

# Suicides et tentatives de suicide

Stéphanie Langlois et Peter Morrison

## Résumé

### Objectif

Le présent article décrit la mortalité par suicide chez les Canadiens de 10 ans et plus de 1979 à 1998. On y examine aussi les données des dossiers d'hospitalisation de 1998-1999 afin d'obtenir certains renseignements sur les tentatives de suicide.

### Sources des données

Les données proviennent principalement de la Base canadienne de données sur l'état civil, de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données axées sur la personne. Des données supplémentaires proviennent des enquêtes sur les services correctionnels pour adultes et sur les homicides, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et de l'Organisation mondiale de la santé.

### Techniques d'analyse

Les taux comparatifs de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide ont été calculés selon le sexe et la province ou le territoire pour les Canadiens de 10 ans et plus. En outre, les taux de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe ont été calculés pour sept groupes d'âge.

### Principaux résultats

Le taux de mortalité par suicide est resté assez stable de 1979 à 1998. Le taux de suicides est quatre fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes, mais le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est une fois et demie plus élevé pour les femmes que pour les hommes. En 1998-1999, environ 9 % des personnes qui ont été hospitalisées pour tentative de suicide ont reçu leur congé de l'hôpital plus d'une fois la même année à la suite d'une tentative de suicide.

### Mots-clés

Parasuicide, dossier de départ de l'hôpital, utilisation des services hospitaliers, hospitalisations multiples.

### Auteurs

Stéphanie Langlois (613-951-6862; stephanie.langlois@statcan.ca) travaille à la Division des petites entreprises et des enquêtes spéciales, et Peter Morrison (613-951-4692; peter.morrison@statcan.ca), à la Division de la statistique du travail, tous deux à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Plus de 3 700 personnes se sont donné la mort au Canada en 1998, ce qui représente, en moyenne, environ 10 suicides par jour. Les Canadiens sont sept fois plus susceptibles de se suicider que d'être victimes d'un homicide<sup>1</sup>. En outre, entre 1993 et 1998, le suicide a causé la perte d'un nombre considérablement plus élevé de vies que les accidents impliquant des véhicules automobiles<sup>2</sup>. En fait, de l'adolescence à l'âge mûr, le suicide est l'une des causes principales de décès aussi bien chez l'homme que chez la femme<sup>3</sup>.

S'il est établi que les tentatives de suicide sont plus nombreuses que les suicides, celles-ci n'en demeurent pas moins difficiles à chiffrer avec exactitude. À cet égard, des estimations récentes de l'Organisation mondiale de la santé révèlent qu'il y aurait jusqu'à 20 tentatives de suicide pour chaque décès par suicide<sup>4</sup>.

Le présent article brosse un tableau statistique complet de la mortalité par suicide, tant sur le plan national, provincial que territorial, de 1979 à 1998, chez les Canadiens de 10 ans et plus (voir *Méthodologie*). Ces chiffres sont complétés par des estimations du nombre de tentatives de suicide non fatales fondées sur les dossiers de départ de l'hôpital produits pour 1998-1999. L'analyse examine en

## Méthodologie

### Sources des données

Les données sur la mortalité par suicide pour la période de 1979 à 1998 proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil, qui contient les renseignements transmis par les bureaux de l'état civil de chaque province et territoire. Cette base de données, qui est tenue à jour par Statistique Canada, donne un dénombrement virtuellement complet de tous les événements démographiques. Les chiffres annuels sont calculés pour l'année civile.

Les données sur les hospitalisations liées aux tentatives de suicide et aux blessures auto-infligées proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé. Les renseignements qui figurent dans cette base de données proviennent des formulaires d'admission et de départ remplis par les hôpitaux à la fin de chaque séjour ininterrompu d'un patient, lorsque celui-ci est « radié », parce qu'il reçoit son congé ou qu'il est décédé. La BDMH contient des données sur toutes les radiations enregistrées par les hôpitaux généraux et spécialisés (hôpitaux de soins de courte durée, de convalescence et de soins prolongés) durant l'exercice. Comme une personne peut être admise à l'hôpital et en sortir plusieurs fois dans l'année, les statistiques sont des dénombrements des départs de l'hôpital plutôt que des patients individuels. Pour éviter les doubles comptes, seules les hospitalisations dans la province ou le territoire (résidents et non-résidents de la province ou du territoire où a eu lieu l'hospitalisation) sont incluses dans l'analyse.

La Base de données axées sur la personne (BDAP) de Statistique Canada est un sous-ensemble de la Base de données sur la morbidité hospitalière. La BDAP contient un numéro d'identification du patient qui permet de repérer les personnes qui ont été hospitalisées plusieurs fois (les noms des patients ne sont pas communiqués à Statistique Canada). La BDAP n'inclut pas les enregistrements ayant trait à des non-résidents. Les hospitalisations hors province ou territoire sont également exclues de la présente analyse.

Les estimations démographiques utilisées pour calculer les taux ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada et corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents. On s'est servi des estimations démographiques révisées en juillet pour calculer les taux de mortalité par suicide et des estimations révisées en octobre pour calculer les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide (parasuicide).

### Techniques d'analyse

Un *décès par suicide* se définit comme tout décès pour lequel l'un des codes E950 à E959 (suicide et blessures auto-infligées) de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)<sup>5</sup> figure dans la zone de l'enregistrement réservée à la cause du décès.

