

Zoom santé

Janvier 2010 | Numéro 20

**Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec :
un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social***Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Virginie Nanhou, Claire Fournier et Nathalie Audet, Institut de la statistique du Québec

Malgré une baisse du taux de mortalité par suicide au cours des dernières années – en effet, le taux ajusté¹ est passé de 22 décès par 100 000 personnes en 1999 à 14 décès par 100 000 personnes selon les données provisoires de 2007² – le Québec reste la province canadienne où le taux de suicide est le plus élevé³. Dans une perspective internationale, les données disponibles allant de 2001 à 2005 montrent que le Québec occupe toujours une position défavorable au chapitre de la mortalité par suicide par rapport à plusieurs pays industrialisés⁴. Ce portrait préoccupant touche particulièrement les hommes; en 2007⁵, ces derniers présentent un taux ajusté de mortalité par suicide de 22 décès par 100 000 personnes contre 6 décès par 100 000 personnes chez les femmes.

Le suicide constitue un problème important de santé publique au Québec depuis plusieurs années. Ce phénomène interpelle également le système de soins et de services sociaux qui doit assurer une offre de services adéquate aux personnes à risque. Devant l'ampleur du problème qui a connu un sommet à la fin des années 1990, le

ministère de la Santé et des Services sociaux a fait de la lutte contre le suicide une priorité nationale. Ainsi, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* a été élaborée et couvrait la période 1997-2002. Plus récemment, le gouvernement québécois lançait le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, qui cible notamment les personnes à potentiel suicidaire élevé et dans lequel la pertinence de la stratégie d'action face au suicide est réitérée.

De l'avis de chercheurs et experts, le suicide et les comportements suicidaires sont généralement liés à une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels et sociaux ou liés à des événements circonstanciels. Parmi les facteurs, on retrouve l'état de santé physique ou mental, les problèmes d'adaptation et certaines caractéristiques du milieu social, par exemple un milieu familial dysfonctionnel, des conditions économiques difficiles et l'isolement social^{6,7}.

Dans le passé, les résultats de deux enquêtes sociales et de santé réalisées au Québec en 1992-1993 et en 1998 par Santé Québec/ISQ démontraient des

Taux ajusté⁸ de mortalité par suicide pour certaines années récentes, Québec et pays de l'OCDE sélectionnés

Taux pour 100 000 personnes	
Grèce (2004)	2,6
Italie (2004)	5,6
Royaume-Uni (2004)	6,3
Espagne (2004)	6,6
Pays-Bas (2004)	7,9
Portugal (2003)	8,7
Irlande (2005)	9,2
États-Unis (2004)	10,2
Canada (2004)	10,2
Australie (2003)	10,2
Allemagne (2004)	10,3
Norvège (2004)	10,9
Danemark (2001)	11,3
Suède (2002)	11,4
Nouvelle-Zélande (2001)	13,0
Autriche (2005)	13,8
QUÉBEC (2004)	13,8
Suisse (2004)	14,0
France (2003)	15,3
Finlande (2004)	18,4
Japon (2004)	19,1

1. Il s'agit du taux ajusté selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

2. M. GAGNÉ, et D. ST-LAURENT (2009). *La mortalité par suicide au Québec : Tendances et données récentes – 1981 à 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, n° 890, 20 p.

3. D. ST-LAURENT, et M. GAGNÉ (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, n° 734, 20 p.

4. *Ibid.*

5. M. GAGNÉ, et D. ST-LAURENT (2009). *Op. cit.*

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 95 p.

7. S. LANGLOIS, et P. MORRISON (2002). « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, janvier, p. 9-25, Statistique Canada, Ottawa, n° 82-003 au catalogue.

8. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 1980. Source : D. ST-LAURENT et M. GAGNÉ (2008). *Op. cit.*

associations entre la présence d'idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide, d'une part, et l'indice de détresse psychologique ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques de l'individu, d'autre part^{9,10}. Plus récemment, les données de 2002 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada portant sur la santé mentale et le bien-être ont permis de noter des prévalences plus élevées de troubles de l'humeur (au cours de la vie ou au cours d'une période de douze mois), de dépendance à l'alcool ou aux substances illicites ou encore de problèmes de jeu au cours d'une période de douze mois chez les Québécois ayant eu des pensées suicidaires comparativement à ceux qui n'ont pas eu de telles pensées¹¹.

Il est intéressant de se pencher à nouveau sur les liens entre les comportements suicidaires (idées et tentatives de suicide) et plusieurs indicateurs de l'état de santé et du milieu social au Québec, cette fois en utilisant les données provinciales les plus récentes disponibles sur le sujet provenant de l'ESCC 2005 (cycle 3.1) (voir l'encadré à la page 8). Ces données rendent aussi possible l'examen des associations entre ces comportements et certains profils d'utilisation des services de santé et des services sociaux.

