

Des données pour
éclairer la prévention du

Suicide



Rapport statistique de la Direction régionale
de santé publique de Montréal

Des données pour éclairer la prévention du suicide. Rapport statistique de la Direction régionale de santé publique de Montréal

Une réalisation du Service des connaissances en collaboration avec le Secteur développement des individus et des milieux sains et sécuritaires (DIMSS) de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, Sherbrooke est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514-528-2400

Auteure

Danielle Blanchard

Contribution spéciale

Camille Poirier-Veilleux

Collaboration et relecture

Renée Dufour
Ak'Ingabe Guyon
James Massie
Garbis Meshefedjian
Vicky Springman

Validation des données et cartographie

James Massie

Révision linguistique

Marlène Ginard

Remerciements

Jonathan Brière

Directeur programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et Responsable de la Table régionale en prévention du suicide de Montréal

Janie Houle

Professeure, Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et directrice du Laboratoire de recherche sur la santé Vitalité

Alain Lesage

Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Claude Roberge

Conseillère scientifique, Responsable de la promotion de la santé mentale, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Luc Vallerand, Anne-Marie Codaire et Philippe Angers

Respectivement Directeur général, Coordonnatrice aux services et Responsable clinique à Suicide Action Montréal

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne sur le portail Santé Montréal à l'adresse suivante :

<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/>

© Gouvernement du Québec, 2019

ISBN 978-2-550-83268-3 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

MOT DE LA DIRECTRICE

Chaque année, à Montréal, environ 200 personnes s'enlèvent la vie. Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sérieuses constituent des phénomènes d'une ampleur encore plus grande, touchant des milliers de Montréalais.

Dans le cadre de son mandat de surveillance de l'état de santé de la population, la Direction régionale de santé publique (DRSP) présente un état de situation sur le suicide à Montréal. La dernière publication d'un rapport complet par la DRSP remonte à près de 15 ans. Cette mise à jour était nécessaire afin de soutenir et d'orienter les efforts de santé publique faits pour prévenir le suicide.

Les données révèlent une baisse de la mortalité par suicide au cours des dernières décennies, tant à Montréal que dans l'ensemble du Québec. De plus, Montréal figure parmi les régions affichant les plus faibles taux de suicide au Québec. Derrière ces constats positifs se cachent toutefois des disparités importantes entre les sous-groupes de la population et les territoires montréalais, contribuant ainsi aux inégalités sociales de santé.

Le portrait intègre plusieurs dimensions du suicide, dont celles de la mortalité par suicide, des tentatives de suicide et des idéations suicidaires, qui sont examinées à travers différentes perspectives. Ce portrait se veut également un outil pour les acteurs en prévention du suicide, leur permettant d'identifier les enjeux régionaux liés au suicide et, par conséquent, de mieux orienter les actions visant à réduire l'ampleur des phénomènes associés à cette problématique.

La directrice régionale de santé publique,

A handwritten signature in black ink, reading 'Mylène Drouin'.

Mylène Drouin, M.D.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MORTALITÉ PAR SUICIDE.....	3
1.1 MISE EN PERSPECTIVE DE LA SITUATION MONTRÉLAISE	3
1.2 TENDANCES MONTRÉLAISES DE 1992 À 2015	5
1.3 CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU SUICIDE	7
1.4 MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON LES TERRITOIRES DE RÉSIDENCE À MONTRÉAL	9
1.5 RÉPARTITION DES SUICIDES SELON LES MOYENS UTILISÉS	12
2. HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE.....	16
2.1 SITUATION MONTRÉLAISE.....	16
2.2 CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE	17
2.3 HOSPITALISATIONS SELON LES TERRITOIRES DE RÉSIDENCE À MONTRÉAL.....	18
3. TENTATIVES DE SUICIDE AUTODÉCLARÉES DANS UN CONTEXTE D'ENQUÊTE	21
3.1 TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE	21
3.1.1 <i>Situation montréalaise.....</i>	<i>21</i>
3.1.2 <i>Caractéristiques associées aux tentatives de suicide au cours de la vie</i>	<i>21</i>
3.1.3 <i>Disparités selon les territoires de résidence à Montréal</i>	<i>23</i>
3.2 TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	23
4. IDÉATIONS SUICIDAIRES AUTODÉCLARÉES DANS UN CONTEXTE D'ENQUÊTE	25
4.1 IDÉATIONS SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	25
4.1.1 <i>Situation montréalaise.....</i>	<i>25</i>
4.1.2 <i>Caractéristiques associées aux idéations suicidaires au cours de la vie</i>	<i>25</i>
4.1.3 <i>Disparités selon les territoires de résidence à Montréal</i>	<i>27</i>
4.2 IDÉATIONS SUICIDAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	28
4.2.1 <i>Situation montréalaise.....</i>	<i>28</i>
4.2.2 <i>Caractéristiques associées aux idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois</i>	<i>29</i>
4.2.3 <i>Disparités selon les territoires de résidence à Montréal</i>	<i>32</i>
4.2.4 <i>Utilisation de certains services en lien avec les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois ...</i>	<i>32</i>
5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	35
CONCLUSION	37
ANNEXE 1	39
ANNEXE 2	41
RÉFÉRENCES.....	42

LISTE DE FIGURES

Figure 1

Taux ajusté de mortalité par suicide, RSS du Canada, 2010-2012

Figure 2

Taux ajusté de mortalité par suicide, RSS du Québec, 2011-2015

Figure 3

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 1992-1995 à 2012-2015

Figure 4

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Montréal, 1992-1995 à 2012-2015

Figure 5

Évolution du taux de mortalité par suicide selon le groupe d'âge, Montréal, 1992-1995 à 2012-2015

Figure 6

Taux de mortalité par suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, 2011-2015

Figure 7

Taux de mortalité par suicide selon le sexe par groupe d'âge, Montréal, 2011-2015

Figure 8

Pourcentage de décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon le groupe d'âge, Montréal, 2011-2015

Figure 9

Taux ajusté de mortalité par suicide selon le quintile de défavorisation matérielle et sociale, Montréal, 2009-2013

Figure 10

Taux ajusté de mortalité par suicide, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2011-2015

Figure 11

Taux ajusté de mortalité par suicide, RLS (CSSS) de Montréal, 2011-2015

Figure 12

Taux ajusté de mortalité par suicide, sexes réunis, CLSC de Montréal, 2011-2015

Figure 13

Répartition des suicides selon le moyen utilisé, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2010 à 2014

Figure 14

Répartition des suicides selon le moyen utilisé et le sexe, Montréal, 2010 à 2014

Figure 15

Évolution du taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017

Figure 16

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, avril 2012 à mars 2017

Figure 17

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe par groupe d'âge, Montréal, avril 2012 à mars 2017

Figure 18

Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, RTS (CIUSSS) de Montréal, avril 2012 à mars 2017

Figure 19

Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, RLS (CSSS) de Montréal, avril 2012 à mars 2017

Figure 20

Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, sexe réunis, CLSC de Montréal, avril 2012 à mars 2017

Figure 21

Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015

Figures 22a à 22c
Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal, 2014-2015

Figure 23
Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015

Figure 24
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015

Figures 25a à 25c
Proportion de la population qui a songé sérieusement à se suicider au cours de sa vie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal, 2014-2015

Figure 26
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015

Figure 27
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, RLS (CSSS) de Montréal, 2014-2015

Figure 28
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015

Figures 29a à 29j
Proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, individuelles et de santé, Montréal, 2014-2015

Figure 30
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015

Figure 31
Proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique parmi celle ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015

Figure 32
Le suicide à Montréal : la pointe de l'iceberg

Figure A2
Territoires de CLSC de Montréal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Synthèse des résultats sur les décès par suicide, les hospitalisations pour tentative de suicide ainsi que les tentatives de suicide et les idéations suicidaires autodéclarées, au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois, RTS (CIUSSS) de Montréal

Tableau A1
Nombre de suicides et taux de mortalité par suicide pour 100 000, ensemble du Québec, reste du Québec, Montréal et ses territoires de RTS (CIUSSS), RLS (CSSS) et CLSC, 2011-2015

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

BIESP	Bureau d'information et d'études en santé des populations de l'Institut national de santé publique du Québec
CANSIM	Canadian Socio-economic Information Management System (Statistiques Canada)
CIM-9, CIM-10	Classification internationale des maladies, version 9, version 10
CLSC	Centre local de services communautaires
DRSP	Direction régionale de santé publique
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
OMS	Organisation mondiale de la santé
RLS (CSSS)	Réseau local de services (Centre de santé et de services sociaux)
RSS	Région sociosanitaire
RTS (CIUSSS)	Réseau territorial de services (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux)

FAITS SAILLANTS

Comparaison de Montréal et de ses territoires locaux

Les taux de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentative de suicide sont plus faibles à Montréal que dans le reste du Québec.

Dans la région montréalaise, les territoires des CIUSSS du Centre-Sud et de l'Est présentent des taux plus élevés de mortalité par suicide et d'hospitalisation pour tentative de suicide. À l'opposé, ceux de l'Ouest et du Centre-Ouest affichent une situation plus favorable que le reste de la région pour ces indicateurs.

Les disparités sur le territoire montréalais apparaissent encore plus marquées lorsqu'elles sont examinées à l'échelle des territoires de RLS (CSSS) et de CLSC.

À Montréal, comme dans le reste du Québec, le taux de suicide a diminué au cours des dernières décennies.

Environ 4 % des Montréalais affirment avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, une proportion similaire à celle observée dans le reste du Québec.

Les Montréalais sont moins nombreux, en proportion, à avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie, comparativement aux personnes résidant dans le reste du Québec.

À Montréal, le territoire du CIUSSS du Centre-Sud affiche des proportions plus élevées de personnes ayant tenté de se suicider et ayant eu des idées suicidaires au cours de leur vie.

Caractéristiques associées au suicide, aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires à Montréal

Le taux de mortalité par suicide est environ deux fois et demie plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les hommes de 45 à 64 ans sont les plus touchés par ce phénomène.

Les jeunes de 15 à 24 ans présentent un taux de suicide plus faible que les personnes des autres groupes d'âge. Comparativement aux personnes de 45 à 64 ans, leur taux de suicide est environ 3 fois plus faible.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est particulièrement élevé chez les jeunes filles de 12 à 17 ans. Il est supérieur à celui des femmes des autres groupes d'âge et des hommes de tous les groupes d'âge.

Les personnes résidant dans un milieu plus défavorisé socialement présentent un taux de mortalité par suicide environ de deux fois et demie supérieur à celles vivant dans un milieu plus favorisé. Elles sont aussi plus nombreuses, en proportion, à avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Les personnes nées au Canada sont plus susceptibles que les personnes immigrantes d'avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et également d'avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois.

Parmi les facteurs associés aux idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois, on identifie également l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale, la détresse psychologique et un état de santé perçu comme défavorable.

Le moyen le plus souvent utilisé par les hommes pour se suicider est la pendaison. Chez les femmes, on compte autant de suicides par pendaison que par surdose de médicaments, drogues ou alcool.

Parmi les personnes qui ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié ont consulté un professionnel de la santé à ce sujet.

INTRODUCTION

Le suicide demeure au fil des ans une cause importante de mortalité au Québec et un problème préoccupant de santé publique. En effet, la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide figurent parmi les objectifs mis de l'avant par le Gouvernement du Québec dans son Programme national de santé publique (2015)^a et sa Politique gouvernementale de prévention en santé (2016)^b.

La surveillance du suicide et des phénomènes associés (tentatives de suicide, etc.) est essentielle pour soutenir la prise de décision impliquée dans la planification et la réalisation d'interventions en prévention du suicide^c. Bien que certaines études aient documenté les cas de suicide dans la région montréalaise^d, le dernier document de santé publique présentant des données de surveillance sur le suicide à Montréal a été publié en date de 2002^e. Ainsi, il s'avère important de disposer d'un nouveau portrait, faisant état des plus récentes données sur le sujet.

En se basant sur les données de surveillance disponibles en santé publique, le présent document trace un portrait de la mortalité par suicide, des hospitalisations pour tentative de suicide ainsi que des tentatives de suicide et des idéations suicidaires évaluées dans un contexte d'enquête populationnelle. Pour chacun de ces aspects, selon la disponibilité des informations, le document présentera une comparaison entre Montréal et le reste Québec, les tendances montréalaises, certaines caractéristiques sociodémographiques et autres associées au phénomène étudié, ainsi que les disparités selon les territoires locaux. Ce portrait se veut un outil permettant aux décideurs et aux intervenants de mieux cerner les enjeux actuels reliés au phénomène du suicide à Montréal et d'orienter les actions de façon adaptée.

Plusieurs notes méthodologiques ont été insérées tout au long de ce document et notamment à la fin des différentes sections afin de définir certains concepts, de préciser les particularités des sources de données, etc. Il est possible de les repérer facilement grâce à des encadrés de couleur bleue.

Précisions au sujet des résultats présentés dans ce document

Différences significatives

Dans ce document, les tests statistiques sont effectués au seuil de 5 %.

Taux ajusté

Dans les figures et les tableaux sur la mortalité par suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide, la mention "taux ajusté" indique que les taux présentés sont ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Toutefois, les taux présentés pour les grandes villes canadiennes sont ajustés à la population du Canada en 2011.

Méthode d'arrondissement des taux et des proportions

Pour alléger la lecture du document, les taux et les proportions présentés dans le texte sont arrondis à l'unité. Dans les figures et les tableaux ils sont arrondis à une décimale.

Nombres

Les résultats sont présentés dans les figures en termes de taux et de proportions. Les nombres de décès par suicide pour la région de Montréal figurent cependant en annexe de ce document. Ils sont présentés selon l'âge, le sexe et les territoires de résidence.

Comparaisons entre Montréal et le reste du Québec

Des comparaisons entre Montréal et le reste du Québec sont présentées seulement au début des différentes sections, pour introduire l'analyse d'un nouvel indicateur. Par la suite les résultats sont rapportés à l'échelle régionale. Certaines références aux données pour le Québec peuvent cependant figurer dans le texte, si elles sont pertinentes au propos de discussion. Pour plus de détails sur les données québécoises, le lecteur peut toutefois se référer à différentes sources, dont les travaux de l'INSPQ^c sur la mortalité par suicide.

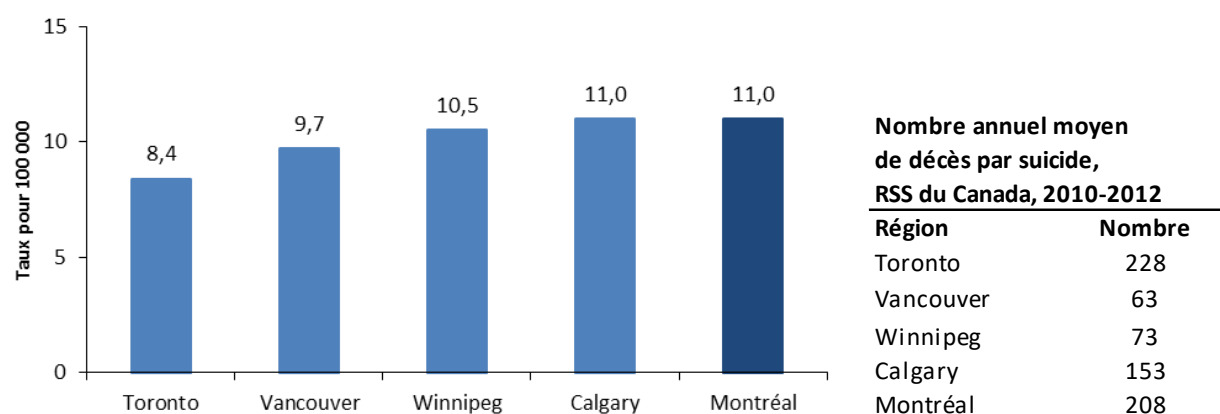
1. MORTALITÉ PAR SUICIDE

"... le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort" (OMS, 2014)^f

1.1 Mise en perspective de la situation montréalaise

Comparativement à d'autres grandes villes canadiennes, Montréal se classe parmi celles qui affichent un taux plus élevé de mortalité par suicide. Au cours de la période de 2010 à 2012, Montréal compte une moyenne annuelle de 11 suicides par 100 000 habitants, soit un taux supérieur à celui de Toronto, mais se rapprochant de celui de Calgary ou de Winnipeg (figure 1)¹.

Figure 1
Taux ajusté de mortalité par suicide, RSS du Canada, 2010-2012



Résultats: Taux plus faible pour Toronto que pour Montréal, Calgary et Winnipeg.
Pas de différence significative entre Vancouver et les autres régions urbaines.

