous connaissons des facteurs associés au suicide.....	6
2. Ce dont nous disposons comme services d'intervention pour réduire le risque suicidaire.....	7
3. Ce que nous apprend l'évolution du nombre de décès par suicide entre 1981 et 2015.....	8
4. Ce que nous apprend l'évolution du taux de mortalité par suicide entre 1982 et 2014.....	9
5. Ce que nous apprend l'évolution du taux de mortalité par suicide selon l'âge, entre 1981 et 2014.....	10
6. Quelle place occupe le suicide parmi les causes de décès?.....	11
7. Comment la région se compare-t-elle au sujet de la mortalité par suicide?.....	12
8. Qui est le plus à risque de se faire hospitaliser pour tentative de suicide?.....	13
9. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet de la détresse psychologique.....	14
10. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet des pensées suicidaires.....	16
11. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet du recours à l'aide.....	18
12. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet des tentatives de suicide autodéclarées.....	19
13. Comment les inégalités sociales face au suicide se traduisent-elles dans les territoires de la Capitale-Nationale?.....	20
QUELQUES CHIFFRES-CLÉS DU SUICIDE DANS LA CAPITALE-NATIONALE.....	22
CONCLUSION.....	23
INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE.....	24
ANNEXES	
A. Correspondance approximative des territoires sociosanitaires et municipaux, région de la Capitale-Nationale, juin 2017.....	25
B. Évolution du taux de mortalité par suicide par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 1990 à 2015	26

LISTE DES FIGURES ET DU TABLEAU

FIGURES

Figure 1.	Facteurs associés au risque suicidaire.....	6
Figure 2.	Quelques exemples d'intervention du continuum de services.....	7
Figure 3.	Évolution du nombre de décès par suicide, par sexe, Capitale-Nationale, 1981 à 2015.....	8
Figure 4.	Évolution du taux de mortalité par suicide, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 1982 à 2014.....	9
Figure 4a.	Évolution du taux de mortalité par suicide, par sexe, Capitale-Nationale, 1982 à 2014	9
Figure 5.	Évolution du taux de mortalité par suicide, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, 1981 à 2014.....	10
Figure 6.	Taux de mortalité par suicide, par région sociosanitaire, Québec, 2013-2015.....	12
Figure 6a.	Taux de mortalité par suicide pour certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) en 2014	12
Figure 7.	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, par sexe, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017	13
Figure 7a.	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017.....	13
Figure 8.	Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	14
Figure 8a.	Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par groupe d'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	14
Figure 8b.	Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, selon six caractéristiques, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2105.....	15
Figure 9.	Population (%) ayant sérieusement songé au suicide, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	16
Figure 9a.	Population (%) ayant sérieusement songé au suicide, par groupe d'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015	16
Figure 9b.	Population (%) ayant sérieusement songé au suicide, selon trois caractéristiques, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	17
Figure 10.	Population (%) ayant eu recours à deux services d'aide, par sexe, parmi celle ayant songé sérieusement au suicide au cours de l'année, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	18
Figure 11.	Population (%) déclarant avoir tenté de se suicider, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	19
Figure 12.	Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par territoire CLSC, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015.....	20
Figure 12.	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, par territoire CLSC, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017....	20
Figure 13.	Taux de mortalité par suicide, par territoire CLSC, Capitale-Nationale, 2011-2015	21

TABLEAU

Tableau I.	Place occupée par le suicide parmi les causes de décès, Capitale-Nationale, 2013-2015.....	11
------------	--	----

INTRODUCTION

Par son mandat légal de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, le Directeur de santé publique doit informer les décideurs, les intervenants, le grand public et les médias sur plusieurs dimensions de la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale. Ce fascicule thématique sur le suicide vise à sensibiliser ces divers publics sur la pertinence d'agir de manière préventive sur cet important problème de santé publique. Dans la Capitale-Nationale, on dénombre actuellement en moyenne deux suicides par semaine.

Ce document présente les plus récentes statistiques sur le suicide et il comprend aussi des facteurs du risque suicidaire. Les statistiques sont tirées de six indicateurs du Plan national de surveillance (PNS) du Québec :

- le taux de mortalité par suicide;
- le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide;
- la proportion de population au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique;
- la proportion de population ayant songé sérieusement au suicide;
- la proportion de personnes ayant eu recours à deux services d'aide parmi celles ayant songé sérieusement au suicide;
- la proportion de population déclarant une tentative de suicide.

Les données de mortalité et d'hospitalisation sont tirées des codes de classification internationale des maladies (CIM-9 : E950-E959 et CIM-10 : X60-X84, Y87.0). Pour des raisons de puissance statistique, les données de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide sont produites pour des périodes de trois ou cinq ans. Ce regroupement d'années permet de suivre ces indicateurs sur la base de territoires CLSC (voir l'annexe A pour voir la correspondance entre les territoires sociosanitaires et municipaux). Toutes les données ont été extraites à l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ entre janvier et septembre 2018.

Les décès par suicide sont classés dans la catégorie des traumatismes. Comme tous les décès par traumatisme, les décès par suicide font l'objet d'une enquête de coroner. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le traumatisme comme le :

Domage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable. Il peut s'agir d'une lésion corporelle provenant d'une exposition à une quantité d'énergie excédant le seuil de tolérance physiologique, d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (par exemple, air, eau, chaleur) comme dans la noyade, la strangulation ou le gel. Le temps passé entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est court.

Il faut noter que dans le cas du suicide, il s'agit d'un traumatisme auto-infligé par un moyen violent qui entraîne la mort dans un court délai. Par ailleurs, un décès suivant la Loi sur l'aide médicale à mourir (AMM) n'est pas enregistré comme un suicide. La cause de mortalité précisée au Bulletin de décès (SP-3) est la maladie inscrite au formulaire de demande.

Pour consulter le rapport de l'OMS sur la prévention du suicide :