Plus précisément, ce bulletin présente les prévalences des idées suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide au cours d'une période de douze mois chez les Québécois de 15 ans et plus¹². Au chapitre des idées suicidaires, on examine les liens entre celles-ci et les facteurs suivants :

- les caractéristiques démographiques et socioéconomiques : l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le statut de l'emploi;

- les indicateurs de santé physique ou mentale : l'autoévaluation de la santé générale, le nombre de maladies chroniques et les limitations d'activités, l'autoévaluation de la santé mentale, le fait d'avoir vécu un épisode dépressif majeur, l'indice de détresse psychologique, la satisfaction à l'égard de la vie en général et la perception du stress dans la vie quotidienne;
- certains indicateurs d'utilisation des soins de santé et des services sociaux;
- les indicateurs liés au milieu social : le fait de vivre seul ou non, le nombre d'amis ou parents proches, l'indice de soutien social, la présence d'un confident, la satisfaction à l'égard des relations avec les amis et avec les membres de la famille et le sentiment d'appartenance à la communauté.

Pour ce qui est des liens entre ces facteurs et les tentatives de suicide au cours d'une période de douze mois, la faiblesse des effectifs réduit considérablement les possibilités d'analyse. Quelques résultats sont néanmoins présentés lorsque cela est possible. Leur interprétation doit être faite avec prudence.

La population de référence pour l'estimation de la prévalence des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois exclut les personnes ayant déclaré avoir tenté de se suicider au cours de la même période. Quant à la prévalence des tentatives de suicide au cours d'une période de douze mois, la population de référence ne comprend pas les personnes qui ont déclaré uniquement des idées suicidaires au cours de la même période. Ces approches¹³ ont été utilisées, entre autres, dans les études réalisées par Légaré et autres

(1995)¹⁴ et par Boyer et autres (2001)¹⁵ à partir des données des enquêtes sociales et de santé menées au Québec dans les années 1990. Elles permettent l'étude de ces deux groupes de manière distincte.

Mentionnons que la plupart des indicateurs examinés sont définis dans un encadré que l'on trouve à la page 4. L'analyse est essentiellement descriptive et un seuil de signification de 5 % a été retenu pour tous les tests statistiques. Enfin, les analyses présentées dans cet article s'appuient sur des données provenant de déclarations de répondants. Même si l'information recueillie auprès des répondants s'avère généralement fiable, il est possible qu'un thème délicat et personnel comme le suicide suscite davantage de réponses teintées d'un biais. De plus, une entrevue en face-à-face ou au téléphone avec un intervieweur peut accroître ce risque. Selon certains auteurs, le principal biais touchant les données sur le suicide est celui de la sous-déclaration^{16,17}.

Idées suicidaires au Québec en 2005 : une association avec l'âge, l'état matrimonial et le statut de l'emploi

En 2005, environ 1,9 % de la population québécoise de 15 ans et plus a sérieusement songé au suicide au cours d'une période de douze mois (tableau 1)¹⁸. Rappelons que les personnes qui ont tenté de se suicider au cours de la même période sont exclues des estimations. Aucune différence significative n'est observée entre la prévalence des idées suicidaires chez les hommes (1,8 %) et celle notée chez les femmes (2 %). En revanche, on observe des différences selon les groupes d'âge; la proportion des personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses est moins élevée chez les personnes âgées

9. G. LÉGARÉ, A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale. Détresse psychologique. Idées suicidaires et parasuicides », dans : *Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Québec, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, chapitre 12, p. 217-246.
10. R. BOYER, D. ST-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN (2001). « Idées suicidaires et parasuicides », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-367.
11. S. KAÏROUZ, R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAU et J. Fiset-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
12. Les questions sur le suicide ont été posées uniquement aux individus de 15 ans et plus.
13. Ces approches induisent une sous-estimation de la prévalence des idées suicidaires sérieuses et une légère surestimation des tentatives de suicide au sein de la population.
14. G. LÉGARÉ, A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). *Op. cit.*
15. R. BOYER, D. ST-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN (2001). *Op. cit.*
16. D. ST-LAURENT, et C. BOUCHARD. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Québec, INSPQ, 24 p.
17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2003). *Les variables et indices du Compendium de tableaux produit à l'aide du Fichier de microdonnées à grande diffusion (PUMF) de Statistique Canada : Définitions, composition et comparabilité*, Québec, ISQ, juillet, 87 p.
18. À noter qu'en 2005, la proportion de la population québécoise âgée de 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires au cours de la vie est d'environ 12 % (le dénominateur est cette fois constitué de la population de 15 ans et plus du Québec, sans que les personnes ayant fait des tentatives de suicide soient exclues).