Une *hospitalisation pour tentative de suicide* se dit de toute hospitalisation pour laquelle l'un des codes E950 à E959 de la CIM-9 figure dans la zone du code du premier accident sur le formulaire de départ des personnes qui sortent en vie de l'hôpital. Cette catégorie de la CIM-9 comprend les blessures résultant d'une tentative de suicide, ainsi que les blessures volontairement auto-infligées, mais sans intention suicidaire.

Puisque les décès par suicide et les hospitalisations pour tentative de suicide sont rares chez les jeunes enfants, l'analyse porte uniquement sur les Canadiens de 10 ans et plus.

Les taux bruts de suicides ont été calculés en divisant le nombre de décès par suicide survenus durant l'année civile de référence chez les personnes de 10 ans et plus par l'estimation de population correspondante (telle que calculée en juillet), puis on a multiplié le résultat par 100 000.

Le calcul des taux bruts d'hospitalisations pour tentative de suicide (parasuicide) procède de la division du nombre de départs de l'hôpital après une tentative de suicide survenus durant l'exercice de référence (1998-1999) chez les personnes de 10 ans et plus par l'estimation de population correspondante (calculée en octobre), résultat qu'on multiplie ensuite par 100 000.

Le calcul des taux comparatifs prend pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991. Le taux comparatif représente le nombre de décès par suicide ou d'hospitalisations liées à un parasuicide pour 100 000 personnes que l'on aurait observé pour la population de référence si les taux réels selon l'âge enregistrés pour une population donnée avaient été ceux observés pour la population de référence. Cette méthode permet de faire des comparaisons selon le sexe, la province, le territoire et l'année.

Pour calculer les taux selon l'âge, on a divisé le nombre de décès par suicide ou d'hospitalisations liées à un parasuicide observé pour chaque groupe d'âge par l'estimation de population correspondante, puis on a multiplié le résultat par 100 000. Au départ, l'analyse a été effectuée par tranche d'âge de cinq ans (données non présentées), mais, puisque les taux de suicides étaient comparables pour nombre de groupes d'âge au fil du temps, des groupes plus grands ont été formés pour faciliter la présentation des résultats.

## Méthodologie - fin

Les comparaisons entre régions pourraient refléter des variations aléatoires plutôt que des écarts réels. Les intervalles de confiance (voir l'annexe A, tableaux A à D) ont été calculés pour évaluer la variation des taux provinciaux ou territoriaux de suicides et d'hospitalisations<sup>6,7</sup>. Des tests bilatéraux ont en outre permis de repérer les écarts statistiquement significatifs entre le taux comparatif de chaque province ou territoire et le taux comparatif national. Comme les taux de suicides et d'hospitalisations pour tentative de suicide enregistrés pour les grandes provinces peuvent influencer sur le taux national, nul ne peut supposer que les premiers sont indépendants du second. Pour tenir compte du degré de corrélation entre le taux observé pour chaque province ou territoire et le taux national, on a estimé leur covariance et utilisé le résultat pour calculer la variance de l'écart entre les taux<sup>6,8</sup>.

Pour calculer la durée moyenne d'hospitalisation, le nombre total de journées-patients passées à l'hôpital pour tentative de suicide a été divisé par le nombre de départs de l'hôpital liés à un parasuicide.

Pour estimer la proportion de personnes hospitalisées à plusieurs reprises pour tentative de suicide en 1998-1999, il a fallu déterminer si les dossiers de départ de l'hôpital établis pour une personne

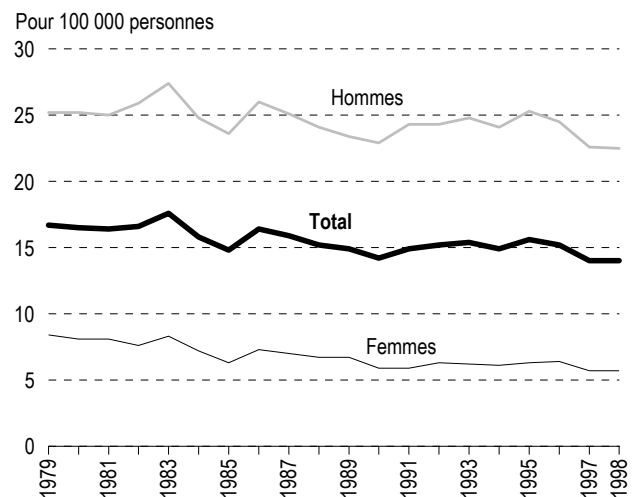
donnée correspondaient à une tentative de suicide ou à un transfert à un autre hôpital. L'examen des dates d'hospitalisation et de départ de l'hôpital, ainsi que du numéro de code des hôpitaux ont permis d'éliminer les dossiers correspondant à des transferts. Parce qu'il s'agit d'un sous-ensemble de la Base de données sur la morbidité hospitalière, la Base de données axées sur la personne brosse un tableau moins complet du nombre de tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation. Par exemple, en 1998-1999, 94 % des enregistrements de la Base de données sur la morbidité hospitalière représentaient des hospitalisations pour tentative de suicide pour lesquelles le patient sorti en vie de l'hôpital était enregistré dans la Base de données axées sur la personne. Cependant, contrairement à cette dernière, la BDMH ne peut être utilisée pour déterminer le nombre de personnes hospitalisées une fois, deux fois ou plus pour tentative de suicide durant l'exercice. Par conséquent, la Base de données axées sur la personne a servi de complément pour calculer les ratios du nombre de personnes hospitalisées pour tentative de suicide (ou de tentatives de suicide) au nombre de départs de l'hôpital liés à une tentative de suicide. Puis, ces ratios ont été appliqués aux données de la BDMH.

outre les méthodes utilisées dans les cas de suicide et de tentative de suicide avec hospitalisation. Les données sont présentées selon le sexe et le groupe d'âge pour donner une idée générale des groupes démographiques les plus à risque (voir *Limites*). L'étude des facteurs sociaux, économiques et psychologiques liés au suicide et à la tentative de suicide dépasse le cadre de la présente analyse.