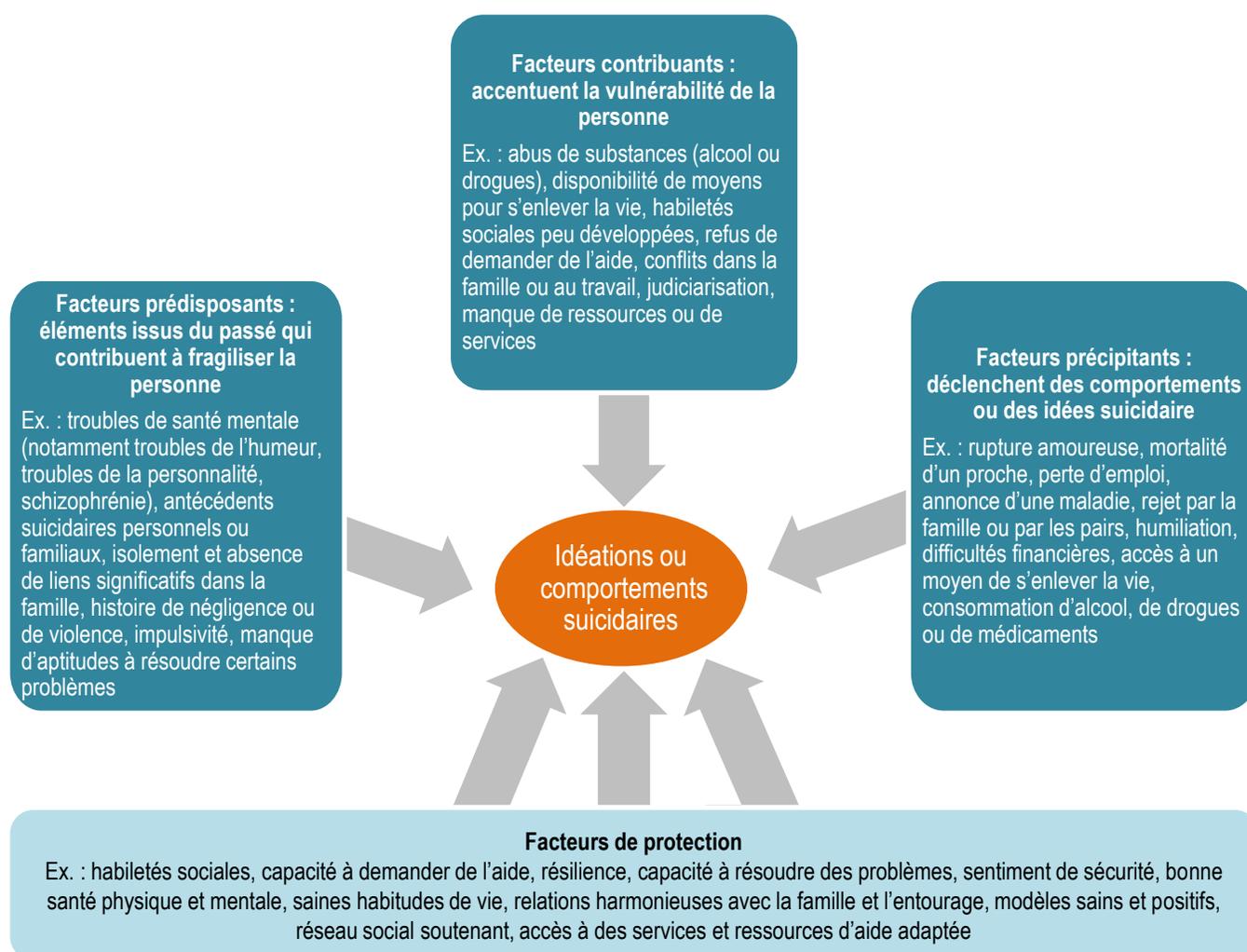
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

1. Ce que nous connaissons des facteurs associés au suicide

Le phénomène du suicide est complexe et plusieurs facteurs y sont associés. De plus, la grande majorité des personnes qui présentent des facteurs de risque ne se suicident pas. Les écrits scientifiques mentionnent de plus en plus les facteurs de protection qui font une différence dans la trajectoire de vie des personnes.

La recherche indique que la maladie mentale est le facteur de risque le plus important du suicide et que plus de 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble mental ou de dépendance. La dépression est la maladie la plus courante chez les personnes qui meurent à la suite d'un suicide, et environ 60 % souffrent de cet état pathologique. Aucun facteur déterminant, y compris la maladie mentale, ne suffit à lui seul à provoquer un suicide. Habituellement, le suicide résulte plutôt de l'interaction de nombreux facteurs. (Statistique Canada, 2012)

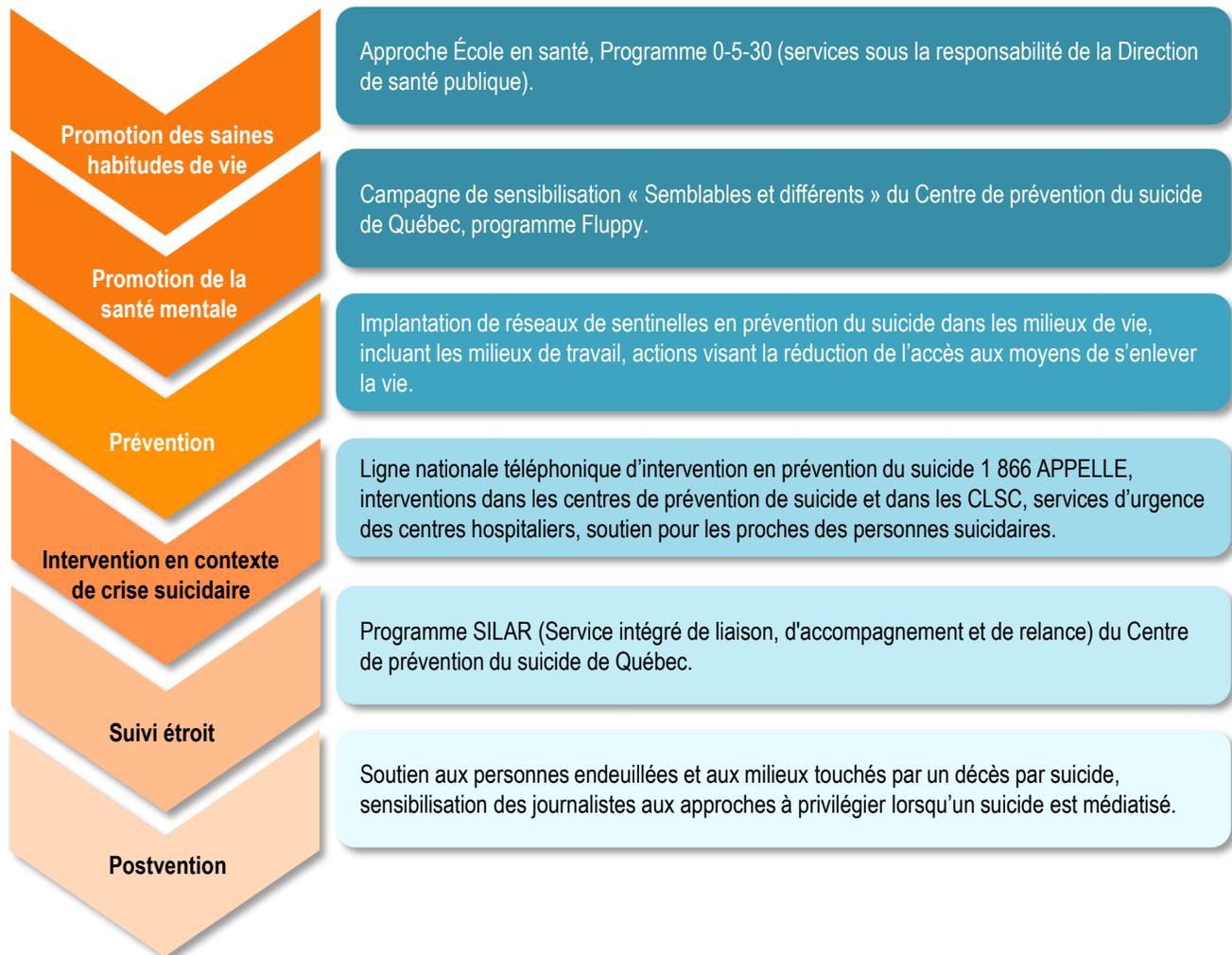
Figure 1.
Facteurs associés au risque suicidaire



2. Ce dont nous disposons comme services d'intervention pour réduire le risque suicidaire

De nombreux intervenants travaillent auprès de la population afin d'identifier et de réduire les facteurs de risque liés à la santé mentale et aux comportements suicidaires. Certains d'entre eux sont plus directement interpellés au sein du réseau de la santé, dans certains organismes communautaires, dans les milieux de détention, agricole, etc. Un continuum de services est donc indispensable.