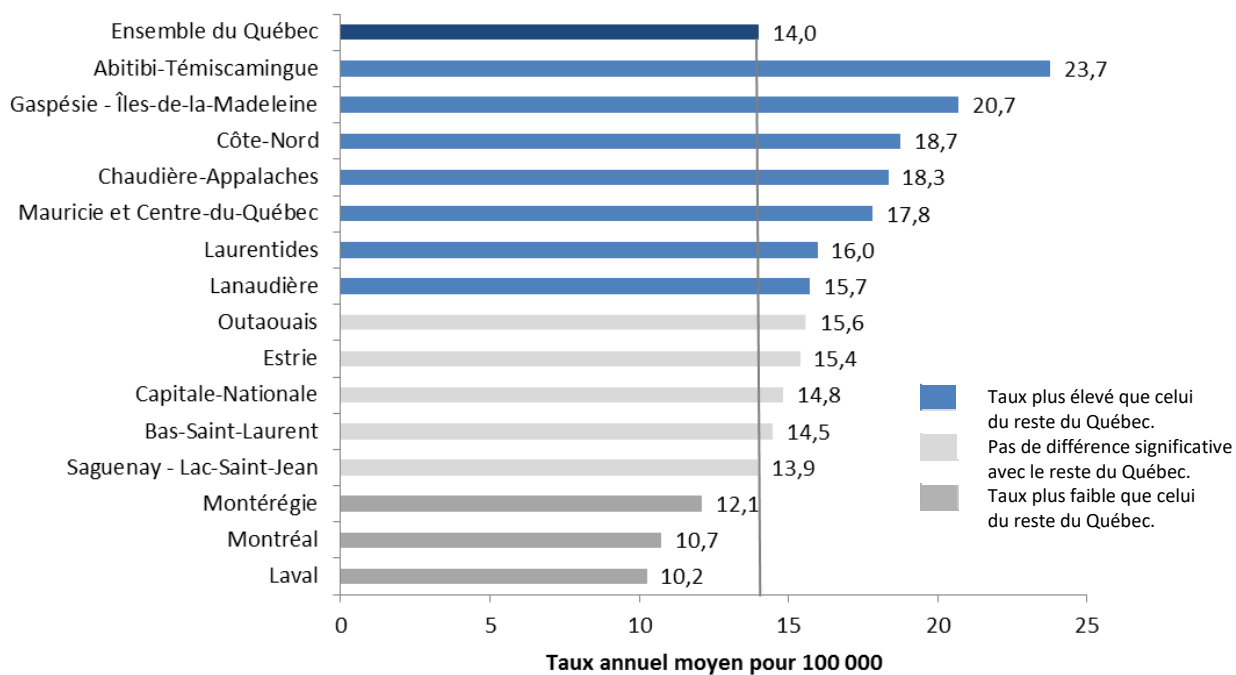
Source: Statistique Canada, CANSIM, tableau 102-4313 (2016).

Alors que le Québec enregistre un taux annuel moyen de 14 suicides pour 100 000 habitants durant la période de 2011-2015, la région de Montréal se démarque par un taux plus faible (11 pour 100 000), comme c'est aussi le cas pour les régions de Laval (10 pour 100 000), et de la Montérégie (12 pour 100 000) (figure 2). Néanmoins, compte tenu de la taille de sa population, la région de Montréal compte le plus grand nombre de suicides, soit en moyenne 204 suicides par année (tableau A1). En fait, près d'une personne sur cinq qui se suicide au Québec réside sur le territoire montréalais.

¹ Les villes sélectionnées pour des fins de comparaison avec Montréal sont des villes canadiennes de 600 000 habitants ou plus, réparties dans différentes provinces. Si une province compte plus d'une grande ville, les résultats sont présentés pour la ville la plus peuplée seulement.

Figure 2

Taux ajusté de mortalité par suicide, RSS du Québec, 2011-2015



Note: Les données pour les régions du Nord du Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentées, mais elles sont incluses dans le nombre total et le taux calculés pour l'ensemble du Québec.

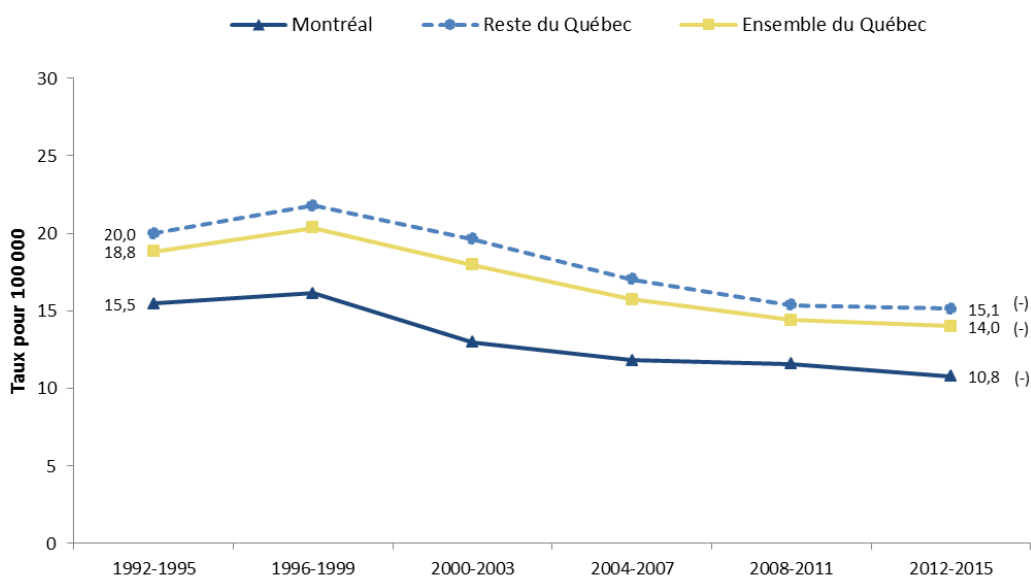
Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

1.2 Tendances montréalaises de 1992 à 2015

Même si le taux de suicide a atteint son plus haut niveau au cours de la période de 1996-1999, les tendances globales observées sur une vingtaine d'années, de 1992 à 2015, révèlent une diminution significative de la mortalité par suicide à Montréal et dans l'ensemble du Québec. Néanmoins, le taux de suicide demeure, tout au long de cette période, plus faible à Montréal que dans le reste du Québec (figure 3).

Figure 3

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 1992-1995 à 2012-2015



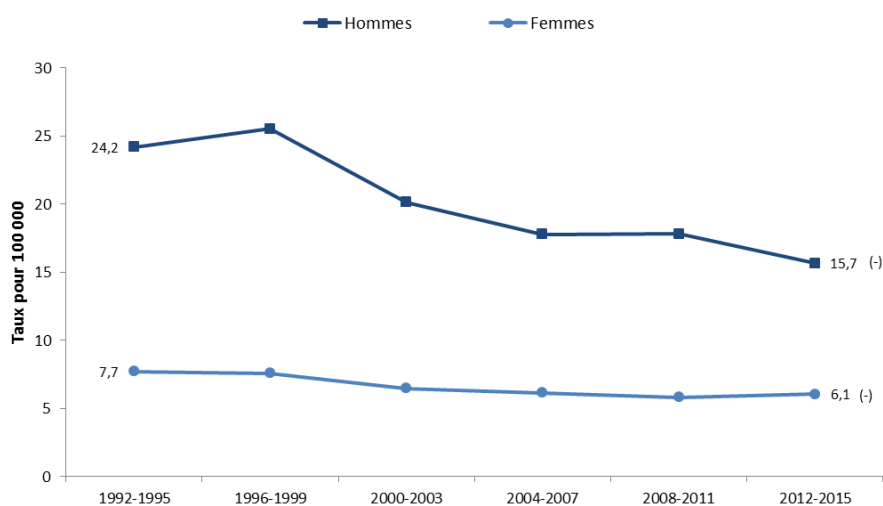
(-) Taux plus faible en 2012-2015 qu'en 1992-1995.

Autres résultats: Taux plus faible à Montréal que dans le reste du Québec pour toutes les périodes.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Les tendances montréalaises selon le sexe montrent une diminution significative du taux de suicide tant chez les hommes que chez les femmes entre la période de 1992-1995 et celle de 2012-2015. Lors de ces périodes, les écarts entre les sexes demeurent cependant très marqués (figure 4). Des constats similaires s'appliquent à l'ensemble du Québec.

Figure 4
Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Montréal, 1992-1995 à 2012-2015



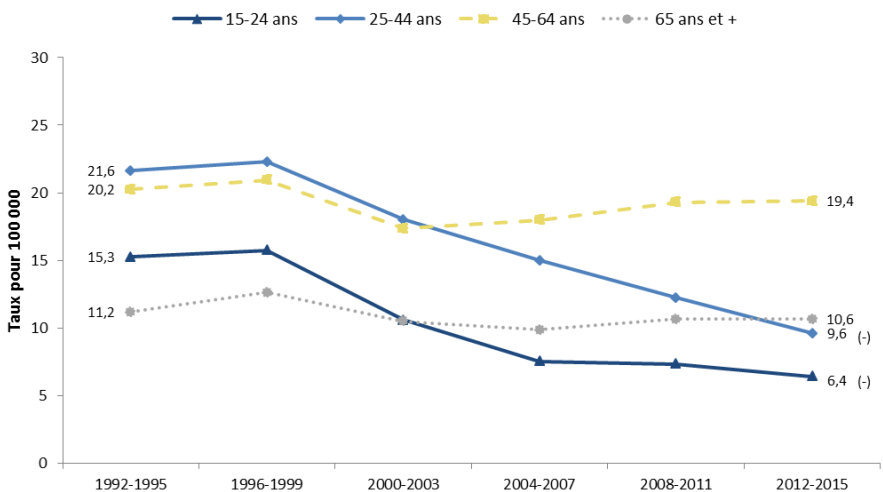
(-) Taux plus faible en 2012-2015 qu'en 1992-1995.

Autres résultats: Taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes lors de toutes les périodes.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

À Montréal, entre les périodes de 1992-1995 et de 2012-2015, le taux de suicide a chuté de plus de la moitié chez les 15 à 24 ans et les 25 à 44 ans. Chez les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus, on ne note pas de différence significative entre ces périodes (figure 5).

Figure 5
Évolution du taux de mortalité par suicide selon le groupe d'âge, Montréal, 1992-1995 à 2012-2015



(-) Taux plus faible en 2012-2015 qu'en 1992-1995.

Autres résultats: En 1992-1995, taux chez les 25-44 ans et les 45-64 ans plus élevés que chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus.

En 2012-2015, taux chez les 45-64 ans plus élevé que chez les autres groupes d'âge et taux chez les 15-24 ans plus faible que chez les autres groupes d'âge.

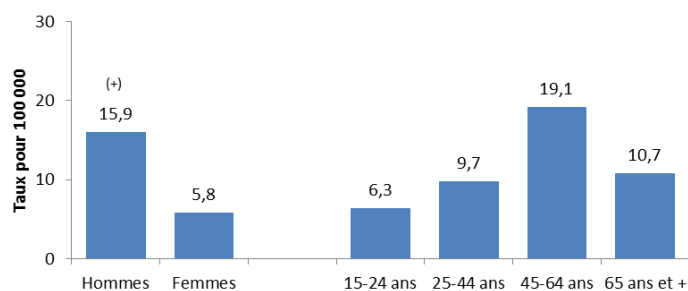
Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

1.3 Caractéristiques associées au suicide

Les données montréalaises pour la période de 2011-2015 montrent que le taux de suicide chez les hommes est environ deux fois et demie plus élevé que celui des femmes (figure 6).

Parmi tous les groupes d'âge, les jeunes de 15 à 24 ans sont ceux qui présentent le plus faible taux de suicide (6 pour 100 000) alors que les personnes de 45 à 64 ans affichent le taux le plus élevé (19 pour 100 000) (figure 6).

Figure 6
Taux de mortalité par suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, 2011-2015



(+) Taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
Les 15-24 ans présentent un taux plus faible que tous les autres groupes d'âge.
Les 45-64 ans et plus présentent un taux plus élevé que tous les autres groupes d'âge.
Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Les résultats présentés selon le sexe par groupe d'âge révèlent que les hommes de 45 à 64 ans sont particulièrement touchés par le phénomène du suicide. Chez ce groupe, le taux de mortalité par suicide est de 28 pour 100 000, soit un taux environ deux fois et demie plus élevé que pour les femmes du même groupe d'âge (11 pour 100 000) et près de trois fois plus élevé que pour les hommes de 15 à 24 ans (figure 7).

Les caractéristiques présentées en lien avec le suicide

La littérature scientifique identifie plusieurs facteurs associés au suicide en les classant selon différentes typologies. Ainsi, l'OMS distingue les facteurs de risque liés à la société (accès aux moyens, couverture médiatique, etc.), à la communauté (ex. : traumatismes et abus, discrimination), aux relations (isolement, pertes, etc.), aux individus (troubles mentaux, usage d'alcool, douleur chronique, etc.) ainsi qu'au système de santé (ex. : obstacle aux soins), en identifiant parallèlement certains facteurs de protection (ex. : relations personnelles solides, croyances religieuses)^f.

Des modèles similaires utilisés dans une perspective de santé publique^g ou basés sur l'approche écologique^h distinguent par exemple les déterminants liés à la société, au milieu de vie ou à l'individu.

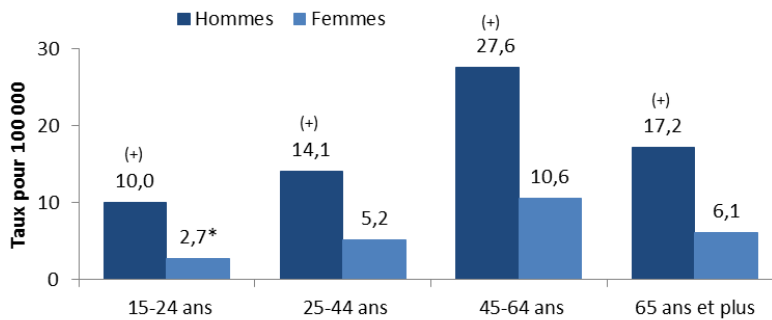
Une autre typologie, davantage axée sur le rôle de différents facteurs dans le processus menant à l'acte suicidaire, établit une distinction entre les facteurs prédisposants (ex. : problèmes psychiatriques), contributifs (ex. : consommation de drogue), précipitants (ex. : rupture amoureuse) et de protection (ex. : soutien social)^{i,j}.

Le présent document, basé sur des données de surveillance, adopte pour sa part une approche essentiellement descriptive, en relevant les associations entre les indicateurs relatifs au suicide (mortalité par suicide, tentatives de suicide, idéations suicidaires) et différentes caractéristiques sociodémographiques ou autres, selon la disponibilité des informations sur le sujet.

À cet égard, il importe de souligner que les sources de données utilisées (ex. : Fichier des décès) permettent généralement d'examiner un nombre limité de caractéristiques en lien avec le suicide ou les phénomènes connexes.

Figure 7

Taux de mortalité par suicide selon le sexe par groupe d'âge, Montréal, 2011-2015



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) Taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

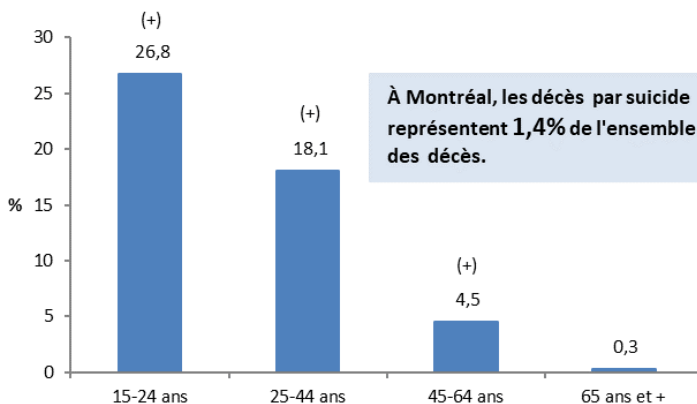
Hommes et femmes: 45-64 ans plus élevé que les autres; 15-24 ans plus faible que 65 ans et plus.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Même si le taux de suicide est relativement faible chez les jeunes de 15 à 24 ans, les suicides représentent une proportion importante des causes de décès chez ce groupe d'âge. En effet, un décès sur quatre chez les jeunes Montréalais serait causé par le suicide. Bien que cette proportion apparaisse élevée, il convient de rappeler qu'elle est calculée sur un petit nombre de décès, la mortalité demeurant dans l'ensemble très faible chez les jeunes. Chez les personnes de 45 à 64 ans, le suicide compte pour environ 5 % de tous les décès et pour moins de 1 % des décès chez celles de 65 ans et plus (figure 8). Dans l'ensemble de Montréal, le suicide représente 1,4 % des causes de décès, soit une proportion environ quatre fois plus élevée que pour l'ensemble des décès par accident impliquant un véhicule à moteur (0,3 % de l'ensemble des causes de décès).

Figure 8

Pourcentage de décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon le groupe d'âge, Montréal, 2011-2015



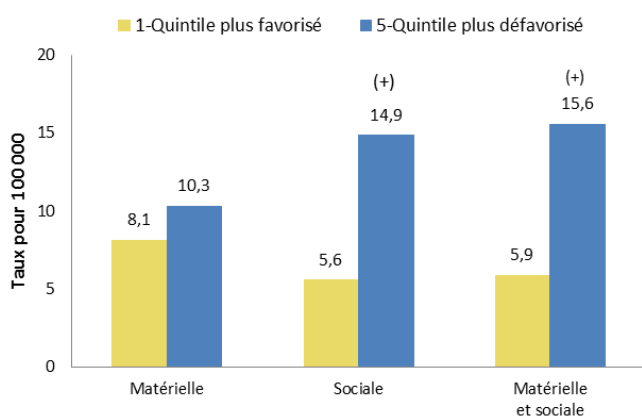
À Montréal, les décès par suicide représentent 1,4% de l'ensemble des décès.