### Les taux demeurent assez stables

En 1998 (année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles), 3 698 décès par suicide ont été déclarés parmi la population de Canadiens de 10 ans et plus. Cette année-là, le taux comparatif de suicides était de 14 pour 100 000 personnes. Ce taux, qui est resté assez stable de 1979 à 1998, a atteint un sommet de 18 en 1983 (graphique 1) (voir aussi *Comparaisons entre pays*). L'examen des moyennes mobiles de trois ans de ces taux comparatifs, moyennes ainsi calculées parce que les données par année pourraient produire des taux

Graphique 1  
Taux comparatifs de suicides<sup>†</sup>, population de 10 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1979 à 1998



**Source des données :** Base canadienne de données sur l'état civil  
<sup>†</sup> Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.

## Limites

Les définitions utilisées pour le décès par suicide et la tentative de suicide donnant lieu à une hospitalisation ont été établies d'après la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)<sup>5</sup>. De telles définitions peuvent causer une surestimation du nombre de décès par suicide, ainsi que du nombre de départs de l'hôpital après une tentative de suicide, puisque les blessures auto-infligées volontairement, mais sans intention suicidaire, sont incluses.

Par ailleurs, plusieurs études ont visé à évaluer le sous-dénombrement des décès par suicide qui résulte surtout d'un biais éventuel de classification lors de la déclaration de la cause du décès ou du fait que les données des certificats de décès corrigés n'aient pas été intégrées dans la base nationale de données<sup>9-12</sup>. Par exemple, certaines catégories de la CIM-9, comme celle des « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention » (E980 à E89) pourraient masquer des décès par suicide. Des différences de sous-dénombrement des décès par suicide ont été observées lors de la comparaison de la Base canadienne de données sur l'état civil aux bases de données provinciales ou territoriales des coroners. Cette variation tient en partie au fait que les corrections, telles que la reclassification des causes de décès, apportées à l'échelle provinciale ou territoriale ne sont pas incluses dans la base nationale de données<sup>11,12</sup>. Par exemple, si la cause du décès est incertaine, le coroner pourrait au départ inscrire un code indiquant que la cause est indéterminée, puis, après une enquête plus poussée (dont la durée peut varier selon la province ou le territoire et s'étendre au-delà de l'échéance fixée par Statistique Canada pour la transmission des données), pourrait procéder à une reclassification afin d'attribuer une cause plus précise, ce qui crée une discordance par rapport à la Base canadienne de données sur l'état civil. De surcroît, une étude a montré que le sous-dénombrement des décès par suicide varie selon la province ou le territoire<sup>11</sup>, fait dont il importe de tenir compte lorsque l'on compare les taux provinciaux et territoriaux de suicides. Malheureusement, il n'est pas possible de quantifier les erreurs éventuellement dues à ces limitations. Néanmoins, la Base canadienne de données sur l'état civil demeure une source fiable de statistiques sur le suicide<sup>9,10</sup>.

Dans un même ordre d'idées, le nombre total de tentatives de suicide présenté ici est sous-estimé. La Base de données sur la

morbidité hospitalière (BDMH) n'inclut pas les cas de tentative de suicide pour lesquels la personne a été traitée à titre de malade ambulatoire au service des urgences d'un hôpital ou dans un autre établissement médical. En outre, les personnes placées en hôpital psychiatrique qui ont fait une tentative de suicide durant leur séjour dans cet hôpital mais n'ont pas dû être hospitalisées dans un établissement de soins de courte durée ne sont pas incluses. Et, naturellement, les cas qui n'ont fait l'objet d'aucune intervention médicale ne peuvent pas être dénombrés. À cause de ces exclusions, les données de la BDMH pourraient décrire un sous-groupe de personnes ayant fait une tentative de suicide qui n'est pas représentatif de la population entière de ces personnes.

Les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide sont également sous-estimés, puisque l'analyse ne tient compte que du code du premier accident figurant dans la Base de données sur la morbidité hospitalière. Un nombre assez faible d'hospitalisations pour lesquelles un code de suicide ou de blessure auto-infligée (E950 à E959) figurait dans les deuxième à cinquième zones de code d'accident ont été repérées, mais ces variables ont été éliminées parce que la qualité des données les concernant était douteuse. Par ailleurs, les départs des hôpitaux après une tentative de suicide pourraient aussi être surestimés. Par exemple, le transfert d'une personne d'un hôpital à un autre pourrait donner lieu à deux enregistrements de départ dans la BDMH, alors qu'il s'agit d'un même événement.

Le risque de suicide n'est pas le même pour tous les membres de la population. Certains groupes peuvent être considérés comme à « haut risque » parce qu'ils ont souvent un taux de suicides supérieur à la moyenne, comme les Autochtones, les jeunes et les personnes âgées, les détenus (voir *Suicide dans les établissements correctionnels*), les homosexuels, les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et celles souffrant de troubles mentaux<sup>13</sup>. Bien que plusieurs études aient visé à estimer le taux de suicides chez ces groupes à haut risque, les bases de données existantes ne permettent pas de calculer un taux national exact. Par exemple, d'après plusieurs études, le risque de suicide est de deux à quatre fois plus élevé pour les populations autochtones que pour la population dans son ensemble<sup>14-19</sup>. Cependant, en l'absence de données nationales fiables, il est difficile de déterminer le taux de suicides chez les Autochtones ou d'autres groupes à haut risque.