Figure 2.
Quelques exemples d'interventions du continuum de services

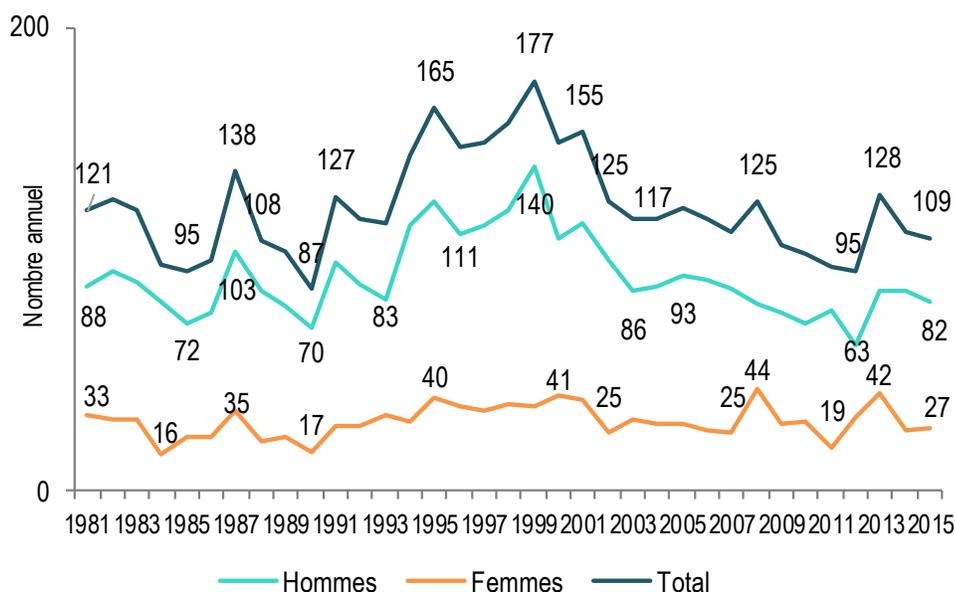


En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

3. Ce que nous apprend l'évolution du nombre de décès par suicide entre 1981 et 2015

Actuellement, chaque semaine, deux personnes se suicident dans la Capitale-Nationale. Ce nombre a déjà été à plus de trois des années 1990 jusqu'au début 2000.

Figure 3.
Évolution du nombre de décès par suicide, par sexe, Capitale-Nationale, 1981 à 2015



Dans la Capitale-Nationale

- Le nombre de décès par suicide a connu une tendance globale à la hausse entre le début des années 1980 et la fin des années 1990.
- Un sommet de 177 décès par suicide a été observé en 1999 et un creux de 87 décès par suicide a été observé en 1990.
- La période 2000 à 2010 est marquée par une tendance globale à la baisse du nombre de décès par suicide.
- Les dernières données signalent un ralentissement de cette tendance à la baisse du nombre de décès par suicide.
- On compte généralement trois suicides masculins pour un suicide féminin.
- Ces tendances régionales sont similaires à celles du Québec.

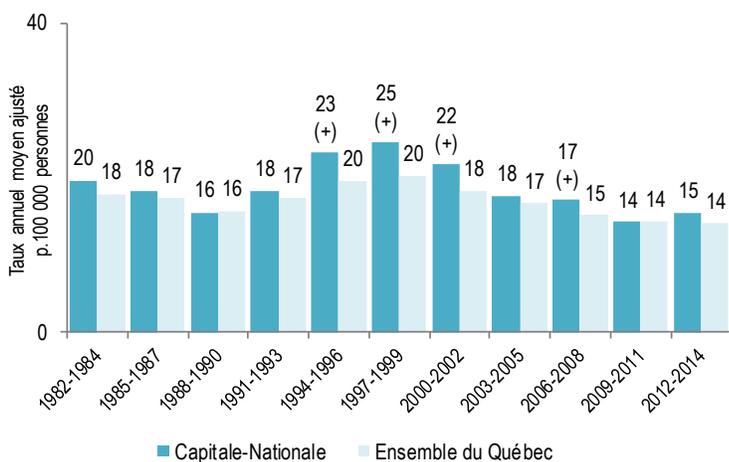
Le deuil par suicide est particulièrement difficile. À la tristesse, s'ajoute souvent la honte, la culpabilité de ne pas avoir pu empêcher cet événement. Les endeuillés peuvent aussi avoir de la difficulté à donner du sens à ce décès et éprouver un sentiment de trahison, sans oublier que certains d'entre eux développeront aussi des préoccupations suicidaires parce que le suicide d'un proche est un facteur de risque.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

4. Ce que nous apprend l'évolution du taux de mortalité par suicide entre 1982 et 2014

Les variations du taux de mortalité par suicide au cours des dernières décennies indiquent clairement qu'il faut maintenir, voire rehausser les efforts en prévention.

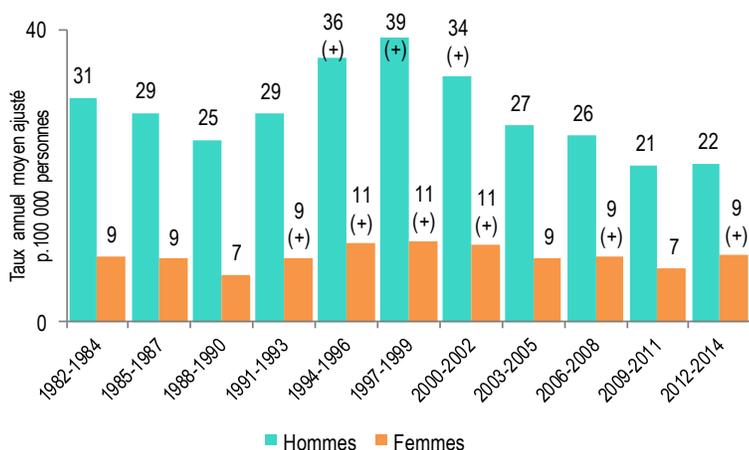
Figure 4.
Évolution du taux de mortalité par suicide, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 1982 à 2014



Tant dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec

- On enregistre des variations du taux de mortalité par suicide depuis la décennie 1980.
- Les décennies 1980 et 1990 sont marquées d'une tendance globale à la hausse avec un sommet en 1997-1999.
- Entre 2000 et 2010, la baisse du taux de mortalité par suicide a été constante et très importante.
- Le taux de mortalité par suicide en 2009-2011 est le plus bas de toute la période analysée.
- Les données 2012-2014 signalent un ralentissement de la baisse du taux de mortalité par suicide.
- La région a enregistré un taux de mortalité par suicide plus élevé que celui du reste du Québec (+) à quatre reprises durant cette période.