de 65 ans et plus (0,6 %) ¹⁹ que chez les 15-24 ans (2,3 %), les 25-44 ans (1,8 %) et les 45-64 ans (2,2 %). On note aussi une association entre l'état matrimonial et les idées suicidaires; les personnes célibataires, jamais mariées (3 %) ainsi que les personnes veuves, séparées ou divorcées (2,7 %) sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à avoir eu des idées suicidaires sérieuses que les personnes qui vivent en couple (mariées ou en union libre) (1,2 %).

En ce qui concerne l'emploi, il ressort des analyses que la prévalence des idées suicidaires sérieuses est plus élevée chez les personnes de 15 à 74 ans qui n'ont pas travaillé au cours d'une période de douze mois que chez les personnes du même âge qui ont travaillé durant cette période (2,5 % c. 1,8 %).

Tableau 1

Proportion de la population de 15 ans et plus¹ ayant songé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2005

	%
Total	1,9
Sexe^a	
Hommes	1,8
Femmes	2,0
Groupes d'âge	
15-24 ans	2,3*
25-44 ans	1,8
45-64 ans	2,2
65 ans et plus	0,6*
État matrimonial	
Marié/union libre	1,2
Veuf/séparé/divorcé	2,7
Célibataire, jamais marié	3,0
A travaillé au cours d'une période de 12 mois²	
Oui	1,8
Non	2,5

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

2. Population de 15 à 74 ans.

a. Le test d'association entre les idées suicidaires sérieuses et cette variable n'est pas significatif au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Idées suicidaires et état de santé physique et mental : un lien indéniable

À l'instar des études antérieures, l'ESCC 2005 montre que la prévalence des idées suicidaires au cours d'une période de douze mois est associée à l'état de santé physique et mental. Différentes mesures de l'état de santé fournies par l'enquête sont retenues pour examiner ce lien. D'abord, au tableau 2, on constate que la proportion des personnes ayant eu des idées suicidaires au cours d'une période de douze mois est significativement plus élevée parmi les Québécois évaluant leur santé générale comme passable ou mauvaise que parmi ceux la jugeant bonne, très bonne ou excellente (6 % c. 1,4 %). Si l'on analyse le phénomène en fonction du nombre de maladies chroniques, on remarque que les idées suicidaires sont plus répandues chez les personnes atteintes de trois maladies ou plus (3,9 %) comparativement à celles qui en ont moins ou qui n'en ont aucune (environ 1 %, dans les deux cas). Par ailleurs, les idées suicidaires sont aussi liées significativement à la présence de limitations d'activités, les personnes limitées étant davantage susceptibles d'avoir de telles idées par rapport aux personnes non limitées (4,1 % c. 1 %).

Les données du tableau 2 permettent aussi de décrire le lien entre la présence d'idées suicidaires et certains indicateurs de santé mentale. Ainsi, en proportion, on retrouve beaucoup plus d'individus ayant eu des idées suicidaires au cours d'une période de douze mois parmi les personnes qui qualifient de passable ou mauvaise leur santé mentale comparativement à celles dont l'autoévaluation est plus favorable (15 % c. 1,4 %). Un résultat très similaire est constaté lorsqu'on compare les personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours d'une période de douze mois avec celles qui n'ont pas eu à vivre une telle situation (15 % c. 1,1 %) de même que lorsque la comparaison porte sur le niveau de satisfaction à l'égard de la vie en général (15 % chez les « insatisfaits » ou « très insatisfaits » c. 1,5 % chez les personnes se classant dans les autres catégories de la variable). Enfin, une relation significative allant dans le même sens est observée avec l'indice de détresse psychologique, d'une part, et la perception du stress dans la vie quotidienne, d'autre part, bien que les écarts entre les groupes com-

Tableau 2

Proportion de la population de 15 ans et plus¹ ayant songé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs de la santé physique et mentale, Québec, 2005

	%
Autoévaluation de la santé générale	
Excellente/très bonne/bonne	1,4
Passable ou mauvaise	5,9
Nombre de maladies chroniques	
Aucune maladie chronique	1,0*
Une à deux maladies chroniques	1,4
Trois maladies chroniques ou plus	3,9
Limitations d'activités	
Parfois/souvent	4,1
Jamais	1,0
Autoévaluation de la santé mentale	
Excellente/très bonne/bonne	1,4
Passable ou mauvaise	14,7
A vécu un épisode dépressif majeur	
Oui	15,2
Non	1,1
Détresse psychologique (K10)	
Niveau faible/modéré	0,7
Niveau élevé	5,7
Perception du stress dans la vie quotidienne	
Peu élevé	1,3
Élevé	3,7
Satisfaction face à la vie en général	
Très satisfait/satisfait/ni satisfait ni insatisfait	1,5
Insatisfait/très insatisfait	15,4