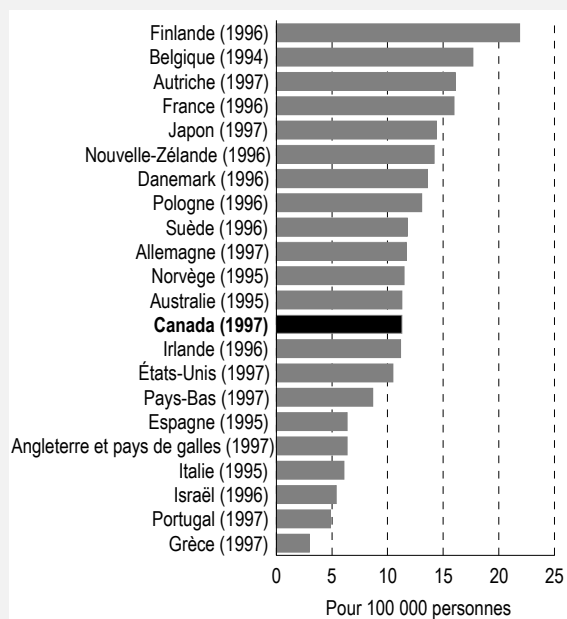
## Comparaisons entre pays

Selon des données de l'Organisation mondiale de la santé, pour ce qui est du taux de suicides calculé pour l'ensemble de la population, le Canada occupe une position intermédiaire sur la liste de 22 pays occidentaux industrialisés<sup>20</sup>. Le taux comparatif de suicides varie de 3 pour 100 000 personnes en Grèce (1997) à 22 pour 100 000 en Finlande (1996). Le taux de suicides calculé pour le Canada en 1997 était comparable à celui enregistré pour l'Australie, l'Irlande, la Norvège, l'Allemagne et la Suède. Cependant, les comparaisons entre pays doivent se faire avec prudence, car les méthodes de confirmation des décès peuvent varier<sup>13</sup>.

La surreprésentation des hommes en ce qui concerne la mortalité par suicide s'observe uniformément pour les 22 pays. Le ratio hommes-femmes varie de 2 à 1 pour les Pays-Bas à 7 à 1 pour la Grèce, et est de l'ordre de 3 ou 4 à 1 pour la plupart des pays (4 pour le Canada).

Chez l'homme, le taux comparatif de suicides varie de 5 pour 100 000 en Grèce à 35 en Finlande. Chez la femme, il varie de 1 pour 100 000 en Grèce à 9 en Finlande. De nouveau, le Canada occupe une position intermédiaire : 18 pour 100 000 pour les hommes; cinq pour 100 000 pour les femmes (données non présentées).

### Taux comparatifs de suicides†, certains pays, 1994 à 1997



Source des données : Base de données de l'Organisation mondiale de la santé (référence n° 20)

† Calculés en prenant pour référence la nouvelle population type mondiale (établie pour la période de 2000 à 2025).

moins fiables à cause d'événements aléatoires, révèle une tendance à long terme stable similaire (données non présentées).

En 1998, le suicide a été la cause principale de décès chez les hommes ayant entre 25 à 29 ans et 40 à 44 ans, ainsi que chez les femmes de 30 à 34 ans. De surcroît, pour les trois groupes ayant entre 10 à 14 ans et 20 à 24 ans, il était la deuxième cause principale de décès chez les deux sexes, tout juste après les accidents impliquant des véhicules automobiles<sup>3</sup>.

L'interprétation des tendances et des taux se doit cependant d'être prudente, car les statistiques officielles sous-estiment souvent le suicide. De surcroît, les variations annuelles pourraient refléter des changements de méthodes de déclaration et de confirmation des décès par suicide<sup>21</sup>. Les autorités médicales et juridiques ne peuvent certifier un décès par suicide que si l'intention de la victime est prouvée catégoriquement<sup>22</sup>.

### Les taux sont plus élevés chez l'homme

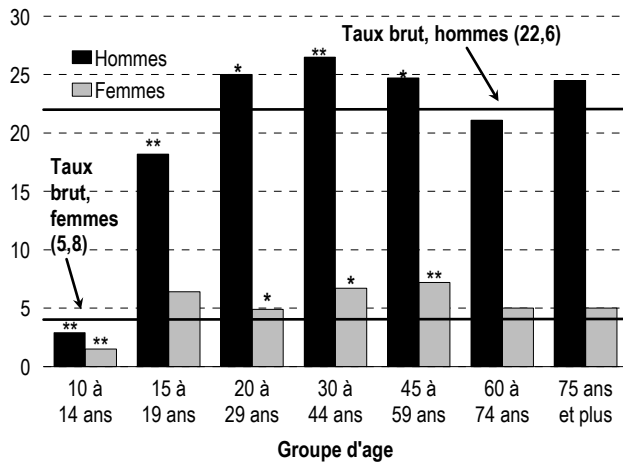
Selon des études antérieures, les hommes sont au moins quatre fois plus susceptibles que les femmes de se suicider<sup>21-23</sup>. Ils sont aussi plus susceptibles de mourir lors de la première tentative<sup>24</sup>. En 1998, au Canada, le taux comparatif était de 23 suicides pour 100 000 chez les hommes de 10 ans et plus, mais de 6 pour 100 000 chez leurs homologues féminins (voir aussi *Meurtre-suicide*).