(+) Proportion plus élevée que dans le ou les groupes d'âge suivants.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec le niveau de défavorisation sociale du secteur de résidence. Ainsi, les Montréalais qui vivent dans des milieux plus défavorisés socialement (Q5) présentent un taux de suicide environ deux fois et demie plus élevé que ceux vivant au sein de milieux plus favorisés (Q1). Les données régionales ne permettent toutefois pas de détecter d'écart significatif entre les quintiles de la défavorisation matérielle (figure 9).

Figure 9
Taux ajusté de mortalité par suicide selon le quintile de défavorisation matérielle et sociale, Montréal, 2009-2013



(+) Taux plus élevé que dans le quintile plus favorisé.
Source: Fichier des décès, MSSS, compilation du BIESP de l'INSPQ, 2018.

Défavorisation matérielle et sociale ^{k l m}

L'indice de défavorisation matérielle développé par Pampalon et Raymond (2000) est un indicateur écologique permettant de caractériser des secteurs géographiques très fins (aires de diffusion). Il est composé des variables suivantes : la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, la proportion de personnes occupant un emploi et le revenu moyen par personne. Sur la base des données compilées, les secteurs sont classés en quintiles permettant de définir le niveau de défavorisation matérielle d'un milieu. Le premier quintile (Q1) correspond aux milieux les plus favorisés, alors que le dernier (Q5) définit les milieux plus défavorisés. L'indice peut aussi se présenter en quartiles (de Q1 à Q4, du plus favorisé au plus défavorisé).

L'indice de défavorisation sociale des mêmes auteurs est construit de façon similaire mais en utilisant des variables différentes, soit : la proportion de personnes vivant seules dans leur ménage, la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales.

Les deux indices peuvent être combinés pour définir le niveau de défavorisation matérielle et sociale d'un milieu.

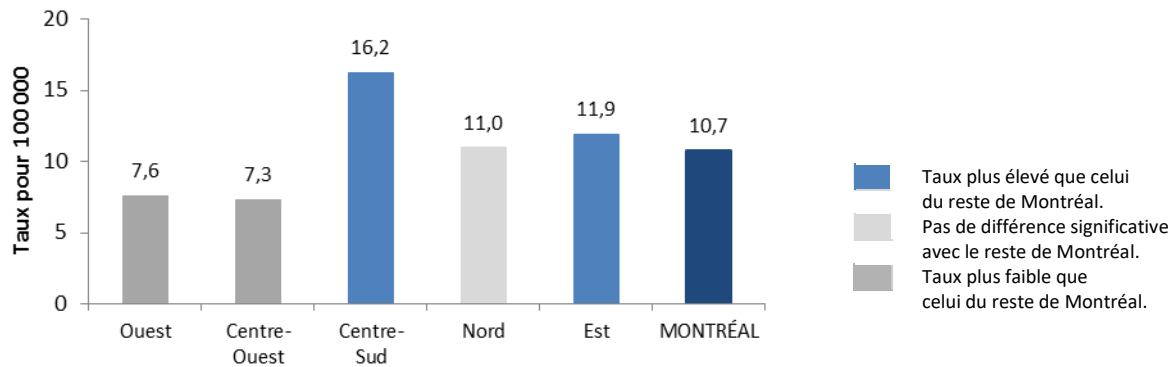
1.4 Mortalité par suicide selon les territoires de résidence à Montréal

Le taux de suicide diffère selon le secteur de résidence à Montréal. Il est plus élevé chez les personnes résidant sur les territoires du CIUSSS du Centre-Sud et de l'Est, et plus faible chez celles qui demeurent sur les territoires des CIUSSS de l'Ouest et du Centre-Ouest (figure 10). En termes de nombres, c'est dans le territoire du CIUSSS de l'Est que l'on compte le plus de décès par suicide, soit en moyenne 61 décès par année durant la période 2011-2015 (voir annexe 1). De fait, près de trois Montréalais sur dix qui se suicident sont résidents de ce secteur de Montréal.

À une échelle géographique plus fine, les disparités apparaissent encore plus marquées. Ainsi, on observe que le taux de suicide varie de 7 à 18 pour 100 000 selon le territoire de RLS (CSSS) de Montréal (figure 11) et, selon le territoire de CLSC, ce taux passe de 6 à 23 pour 100 000 (figure 12). Les territoires de CLSC qui affichent les taux les plus élevés de suicide sont ceux des Faubourgs, de Hochelaga-Maisonneuve et de Pointe-Saint-Charles. Toutefois, c'est la population du CLSC de Rosemont qui compte

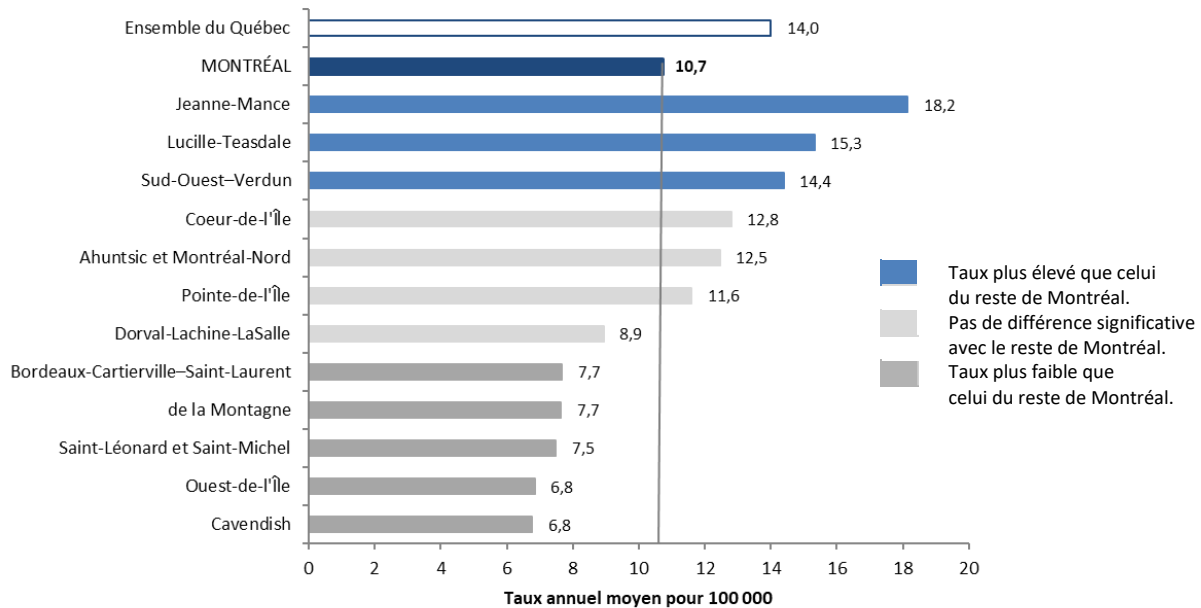
le plus grand nombre de suicides, soit en moyenne 14 par année durant la période 2011-2015 (voir annexe 1).²

Figure 10
Taux ajusté de mortalité par suicide, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2011-2015



Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Figure 11
Taux ajusté de mortalité par suicide, RLS (CSSS) de Montréal, 2011-2015

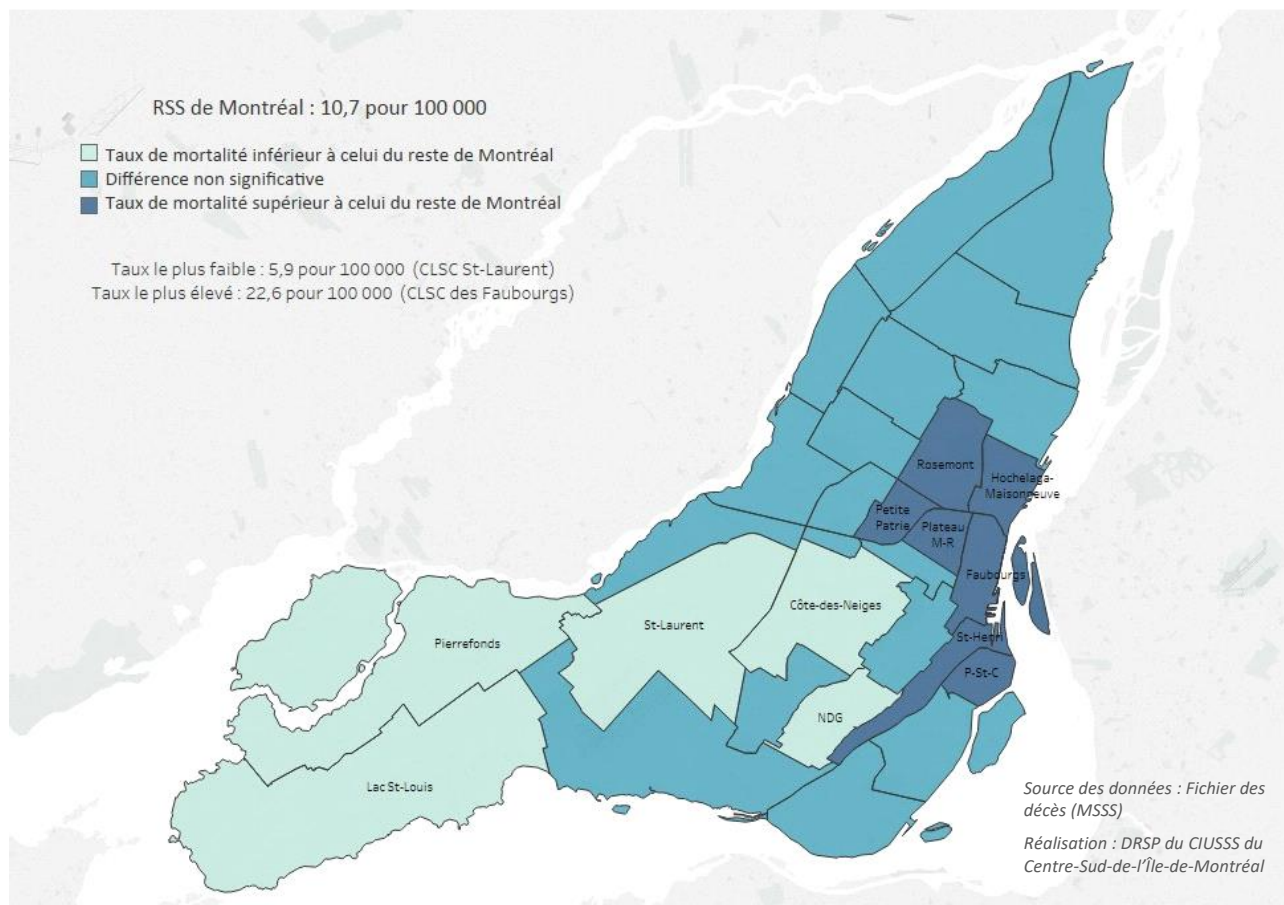


Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

² Dans une étude basée sur l'analyse des rapports des coroners, Janie Houle (2012) documente le profil des personnes qui se sont suicidées selon les territoires de RLS (CSSS) et de CLSC de Montréal, au cours de la période de 2007 à 2009. Bien que ce document puisse aider à l'interprétation des résultats à l'échelle locale, la prudence est de mise car les profils établis à partir des dossiers des coroners représentent parfois un nombre limité de cas et, par ailleurs, les caractéristiques des populations dans les territoires locaux peuvent avoir évolué dans le temps.

Figure 12

Taux ajusté de mortalité par suicide, sexes réunis, CLSC de Montréal, 2011-2015



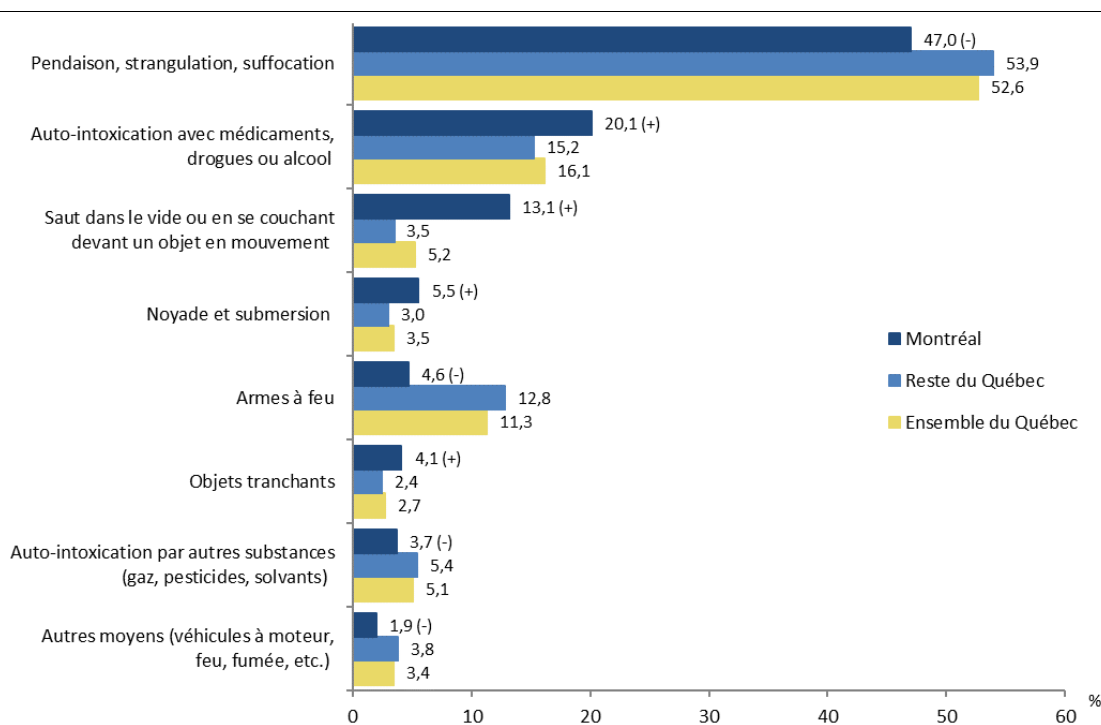
Notes : Sur cette carte, les noms des territoires de CLSC sont indiqués pour ceux qui présentent un taux de suicide significativement plus élevé ou plus faible que la valeur régionale. Pour identifier les autres territoires de CLSC, se référer à la carte en annexe 2.
Les taux et les nombres annuels moyens de suicide par territoire de CLSC sont présentés dans l'annexe 1.

1.5 Répartition des suicides selon les moyens utilisés

À Montréal comme dans l'ensemble du Québec, environ la moitié des décès par suicide, sont réalisés par pendaison. L'auto-intoxication à l'aide de médicaments ou de drogues arrive au deuxième rang des méthodes utilisées (figure 13). Parmi les autres moyens utilisés, la proportion de suicides par saut dans le vide ou en se couchant devant un objet en mouvement est environ trois fois plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec. Par contre, les suicides par armes à feu sont plus courants dans le reste du Québec qu'à Montréal.

Figure 13

Répartition des suicides selon le moyen utilisé, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2010 à 2014



(+) Proportion plus élevée que celle du reste du Québec.

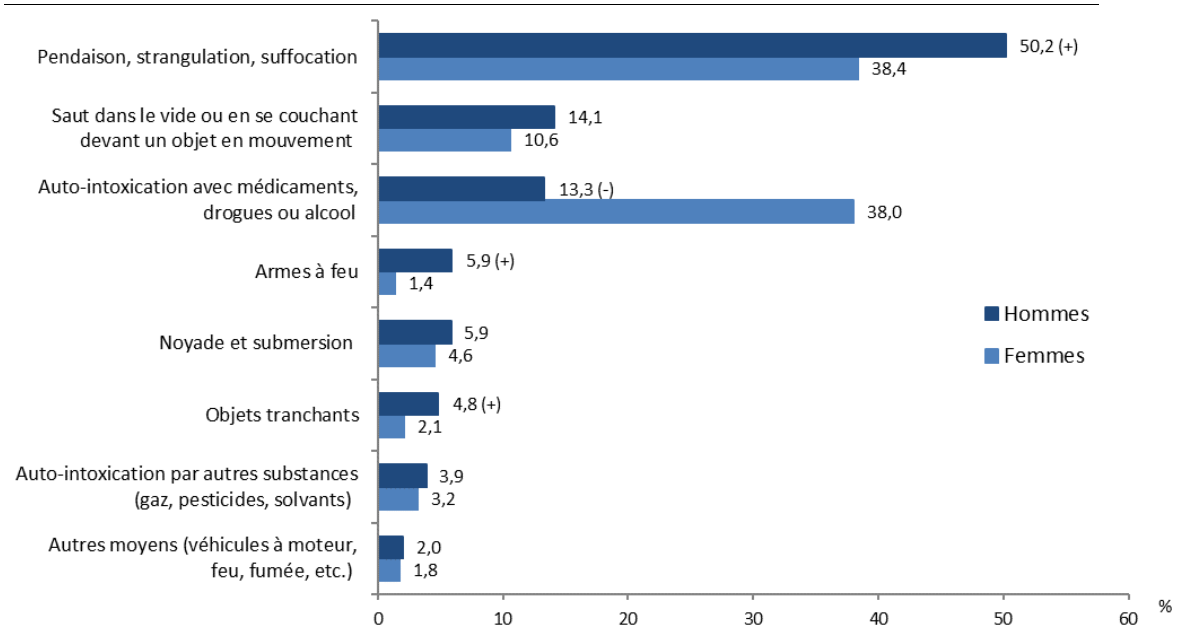
(-) Proportion plus faible que celle du reste du Québec.