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

parés paraissent moins marqués. Ainsi, les personnes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires que celles qui ont un niveau de détresse faible ou modéré (6 % c. 0,7 %). C'est également le cas des personnes qui vivent un stress élevé dans la vie quotidienne comparativement à celles dont le niveau de stress est peu élevé (3,7 % c. 1,3 %).

19. Ce résultat doit cependant être nuancé du fait que la non-réponse partielle est relativement élevée chez les 65 ans et plus (9,1 %) alors qu'elle est de 3,8 % pour l'ensemble des répondants; cela pourrait introduire un biais.

Définition des variables

Autoévaluation de la santé générale

Cet indicateur est obtenu à partir de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ».

Autoévaluation de la santé mentale

Cet indicateur est obtenu à partir de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ».

Détresse psychologique (K10)

La mesure du niveau de détresse psychologique se fait au moyen de l'échelle de mesure de Kessler (K10) qui est fondée sur dix questions. L'échelle établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie épuisée sans véritable raison, nerveuse (si nerveuse que rien ne pouvait la calmer), désespérée, agitée (si agitée qu'elle ne pouvait pas rester immobile), triste ou déprimée (si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire), bonne à rien ou, finalement, avait l'impression que tout lui demandait un effort. Chacune de ces dix questions se voit accorder un score de 0 à 4, le score final variant de 0 à 40. Plus la cote est élevée, plus la détresse est prononcée. Pour les besoins de l'analyse, l'indice est présenté en deux catégories : faible / modéré et élevé. Un score égal ou supérieur à 9 indique un niveau de détresse psychologique élevé²⁰.

Épisode dépressif majeur

Cet indicateur est mesuré à l'aide de l'échelle du Composite International Diagnostic Interview, short form (CIDI-SF), développée par Kessler et Mroczek et qui comprend 27 questions. Cette échelle permet de déterminer la probabilité qu'aurait eu une personne d'obtenir un diagnostic de dépression au cours d'une période de douze mois si on avait utilisé le CIDI sous sa forme complète pour un examen plus approfondi. On considère qu'une personne a un risque probable de dépression clinique si sa cote est de 0,90 et plus. Pour plus de détails, consulter le document de variables dérivées et groupées (p. 211) de Statistique Canada pour l'ESCC 2005.

Idées suicidaires sérieuses

Cet indicateur est obtenu à partir des deux questions suivantes: « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort? » et « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? ». Les personnes ayant répondu « Oui » aux deux questions sont considérées comme ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois. Les personnes ayant rapporté une tentative de suicide au cours d'une période de douze mois sont exclues de la population de référence.

Indice de soutien social

Huit questions posées aux répondants permettaient de vérifier à quelle fréquence (de jamais à tout le temps) ils bénéficient d'un soutien émotionnel et d'information; il s'agissait surtout de vérifier si le répondant avait quelqu'un qui pouvait l'écouter et le conseiller en temps de crise, lui donner des renseignements, s'il avait quelqu'un à qui il pouvait se confier et parler ou quelqu'un qui comprenait ses problèmes. Un indice a été calculé sur la base de ces questions pour déterminer le niveau de soutien social de l'individu. Un score de 0 à 20 représente un soutien social faible/modéré et un score de 21 à 32, un soutien social élevé²¹.

Limitations d'activités

Une personne a des limitations d'activités lorsqu'elle a de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables. Également, une personne est considérée comme ayant une limitation si un état physique, mental ou un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus) réduit la quantité ou le genre d'activités qu'elle peut faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres activités telles que les déplacements et les loisirs.

Maladie chronique

Il s'agit d'un problème de santé de longue durée qui persiste ou devrait persister pendant au moins 6 mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. En 2005, de la trentaine de maladies qui ont été énumérées, on peut citer les maladies telles que les maux de dos, l'hypertension, l'arthrite ou le rhumatisme, les migraines et l'asthme.

Nombre d'amis et de parents proches

Le nombre d'amis et de parents proches est évalué à partir de la question suivante : « Combien d'amis proches ou de parents proches avez-vous environ, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier? ». L'indice est présenté en deux catégories afin d'améliorer la précision des estimations : moins de quatre amis ou parents proches et quatre amis ou parents proches ou plus.