Depuis 1979, le taux comparatif de suicide n'a varié de façon notable ni chez l'homme ni chez la femme (graphique 1; annexe B, tableaux A et B). Chez le premier, il est passé par un sommet de 27 pour 100 000 en 1983, tandis que chez la seconde, il n'a jamais dépassé 8 pour 100 000.

Les groupes d'âge pour lesquels le suicide est le plus fréquent diffèrent quelque peu selon le sexe. Chez l'homme, en 1998, le taux observé pour les groupes des 20 à 29 ans, des 30 à 44 ans et des 45 à 59 ans était nettement plus élevé que le taux brut global observé chez l'homme, tandis que pour le groupe des 15 à 19 ans, il était nettement plus faible (graphique 2). Chez la femme, le taux était significativement plus élevé que le taux brut global pour la femme pour les groupes des 30 à 44 ans et

Graphique 2  
Taux de suicides selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

Pour 100 000 personnes



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

\* Diffère de façon significative du taux brut selon le sexe ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux brut selon le sexe ( $p < 0,01$ ).

### Meurtre-suicide

L'homicide, c'est-à-dire le meurtre d'une personne par une autre, est rare au Canada. Les homicides suivis du suicide de leur auteur sont encore plus rares.

Les travaux de recherche indiquent que le sentiment de culpabilité et le risque d'un suicide après l'homicide sont d'autant plus forts que les liens entre la victime et l'agresseur sont étroits<sup>25,26</sup>, particulièrement si la victime de l'homicide est un enfant<sup>26</sup>. Parmi les 503 cas d'homicide (un cas peut comprendre plus d'une victime) déclarés à la police en 1999, 40 (8 %) étaient des meurtres-suicides<sup>27</sup>. Ces cas ont abouti au décès de 52 victimes d'homicide et au suicide de l'accusé, qui était le plus souvent un homme (93 %). Presque 9 sur 10 de ces meurtres-suicides avaient une cause familiale, tendance qui a fort peu varié au cours des 20 dernières années.

En 1999, un cas de meurtre-suicide sur quatre a fait plus d'une victime et, dans chacun de ces cas de meurtre-suicide à victimes multiples, l'accusé était un homme. Dans presque la moitié (48 %) des cas de meurtre-suicide, un homme a tué sa conjointe; dans 15 % des cas, un homme a tué son ou ses enfants. Enfin, dans 13 % des cas, un homme a tué sa conjointe et son ou ses enfants. Cette année-là, on n'a dénombré aucun cas de meurtre-suicide où une femme a tué son conjoint, mais dans deux cas, une femme a tué son ou ses enfants<sup>27</sup>.

des 45 à 59 ans, mais plus faible pour le groupe des 20 à 29 ans.

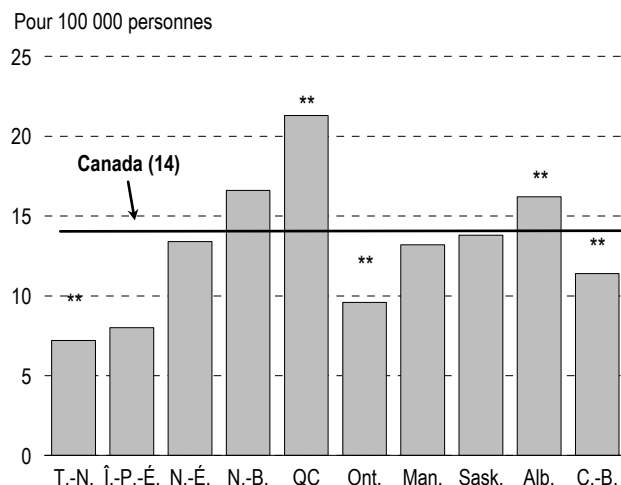
Dans chaque groupe d'âge, le taux de suicide était plus élevé chez l'homme que chez la femme. Les écarts sont particulièrement importants pour les personnes dans la vingtaine et celles de 75 ans et plus. Les garçons et les filles de 10 à 14 ans représentent les deux groupes pour lesquels le taux de suicide est le plus faible, à savoir 3 et 2 décès pour 100 000 personnes, respectivement.

### Variation interprovinciale

Outre le seul examen des données nationales, l'analyse révèle plusieurs écarts interprovinciaux qu'il convient toutefois d'interpréter avec prudence. Historiquement, les taux de suicides ont eu tendance à augmenter d'Est en Ouest<sup>22</sup>. Cependant, depuis 1993, le Québec est la province à laquelle on associe le taux comparatif le plus élevé (annexe B, tableau C). En 1998, le taux observé au Québec, soit 21 décès par suicide pour 100 000 personnes de 10 ans et plus, était distinctement supérieur au taux national de 14 décès. En Alberta, le taux de 16 décès pour 100 000 personnes était également nettement supérieur à la moyenne nationale. En revanche, Terre-Neuve, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont déclaré des taux bien inférieurs à cette moyenne (graphique 3).

Des différences entre les méthodes de codage de la cause du décès de même que la rapidité avec laquelle les données sur la mortalité sont produites pourraient être à l'origine de certains écarts entre les taux provinciaux de suicide (voir *Limites*). Pour donner une idée partielle du sous-dénombrement du suicide en 1998, on a calculé, pour chaque province, le ratio du nombre de décès de cause indéterminée au nombre de suicides (données non présentées). Les taux les plus faibles ont été observés au Nouveau-Brunswick (1 %) et au Québec (3 %), tandis que les taux les plus élevés ont été enregistrés en Ontario et au Manitoba (16 % et 24 %, respectivement). Cependant, comme ces ratios ne sont que des indicateurs partiels de biais éventuel, leur effet sur les écarts interprovinciaux demeure inconnu, tout comme l'importance de cet effet.