Source: Fichier des décès (MSSS), compilation de la DRSP du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Chez les hommes, le moyen le plus fréquemment utilisé pour se suicider est la pendaison (50 %). Pour ce qui est des femmes, les moyens les plus utilisés sont, dans des proportions égales, les médicaments, drogues ou alcool (38 %) et la pendaison (38 %). L'utilisation d'armes à feu ou d'objets tranchants est par contre moins courante chez les femmes (figure 14).

Figure 14

Répartition des suicides selon le moyen utilisé et le sexe, Montréal, 2010 à 2014



(+) Proportion plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

(-) Proportion plus faible chez les hommes que chez les femmes.

Source: Fichier des décès (MSSS), compilation de la DRSP du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Mortalité par suicide et lésions auto-infligées

Source :

Les taux de mortalité par suicide présentés pour certaines grandes villes canadiennes proviennent de Statistiques Canada (CANSIM, tableau 102-4313, période 2010-2012).

Les autres données sur le suicide ont été compilées par l'Infocentre de l'Institut national de santé publique (INSPQ), à partir du Fichier des décès (RED/D) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et des Estimations et projections démographiques du MSSSⁿ.

Méthode de calcul des taux :

(Nombre de décès par suicide au cours d'une période donnée / Population moyenne pour cette même période) x 100 000.

Particularités :

Dans le Fichier des décès, ceux-ci sont enregistrés selon la cause initiale du décès, soit "la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès"^o. Les décès par suicide correspondent à des codes de diagnostics déterminés par le système de Classification internationale des maladies (CIM)^p. Les codes de la CIM-9 ont été utilisés de 1979 à 1999 (E950-E959), alors que depuis l'an 2000 on utilise les codes de la CIM-10 (X60-X84, Y87.0)ⁿ. Bien que la terminologie diffère entre la CIM-9 et la CIM-10, le suicide réfère dans les deux cas aux décès par "Lésions auto-infligées". Ainsi, le caractère intentionnel de l'acte ayant causé le décès doit être établi pour que ce diagnostic soit posé.

Le passage de la CIM-9 à la CIM-10 n'aurait pas eu d'impact sur les séries temporelles de données relatives au suicide^q.

Dans les cas d'aide médicale à mourir (suicide assisté), les décès sont classés selon la maladie qui a motivé la demande d'aide et non comme des suicides.

Limites :

En cas d'incertitude quant à l'intention de l'acte ayant causé la mort (ex. : décès causé par une surdose de médicaments), le coroner ou le médecin légiste peut indiquer que l'intention est *indéterminée*. L'attribution de ce type de diagnostic peut toutefois entraîner une sous-estimation du phénomène du suicide, car cette catégorie n'est pas incluse dans les taux de mortalité par suicide.

Une étude pancanadienne a démontré que la fréquence d'utilisation des codes de décès par lésions dont l'intention est indéterminée diffère selon les provinces (ex. : elle serait moins fréquente au Québec). Cette situation pourrait affecter les comparaisons interprovinciales^f. Les résultats des comparaisons entre les villes de différentes provinces devraient donc être interprétés avec prudence.

Les données issues du Fichier des décès offrent peu de possibilité de croisement avec des caractéristiques sociodémographiques (ex. : langue, lieu de naissance) ou de santé (ex. : consultations médicales).

Répartition des suicides selon les moyens utilisés

Source :

Compilation par la Direction régionale de santé publique (DRSP) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à partir du Fichier des décès.

Méthode de calcul des proportions :

(Nombre de personnes qui se sont suicidées en utilisant un moyen donné, au cours d'une période donnée / Nombre total de personnes qui se sont suicidées au cours de cette même période) x 100

Particularités :

Les regroupements de moyens utilisés pour se suicider ont été réalisés à la DRSP de Montréal. Certains moyens sont mentionnés parce qu'ils correspondent à des catégories de diagnostics, mais ils sont dans les faits très peu utilisés (ex. : utilisation d'objets contondants).

Limites :

Pour certains moyens, il peut être plus difficile de déterminer l'intention suicidaire derrière le geste posé (ex. : suicide au moyen d'un véhicule motorisé), ce qui peut mener à une sous-estimation du nombre de suicides.

Pour les suicides réalisés au moyen de médicaments, drogues ou alcool, il n'est pas possible, dans le Fichier des décès, de distinguer les drogues de rue des médicaments prescrits.

2. HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE

"Ce que l'on identifie comme étant des tentatives de suicide sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort."

(Mishara et Tousignant, 2004)⁵

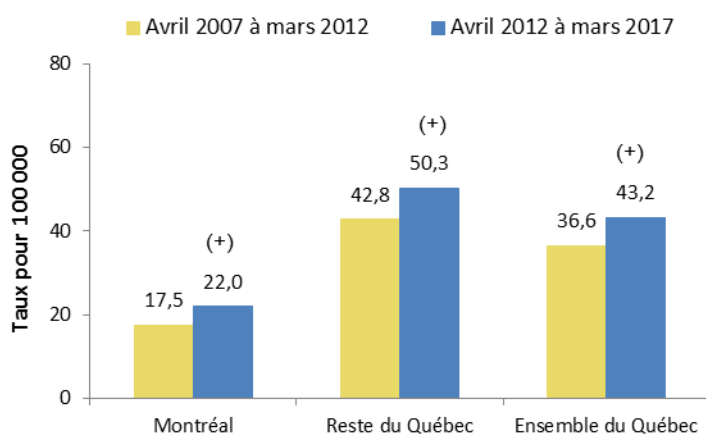
2.1 Situation montréalaise

À Montréal comme dans l'ensemble du Québec, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmente légèrement entre la période de 2007-2012³ et celle de 2012-2017⁴. Néanmoins, lors de ces deux périodes, les taux montréalais représentent moins de la moitié des taux enregistrés dans le reste du Québec (figure 15). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cet état de situation. Par exemple, il pourrait être suggéré qu'il y a moins de tentatives de suicide à Montréal ou encore que la tendance à hospitaliser une personne à la suite d'une tentative de suicide est moins courante dans la région étant donné le grand nombre de ressources dans la communauté.

Au cours de la période de 2012 à 2017, le taux d'hospitalisation des Montréalais pour tentative de suicide est de 22 pour 100 000 personnes, soit en moyenne 417 hospitalisations par année (tableau 1).

Figure 15

Évolution du taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



(+) Taux plus élevé qu'en 2007-2012.

Autre résultat : Taux plus faible à Montréal que dans le reste du Québec lors des deux périodes.

Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

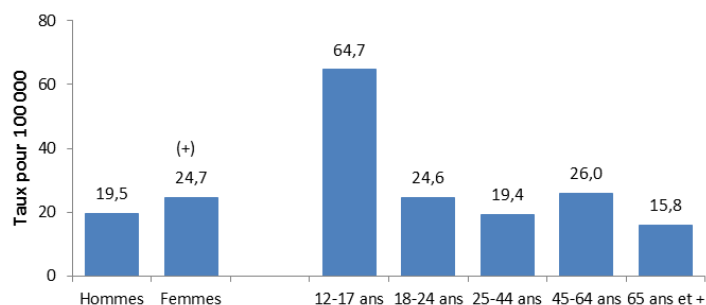
³ D'avril 2007 à mars 2012.

⁴ D'avril 2012 à mars 2017.

2.2 Caractéristiques associées aux hospitalisations pour tentative de suicide

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Parallèlement, on observe d'importantes différences selon les groupes d'âge. Ainsi, les 12-17 ans se démarquent par un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide de 2 à 4 fois plus élevé que chez les autres groupes d'âge (figure 16).

Figure 16
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, avril 2012 à mars 2017



Les taux selon le sexe sont ajustés.

(+) Taux plus élevé que chez les hommes.

Autres résultats : Taux plus élevé chez les 12-17 ans que chez les autres groupes d'âge.

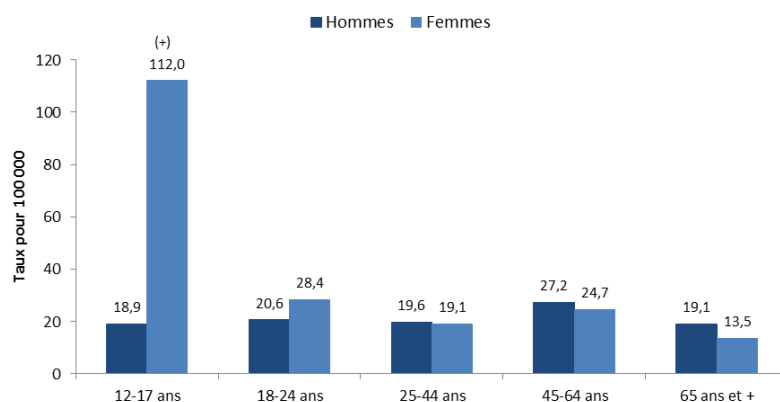
Taux plus faible chez les 25-44 ans que chez les autres (sauf celui des 65 ans et plus).

Taux plus faible chez les 65 ans que chez les autres (sauf celui des 25-44 ans).

Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Les résultats selon le sexe par groupe d'âge révèlent un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevé chez les jeunes filles de 12 à 17 ans (112 pour 100 000). En effet, ce taux est plus de cinq fois supérieur à celui des garçons du même groupe d'âge (19 pour 100 000). Pour les autres groupes d'âge, on ne détecte pas de différence significative entre les hommes et les femmes (figure 17).

Figure 17
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe par groupe d'âge, Montréal, avril 2012 à mars 2017



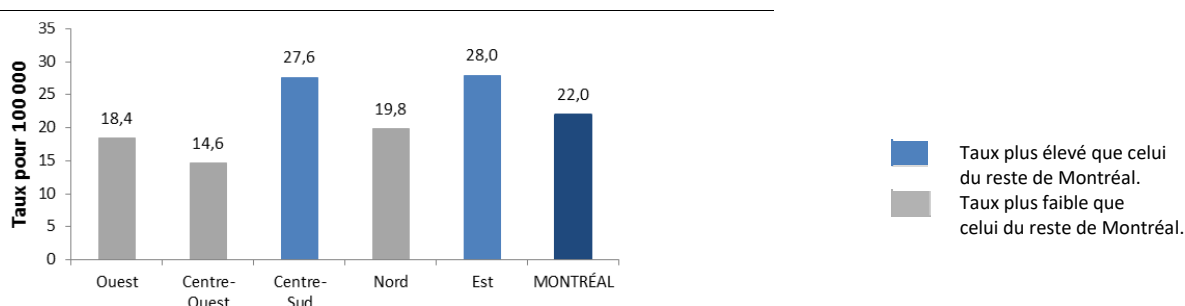
(+) Taux plus élevé que chez les hommes du même groupe d'âge.

Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

2.3 Hospitalisations selon les territoires de résidence à Montréal

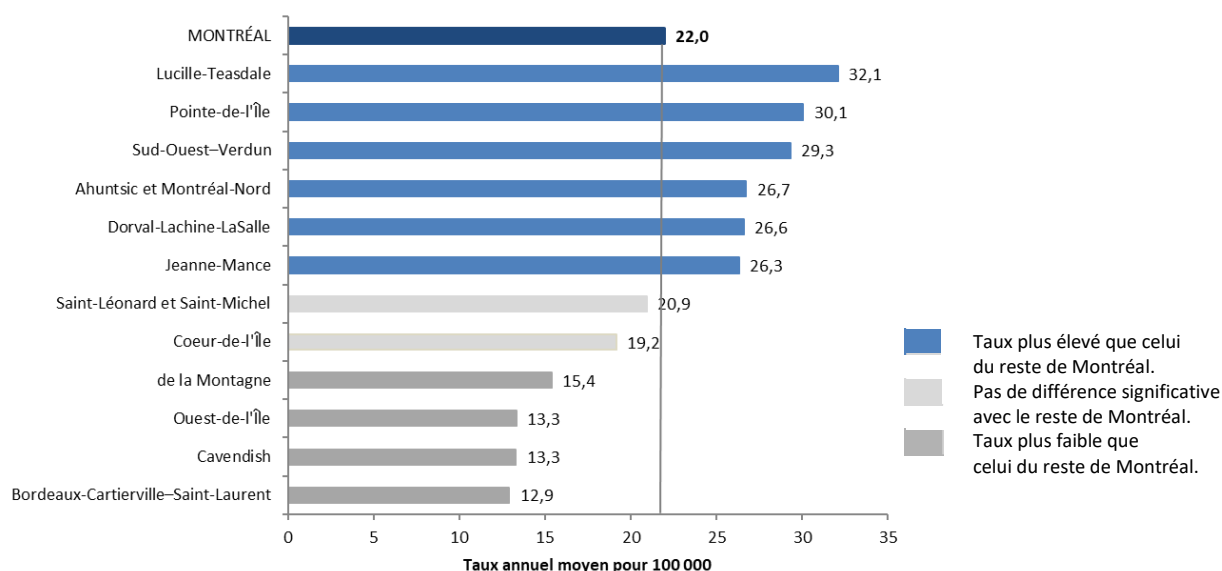
Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide diffèrent selon les secteurs de résidence sur l'île de Montréal. Ces taux se révèlent plus élevés dans les territoires des CIUSSS de l'Est et du Centre-Sud (figure 18). Les écarts apparaissent encore plus marqués lorsqu'ils sont examinés à l'échelle des RLS (CSSS) et des territoires de CLSC. Ainsi, le RLS (CSSS) Lucille-Teasdale présente un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide environ deux fois et demie plus élevé que celui du territoire de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent (figure 19). Enfin, les territoires de CLSC affichent des taux variant de 8 à 40 pour 100 000 (figure 20). Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence, compte tenu que la décision d'hospitaliser ou non un patient semble aussi influencée par des facteurs externes qui relèvent notamment du mode d'organisation des services dans les territoires.

Figure 18
Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, RTS (CIUSSS) de Montréal, avril 2012 à mars 2017



Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

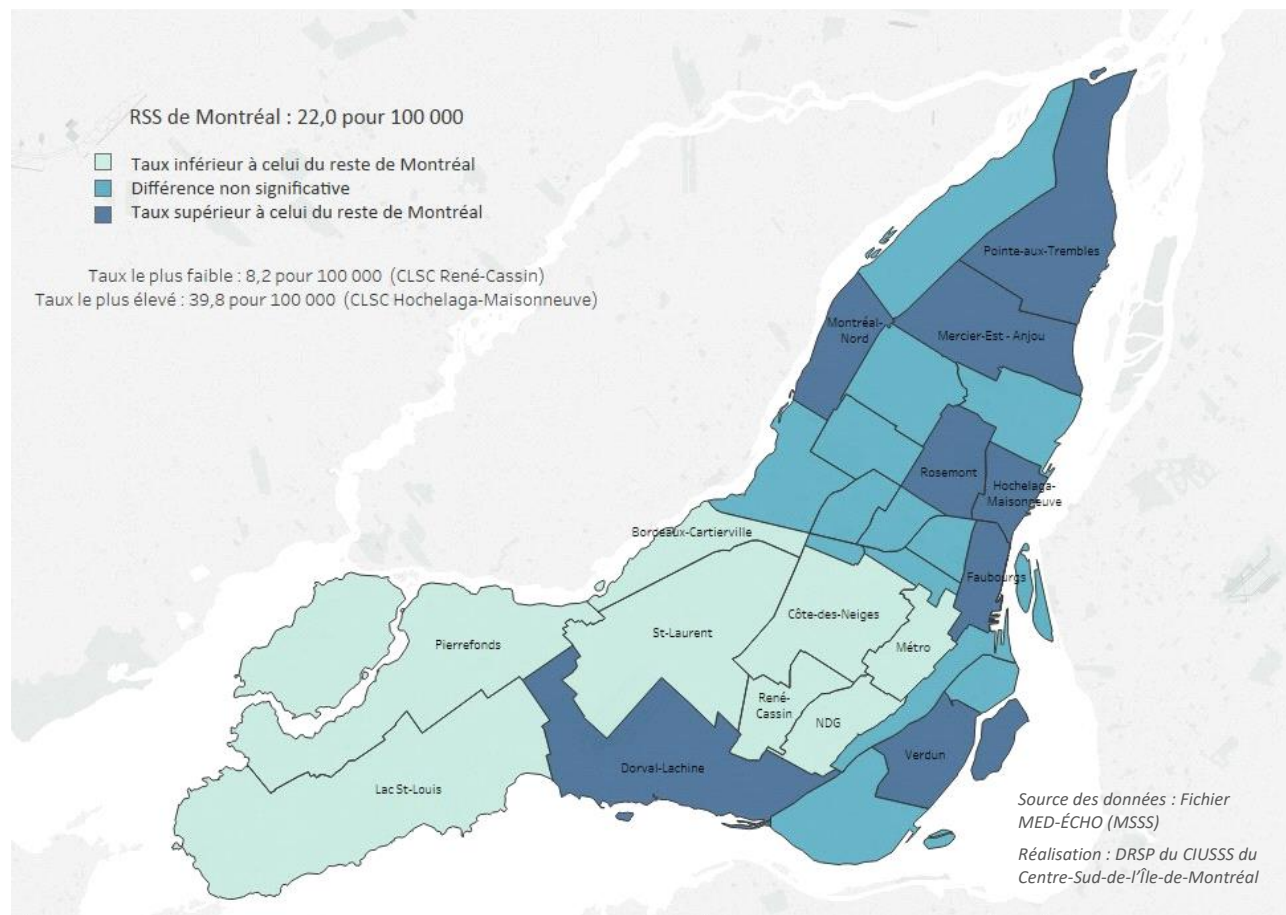
Figure 19
Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, RLS (CSSS) de Montréal, avril 2012 à mars 2017



Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

Figure 20

Taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide, sexes réunis, CLSC de Montréal, avril 2012 à mars 2017



Notes : Sur cette carte, les noms des territoires de CLSC sont indiqués pour ceux qui présentent un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide significativement plus élevé ou plus faible que la valeur régionale. Pour identifier les autres territoires de CLSC, se référer à la carte en annexe 2.