Présence d'un confident

La présence d'un confident est évaluée à partir de la question suivante : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? - Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes ». Les personnes ayant répondu « rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps » sont considérées comme ayant un confident.

20. H. CAMIRAND, et V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre, 4 p. [En ligne] : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/zoom_sante.htm

21. STATISTIQUE CANADA (2008). Indicateurs de la santé, vol. 1, n° 1, no 82-221-X au catalogue. [En ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/82-221-x2008001-fra.htm> (page consultée le 27 octobre 2009).

Définition des variables (suite)

Satisfaction face à la vie en général

La satisfaction face à la vie en général est évaluée à partir de la question suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général? ».

Satisfaction à l'égard des relations avec les amis ou avec les membres de la famille

La satisfaction à l'égard des relations avec les amis ou avec les membres de la famille est évaluée à partir de la question suivante posée pour chacun des domaines de satisfaction : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des... ? » (relations avec les amis, les membres de la famille).

Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Le sentiment d'appartenance à leur communauté locale est évalué à partir de la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible? ».

Stress dans la vie quotidienne

Le stress ressenti dans la vie de tous les jours est évalué à partir de la question suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? ». Les personnes ayant répondu « assez stressantes ou extrêmement stressantes » sont considérées comme ayant un stress élevé.

Tentatives de suicide

Cet indicateur est obtenu à partir des deux questions suivantes: « Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous donner la mort? » et « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? ». Les personnes ayant répondu « Oui » aux deux questions sont considérées comme ayant fait une tentative de suicide au cours d'une période de douze mois. Les personnes ayant eu seulement des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois sont exclues de la population de référence.

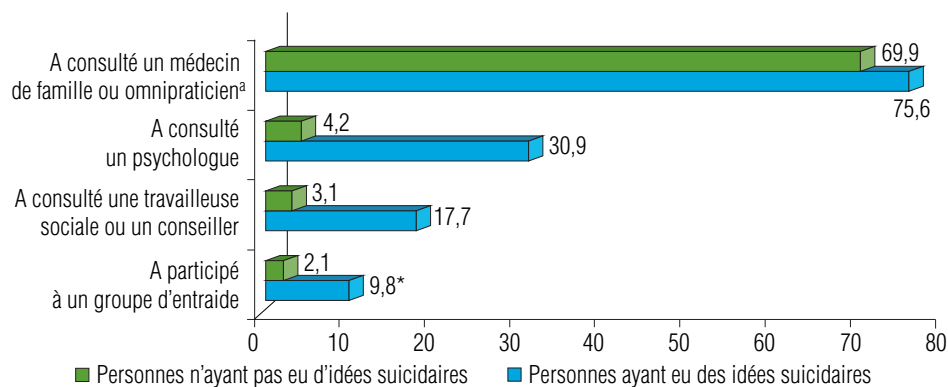
Idées suicidaires et utilisation des services de santé

Considérant le caractère sérieux des idées suicidaires, il importe de connaître les comportements en matière de consultation ou de recherche d'aide des personnes ayant de telles idées. L'ESCC fournit des données sur la consultation auprès d'un large éventail de professionnels de la santé et des services sociaux et sur la participation à un groupe d'entraide au cours d'une période de douze mois. Toutefois, le motif de la consultation ou de la participation n'étant pas connu, il n'est pas possible de dire si ces démarches sont liées aux idées suicidaires. Malgré cette limite, il demeure opportun de décrire certains comportements de recours ou de non-recours à de l'aide professionnelle des personnes ayant eu des idées suicidaires.

En 2005, parmi les personnes ayant eu des idées suicidaires au cours d'une période de douze mois, près de 18 % ont consulté une travailleuse sociale ou un conseiller et 31 %, un psychologue (figure 1). Ces proportions sont significativement moindres chez les personnes n'ayant pas eu de telles idées (3,1 % et 4,2 % respectivement). Par ailleurs, toutes proportions gardées, le fait d'avoir participé à un groupe d'entraide (comme les Alcooliques Anonymes) est davantage présent chez

Figure 1

Consultation de certains professionnels de la santé et participation à un groupe d'entraide au cours d'une période de 12 mois selon la présence d'idées suicidaires sérieuses, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2005



1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test d'association entre les idées suicidaires sérieuses et cette variable n'est pas significatif au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

les personnes ayant eu ce genre d'idées (10 %) comparativement à celles qui n'ont pas eu d'idées suicidaires (2,1 %). En ce qui concerne la consultation d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien au cours d'une période de douze mois, les données ne permettent pas de détecter de différence significative entre les personnes qui ont eu des idées suicidaires et celles qui

n'en ont pas eu (76 % et 70 % respectivement). En lien avec ce dernier résultat, mentionnons que près des trois quarts (72 %) des personnes ayant eu des idées suicidaires ont un médecin de famille, soit une proportion similaire à celle notée pour le reste de la population (75 %), l'écart entre les deux groupes n'étant pas significatif (données non présentées).