Figure 4a.
Évolution du taux de mortalité par suicide, par sexe, Capitale-Nationale, 1982 à 2014



Dans la Capitale-Nationale

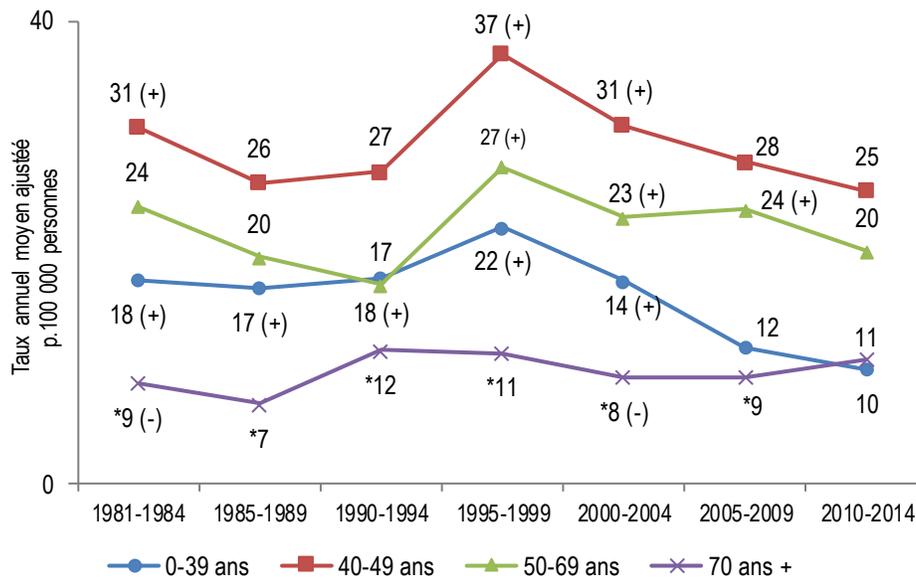
- Le taux masculin de mortalité par suicide a été plus élevé que celui du reste du Québec (+) à trois reprises entre 1982 et 2014.
- Le taux féminin de mortalité par suicide a été plus élevé que celui du reste du Québec (+) à six reprises entre 1982 et 2014.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

5. Ce que nous apprend l'évolution du taux de mortalité par suicide selon l'âge, entre 1981 et 2014

Les décès par suicide sont plus fréquents chez les 40-49 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 5.
Évolution du taux de mortalité par suicide, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, 1981 à 2014



Entre 1981-1984 et 2010-2014 dans la Capitale-Nationale

- Le taux de mortalité par suicide le plus haut a toujours été chez le groupe des 40-49 ans.
- Le taux de mortalité par suicide a diminué chez les 0-39 ans, les 40-49 ans et les 50-69 ans.
- Les taux de mortalité par suicide chez les 70 ans et plus est généralement le plus bas.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

6. Quel place occupe le suicide parmi les causes de décès?

Le suicide occupe le 1^{er} rang des causes de décès chez les 18-39 ans, alors qu'il occupe le 18^e rang chez les 65 ans et plus.

Tableau 1.
Place occupée par le suicide parmi les causes de décès, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2013-2015

Groupe	n/an/moy décès	n/an/moy suicide	% décès	Rang	Principales causes de décès
12-17 ans	7	2	28,6%	3 ^e	Cancers, traumatismes non intentionnels, suicide
18-39 ans	103	31	30,1%	1 ^{er}	Suicide, traumatismes non intentionnels, cancers, etc.
40-64 ans	869	64	7,4%	3 ^e	Cancers, maladies du cœur, suicide
65 ans et plus	4 779	15	0,3%	18 ^e	Cancers, maladies du cœur, etc., suicide
Total	5 614	112	2,0%	9 ^e	Cancers, maladies du cœur, etc., suicide

n/an/moy = nombre annuel moyen

En 2012-2014 dans la Capitale-Nationale

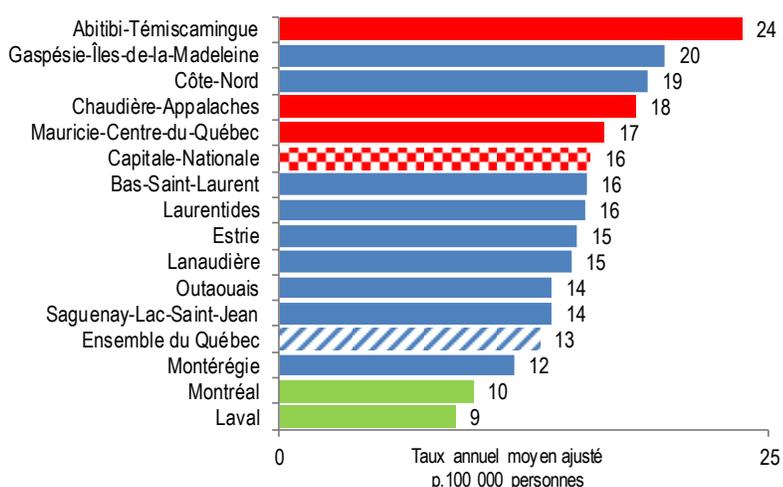
- Chez les moins de 65 ans, le suicide se place au 1^{er} ou au 3^e rang parmi toutes les causes de décès.
- Chez les 12-17 ans, les décès par suicide viennent après les cancers et les traumatismes non intentionnels (ex : accidents de la route).
- Chez les 18-39 ans, le suicide représente 3 décès sur 10, occupant ainsi le 1^{er} rang des causes de décès dans ce groupe avant les traumatismes non intentionnels et les cancers.
- Chez les 40-64 ans, le suicide est au 3^e rang des causes de décès après les cancers et les maladies du cœur.
- Chez les 65 ans et plus, le suicide se place au 18^e rang parmi toutes les causes de décès.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

7. Comment la région se compare-t-elle au sujet de la mortalité par suicide?

Depuis les dernières années, la région de la Capitale-Nationale se situe approximativement au centre de l'ensemble des 18 régions sociosanitaires du Québec pour le taux de mortalité par suicide.

Figure 6.
Taux de mortalité par suicide, par région sociosanitaire, Québec, 2013-2015



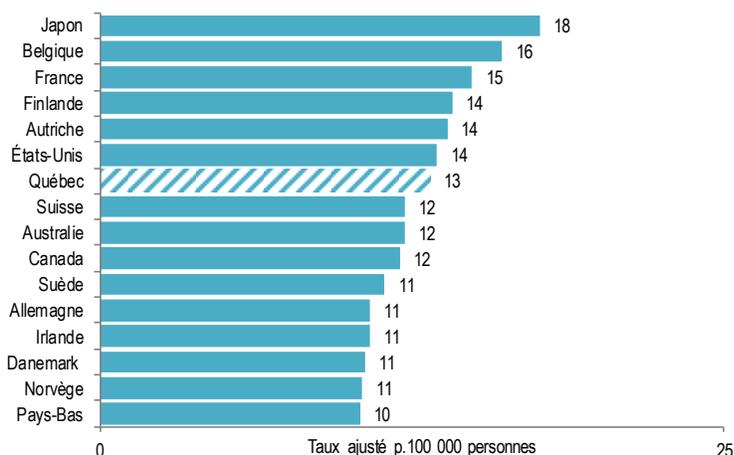
Pour la période 2013-2015

- La région de la Capitale-Nationale a un taux de mortalité par suicide statistiquement plus élevé que celui du Québec, mais elle n'est pas en tête.
- Les régions de Montréal et Laval ont les taux les plus bas et elles ont la particularité d'avoir une proportion importante d'immigrants au sein de leur population.
- Le taux le plus élevé est observé au Nunavik (donnée non présentée).

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Plus vulnérable ■ Comparable ■ Moins vulnérable

Figure 6a.
Taux de mortalité par suicide pour certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2014¹



En 2014

- Le Québec occupe le 7^e rang des seize pays membres de l'OCDE pour lesquels les données de mortalité par suicide sont disponibles.
- Le taux québécois est plus élevé que celui du Canada.

¹ Les statistiques de mortalité par suicide ne sont pas disponibles pour les 35 pays membres de l'OCDE. Source : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm> (consulté le 9 mars 2018).

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

8. Qui est le plus à risque de se faire hospitaliser pour tentative de suicide?

Le risque d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé chez les femmes, les jeunes de 15-19 ans ainsi que les 40-49 ans.