Graphique 3  
Taux comparatifs de suicides<sup>†</sup>, population de 10 ans et plus, Canada et provinces, 1998



**Source des données :** Base canadienne de données sur l'état civil  
**Nota :** Le taux comparatif est égal à 26,1 pour le Yukon et à 55,5 pour les Territoires du Nord-Ouest. Seul ce dernier diffère de façon significative du taux national ( $p < 0,05$ ).  
<sup>†</sup> Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.  
**\*\*** Diffère de façon significative du taux comparatif national ( $p < 0,01$ ).

En 1998, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont déclaré 26 et 56 suicides pour 100 000 personnes de 10 ans et plus (5 et 35 décès, respectivement). L'analyse des taux de suicides calculés pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest doit se faire avec beaucoup de prudence. Étant donné la petite taille des populations de ces territoires et le faible nombre de décès par suicide qu'on y observe, une légère variation du nombre de suicides peut causer des fluctuations importantes du taux annuel alors qu'aucun changement significatif n'a vraiment eu lieu. Malgré cette forte variabilité, le taux de suicides observé dans les Territoires du Nord-Ouest (mais non au Yukon) excède nettement le taux national.

### Les méthodes différentes

En 1998, au Canada, la méthode la plus courante de suicide était la suffocation (39 %), principalement par pendaison ou strangulation (tableau 1). Venaient ensuite l'empoisonnement (26 %), qui inclut la prise d'une surdose de drogue ou de médicaments et l'inhalation de gaz d'échappement de véhicules automobiles, puis les armes à feu (22 %). En revanche, aux États-Unis, une étude récente a

Tableau 1  
Méthodes de suicide, selon le sexe, population de 10 ans et plus, Canada, 1998

Méthode (codes de la CIM-9)	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Total des décès par suicide (E950 à E959)</b>	<b>3 698</b>	<b>100,0</b>	<b>2 925</b>	<b>100,0</b>	<b>773</b>	<b>100,0</b>
Suffocation (E953), total	1 433	38,8	1 171	40,0	262	33,9
Empoisonnement (E950 à E952), total	965	26,1	646	22,1	319	41,3
Drogues et médicaments (E950.0 à E950.5)	487	13,2	246	8,4	241	31,2
Gaz d'échappement de véhicules à moteur (E952.0)	269	7,3	229	7,8	40	5,2
Autre monoxyde de carbone (E952.1)	164	4,4	135	4,6	29	3,8
Empoisonnements autres et non précisés (E950.6 à E950.9, E951, E952.8, E952.9)	45	1,2	36	1,2	9	1,2
Armes à feu (E955.0 à E955.4, E955.9)	816	22,1	765	26,2	51	6,6
Saut d'un lieu élevé (E957)	160	4,3	115	3,9	45	5,8
Noyade/submersion (E954)	122	3,3	79	2,7	43	5,6
Instruments tranchants/perforants (E956)	59	1,6	48	1,6	11	1,4
Moyens autres et non précisés (E955.5, E958, E959) <sup>†</sup>	143	3,9	101	3,5	42	5,4

**Source des données :** Base canadienne de données sur l'état civil

**Nota :** Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

<sup>†</sup> Y compris sauter ou se coucher devant des objets en mouvement, les incendies/brûlures, les collisions de véhicules automobiles, les moyens autres ou non précisés, les effets tardifs de blessures auto-infligées et les explosifs.

montré que presque 60 % des suicides sont commis au moyen d'une arme à feu<sup>24</sup>.

Les hommes ont tendance à recourir à des moyens plus violents que les femmes<sup>13,22</sup>. En 1998, chez l'homme, 26 % des suicides ont été commis au moyen d'une arme à feu, comparativement à 7 % chez la femme. Par contre, celle-ci est nettement plus susceptible que l'homme de recourir à l'empoisonnement : 41 % contre 22 %. La suffocation est la méthode la plus répandue chez l'homme (40 %), mais elle est la deuxième par ordre d'importance chez la femme où elle est à l'origine de 34 % des suicides.

De 1979 à 1998, la proportion de suicides par arme à feu chez les hommes a baissé pour passer de 41 % à 26 %, tandis que celle des suicides par suffocation a augmenté pour passer de 24 % à 40 %. Chez les femmes, la tendance est comparable, la hausse la plus importante étant celle liée à la suffocation (de 19 % à 34 %) (données non présentées).

### Hospitalisation après une tentative de suicide

Nombre de personnes qui essaient de se donner la mort ne parviennent pas à leurs fins. Par conséquent, des renseignements sur les tentatives permettraient de broser un tableau plus complet du suicide en tant que problème de santé publique. Cependant, le nombre exact de tentatives de suicide à l'échelle nationale reste difficile à déterminer<sup>12</sup>. Celles-ci ne sont pas nécessairement déclarées et, lorsqu'elles le sont, les méthodes de collecte des données varient. Néanmoins, certains renseignements peuvent être tirés des dossiers d'hospitalisation.

En 1998-1999, parmi les départs des hôpitaux enregistrés à l'égard des Canadiens de 10 ans et plus, 23 225 étaient associés à un suicide ou à des blessures non accidentelles auto-infligées. Dans 338 de ces cas (moins de 2 %), le patient est décédé. Les 22 887 autres cas étaient des hospitalisations liées à un parasuicide (tentative de suicide ou blessure volontairement auto-infligée) pour lesquelles le patient est sorti en vie de l'hôpital. D'après ces données sur les départs des hôpitaux, le taux brut

d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 87 pour 100 000 personnes de 10 ans et plus.