Plusieurs facteurs du milieu social sont liés à la présence d'idées suicidaires

Les résultats présentés dans le tableau 3 montrent que les personnes qui vivent seules sont plus susceptibles de rapporter des idées suicidaires (3,4 %) que les autres (1,6 %). Cela va dans le même sens que le résultat selon lequel la prévalence des idées suicidaires est plus élevée chez les célibataires et les personnes veuves, séparées ou divorcées que chez les personnes vivant en couple (mariées ou en union libre) (tableau 1). L'état matrimonial est une mesure structurelle du soutien social au même titre que le nombre d'amis ou parents proches, comme l'indiquent Sherbourne et Stewart (1991)²². En ce qui concerne le nombre d'amis ou parents proches, les analyses montrent que la prévalence d'idées suicidaires est moins importante chez les personnes qui ont quatre amis ou parents proches ou plus (1,5 %)²³ que chez celles qui en ont moins (3,2 %).

L'indice de soutien social²⁴ est lui aussi associé à la prévalence d'idées suicidaires. Cette dernière est plus forte chez les personnes qui se classent au niveau faible ou modéré de l'indice de soutien social (4,2 %) que chez celles qui présentent un niveau élevé à l'indice (1,4 %). Quant au fait d'avoir un confident, il est également relié aux idées suicidaires; 5,9 % des personnes qui n'ont pas de confident ont eu des idées suicidaires contre seulement 1,8 % de celles ayant un confident.

Un niveau élevé de soutien social, un nombre plus grand d'amis ou parents proches, la présence d'un confident, le fait d'être marié ou en union libre et le fait de ne pas vivre seul ne sont pas les seuls facteurs à être liés à une proportion relativement faible de personnes ayant eu des idées suicidaires. Il faut également mentionner la satisfaction à l'égard des relations avec les autres. Environ 8 % des personnes insatisfaites ou très insatisfaites des relations avec les membres de

Tableau 3

Proportion de la population de 15 ans et plus¹ ayant songé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs du milieu social, Québec, 2005

	%
Fait de vivre seul ou non	
Vit seul	3,4
Ne vit pas seul	1,6
Nombre d'amis et parents proches	
Moins de quatre amis ou parents proches	3,2
Quatre amis ou parents proches ou plus	1,5
Indice de soutien social²	
Faible/modéré	4,2
Élevé	1,4
Présence d'un confident	
Oui	1,8
Non	5,9
Satisfaction à l'égard des relations avec les membres de la famille	
Très satisfait/satisfait/ni satisfait ni insatisfait	1,6
Insatisfait/très insatisfait	7,9*
Satisfaction à l'égard des relations avec les amis	
Très satisfait/satisfait/ni satisfait ni insatisfait	1,7
Insatisfait/très insatisfait	9,9*
Sentiment d'appartenance à la communauté	
Très faible	3,3
Plutôt faible/plutôt fort/très fort	1,7

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

2. Soutien émotionnel ou d'information.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1*, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

leur famille ont rapporté des idées suicidaires contre seulement 1,6 % chez les personnes dont le niveau de satisfaction est neutre (ni satisfait/ni insatisfait) ou positif (satisfait/très satisfait). Quant aux relations avec les amis, c'est près de 10 % des personnes insatisfaites ou très insatisfaites de ces relations qui ont eu des idées suicidaires contre seulement 1,7 % chez les personnes dont le niveau de satisfaction est neutre (ni satisfait/ni insatisfait) ou positif (satisfait/très satisfait).

Quant au sentiment d'appartenance à la communauté, dont l'association avec la santé physique ainsi que mentale a déjà été démontrée^{25,26,27}, l'analyse des données indique que les idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois sont plus répandues parmi les personnes ayant un très faible sentiment d'appartenance (3,3 %) que chez celles dont le sentiment est plutôt faible, plutôt fort ou très fort (1,7 %).

22. Cathy Donald SHERBOURNE, et Anita L. STEWART (1991). « The MOS Social Support Survey » (*Medical Outcomes Study Social Support Survey*), *Social Sciences & Medicine*, vol. 32, n° 6, p. 705-714.