Figure 7.
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, par sexe, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017

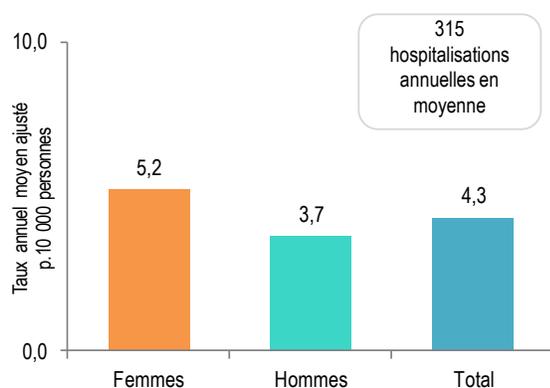
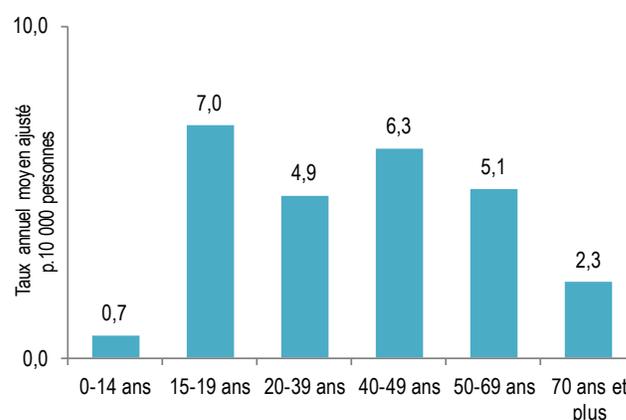


Figure 7a.
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017



Dans la Capitale-Nationale

- Les hospitalisations pour tentative de suicide sont plus fréquentes chez les femmes.
- Le groupe des 15-19 ans est le plus touché, suivi de près par les 40-49 ans.
- Le groupe des 70 ans et plus est le moins touché.
- Une personne peut avoir fait plus d'un séjour hospitalier pour des tentatives de suicide durant la période et chacun est comptabilisé.
- Certaines tentatives de suicide n'entraînent pas d'hospitalisation.

- Certaines tentatives de suicide, mais pas toutes, entraînent des lésions traumatiques assez graves pour entraîner une hospitalisation, voire même entraîner des séquelles permanentes.

Selon le bulletin toxicologique du Québec de février 2017 (INSPQ)

- On note au Québec une augmentation des hospitalisations pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 14 ans. Leur nombre est passé de 95 à 158 entre 2011 et 2013.
- Près des trois quarts de ces hospitalisations découlent d'intoxications par médicaments analgésiques ou psychotropes.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

9. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet de la détresse psychologique

Les jeunes de 15-24 ans, les personnes vivant seules, insatisfaites de leur vie sociale, à faible revenu, les fumeurs et les consommateurs de drogues sont plus à risque de ressentir un niveau élevé de détresse psychologique¹.

Figure 8.
Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

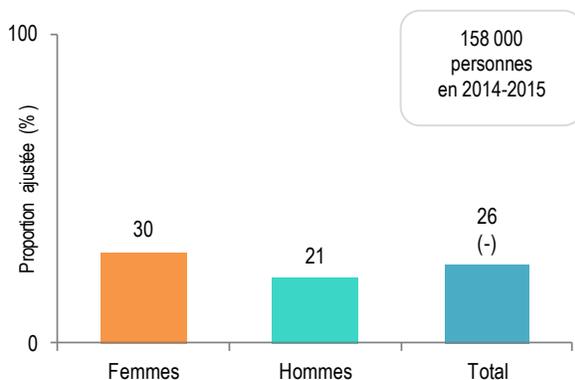
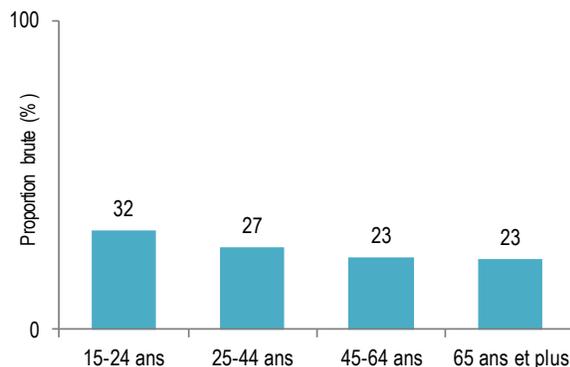


Figure 8a.
Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par groupe d'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Dans la Capitale-Nationale

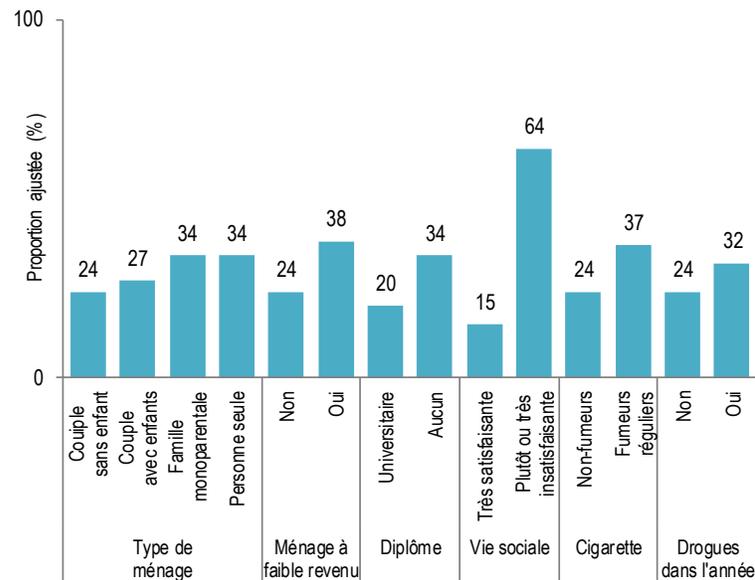
- Plus de 158 000 personnes de 15 ans et plus, soit 26%, ont ressenti un niveau élevé de détresse psychologique en 2014-2015. Cette proportion est un peu moins élevée que celle du Québec (-).
- La détresse psychologique est plus fréquente chez les femmes.
- Les jeunes de 15-24 ans sont plus touchés que les autres groupes d'âge par la détresse psychologique.
- On a connu une hausse de la détresse entre 2008 et 2014-2015 (donnée non présentée).

¹ Le niveau élevé à l'indice de détresse psychologique n'établit pas de diagnostic, mais il mesure un ensemble d'émotions négatives liées aux troubles anxiodépressifs. Ces derniers constituent un risque de développer des pensées suicidaires en particulier chez les jeunes (Statistique Canada, janvier 2017).

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

9. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet de la détresse psychologique

Figure 8b.
Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, selon six caractéristiques, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Dans la Capitale-Nationale

- Ressentir un niveau élevé de détresse psychologique est plus fréquent chez les personnes :
 - vivant seules;
 - monoparentales;
 - vivant dans un ménage à faible revenu;
 - n'ayant aucun diplôme;
 - insatisfaites de leur vie sociale;
 - fumant régulièrement la cigarette;
 - consommant des drogues.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

10. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet des pensées suicidaires

Chez les 15 ans et plus, 1 personne sur 40 a sérieusement songé au suicide en 2014-2015 dans la Capitale-Nationale.