Hospitalisations pour tentative de suicide

Source :

La compilation des données sur les hospitalisations pour tentative de suicide a été effectuée par l'Infocentre de l'INSPQ, à partir du fichier du Système Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO) et de la Base de données sur les congés des patients^t.

Méthode de calcul des taux :

(Nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tentative de suicide au cours d'une période donnée / Population moyenne pour cette même période) x 100 000.

Particularités :

Le système MED-ÉCHO emploie les mêmes codes CIM que le Fichier des décès. Ainsi, les hospitalisations pour tentative de suicide réfèrent aux cas dont le diagnostic principal inscrit dans MED-ÉCHO relève de la catégorie des lésions auto-infligées (E950-E959 de la CIM-9 et codes X60-X84, Y87.0 de la CIM-10). Les données d'hospitalisation sont produites par année financière, du 1 avril d'une année donnée au 31 mars de l'année suivante. Les taux et les nombres représentent des hospitalisations et non des individus. Ainsi, pour une personne hospitalisée deux fois au cours d'une même année, on compte deux enregistrements dans le fichier des hospitalisations. Enfin, les données sur les hospitalisations selon les territoires géographiques font référence au lieu de résidence des personnes hospitalisées (ex : régions sociosanitaires, RLS) et non au lieu d'hospitalisation.

Limites :

Les données relatives aux hospitalisations doivent être interprétées avec beaucoup de prudence lorsqu'elles sont utilisées pour évaluer la prévalence d'un problème de santé dans la population. En effet, la décision d'hospitaliser un patient dépend de son état de santé, mais aussi d'autres facteurs, tels que la disponibilité de lits et de ressources, les pratiques médicales, le mode d'organisation des services, l'accessibilité physique aux ressources permettant un suivi à l'externe, etc. Or ces facteurs sont susceptibles de varier dans le temps et selon le territoire^t.

Selon une étude^u, les nombres d'hospitalisations associées à un diagnostic de tentative de suicide sous-estimeraient largement les nombres réels d'hospitalisations pour tentative de suicide. En effet, seulement 46 % des tentatives de suicides seraient identifiés comme telles dans MED-ÉCHO.

Une modification des règles de codage des tentatives de suicide adoptée en 2009 pourrait avoir mené à une augmentation du nombre de cas enregistrés dans MED-ÉCHO à partir de l'année 2009-2010. Cette modification pourrait affecter les comparaisons temporelles^v.

De manière plus générale, il faut souligner que les hospitalisations pour tentative de suicide constituent des mesures indirectes du phénomène puisque les tentatives n'entraînent pas nécessairement une hospitalisation. Les données d'enquête présentées plus loin dans ce document (tentatives autodéclarées) sont une autre illustration du phénomène.

Pour toutes ces raisons, les données d'hospitalisations pour tentative de suicide et plus particulièrement celles impliquant des comparaisons temporelles et géographiques doivent être interprétées avec beaucoup de prudence.

3. TENTATIVES DE SUICIDE AUTODÉCLARÉES DANS UN CONTEXTE D'ENQUÊTE⁵

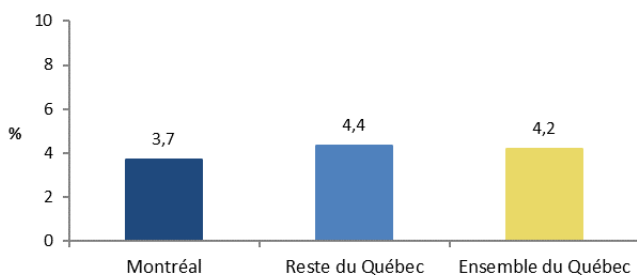
3.1 Tentatives de suicide au cours de la vie

3.1.1 Situation montréalaise

Dans le cadre de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2014-2015, près de 4 % des Montréalais de 15 ans et plus déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, soit une proportion similaire à celle observée dans le reste du Québec (figure 21).

Figure 21

Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015



Pas de différence significative entre Montréal et le reste du Québec.

Source: EQSP, 2014-2015.

3.1.2 Caractéristiques associées aux tentatives de suicide au cours de la vie

À Montréal comme dans l'ensemble du Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Parallèlement, les données pour le Québec montrent que les personnes âgées de 65 ans et plus sont moins susceptibles que celles des groupes plus jeunes à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Les données montréalaises ne permettent toutefois pas de détecter d'écart selon l'âge (figure 22a)⁶

Caractéristiques étudiées en lien avec les tentatives de suicide au cours de la vie

Il est peu pertinent d'étudier les tentatives de suicide au cours de la vie en lien avec des caractéristiques contemporaines susceptibles de se modifier dans le temps (ex.: défavorisation du milieu de résidence, statut d'emploi, composition du ménage). Le nombre de caractéristiques examinées en relation avec cet indicateur est donc limité. L'indicateur est néanmoins présenté selon l'âge des répondants car il s'agit d'une information sociodémographique de base, qui pourrait aussi suggérer certains effets de cohorte.

Les remarques précédentes s'appliquent également à l'étude des idéations suicidaires au cours de la vie (section 4.1.2).

⁵ Les résultats présentés sont basés sur les réponses fournies par les participants dans le cadre l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP, 2014-2015), réalisée par l'Institut national de santé publique pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. Au total, 4 622 Montréalais âgés de 15 ans et plus ont participé à l'étude.

⁶ Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon d'enquête, il n'est pas possible de présenter des résultats selon le sexe par groupe d'âge.

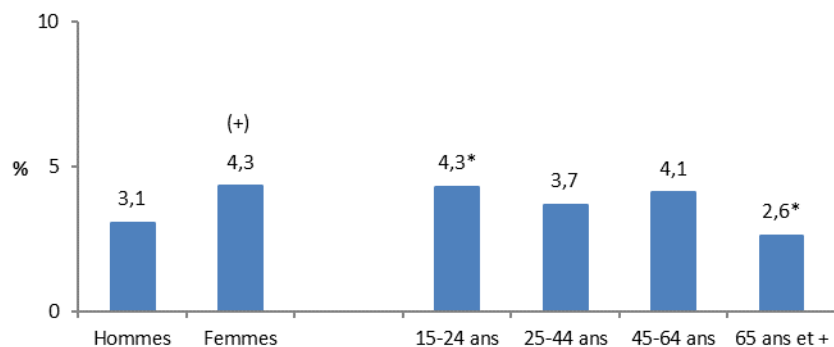
Les résidents de Montréal nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les personnes immigrantes à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (figure 22b). Ce phénomène est aussi observé dans l'ensemble du Québec.

Plus de 4 % des Montréalais qui déclarent parler au moins le français à la maison auraient tenté de se suicider au cours de leur vie, comparativement à 3 % chez ceux qui parlent au moins l'anglais mais pas le français et à 2 % chez ceux qui n'utilisent ni le français, ni l'anglais à la maison (figure 22c). En raison du nombre limité de participants à l'enquête, cet écart n'est pas significatif pour la région de Montréal. Toutefois, dans l'ensemble du Québec, les personnes parlant au moins le français à la maison sont significativement plus nombreuses, en proportion, à avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, comparativement à celles des deux autres groupes.

Figures 22a à 22c

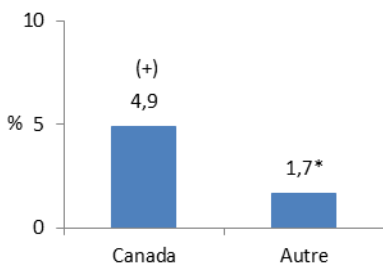
Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal, 2014-2015

a) Sexe et groupe d'âge



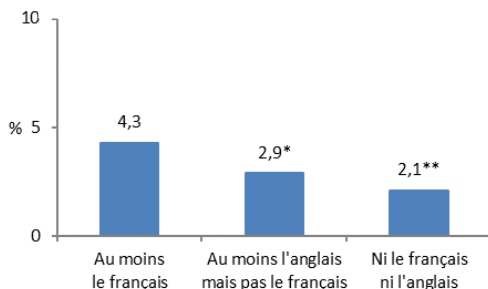
(+) Proportion plus élevée que chez les hommes.
Pas de différence significative selon le groupe d'âge.

b) Lieu de naissance



(+) Proportion plus élevée que pour la catégorie Autre

c) Langue parlée à la maison



Pas de différence significative selon la langue.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

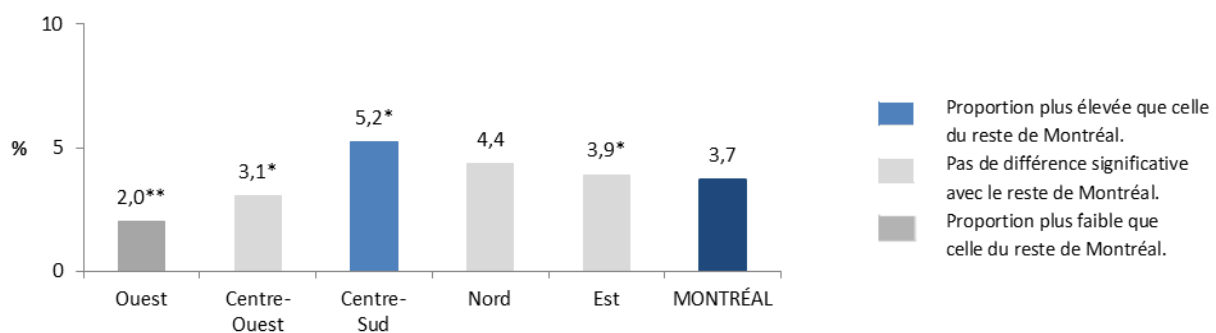
Source: EQSP, 2014-2015

3.1.3. Disparités selon les territoires de résidence à Montréal⁷

Le territoire du CIUSSS du Centre-Sud se démarque du reste de Montréal avec une proportion plus élevée (5 %) de personnes qui affirment avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. À l’opposé, on retrouve le CIUSSS de l’Ouest avec une proportion plus faible (2 %) (figure 23).

Compte tenu de la petite taille de l’échantillon d’enquête et de la faible prévalence associée à l’indicateur, il n’est pas possible de présenter des résultats selon des découpages géographiques plus fins (RLS, CLSC).

Figure 23
Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source: EQSP, 2014-2015.

3.2 Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois

Selon les estimations de l'EQSP, environ 6 300 Montréalais, soit environ 0,4 %⁸ de la population de 15 ans et plus, auraient tenté de s'enlever la vie au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 1). Cette proportion serait similaire à celle évaluée pour le reste du Québec (0,4 %). Rappelons que le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tentative de suicide est de 417 à Montréal, soit un nombre nettement plus faible que pour les tentatives autodéclarées. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que ce sont les cas les plus lourds qui entraînent une hospitalisation.

Compte tenu du nombre limité de participants à l'enquête et de la faible prévalence associée au phénomène, il n'a pas été possible d'étudier plus finement les résultats pour Montréal. Toutefois, les résultats pour l'ensemble du Québec indiquent que certaines personnes sont plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, notamment les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes peu scolarisées et celles ayant un faible revenu. Les étudiants et les personnes sans emploi sont également plus nombreux, en proportion, que les travailleurs et les personnes retraitées à indiquer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Enfin, les personnes

⁷ Territoire de résidence des répondants.

⁸ La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif (coefficient de variation supérieur à 25 %)

insatisfaites de leur vie sociale, celles qui perçoivent leur état de santé comme étant passable ou mauvais ainsi que celles qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont aussi plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Par contre, on ne détecte pas de lien entre cet indicateur et la défavorisation matérielle ou sociale du milieu de résidence, le lieu de naissance, la langue parlée à la maison et la composition du ménage.

Parmi les Montréalais qui déclarent avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois, environ le tiers (33 %)⁹ indiquent avoir été conduits ou s'être présentés à l'urgence à la suite de leur tentative de suicide. Dans l'ensemble du Québec, cette proportion est de 43 %.

Tentatives de suicide autodéclarées

Source :

Les résultats sur les tentatives de suicide autodéclarées ont été compilés par l'Infocentre de l'INSPQ à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015^w x.

Méthode de calcul des proportions :

(Population de 15 ans et plus, vivant dans un logement non institutionnel et ayant tenté de se suicider au cours de sa vie / Population de 15 ans et plus, vivant dans un logement non institutionnel) x 100.

Variante : *Au cours des 12 derniers mois* en remplacement de *Au cours de la vie*

Particularités :

L'EQSP a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés des différentes régions du Québec, excluant celle du Nunavik. Elle porte sur plusieurs aspects de la santé physique et psychologique. Au total, 4 622 Montréalais âgés de 15 ans et plus ont participé à cette étude.

Dans l'EQSP, les informations sur les tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois sont recueillies à l'aide des questions suivantes :

Q. 1 Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous enlever la vie?

Q. 2 Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

Limites :

Les données recueillies dans le cadre de l'EQSP sont basées sur l'autodéclaration, une méthode pouvant entraîner un biais de désirabilité sociale ou de rappel et ainsi mener à une sous-estimation des comportements étudiés^y.

L'indicateur concernant les tentatives de suicide au cours de la vie se prête moins aux analyses impliquant des caractéristiques personnelles qui changent dans le temps (âge, revenu, scolarité)^w.

Le nombre limité de participants à l'échelle de Montréal et la faible prévalence associée aux phénomènes étudiés affectent la validité des résultats sur les tentatives de suicide au cours de la vie, mais plus particulièrement ceux se rapportant aux tentatives au cours des 12 derniers mois (non présentés).

⁹ La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif (coefficient de variation supérieur à 25 %).

4. IDÉATIONS SUICIDAIRES AUTODÉCLARÉES DANS UN CONTEXTE D'ENQUÊTE^{10 11}

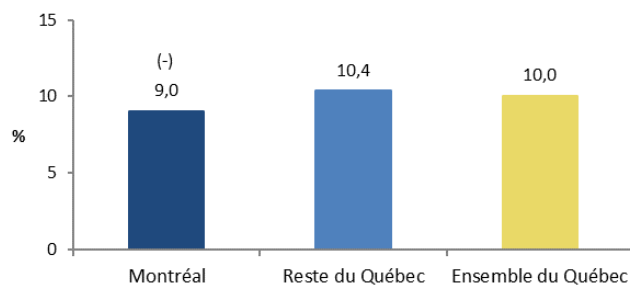
"Les idéations suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Les recherches indiquent que ce sont les idéations "sérieuses" qui sont davantage associées au risque de tentative de suicide et de suicide."
(Mishara, 2018)^h

4.1 Idéations suicidaires au cours de la vie

4.1.1 Situation montréalaise

À Montréal, 9 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir sérieusement songé au suicide au cours de sa vie, soit une proportion légèrement plus faible que celle observée dans le reste du Québec (10 %) (figure 24).

Figure 24
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015



(-) Proportion plus faible que celle du reste du Québec.
Source: EQSP, 2014-2015.

4.1.2 Caractéristiques associées aux idéations suicidaires au cours de la vie

La proportion de Montréalais affirmant avoir sérieusement songé au suicide au cours de leur vie est moins élevée parmi les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement aux groupes de personnes plus jeunes (figure 25a)¹².

¹⁰ Idéations suicidaires sérieuses.

¹¹ Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015.

¹² Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon d'enquête, il n'est pas possible de présenter des résultats selon le sexe par groupe d'âge.