23. Aux fins de l'analyse, les valeurs de la variable continue « Nombre d'amis ou parents proches » ont été regroupées en deux grandes catégories : « Moins de quatre amis ou parents proches » et « Quatre amis ou parents proches ou plus ». Des analyses exploratoires ont montré une relation significative entre cet indicateur ainsi créé et les idées suicidaires sérieuses.

24. Il s'agit de l'indice de soutien émotionnel ou d'information, une des mesures de la dimension fonctionnelle du soutien social.

25. ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2008). « Influences socioéconomiques qui influent sur notre état de santé et qui contribuent aux inégalités sur le plan de la santé », dans : *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, chapitre 4, Agence de la santé publique du Canada, p. 35-63.

26. Margot SHIELDS (2008). « Appartenance à la communauté et auto évaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 2, juin, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

27. STATISTIQUE CANADA (2008). *Op. cit.*

Tentatives de suicide au Québec en 2005

La prévalence des tentatives de suicide au Québec au cours d'une période de douze mois est d'environ 5 personnes sur 1 000 (0,5 %) en 2005 (tableau 4). Aucune différence sur le plan statistique n'est observée selon le sexe mais une différence est notée en fonction de l'âge. En effet, les jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles que leurs aînés d'avoir fait une tentative de suicide (1,1 % c. 0,4 % chez les 25-44 ans et les 45-64 ans).

Les résultats révèlent aussi une association entre les tentatives de suicide au cours d'une période de douze mois et l'état matrimonial. De fait, les tentatives de suicide apparaissent moins fréquentes chez les personnes qui sont mariées ou en union libre (0,3 %) que chez les personnes veuves, séparées, divorcées ou célibataires (0,7 %).

Des associations ont aussi été décelées entre les tentatives de suicide et des indicateurs de santé physique ou mentale ainsi que des indicateurs du milieu social examinés dans cette étude; elles vont dans le même sens que celles observées pour les idées suicidaires.

Rappelons que les effectifs concernés par l'étude des tentatives de suicide sont faibles et que la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats.

Plus du tiers des personnes ayant tenté de se suicider n'ont pas consulté un professionnel de la santé après leur tentative

L'ESCC nous renseigne également sur la consultation d'un professionnel de la santé chez les personnes ayant fait une tentative de suicide. En 2005, près de 64 % des Québécois de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours d'une période de douze mois ont consulté un professionnel de la santé à la suite de leur tentative. C'est donc environ le tiers des personnes ayant tenté de se suicider qui n'ont pas consulté un tel professionnel après leur

Tableau 4

Proportion de la population de 15 ans et plus¹ ayant tenté de se suicider au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2005

	%
Total	0,5
Sexe^a	
Hommes	0,4*
Femmes	0,5*
Groupes d'âge	
15-24 ans	1,1*
25-44 ans	0,4*
45-64 ans	0,4**
65 ans et plus	--
État matrimonial	
Marié/union libre	0,3*
Veuf/séparé/divorcé/célibataire, jamais marié	0,7

1. La population de référence exclut les personnes ayant eu uniquement des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test d'association entre les tentatives de suicide et cette variable n'est pas significatif au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

-- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

geste. Or, les tentatives de suicide antérieures constituent un facteur de risque de suicide qu'il ne faut pas négliger.

Conclusion

Selon l'ESCC 2005, près de 2 % des Québécois de 15 ans et plus ont songé sérieusement à se suicider au cours d'une période de douze mois. En ce qui concerne les tentatives de suicide, la prévalence est estimée à 0,5 %. Pour ces deux indicateurs, les prévalences sont semblables chez les hommes et les femmes. Cette similitude avait aussi été soulignée dans deux enquêtes sociales et de santé menées à l'échelle provinciale dans les années 1990^{28,29}. Pourtant, depuis quelques décennies, les taux ajustés de mortalité par suicide indiquent que plus d'hommes que de femmes se suicident au Québec. Cela s'explique en bonne partie par le fait que les hommes utilisent des moyens plus susceptibles de provoquer la mort lorsqu'ils posent un geste suicidaire^{30,31},

d'où l'intérêt de maintenir, ou même de renforcer, les mesures visant à restreindre l'accès à de tels moyens ou à minimiser les risques qui y sont associés. C'est là un des objectifs énoncés par la Stratégie québécoise d'action face au suicide.

Par ailleurs, à l'instar d'autres enquêtes, l'ESCC révèle un lien entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide, d'une part, et l'âge, d'autre part. Ainsi, on note que les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses à avoir des idées suicidaires que les personnes des autres groupes d'âge, tandis que les jeunes de 15 à 24 ans présentent la prévalence la plus élevée de tentatives de suicide. Le groupe des jeunes de 15 à 24 ans doit donc continuer de faire l'objet d'une surveillance particulière, d'autant plus qu'il est également celui où l'on retrouve la proportion la plus forte de personnes avec un niveau élevé de détresse psychologique (34 % en 2005)³².