Figure 9.
Population (%) ayant sérieusement songé au suicide, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015

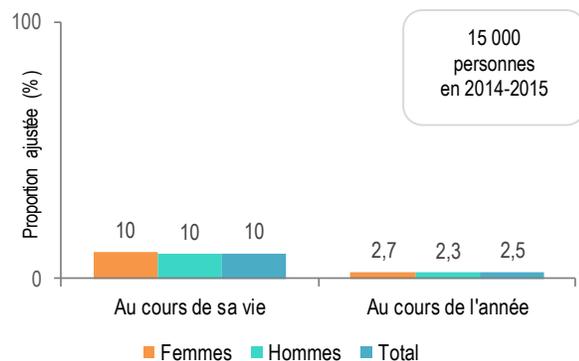
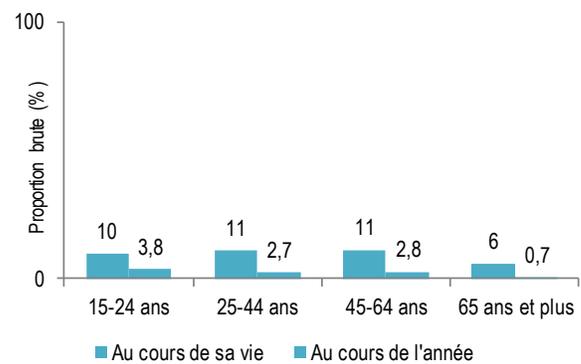


Figure 9a.
Population (%) ayant sérieusement songé au suicide, par groupe d'âge, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



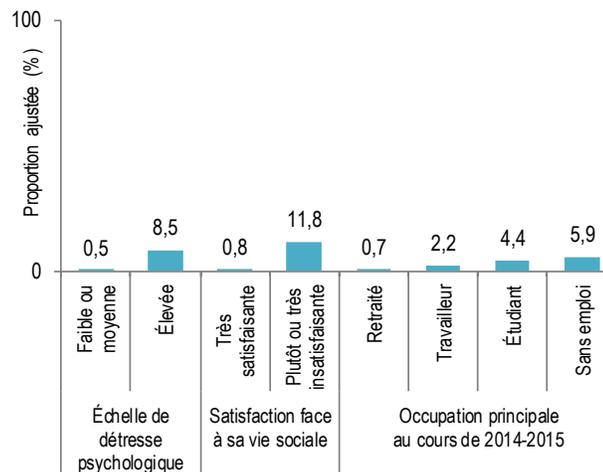
Dans la Capitale-Nationale, chez les 15 ans et plus

- Environ 15 000 personnes ont eu des pensées suicidaires en 2014-2015, et 59 600 au cours de leur vie.
- Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour la fréquence des pensées suicidaires.
- Les pensées suicidaires sont moins fréquentes chez les aînés.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

10. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet des pensées suicidaires

Figure 9b.
Population (%) ayant sérieusement songé au suicide au cours de l'année selon trois caractéristiques, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Dans la Capitale-Nationale

- Certains groupes sont plus à risque de songer sérieusement au suicide. C'est le cas notamment des personnes :
 - ressentant un niveau élevé de détresse psychologique :
 - insatisfaites de leur vie sociale.
- Les pensées suicidaires sont aussi plus fréquentes chez :
 - les étudiants
 - les sans-emploi.

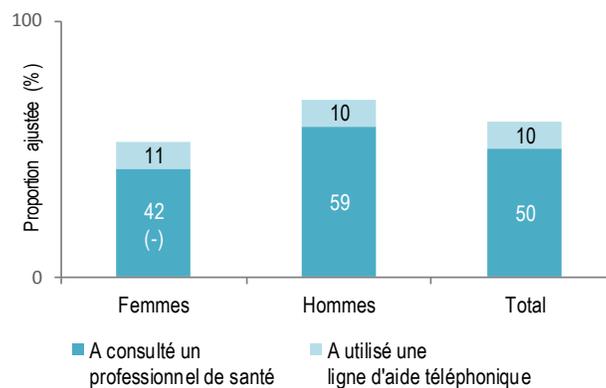
La survenue d'idées suicidaires peut être une première étape d'un projet plus ou moins établi. Dans le processus de crise suicidaire, la planification du geste (moyen, lieu et moment) augmente la probabilité d'un passage à l'acte.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

11. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet du recours à l'aide

Environ 9 200 personnes de 15 ans et plus ont consulté un professionnel de santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires en 2014-2015.

Figure 10.
Population (%) ayant eu recours à deux services d'aide, par sexe,
parmi celle ayant songé sérieusement au suicide au cours de l'année, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Dans la Capitale-Nationale, chez les 15 ans et plus

- Parmi les 15 000 personnes ayant sérieusement songé au suicide en 2014-2015, 6 personnes sur 10, soit 9 200, ont eu recours à l'un ou l'autre des deux services d'aide analysés.
- Les personnes ayant eu des pensées suicidaires consultent davantage un professionnel de la santé qu'elles n'utilisent une ligne d'aide téléphonique.
- Les femmes de la région ont un peu moins consulté un professionnel de la santé que dans le reste du Québec (-) à la suite de pensées suicidaires en 2014-2015. De plus, la proportion de femmes ayant eu recours à ces deux services d'aide a diminué entre 2008 et 2014-2015 (donnée non présentée).

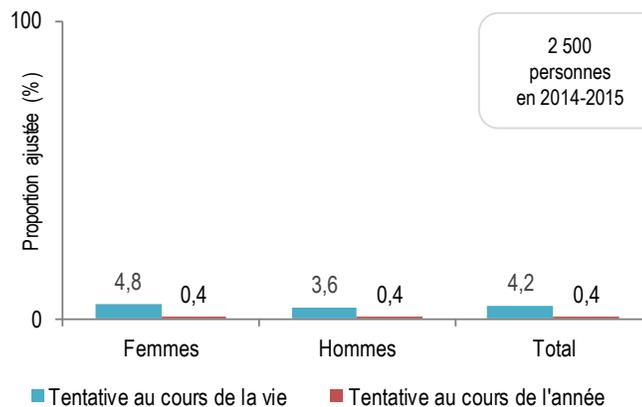
Selon les données québécoises, les jeunes de 15-24 ans auraient eu moins recours à ces deux services d'aide en 2014-2015.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

12. Ce que nous dit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) au sujet des tentatives de suicide autodéclarées

En 2014-2015, environ 2 500 personnes de 15 ans et plus ont déclaré avoir fait une tentative de suicide.

Figure 11.
Population (%) déclarant avoir tenté de se suicider, par sexe, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014-2015



Dans la Capitale-Nationale chez les 15 ans et plus

- Au total, 2 500 personnes déclarent avoir tenté de se suicider au cours de l'année 2014-2015 et plus de 26 000 déclarent avoir tenté de le faire au cours de toute leur vie.
- Les tentatives de suicide au cours de la vie sont plus fréquentes chez les femmes que les hommes mais l'écart est non significatif pour les tentatives au cours de l'année.
- La fréquence des tentatives de suicide autodéclarées est demeurée stable entre 2008 et 2014-2015 (donnée non présentée).