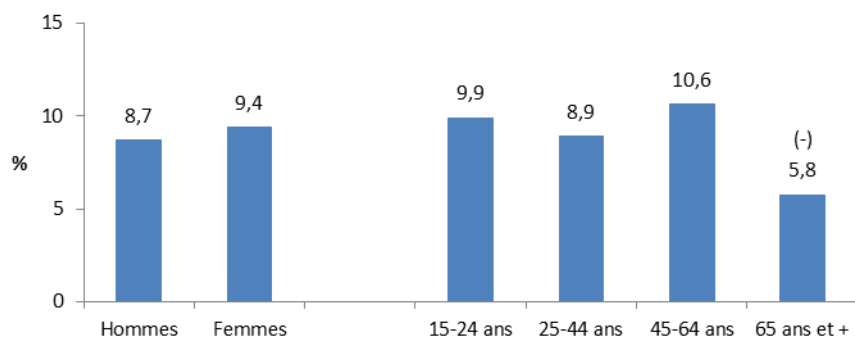
Les résidents de Montréal nés au Canada sont proportionnellement plus nombreux que ceux nés à l'extérieur du Canada à affirmer avoir eu des idéations suicidaires au cours de leur vie (figure 25b). Ce phénomène est aussi noté dans l'ensemble du Québec.

La proportion de personnes qui déclarent avoir sérieusement songé au suicide au cours de leur vie est significativement plus élevée chez celles qui parlent au moins le français à la maison, comparativement à celles qui parlent au moins l'anglais mais pas le français et celles qui ne parlent ni le français, ni l'anglais (figure 25c). Ces constats s'appliquent à la région de Montréal comme à l'ensemble du Québec.

Figures 25a à 25c

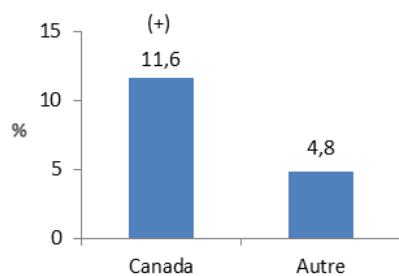
Proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours de sa vie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal, 2014-2015

a) Sexe et groupe d'âge



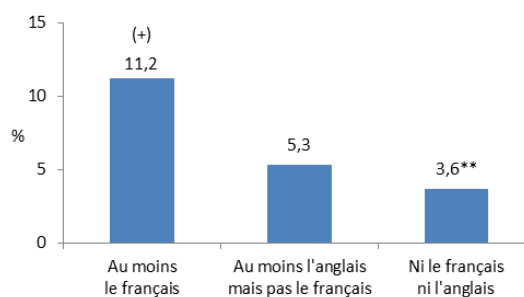
(-) Proportion plus faible que pour les autres groupes d'âge.
Pas de différence significative selon le sexe.

b) Lieu de naissance



(+) Proportion plus élevée que pour la catégorie Autre.

c) Langue parlée à la maison



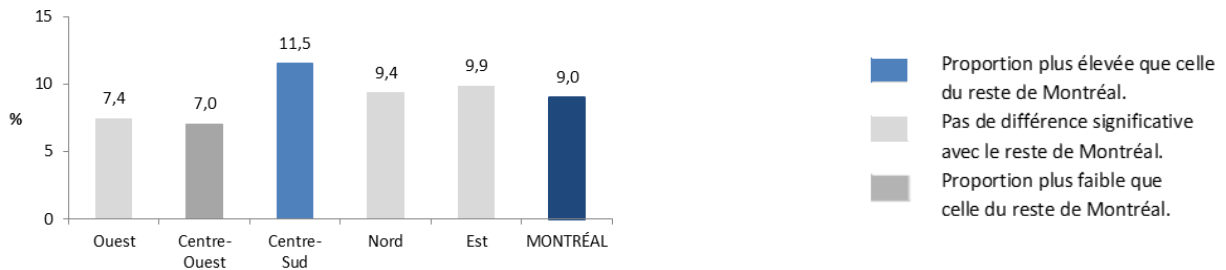
(+) Proportion plus élevée que pour les autres langues.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif
Source: EQSP, 2014-2015.

4.1.3 Disparités selon les territoires de résidence à Montréal¹³

Le territoire du CIUSSS du Centre-Sud compte une proportion plus élevée de personnes qui auraient sérieusement songé au suicide au cours de leur vie, comparativement au reste de Montréal. À l'opposé, le CIUSSS du Centre-Ouest affiche une proportion plus faible (figure 26).

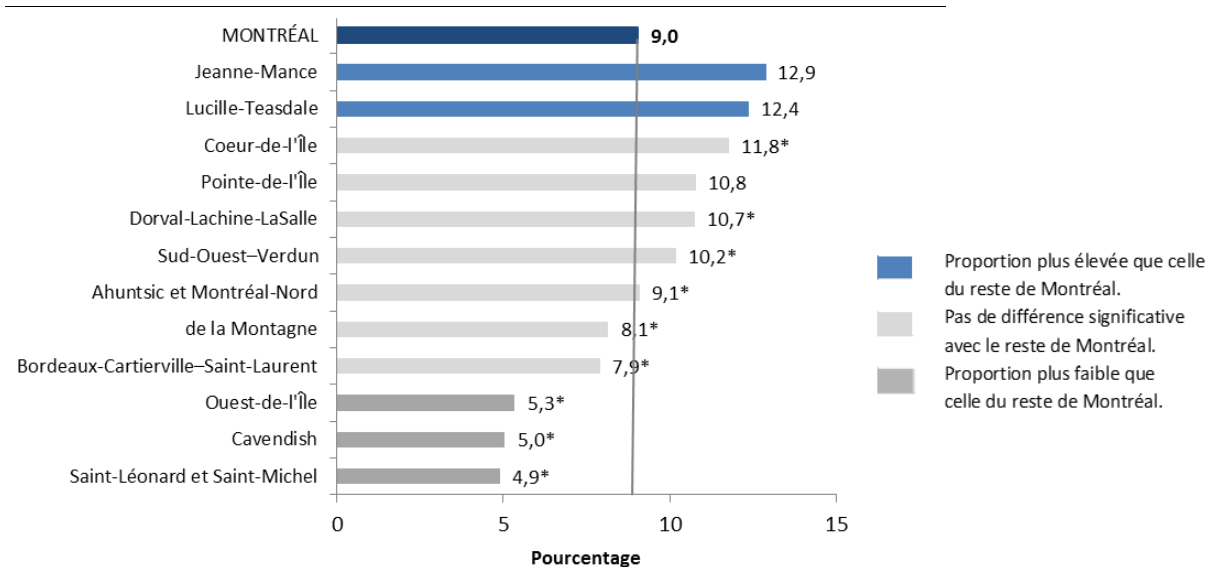
Figure 26
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015



Source: EQSP, 2014-2015.

Selon les territoires de RLS (CSSS), la proportion de personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie varie de 5 % à 13 %. Les RLS (CSSS) Jeanne-Mance et Lucille-Teasdale se distinguent du reste de Montréal par des proportions plus élevées. À l'opposé, trois territoires de RLS (CSSS) présentent une situation plus favorable que le reste de la région pour cet indicateur (figure 27).

Figure 27
Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, RLS (CSSS) de Montréal, 2014-2015



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source: EQSP, 2014-2015.

¹³ Territoire de résidence des répondants.

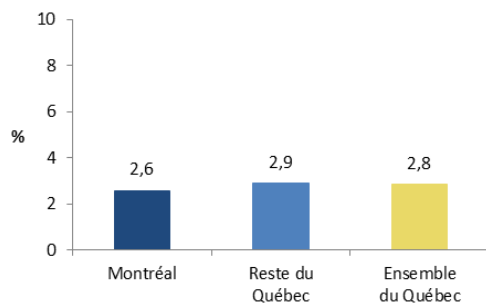
4.2 Idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois

4.2.1 Situation montréalaise

Selon les résultats de l'EQSP (2014-2015), 41 900 Montréalais, soit près de 3 % de la population âgée de 15 ans et plus, auraient songé sérieusement au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau1). Cette proportion ne diffère pas significativement de celle observée dans le reste du Québec (figure 28).

Figure 28

Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015



Pas de différence significative entre Montréal et le reste du Québec.

Source: EQSP, 2014-2015.

Pertinence de l'étude des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois

L'étude des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois permet d'établir la prévalence de ces idéations sur la base d'une année, comme c'est aussi le cas pour les données sur la mortalité par suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide, qui sont présentées en termes de taux annuels moyens. Par ailleurs, cet indicateur présente l'avantage de pouvoir être mis en relation avec des caractéristiques contemporaines (ex.: occupation, composition du ménage), ce qui n'est pas le cas lorsque l'on étudie les tentatives de suicide ou les idéations suicidaires au cours de la vie.

4.2.2 Caractéristiques associées aux idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois

À Montréal, les hommes et les femmes sont aussi nombreux, en proportion, à avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (figure 29a). La proportion de Montréalais qui rapportent avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans que chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 65 ans (figure 29a)¹⁴.

Parmi les autres caractéristiques sociodémographiques associées aux idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, on identifie : le fait d'être né au Canada, de vivre dans un milieu défavorisé socialement et de vivre seul plutôt qu'en couple. Les étudiants et les personnes sans emploi sont proportionnellement plus nombreux que les personnes retraitées à avoir eu des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois. Par contre, les analyses ne révèlent pas de différence significative selon la défavorisation matérielle, la mesure de faible revenu et la scolarité (figures 29b à 29g).

Les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois sont également associées à l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale, à un état de santé perçu comme défavorable et à un niveau élevé de détresse psychologique (figures 29h à 29j). En effet, la proportion de personnes ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois apparaît nettement plus élevée chez les personnes insatisfaites de leur vie sociale, comparativement à celles se disant très satisfaites, et clairement supérieure chez les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à celles affichant un niveau faible ou moyen. De plus, les personnes qui jugent leur état de santé comme étant passable ou mauvais sont, en proportion, beaucoup plus nombreuses à déclarer avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, comparativement à celles qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé.

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

La satisfaction à l'égard de sa vie sociale est mesurée dans l'EQSP à l'aide de la question suivante:

"En général comment trouvez-vous votre vie sociale, c'est-à-dire vos relations avec les gens qui vous entourent (parents, amis, connaissances)? "

L'échelle de réponse en 4 points varie de "très satisfaisante" à "très insatisfaisante". Les catégories "très insatisfaisante" et "plutôt insatisfaisante" sont ensuite regroupées pour calculer la proportion de personnes insatisfaites de leur vie sociale.

État de santé perçu

Dans le questionnaire d'enquête (EQSP, 2014-2015), le participant indique comment il perçoit son état de santé, en répondant à la question suivante :

"Pour commencer, en général, diriez-vous que votre santé est: "excellente", "très bonne", "bonne", "passable" ou "mauvaise"?"

Pour créer une variable en trois catégories, les deux premiers choix de réponse ont été regroupés, ainsi que les deux derniers².

Détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée, dans l'EQSP, en utilisant l'échelle de Kessler^{aa}. L'instrument comprend six questions visant à déterminer le niveau de détresse psychologique au cours du dernier mois.

Exemple : "Au cours du dernier mois [...], à quelle fréquence vous êtes-vous senti désespéré(e)?"

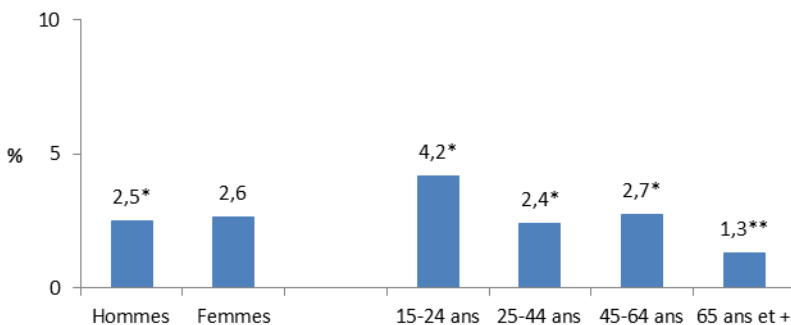
L'échelle de réponse compte 5 points, variant de "tout le temps" à "jamais". La somme du pointage aux questions permet de déterminer le niveau de détresse psychologique.

¹⁴ Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon d'enquête, il n'est pas possible de présenter des résultats selon le sexe par groupe d'âge.

Figures 29a à 29j

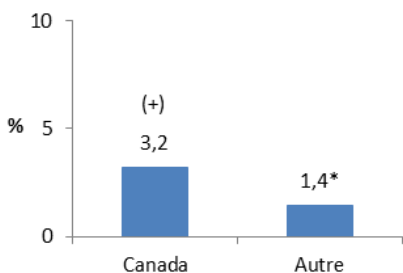
Proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, individuelles et de santé, Montréal, 2014-2015

a) Sexe et groupe d'âge



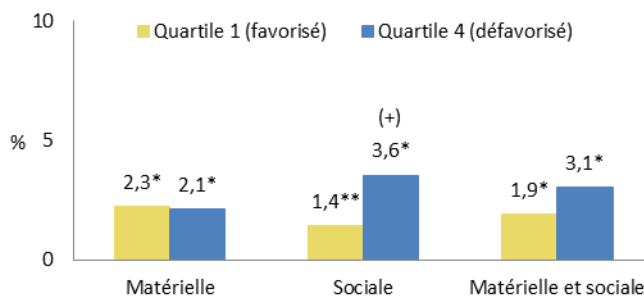
Pas de différence significative selon le sexe.
Proportion plus élevée chez les 15-24 ans que chez les 25-44 ans et les 65 ans et plus.

b) Lieu de naissance



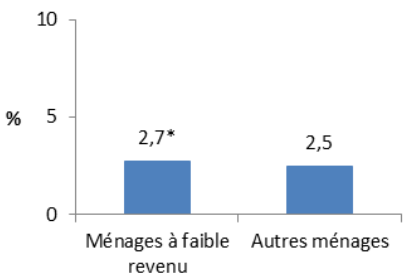
(+) Proportion plus élevée que pour la catégorie Autre.

c) Défavorisation matérielle et sociale



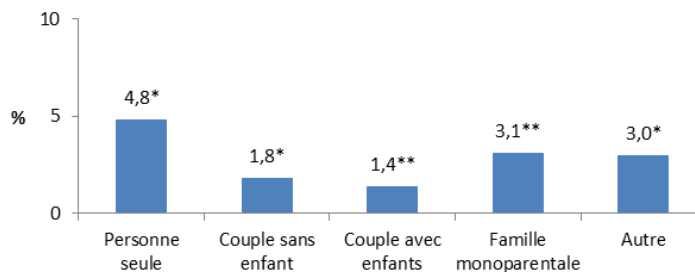
(+) Proportion plus élevée que pour le quartile plus favorisé.

d) Faible revenu



Pas de différence significative.

e) Composition du ménage



Proportion plus élevée chez les personnes seules que chez celles en couple avec ou sans enfant;
Proportion plus élevée chez les personnes d'autres types de ménage que chez celles en couple avec enfants.

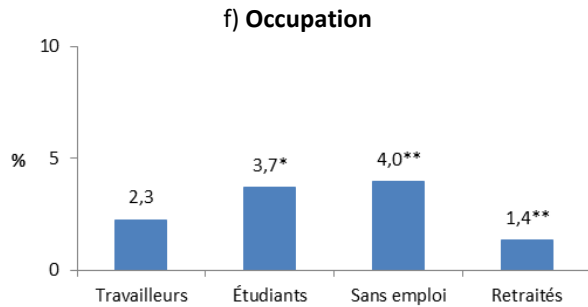
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

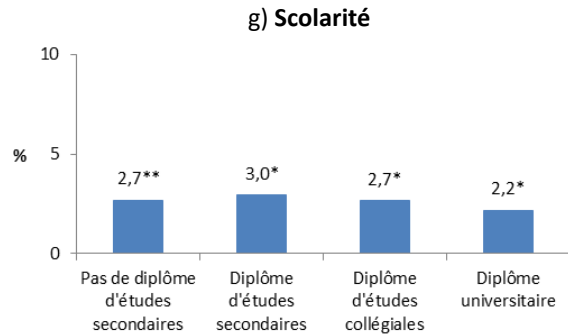
Source: EQSP, 2014-2015.

Figures 29a à 29j (suite)

Proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, individuelles et de santé, Montréal, 2014-2015

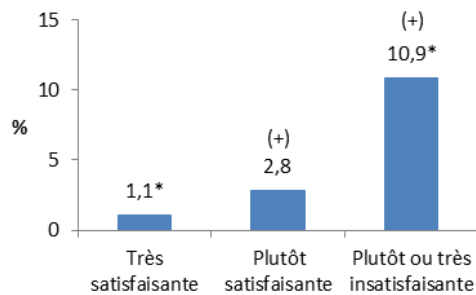


Proportion plus élevée chez les étudiants et les personnes sans emploi que chez les retraités.