28. G. LÉGARÉ, A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). *Op. cit.*

29. R. BOYER, D. ST-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN (2001). *Op. cit.*

30. G. LÉGARÉ, A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). *Op. cit.*

31. Michel TOUSIGNANT (1994). « Le suicide et les comportements suicidaires », dans : *Traité des problèmes sociaux* (sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin), Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, chapitre 37, p.765-776.

32. H. CAMIRAND, et V. NANHOU (2008). *Op. cit.*

Ainsi qu'attendu, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus répandues chez les personnes dont le portrait de l'état de santé est moins favorable, surtout lorsqu'il s'agit d'indicateurs plus spécifiques de la santé mentale comme le fait d'avoir vécu un épisode dépressif, la détresse psychologique élevée ou encore une autoévaluation de la santé mentale moins favorable (passable ou mauvaise).

En ce qui concerne l'utilisation des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux souligne dans son plan d'action la nécessité d'améliorer les compétences des médecins et autres professionnels de la santé de première ligne au Québec afin de mieux dépister les personnes ayant un potentiel suicidaire élevé et de répondre adéquatement à leurs besoins ou encore de les orienter correctement vers d'autres ressources. À cet égard, on constate qu'une grande majorité des personnes ayant songé sérieusement au suicide, soit environ les trois quarts, ont consulté un

médecin de famille ou un omnipraticien au moins une fois au cours d'une période de douze mois ou encore ont un médecin de famille. On peut penser qu'à l'avenir, l'amélioration des services de première ligne pourrait contribuer au recul des comportements suicidaires dans la population.

En contrepartie, il est préoccupant de constater qu'environ le tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide n'ont pas consulté un professionnel de la santé à la suite de leur geste. Or, il est reconnu que les personnes qui font une tentative de suicide présentent un risque de récurrence^{33,34}.

Enfin, l'analyse des données a permis de mettre en relief l'association entre les comportements suicidaires et les caractéristiques du milieu social des individus. Ainsi, le fait d'être en couple, d'habiter avec d'autres personnes, d'avoir un niveau élevé de soutien social, d'avoir des relations sociales (famille ou amis) qui sont satisfaisantes et d'avoir un fort sentiment d'appartenance à

la communauté sont autant de caractéristiques susceptibles d'agir comme facteurs de protection quant au suicide. Devant un tel constat, et en référence aux résultats soulignés précédemment, il est clair que la problématique du suicide interpelle non seulement le système de soins et les services sociaux mais aussi la communauté en général. À la lumière des résultats présentés dans ce bulletin, et bien que le taux de mortalité par suicide ait baissé ces dernières années, les mesures prévues dans la stratégie gouvernementale^{35,36} qui visent à sensibiliser la population en matière de suicide et à susciter une mobilisation pour plus de solidarité et moins de stigmatisation, demeurent pertinentes.

Les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) réalisée en 2008 par l'ISQ, lorsqu'elles seront disponibles, permettront de procéder à de nouvelles analyses des comportements suicidaires au Québec.

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Op. cit.*

34. S. LANGLOIS, et P. MORRISON (2002). *Op. cit.*

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 95 p.

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, MSSS, 97p.

À propos de l'enquête

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une série d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada dans les provinces et les territoires depuis 2000-2001. Les enquêtes générales fournissent des données représentatives des régions sociosanitaires sur l'état de santé, ses déterminants et l'utilisation des services de santé. Pour chacun des cycles généraux, environ 132 000 personnes (environ 26 000 au Québec) participent à une entrevue assistée par ordinateur, en personne ou par téléphone, d'environ 45 minutes. Un répondant de 12 ans et plus est sélectionné au hasard dans chaque ménage. La population visée est celle des ménages privés; elle ne comprend pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, des établissements et de certaines régions éloignées.

Le fichier de partage 2005 pour le Québec (27 963 répondants) a été utilisé pour les présentes analyses.

Pour en savoir davantage sur l'ESCC, veuillez consulter le site Internet de Statistique Canada à l'adresse suivante : www.statcan.ca/menu-fr.htm

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes (fichiers de partage pour le Québec), on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'adresse www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq, ou composer le 514 343-2299.

Ce bulletin est réalisé par la **Direction des statistiques de santé et la Direction des enquêtes longitudinales et sociales**.

Pour plus de renseignements :

Virginie Nanhou
Direction des enquêtes longitudinales et sociales
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec
1^{er} trimestre 2010
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (en ligne)

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6127)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006