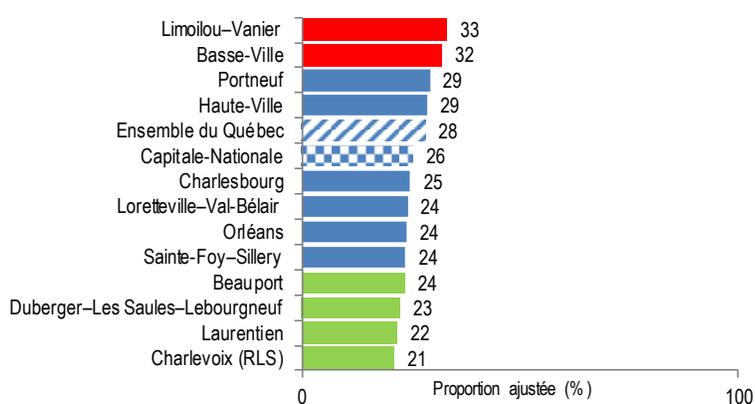
Une tentative de suicide antérieure est considérée comme un important facteur de risque de suicide complété.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

13. Comment les inégalités sociales face au suicide se traduisent-elles dans les territoires de la Capitale-Nationale?

Les populations de Basse-Ville, de Limoilou–Vanier, de Charlevoix-Est et de Portneuf sont plus à risque de ressentir un niveau élevé de détresse psychologique et de comportements suicidaires dans la Capitale-Nationale.

Figure 12.
Population (%) au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, par territoire CLSC, 15 ans et plus, Capitale-Nationale¹, 2014-2015



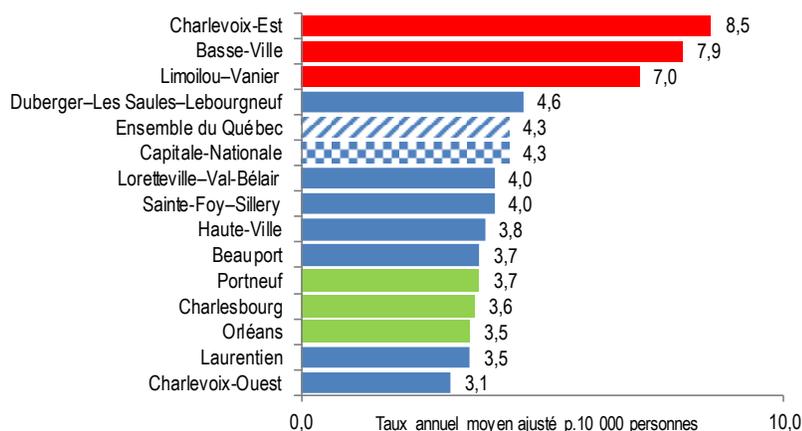
Par rapport à la Capitale-Nationale

- La proportion de personnes ressentant un niveau élevé de détresse psychologique est 1,3 fois plus élevée dans Basse-Ville et Limoilou–Vanier.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

■ Plus vulnérable ■ Comparable ■ Moins vulnérable

Figure 13.
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par territoire CLSC, Capitale-Nationale, avril 2012 à mars 2017



Par rapport à la Capitale-Nationale

- Le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est :
 - 2 fois plus élevé dans Charlevoix-Est;
 - 1,8 fois plus élevé dans Basse-Ville;
 - 1,6 fois plus élevé dans Limoilou–Vanier.

Comparaison par test au seuil 0,05 avec le reste du Québec

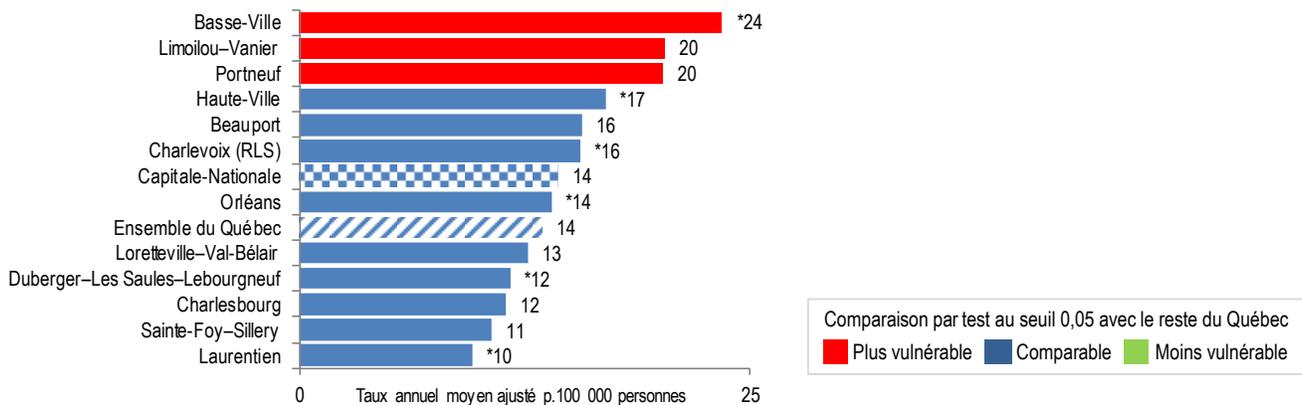
■ Plus vulnérable ■ Comparable ■ Moins vulnérable

¹ La correspondance entre les territoires de CLSC et les territoires municipaux est disponible à l'annexe A.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

13. Comment les inégalités sociales face au suicide se traduisent-elles dans les territoires de la Capitale-Nationale?

Figure 14.
Taux de mortalité par suicide par territoire CLSC, Capitale-Nationale, 2011-2015¹



Par rapport à la Capitale-Nationale

- Le taux de mortalité par suicide est 1,6 fois plus élevé dans Basse-Ville et 1,4 fois plus élevé dans Limoulou-Vanier et Portneuf .

¹ L'annexe B présente l'évolution des décès par suicide entre 1990 et 2014.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

QUELQUES CHIFFRES-CLÉS DU SUICIDE DANS LA CAPITALE-NATIONALE

15 000 personnes

déclarant ayant songé
sérieusement au suicide
en 2014-2015

2 500 personnes

déclarant avoir tenté
de se suicider
en 2014-2015

315 hospitalisations

pour tentatives de suicide¹
en moyenne par année
avril 2012-mars 2017

**112 décès
par suicide**
en moyenne par année
2013-2015

¹ Une personne peut avoir été hospitalisée à plus d'une reprise.

En cas de besoin :
1-866-APPELLE
1-866-277-3553

CONCLUSION

L'information regroupée dans ce fascicule illustre la complexité des conduites suicidaires. En effet, de nombreux facteurs sont associés à ce problème de santé publique. Parmi les composantes personnelles identifiées aux facteurs de risque, la santé mentale joue un rôle central. D'autres facteurs liés aux conditions socioéconomiques ou aux environnements sociaux signalent la pertinence d'améliorer une offre de service complémentaire afin d'assurer un continuum efficace, de la promotion des saines habitudes de vie jusqu'à la postvention auprès des endeuillés. Ces services sont assurés par diverses directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale et par de nombreux organismes partenaires, dont les trois centres de prévention du suicide de la région.

La région a connu d'importantes variations du taux de mortalité par suicide depuis la décennie 1980. Si la décennie 2000 est caractérisée par une baisse importante et continue, les données de décès par suicide 2013 à 2015 invitent à rester vigilants en raison d'un ralentissement de cette baisse. Bien qu'aucun groupe ne soit à l'abri de décéder par suicide, les hommes de 35 à 49 ans sont particulièrement touchés par le passage complet à l'acte. Depuis longtemps, les décès par suicide sont trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les hospitalisations pour tentative de suicide sont un peu plus fréquentes chez les femmes et les idéations suicidaires affectent les femmes et les hommes dans des proportions comparables.

Comme beaucoup d'autres problématiques de santé documentées par les travaux de surveillance, le suicide n'échappe pas à la présence d'inégalités sociales de santé au sein de la population. Certains groupes sont plus à risque de ressentir un niveau élevé de détresse psychologique ou de songer sérieusement au suicide, en raison de leurs caractéristiques socioéconomiques ou de leur environnement social. C'est le cas, entre autres, des personnes vivant seules, insatisfaites de leur vie sociale, à faible revenu ou sans emploi. Ainsi, l'accès aux services, la force du réseau social et la suffisance de moyens financiers constituent une partie non négligeable des éléments clés pour prévenir et réduire les conduites suicidaires.