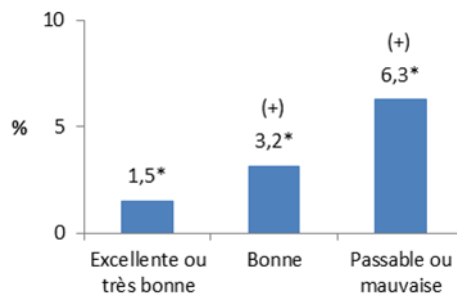
Pas de différence significative.

h) Satisfaction par rapport à sa vie sociale



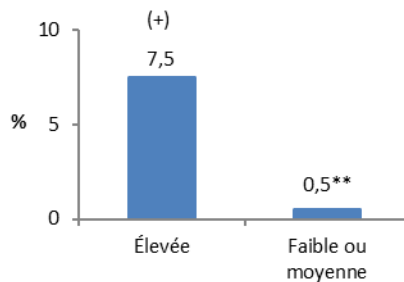
(+) Proportion plus élevée que pour la ou les catégories précédentes.

i) Santé perçue



(+) Proportion plus élevée que pour la ou les catégories précédentes.

j) Détresse psychologique



(+) Proportion plus élevée que pour la catégorie Faible ou moyenne.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

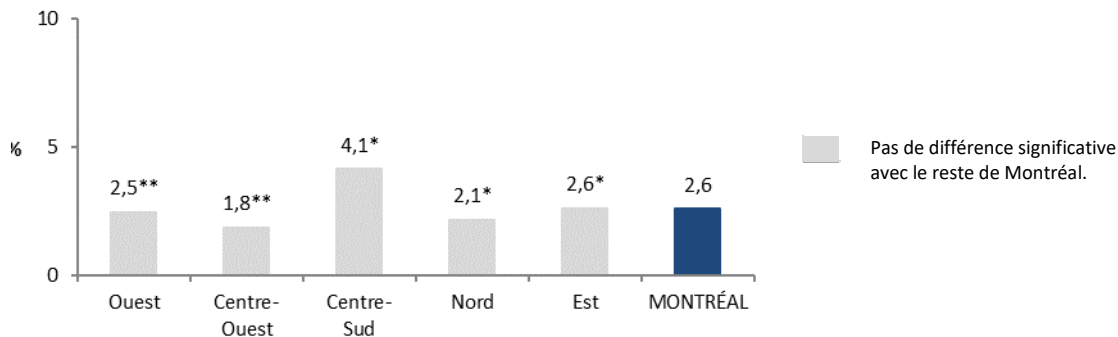
Source: EQSP, 2014-2015.

4.2.3 Disparités selon les territoires de résidence à Montréal¹⁵

Plus de 4 % des résidents du territoire du CIUSSS du Centre-Sud auraient sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à des proportions se situant autour de 2 % à 3 % dans les autres territoires de CIUSSS. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon d'enquête, les analyses ne révèlent aucune différence significative entre les territoires de CIUSSS et le reste de Montréal (figure 30). Enfin, il n'est pas possible de présenter des résultats fiables par territoire de RLS (CSSS) ou de CLSC.

Figure 30

Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, RTS (CIUSSS) de Montréal, 2014-2015



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source: EQSP, 2014-2015.

4.2.4 Utilisation de certains services en lien avec les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois

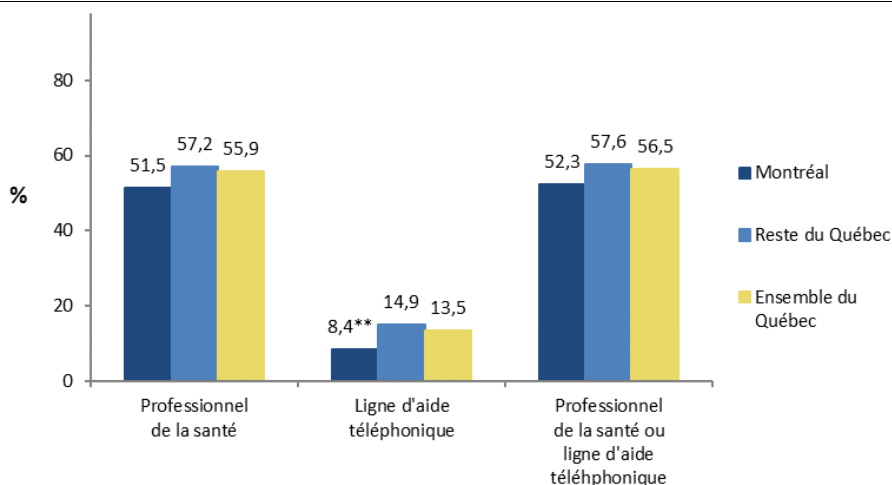
Parmi les Montréalais ayant eu des idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, plus de la moitié ont consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Parallèlement, environ une personne sur dix aurait utilisé une ligne d'aide téléphonique. Notons qu'une personne peut avoir eu recours à plus d'une forme d'aide. Les proportions observées pour les deux types de services regroupés suggèrent d'ailleurs que la presque totalité des personnes qui ont utilisé une ligne d'aide téléphonique ont aussi consulté un professionnel de la santé en lien avec leurs idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois (figure 31).

Les résultats de l'enquête ne révèlent aucune différence significative entre Montréal et le reste du Québec en ce qui concerne la proportion de personnes qui ont consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique en lien avec des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois (figure 31).

¹⁵ Territoire de résidence des répondants.

Figure 31

Proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique parmi celles ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, Montréal, reste du Québec et ensemble du Québec, 2014-2015



** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Pas de différence significative entre Montréal et le reste du Québec pour les trois indicateurs.
Source: EQSP, 2014-2015.

À l'échelle de Montréal, les analyses visant à identifier certains facteurs associés à l'utilisation de services en lien avec des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont généralement peu concluantes sur le plan statistique, compte tenu notamment de la taille limitée de l'échantillon d'enquête. Ces résultats ne sont donc pas présentés. Toutefois, notons que parmi les Montréalais ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, les personnes immigrantes seraient, en proportion, moins nombreuses (33 %) ¹⁶ que celles nées au Canada (58 %) à avoir consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à ce sujet. En ce qui concerne la région, aucune autre relation significative n'est observée entre l'utilisation de ces mêmes services et les différentes caractéristiques étudiées (ex.: sexe, âge, défavorisation matérielle et sociale, occupation, détresse psychologique).

Dans l'ensemble du Québec, on peut cependant noter que les hommes, les jeunes de 15-24 ans par rapport aux 25-64 ans et les personnes immigrantes sont moins susceptibles de recourir aux services mentionnés lorsqu'ils songent au suicide. Des tendances similaires sont observées chez les personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à celles âgées de 25 à 44 ans, et chez les personnes qui occupent un emploi temporaire, comparativement à celles qui occupent un emploi permanent ou qui sont sans emploi. Par contre, aucune différence significative n'est détectée quant à l'utilisation de services selon la langue parlée à la maison, la défavorisation matérielle ou sociale, la mesure de faible revenu, la scolarité, l'occupation, la composition du ménage et le niveau de détresse psychologique.

Enfin, les analyses par territoire de CIUSSS à Montréal ne permettent pas de conclure que la proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois diffère significativement selon le territoire de résidence (résultats non présentés).

¹⁶ La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif (coefficient de variation supérieur à 25 %).

Idéations suicidaires autodéclarées

Source :

Les résultats sur les idéations suicidaires sérieuses ont été compilés par l'Infocentre de l'INSPQ à partir des résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015^{bb cc}.

Méthode de calcul des proportions :

(Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant songé au suicide au cours de sa vie / Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel, à l'exclusion des personnes ayant déjà tenté de se suicider au cours de leur vie) x 100

Note : les personnes ayant déjà tenté de se suicider sont exclues.

Variante : *Au cours des 12 derniers mois* en remplacement de *Au cours de la vie*

Note : les personnes ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois sont exclues.

Particularités :

Dans l'EQSP, les informations sur les idéations suicidaires au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois sont recueillies à l'aide des questions suivantes :

- Q. 1 Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie?
- Q. 2 Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

Limites :

Se référer aux limites mentionnées pour les tentatives de suicide (encadré p. 24).

Utilisation de services en lien avec les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Source :

Les résultats sur l'utilisation de services en lien avec des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont été compilés par l'Infocentre de l'INSPQ à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015^{dd}.

Méthode de calcul des proportions :

(Population (...) ayant consulté un professionnel de la santé ou ayant utilisé une ligne d'aide téléphonique suite à des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois / Population (...) ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois) x 100.

Particularités :

Dans l'EQSP, les informations sur les consultations en lien avec les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois sont recueillies à l'aide des questions suivantes :

- Q. 1 Avez-vous consulté en personne ou par téléphone un professionnel de la santé suite à vos pensées suicidaires?
- Q. 2 Avez-vous utilisé une ligne d'aide téléphonique suite à vos pensées suicidaires?

Note : la définition de "professionnel de la santé" n'est pas précisée.

5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Comparativement à d'autres grandes villes canadiennes, Montréal figure parmi celles qui présentent un taux relativement plus élevé de mortalité par suicide. Toutefois, elle se situe favorablement par rapport aux différentes régions du Québec, puisqu'elle affiche le deuxième plus faible taux de suicide.

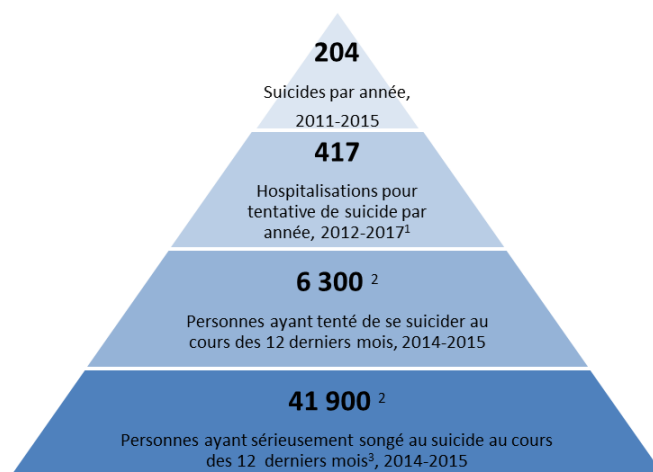
À Montréal, la mortalité par suicide touche près de trois hommes pour une femme. Parmi les hommes, ceux âgés de 45 à 64 ans présentent un risque suicidaire accru. Par contre, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est légèrement supérieur chez les femmes, et ce en raison d'un taux d'hospitalisation particulièrement élevé chez les jeunes filles de 12 à 17 ans. Par ailleurs, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à déclarer avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Dans l'ensemble du Québec on constate aussi qu'elles sont plus susceptibles de recourir à une forme d'aide lorsqu'elles ont des idées suicidaires. Enfin, la proportion de personnes qui rapportent avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie est moins élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez celles d'autres groupes d'âge.

L'ensemble des résultats par territoire de CIUSSS permet de constater que ceux du Centre-Sud et de l'Est se démarquent du reste de Montréal par un taux plus élevé de suicides et d'hospitalisations pour tentative de suicide (tableau 1). Le CIUSSS du Centre-Sud présente également une proportion plus élevée de personnes ayant tenté de se suicider et ayant sérieusement songé au suicide au cours de leur vie. À l'opposé, les CIUSSS de l'Ouest et du Centre-Ouest se situent plus favorablement que le reste de la région pour la plupart de ces indicateurs. Parallèlement, il importe de souligner que le CIUSSS de l'Est est celui qui présente le plus grand nombre de décès par suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide (tableau 1).

Comme on pouvait s'y attendre, la mortalité par suicide est un phénomène qui en recouvre plusieurs autres. Par exemple, les tentatives de suicide menant ou non à une hospitalisation constituent un phénomène d'une plus grande ampleur. Parallèlement, les enquêtes révèlent qu'un nombre encore plus grand de Montréalais auraient sérieusement songé au suicide (figure 32)^{ee}. Enfin, en toile de fond, différents facteurs sont associés à ces phénomènes, tels que la détresse psychologique, l'isolement social, les conditions de vie défavorables, etc. Il demeure que le suicide est un phénomène complexe qui résulte de plusieurs facteurs en interaction.

Figure32

Le suicide à Montréal : la pointe de l'iceberg



Note: Adaptation d'une figure présentée dans le *Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, 2016*.

Note: Les nombres présentés dans cette figure sont calculés sur la base d'une année (nombre annuel moyen ou 12 derniers mois).

¹ D'avril 2012 à mars 2017.

² Nombre estimé à partir d'informations autodéclarées par les participants à l'EQSP, 2014-2015.

³ Excluant les personnes qui ont tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Sources: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.
Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.
EQSP, 2014-2015.




Tableau 1

Synthèse des résultats sur les décès par suicide¹, les hospitalisations pour tentative de suicide² ainsi que les tentatives de suicide et les idéations suicidaires autodéclarées, au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois³, RTS (CIUSSS) de Montréal

	Ouest	Centre-Ouest	Centre-Sud	Nord	Est	MONTRÉAL
Taux ajusté ⁴ de mortalité par suicide et blessures auto-infligées, 2011-2015 (pour 100 000)	7,6	7,3	16,2	11,0	11,9	10,7
Nombre annuel moyen de décès par suicide et blessures auto-infligées, 2011-2015	27	25	47	44	61	204
Taux ajusté ⁴ d'hospitalisation pour tentative de suicide avril 2012 à mars 2017 (pour 100 000)	18,4	14,6	27,6	19,8	28,0	22,0
Nombre annuel moyen d'hospitalisation pour tentative de suicide et blessures auto-infligées, avril 2012 à mars 2017	68	50	76	81	141	417
Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie, 2014-2015	2,0 **	3,1 *	5,2 *	4,4 *	3,9 *	3,7
Nombre estimé de personnes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie, 2014-2015 ⁵	6 300	9 300	13 800	15 800	17 500	62 700
Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 ⁶	(résultats non présentés)					0,4 **
Nombre estimé de personnes ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 ⁵	(résultats non présentés)					6 300
Proportion (%) de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, 2014-2015 ⁶	7,4	7,0	11,5	9,4	9,9	9,0
Nombre estimé de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours de sa vie, 2014-2015 ⁵	22 700	20 500	28 700	32 600	42 100	146 500
Proportion (%) de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, 2014-2015	2,5 **	1,8 **	4,1 *	2,1 *	2,6 *	2,6
Nombre estimé de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 ⁵	7 400	5 300	10 600	7 500	11 100	41 900

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

	Valeur plus élevée que celle du reste de Montréal.
	Pas de différence significative avec le reste de Montréal.
	Valeur plus faible que celle du reste de Montréal.

¹ Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

² Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPQ, 2018.

³ Source: EQSP, 2014-2015.

⁴ Taux ajustés, population Québec 2011.

⁵ Nombre estimé arrondi à la centaine.

⁶ Résultats non publiables à l'échelle des CIUSSS.

CONCLUSION

Ce portrait sur le suicide à Montréal proposait de faire état des plus récentes données de surveillance en lien avec ce sujet, et de mettre en relief les tendances régionales, les caractéristiques des personnes suicidaires et les disparités selon les territoires locaux. Pour la santé publique, dont l'un des mandats est de surveiller l'état de santé de la population, la mise à jour des informations régionales sur la problématique du suicide devenait nécessaire, tant pour rendre compte de l'importance du phénomène que pour mieux orienter les interventions en prévention du suicide.

L'un des aspects intéressant de ce portrait est qu'il s'appuie sur plusieurs indicateurs et sources de données, présentés en complémentarité. Même si les différentes sources d'information sur le suicide et les phénomènes associés sont de qualité variable et comportent certaines limites, en les réunissant, elles contribuent à tracer un état de situation plus complet pour Montréal.

Les résultats présentés dans ce portrait montrent que la mortalité par suicide a diminué au cours des dernières années, tant à Montréal que dans l'ensemble du Québec. De plus, Montréal est l'une des régions présentant les plus faibles taux de suicide au Québec. Ces constats encourageants ne doivent cependant pas mener à une réduction des actions pour prévenir le suicide. En effet, il ne faudrait pas oublier que le suicide demeure une cause importante de mortalité, surpassant largement la mortalité causée par les accidents de la route par exemple. Les résultats pour la région de Montréal révèlent par ailleurs de grandes disparités selon les sous-groupes de la population et selon les territoires locaux. Ainsi, par exemple, la mortalité par suicide apparaît nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et, parmi les hommes, ceux âgés de 45 à 64 ans sont les plus touchés. Il existe également un lien entre le risque de suicide et le fait de vivre dans un milieu défavorisé sur le plan social.

Parallèlement, les résultats d'une enquête révèlent qu'un grand nombre de Montréalais ont tenté de se suicider ou ont songé au suicide, que ce soit au cours de leur vie ou au cours de l'année précédant l'étude. À ce chapitre, ce sont les femmes qui rapportent le plus de tentatives de suicide et autant d'hommes que de femmes ont songé sérieusement au suicide.

Parmi les facteurs associés aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires, on identifie, entre autres, l'isolement social, la détresse psychologique et un état de santé perçu comme défavorable. Les personnes immigrantes rapportent moins de tentatives de suicide ou d'idéations suicidaires que celles nées au Canada.

Bien que l'identification de facteurs associés aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires puisse suggérer que ces facteurs sont associés au suicide comme tel, il faut éviter de tirer des conclusions hâtives à ce sujet. Par exemple, le fait que les femmes rapportent plus de tentatives de suicide que les hommes, alors que la mortalité par suicide est plus élevée chez ces derniers, illustre bien qu'il peut exister certains écarts entre les facteurs associés à l'un ou l'autre de ces phénomènes. Il serait sans doute souhaitable que les banques de données sur le suicide intègrent davantage d'informations sociodémographiques (ex.: lieu de naissance) et de santé (ex.: problèmes de santé mentale) permettant de mieux documenter les facteurs associés aux décès par suicide.