### Plus grand risque de tentatives chez les femmes

Alors que les hommes sont bien plus susceptibles que les femmes de se donner la mort, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (tableau 2, graphique 4). En 1998-1999, le taux comparatif d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 108 pour 100 000 chez les femmes de 10 ans et plus et de 70 pour 100 000 chez les hommes de 10 ans et plus. Selon certaines études, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire une tentative de suicide sans avoir réellement l'intention de se donner la mort, mais cette opinion demeure controversée<sup>28,29</sup>.

Chez la femme, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide culmine pour le groupe des 15 à 19 ans. En 1998-1999, il était de 221 pour 100 000 chez les filles de ce groupe d'âge, soit plus de deux fois celui enregistré chez les garçons de 15 à 19 ans (87 pour 100 000). Même pour le groupe des 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide était nettement plus élevé chez les filles que chez les garçons : 68 contre 16 pour 100 000.

Ces chiffres rappellent les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1996-1997, d'après laquelle, chez les jeunes adolescents, les filles sont plus susceptibles que les

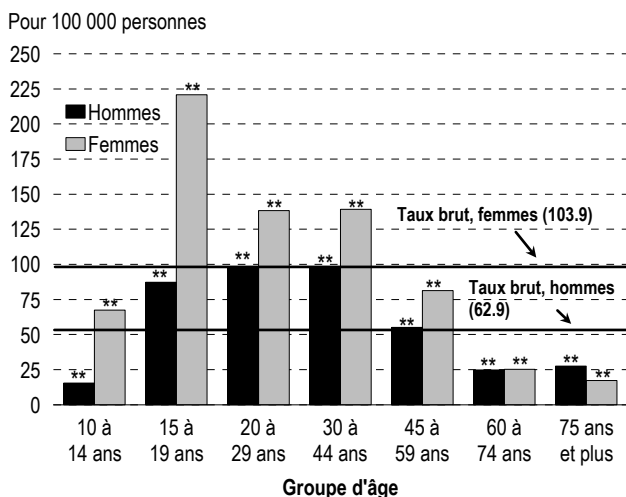
Tableau 2  
Taux de mortalité par suicide (1998) et d'hospitalisations pour tentative de suicide (1998-1999), population de 10 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada

Groupe d'âge	Mortalité par suicide			Hospitalisations pour tentative de suicide		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Taux pour 100 000 personnes de l'âge observé						
10 à 14 ans	2,2	2,9	1,5	40,8	15,5	67,5
15 à 19 ans	12,5	18,2	6,4	152,2	87,3	220,8
20 à 29 ans	15,1	25,0	4,9	117,9	98,0	138,4
30 à 44 ans	16,7	26,5	6,7	118,3	97,6	139,3
45 à 59 ans	15,9	24,7	7,2	68,3	55,1	81,3
60 à 74 ans	12,6	21,1	5,0	25,0	24,7	25,2
75 ans et plus	12,3	24,5	5,0	21,0	27,6	17,2

Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, Base de données sur la morbidité hospitalière



Graphique 4  
Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998-1999



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1998-1999

\*\* Diffère de façon significative du taux brut selon le sexe ( $p < 0,01$ )

garçons d'avoir des pensées suicidaires. Selon cette enquête, 44 000 jeunes de 12 et 13 ans (7 %) avaient envisagé de se suicider l'année précédente : 8,4 % de filles et 4,6 % de garçons<sup>30</sup>.

Chez les hommes, les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide les plus élevés sont ceux enregistrés pour les groupes des 20 à 29 ans et des 30 à 44 ans (environ 98 pour 100 000). Néanmoins, ces taux demeurent bien inférieurs à ceux observés chez les femmes appartenant aux mêmes groupes d'âge (environ 138 pour 100 000). En fait, jusqu'à l'âge de 60 ans, les taux sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

Chez les personnes âgées, l'hospitalisation pour tentative de suicide est moins courante. Pour le groupe des 60 à 74 ans, les taux calculés pour les hommes et pour les femmes diffèrent peu, et pour le groupe des 75 ans et plus, il est plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

### Taux d'hospitalisations plus faible au Québec

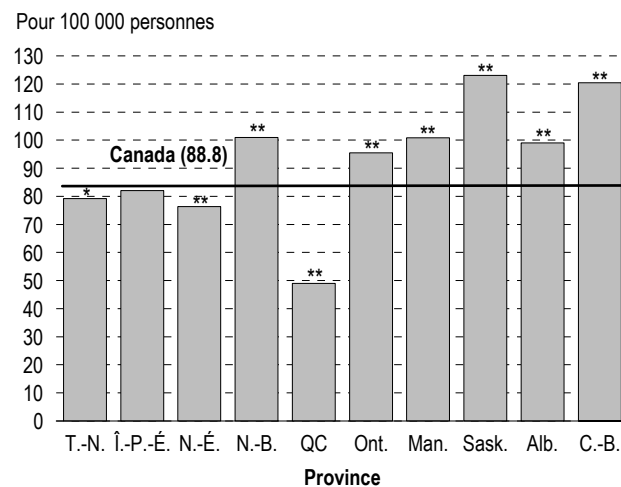
En 1998-1999, le Québec est la province qui a déclaré le taux comparatif d'hospitalisations pour tentative de suicide le plus faible : 49 pour 100 000 personnes de 10 ans et plus (graphique 5).

Ce résultat offre un contraste frappant avec le taux de décès par suicide enregistré dans cette province, c'est-à-dire le plus élevé des taux provinciaux.