INFORMATION MÉTHODOLOGIQUE

Sources de données et références

Taux de mortalité par suicide (p.100 000)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des décès 1981 à 2012. Estimations et projections démographiques.*

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (p. 10 000)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Med-Écho, Estimations et projections démographiques.*

Il s'agit de l'indicateur « Hospitalisation pour lésion traumatique causée par une tentative de suicide ».

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les suicides par intoxication chez les jeunes*, Bulletin d'information toxicologique, vol. 32, n° 3, février 2017. [En ligne].

[<https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/les-suicides-par-intoxication-chez-les-jeunes>]

Proportion des 15 ans et plus au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, avec pensées suicidaires ou tentatives de suicide autodéclarées

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2008 et 2014-2015).*

STATISTIQUE CANADA. *Dépression et idées suicidaires chez les Canadiens de 15 à 24 ans*, rapport sur la santé, 18 janvier 2017. [En ligne].

[<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.pdf>]

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *L'épidémiologie du suicide au Québec : ce que nous savons de la situation récente?*, 2004, 24 p. [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/283-FeuilleEpidemioSuicide.pdf>]

STATISTIQUE CANADA, *Les taux de suicide : un aperçu*, 2012. [En ligne].

[<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>]

Notes techniques

- Les données présentées dans ce document s'appuient sur différentes périodes, car elles proviennent de cinq sources.
- Une donnée précédée d'un astérisque (*) doit être interprétée avec prudence en raison d'un coefficient de variation entre 15 % et 24,9 % ou entre 16,7 % et 33,3 %. Une donnée précédée d'un double astérisque (**) est jugée peu fiable en raison d'un coefficient de variation supérieur à 25 % ou 33,3 %. Elle n'est présentée qu'à titre indicatif.
- Une donnée suivie du symbole (-) ou (+) signifie qu'elle est statistiquement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec au seuil de 0,05 selon un résultat de test statistique.
- Les taux et les proportions sont arrondis à l'unité, à l'exception des proportions inférieures à 5 % qui sont présentées avec une décimale.
- Pour les figures 4 à 7a, le taux de mortalité (p. 100 000) et le taux d'hospitalisation (p. 10 000) sont ajustés sur la structure d'âge de la population du Québec en 2001.
- Les territoires locaux présentés aux figures 12, 13 et 14 réfèrent aux territoires de CLSC selon le référentiel M-34 de l'année 2015. L'annexe A précise les correspondances avec les territoires municipaux.
- L'échelle de détresse psychologique provient des travaux de Kessler et autres (2002). Elle est construite sur la base de six énoncés sur la fréquence des sentiments de nervosité, de désespérance, d'agitation, de déprime, de fatigue et d'inefficacité au cours du dernier mois. Les cinq catégories de réponse pour le score de chaque question vont de *Tout le temps* = 6 à *Jamais* = 0 et permettent d'établir une échelle de score de 0 à 24. Le dernier quintile (20 % de la population) réfère à la catégorie élevée de détresse ressentie (score égal ou supérieur à 7). Cette mesure n'exprime pas une prévalence, mais elle est utilisée pour des croisements (sexe, âge, revenu, territoire, etc.). Pour en savoir plus sur l'échelle de détresse psychologique de l'EQSP : <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp-2014-2015-cahier-technique.pdf>

ANNEXE A.

Correspondance approximative des territoires sociosanitaires et municipaux Région de la Capitale-Nationale, Juin 2017

RLS ¹	Territoires CLSC ² (13)	Quartiers de la Ville de Québec (77 % de la population régionale en 2017)	Autres municipalités ou MRC de la Capitale-Nationale
Portneuf	Portneuf	Aucun	MRC Portneuf
Québec-Sud	Laurentien	Cap-Rouge, Aéroport	Ancienne-Lorette, Saint-Augustin-de-Desmaures
	Sainte-Foy-Sillery	Sainte-Foy, Sillery, Cité-Universitaire, Plateau, Saint-Louis	Aucune
	Haute-Ville	Vieux-Québec-Colline parlementaire, Saint-Jean-Baptiste, Montcalm, Saint-Sacrement	Aucune
	Basse-Ville	Cap-Blanc, Saint-Roch, Saint-Sauveur	Aucune
	Limoilou-Vanier	Vieux-Limoilou, Maizerets, Lairet, Vanier	Aucune
	Duburger - Les Saules-Lebourneuf	Duburger, Les Saules, Neufchâtel-Est, Lebourgneuf	Aucune
Québec-Nord	Loretteville - Val-Bélair	Loretteville, Val-Bélair, Saint-Émile, Châtels	Saint-Gabriel de Valcartier, Lac St-Joseph, Fossambault-sur-le-Lac, Sainte Catherine de la Jacques-Cartier, Shannon, Wendake
	Charlesbourg	Charlesbourg, Lac-Saint-Charles, Jésuites, Notre-Dame des Laurentides	Lac Beauport, Lac Delage, Stoneham-et-Tewkesberry
	Beauport	Beauport, Chutes Montmorency	Sainte-Brigitte-de-Laval
	Orléans	Aucun	MRC Île d'Orléans, MRC Côte-de-Beaupré
Charlevoix	Charlevoix-Ouest	Aucun	MRC Charlevoix
	Charlevoix-Est	Aucun	MRC Charlevoix-Est

¹RLS : Réseau local de services

²CLSC : Centre local de services communautaires

Note 1 : territoires sociosanitaires sur la base du référentiel M-34 du MSSS d'avril 2015.

Note 2 : la Direction de santé publique détient des informations de santé couvrant plus de trois décennies sur la base des territoires sociosanitaires.

Comparativement aux découpages municipaux qui subissent des changements, les territoires sociosanitaires ont l'avantage de rester stables, bien qu'ils soient actualisés annuellement. Ils assurent ainsi des mesures de comparabilité, ce que ne permettent pas les territoires municipaux.

ANNEXE B.

Évolution du taux de mortalité par suicide par territoire de CLSC Capitale-Nationale, 1990 à 2015

	Taux annuel moyen ajusté p.100 000 personnes				
	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2011-2015
Portneuf (RLS)	22	33 (+)	28 (+)	16	20 (+)
Laurentien	*14	18	15	*11	*10
Duburger–Les Saules–Lebourgneuf	*11	*16	18	*10	*12
Sainte-Foy–Sillery	14	21	15	15	11
Haute-Ville	*18	31 (+)	21	*14	*17
Basse-Ville	35 (+)	51 (+)	33 (+)	35 (+)	*24 (+)
Limoilou–Vanier	28 (+)	39 (+)	28 (+)	26 (+)	20 (+)
Loretteville–Val-Bélair	17	18	16	13	13
Charlesbourg	17	21	17	19 (+)	12
Beauport	18	21	18	16	16
Orléans	*18	*23	*20	*17	*14
Charlevoix (RLS)	*18	*22	28 (+)	*20	*16
Capitale-Nationale	18	24 (+)	20 (+)	17 (+)	14
Ensemble du Québec	17,2	20,2	17,5	15,3	14,0

(+) taux statistiquement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil 0,05.

(-) taux statistiquement plus faible que celui du reste du Québec au seuil 0,05.

* taux à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation se situant entre 16,7 et 33,3%.

Direction de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