L'examen des résultats par territoire de CIUSSS permet d'observer des disparités dans la région de Montréal. Lorsqu'elles sont disponibles, les données par territoire de RLS (CSSS) et de CLSC révèlent des écarts encore plus marqués. Ainsi, il serait intéressant que les données d'enquêtes soient disponibles à des échelles géographiques plus fines, pour permettre une meilleure identification des secteurs plus

touchés par certaines problématiques. Des analyses de type écologique pourraient également s'avérer pertinentes pour établir un parallèle entre différents indicateurs relatifs au suicide et certaines caractéristiques populationnelles (ex.: proportion de personnes immigrantes) sur une base territoriale.

Enfin, les données concernant les hospitalisations pour tentative de suicide, malgré leurs limites, constituent un repère du parcours de certaines personnes suicidaires dans le système de santé. Elles présentent un potentiel d'analyse intéressant, par exemple pour documenter les diagnostics associés à ces tentatives (ex.: problèmes de santé mentale, abus de substance), les services que reçoivent les personnes suicidaires et les éventuelles récidives de tentative. Le jumelage des banques de données en santé constitue une avenue privilégiée pour l'étude des phénomènes associés au suicide. Les travaux actuellement en cours à l'Institut national de santé publique s'avèrent prometteurs à cet égard.

Les efforts visant à mieux identifier les personnes suicidaires sur la base de caractéristiques personnelles ou de territoires de résidence sont certainement utiles dans une optique de prévention du suicide. Néanmoins, il convient de rappeler que le suicide est un phénomène qui touche toutes les catégories de personnes et qui est présent dans tous les milieux. Il importe aussi de souligner que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide témoignent d'un mal de vivre qui devrait préoccuper les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. La détresse psychologique, l'isolement social, les problèmes de dépendance et de santé mentale représentent d'autres enjeux qui interpellent la santé publique.

Enfin, il est souhaité que les données de surveillance, actuelles et à venir, contribuent, parmi d'autres sources d'information et de connaissance (ex. : données de recherche), à soutenir les décideurs et les différents acteurs en prévention du suicide dans leurs efforts visant à réduire l'ampleur des phénomènes associés à cette problématique et à agir sur les facteurs en amont de ceux-ci.


ANNEXE 1

Tableau A1

Nombre de suicides et taux de mortalité par suicide pour 100 000, ensemble du Québec, reste du Québec, Montréal et ses territoires de RTS (CIUSSS), RLS (CSSS) et CLSC, 2011-2015

	Nombre annuel moyen	Taux brut	Taux ajusté	I.C. à 95%	Résultat du test
Ensemble du Québec	1 137	14,0	14,0	(13,6 - 14,4)	...
Reste du Québec	934	15,1	15,1	(14,7 - 15,6)	...
Montréal	204	10,4	10,7	(10,1 - 11,4)	(-)
Hommes	148	15,4	15,9	(14,8 - 17,1)	(-)
Femmes	56	5,6	5,8	(5,2 - 6,6)	(-)
15-24 ans	16	6,3	...	(5,1 - 7,9)	(-)
25-44 ans	60	9,7	...	(8,7 - 10,9)	(-)
45-64 ans	96	19,1	...	(17,5 - 20,9)	(-)
65 ans et plus	33	10,7	...	(9,2 - 12,5)	(-)
RTS (CIUSSS)					
RTS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	27	7,5	7,6	(6,4 - 9,0)	(-)
RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	25	7,1	7,3	(6,1 - 8,7)	(-)
RTS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	47	16,0	16,2	(14,2 - 18,5)	(+)
RTS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	44	10,3	11,0	(9,6 - 12,5)	ns
RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	61	11,7	11,9	(10,6 - 13,3)	(+)
RLS (CSSS)					
RLS Ouest-de-l'Île	15	6,7	6,8	(5,5 - 8,6)	(-)
RLS Dorval-Lachine-LaSalle	12	8,7	8,9	(7,0 - 11,5)	ns
RLS Cavendish	9	6,8	6,8	(5,0 - 9,2)	(-)
RLS de la Montagne	16	7,2	7,7	(6,1 - 9,5)	(-)
RLS Sud-Ouest-Verdun	21	14,1	14,4	(11,9 - 17,5)	(+)
RLS Jeanne-Mance	26	17,9	18,2	(15,2 - 21,7)	(+)
RLS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	11	7,5	7,7	(5,9 - 10,0)	(-)
RLS Ahuntsic et Montréal-Nord	20	11,8	12,5	(10,2 - 15,2)	ns
RLS Coeur-de-l'Île	13	11,9	12,8	(9,9 - 16,5)	ns
RLS Saint-Léonard et Saint-Michel	9	6,9	7,5	(5,6 - 10,0)	(-)
RLS Pointe-de-l'Île	23	11,6	11,6	(9,7 - 13,9)	ns
RLS Lucille-Teasdale	28	15,4	15,3	(12,9 - 18,1)	(+)

 Nombre ou taux le plus élevé parmi les RTS, les RLS.

 Nombre ou taux le plus faible parmi les RTS, les RLS.

I.C. à 95% Intervalles de confiance des taux ajustés (sauf pour les groupes d'âge).

... Valeur non présentée.

(+) Taux plus élevé que celui du reste de Montréal.

ns. Pas de différence significative avec le reste de Montréal.

(-) Taux plus faible que celui du reste de Montréal (ou plus faible que celui du reste du Québec, pour Montréal).

Taux ajustés selon l'âge, sexes réunis, de la population du Québec, 2011.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPO, 2018.

Tableau A1 (suite)

Nombre de suicides et taux de mortalité par suicide pour 100 000, ensemble du Québec, reste du Québec, Montréal et ses territoires de RTS (CIUSSS), RLS (CSSS) et CLSC, 2011-2015

Territoires de CLSC	Nombre annuel moyen	Taux brut	Taux ajusté	I.C. à 95%	Résultat du test
CLSC Lac-Saint-Louis	5	5,8 *	6,0 *	(4,0 - 9,0)	(-)
CLSC Pierrefonds	10	7,2	7,4	(5,6 - 9,8)	(-)
CLSC Dorval-Lachine	5	8,3 *	8,2 *	(5,6 - 12,1)	ns
CLSC LaSalle	7	9,0 *	9,7 *	(6,9 - 13,5)	ns
CLSC René-Cassin	4	7,0 *	6,8 *	(4,2 - 10,9)	ns
CLSC Notre-Dame-de-Grâces	5	6,7 *	6,9 *	(4,6 - 10,2)	(-)
CLSC Parc-Extension	2	7,3 *	7,6 *	(4,1 - 13,8)	ns
CLSC Côte-des-Neiges	9	6,3	6,9	(5,1 - 9,3)	(-)
CLSC Métro	6	9,2 *	9,2 *	(6,3 - 13,5)	ns
CLSC Saint-Henri	6	16,1 *	17,1 *	(11,6 - 25,1)	(+)
CLSC Verdun	12	12,4	12,5	(9,7 - 16,1)	ns
CLSC Pointe-Saint-Charles	3	20,5 *	19,7 *	(11,7 - 33,0)	(+)
CLSC Saint-Louis-du-Parc	5	12,1 *	13,7 *	(9,0 - 20,7)	ns
CLSC Plateau-Mont-Royal	9	16,8	16,7	(12,2 - 22,8)	(+)
CLSC des Faubourgs	12	23,6	22,6	(17,5 - 29,2)	(+)
CLSC Bordeaux-Cartierville	6	10,6 *	10,7 *	(7,4 - 15,5)	ns
CLSC Saint-Laurent	5	5,7 *	5,9 *	(4,0 - 8,6)	(-)
CLSC Ahuntsic	9	11,2	11,6	(8,6 - 15,5)	ns
CLSC Montréal-Nord	11	12,4	13,4	(10,2 - 17,5)	ns
CLSC Villeray	5	8,8 *	9,5 *	(6,4 - 14,0)	ns
CLSC La Petite-Patrie	8	15,8	17,0 *	(12,2 - 23,7)	(+)
CLSC Saint-Michel	4	6,7 *	7,2 *	(4,6 - 11,3)	ns
CLSC Saint-Léonard	6	7,0 *	7,5 *	(5,1 - 11,0)	ns
CLSC Rivière-des-Prairies	6	10,8 *	11,1 *	(7,8 - 15,7)	ns
CLSC Mercier-Est-Anjou	10	11,6	11,7	(8,9 - 15,5)	ns
CLSC Pointe-aux-Trembles	7	12,5 *	12,5 *	(8,9 - 17,5)	ns
CLSC Rosemont	14	15,8	15,8	(12,4 - 20,1)	(+)
CLSC Olivier-Guimond	4	10,0 *	9,9 *	(6,5 - 15,0)	ns
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	10	19,3	19,8	(14,7 - 26,5)	(+)

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

- Nombre ou taux le plus élevé parmi les territoires de CLSC.
- Nombre ou taux le plus faible parmi les territoires de CLSC.

I.C. à 95% Intervalles de confiance des taux ajustés

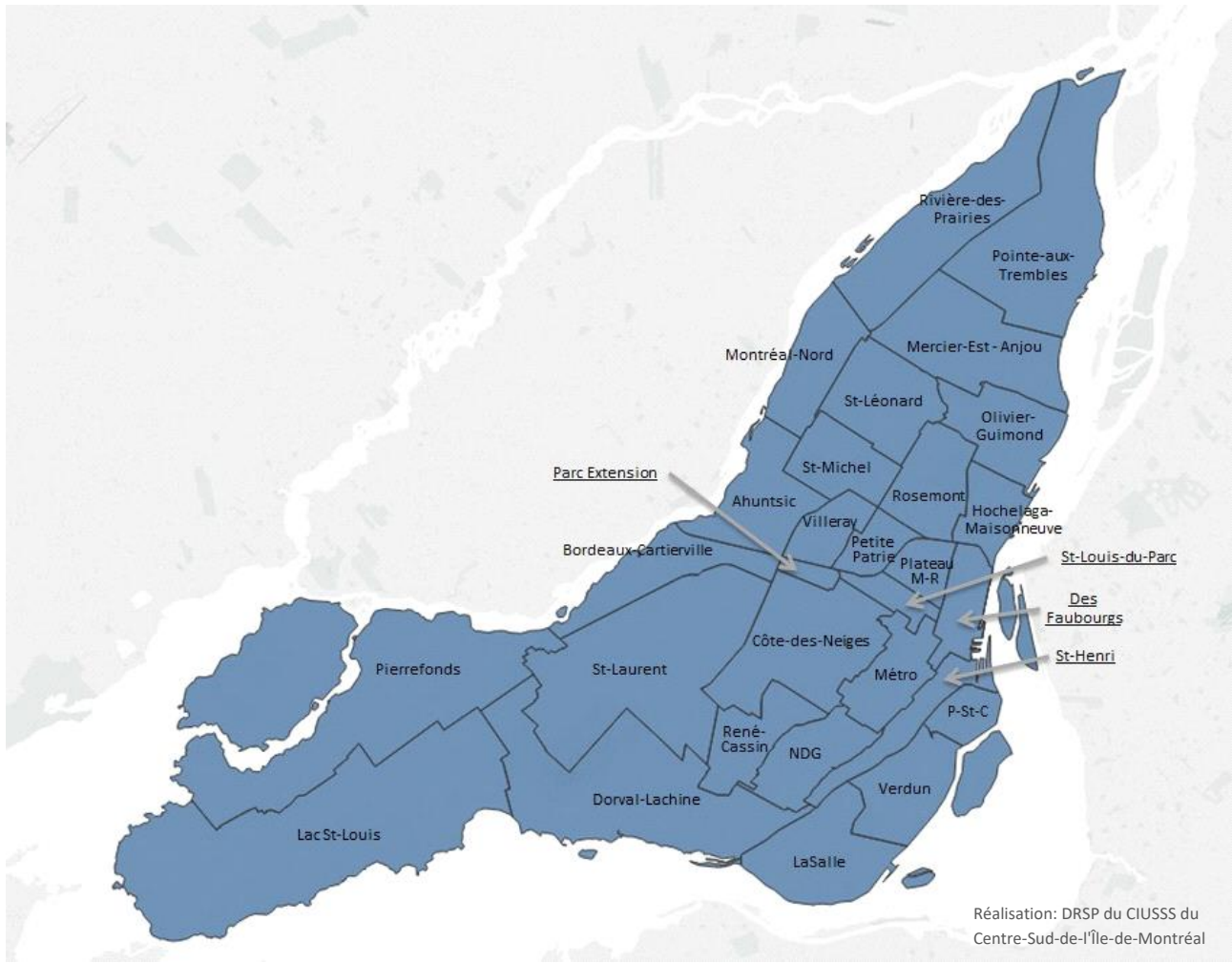
- (+) Taux plus élevé que celui du reste de Montréal.
- ns. Pas de différence significative avec le reste de Montréal.
- (-) Taux plus faible que celui du reste de Montréal.

Taux ajustés selon l'âge, sexes réunis, de la population du Québec, 2011.

Source: Fichier des décès, MSSS, compilation de l'Infocentre de l'INSPO, 2018.

ANNEXE 2

Figure A2
Territoires de CLSC de Montréal



RÉFÉRENCES

^a Gouvernement du Québec (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population*. Direction générale des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux (Éd.), 85 pages. Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

^b Gouvernement du Québec (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. Direction générale des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux (Éd.), 98 pages. Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

^c Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É., Perron, P. A. (2018). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec, 23 pages. Disponible sur : <http://www.inspq.qc.ca>

^d Houle, J. et Guillou-Ouellette, C. (2012). *Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal, 2007-2009 – Rapport de recherche*. Crise, Québec, 90 pages.

^e Ayotte, V., Choinière, R. et Poulin, C. (2002). *Profil statistique du suicide dans la région Montréal-Centre*. Direction de santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 64 pages.

^f Organisation mondiale de la santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 90 pages. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

^g Lesage, A., St-Laurent, D., Gagné, M. et Légaré, G. (2012). Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, XXXVII, 2, 239-255. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit1014954ar>

^h Mishara, B.L. (2018). *La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide, Chapitre 11* (in) Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.) (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, p. 316-335. Disponible sur : <http://www.inspq.qc.ca>

ⁱ Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 83 pages.

^j Gouvernement du Québec (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux (Éd.), 14 pages. Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

^k Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, no3, p. 104-113.

^l Pampalon, R., Hamel, D. et Raymond, G. (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2001*. Institut national de santé publique du Québec, 12 pages.

^m Gamache, P., Hamel, D. et Pampalon, R. (2017). *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref*, 9 pages. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/indice-defavorisation/guidemethodologiquefr.pdf>

- ⁿ Infocentre de l'INSPQ (2017). *Taux de mortalité pour certains problèmes de santé mentale/psychosociale*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS: 177, 4 pages.
- ^o Organisation mondiale de la santé (1993), citée par l'Infocentre de l'INSPQ (2017). *Taux de mortalité pour certains problèmes de santé mentale/psychosociale*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS: 177, 4 pages.
- ^p Organisation mondiale de la santé (1993). *Classification internationale des maladies, version 10*. La dixième version de la Classification internationale des maladies a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé le 17 mai 1990 pour rentrer en application le 1^{er} janvier 1993. La CIM-10-CA a été adoptée au Canada en 2000, 1023 pages.
- ^q Paquette, L., Alix, C. et Choinière, R. (2006). *Proposition pour l'analyse des séries temporelles des données de mortalité selon la cause au Québec à la suite de l'adoption de la 10^e révision de la classification internationale des maladies*. Institut national de santé publique. Direction planification, recherche et innovation, 30 pages. Disponible sur : <http://www.inspq.qc.ca>
- ^r Auger, N. et al. (2015), cités par Levesque, P., Gagné, M. et Pelletier, É., Perron, P. A. (2018). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*, Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec, 23 pages.
- ^s Mishara, B. L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, Québec.
- ^t Infocentre de l'INSPQ (2017). *Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 296, 8 pages.
- ^u Rahme et al, (2016), cités par l'Infocentre de l'INSPQ (2017). *Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 296, 8 pages.
- ^v MSSS, (2009), cité par l'Infocentre de l'INSPQ (2017). *Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatismes*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 296, 8 pages.
- ^w Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 179, No de ligne de l'EQSP : 16.3, 6 pages.
- ^x Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 180, No de ligne de l'EQSP : 16.4, 7 pages.
- ^y Findlay, L. C. et Sunderland, A. (2014), cités par Tessier, S. et Hamel, D. (2017). *Facteurs associés à l'usage de cannabis chez les Québécois de 15 à 34 ans*. Institut national de santé publique du Québec, 16 pages.
- ^z Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 12, No de ligne de l'EQSP : 1.1, 8 pages.
- ^{aa} Kessler et al. (2002); Orpana et al. (2009), cités par l'Infocentre de l'INSPQ (2017). *Proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 21, 175, No de fiche EQSP : 15.1, 8 pages.

^{bb} Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 181, No de ligne de l'EQSP : 16.1, 7 pages.

^{cc} Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 182, No de ligne de l'EQSP : 16.2, 10 pages.

^{dd} Infocentre de l'INSPQ (2016). *Proportion de la population qui a consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (EQSP)*, Fiche-indicateur, No de ligne du PCS : 183, No de ligne de l'EQSP : 16.5, 8 pages.

^{ee} Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*, [Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec], 86 pages. Disponible en ligne : www.msss.gouv.qc.ca section Publications.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 