Le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est également assez faible à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse. À l'Île-du-Prince-Édouard, il ne diffère pas significativement du taux comparatif national (89 pour 100 000). Les autres provinces ont déclaré des taux supérieurs à la moyenne nationale. Le taux provincial le plus élevé est celui de la Saskatchewan, soit 123 pour 100 000, suivi par celui de la Colombie-Britannique, qui s'établit à 120 pour 100 000. De nouveau, des différences quant aux méthodes de déclaration des données hospitalières pourraient en partie expliquer ces écarts interprovinciaux.

Au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide était nettement plus élevé : 169 et 219 pour 100 000, respectivement. Cependant, comme pour les taux de mortalité par suicide, ces chiffres se fondent sur des nombres assez faibles et peuvent donc fluctuer d'une année à l'autre.

Graphique 5  
Taux comparatifs d'hospitalisations pour tentative de suicide†, population de 10 ans et plus, Canada et provinces, 1998-1999



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1998-1999

Nota : Le taux comparatif est de 169,2 pour le Yukon et de 218,5 pour les Territoires du Nord-Ouest. Les deux taux diffèrent de façon significative du taux national ( $p < 0,05$  et  $p < 0,01$ , respectivement).

† Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.

\* Diffère de façon significative du taux comparatif national ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux comparatif national ( $p < 0,01$ ).

### Méthodes moins létales dans le cas des tentatives

Les tentatives de suicide se caractérisent naturellement par des méthodes moins létales que les suicides (données non présentées). En 1998-1999, l'empoisonnement était la cause de 83 % des hospitalisations pour tentative de suicide. Le chiffre est un peu plus élevé pour les femmes que pour les hommes : 88 % contre 76 %. Venait ensuite l'utilisation d'instruments tranchants ou perforants (10 %), une méthode à laquelle avaient recours une plus grande proportion d'hommes (13 %) que de femmes (8 %).

### Hospitalisations multiples

Le nombre total de départs des hôpitaux liés à une tentative de suicide ne représente pas le nombre de personnes qui ont été hospitalisées, puisqu'une personne pourrait faire plusieurs tentatives de suicide et recevoir son congé de l'hôpital plus d'une fois tout au cours de l'exercice. En 1998-1999, les 22 887 départs de l'hôpital enregistrés après une tentative de suicide représentaient environ 20 000 personnes. De celles-ci, environ 9 % sont sorties de l'hôpital après une tentative de suicide plus d'une fois dans l'année. Les tentatives répétées représentent 10 % du nombre total de femmes hospitalisées pour une tentative de suicide et 8 % du total des hommes dans la même situation. Parmi ces récidivistes, environ 23 % d'hommes et de femmes étaient sortis de l'hôpital à au moins trois occasions après autant de tentatives de suicide au cours de l'exercice.

### Suicide dans les établissements correctionnels

Au cours de la dernière décennie, 354 suicides ont eu lieu dans les établissements correctionnels du Canada, y compris 36 en 1998-1999. Le suicide est la cause la plus fréquente de décès dans ces établissements, celui-ci étant à l'origine de plus du tiers (35 %) des décès survenus en prison en 1998-1999<sup>31</sup>. Il est également bien démontré que le taux de suicides chez les détenus des établissements correctionnels est plus de deux fois supérieur au taux observé pour la population dans son ensemble<sup>32,33</sup>.

### Conséquences en matière de santé publique

En 1998-1999, les personnes hospitalisées pour tentative de suicide ont séjourné à l'hôpital 7,1 jours, en moyenne, ce qui représente 162 498 journées d'hospitalisation sur une période de 12 mois. Les dossiers de départ de l'hôpital indiquent aussi qu'on avait posé chez presque la moitié de ces personnes un diagnostic principal de maladie mentale, notamment la psychose maniaco-dépressive (trouble bipolaire), la schizophrénie, un trouble de la personnalité ou le syndrome d'alcoolisme ou de toxicomanie. Les personnes hospitalisées pour tentative de suicide sont généralement adressées par un psychologue ou un psychiatre, un centre de prévention du suicide ou d'autres établissements de santé ou de soutien social.

Alors que l'utilisation des services hospitaliers et d'autres services de santé représentent l'un des coûts directs du suicide, la valeur estimative de la productivité perdue à cause du décès prématuré est l'un de ses coûts indirects. Comme le suicide est l'une des causes principales de décès à l'adolescence et au début de l'âge adulte, le nombre d'années potentielles de vie perdues est élevé, particulièrement chez les hommes. Pour calculer ce nombre d'années, on soustrait l'âge auquel survient le décès d'un âge arbitraire, souvent fixé à 75 ans. En 1997, le suicide venait en troisième place, après le cancer et la maladie cardiaque en ce qui concerne le nombre d'années potentielles de vie perdues chez l'homme<sup>34</sup>. Par contre, chez la femme, il se classait ex æquo avec les anomalies congénitales en quatrième place, après le cancer, les maladies cardiaques et les accidents de circulation impliquant des véhicules automobiles<sup>34</sup>.

Jusqu'à présent, aucune donnée nationale sur le coût économique du suicide n'a été produite, mais, selon une étude réalisée en 1996 au Nouveau-Brunswick, le coût (direct et indirect) moyen estimatif serait de 850 000 \$ par décès dû au suicide<sup>35</sup>.

### Mot de la fin

En 1998, chez les Canadiens de 10 ans et plus, le taux de mortalité par suicide était d'environ 14 pour 100 000, chiffre nettement inférieur au taux

d'hospitalisations pour tentative de suicide. Le risque de suicide n'est nul pour aucun groupe d'âge, puisque des cas ont été observés chez des enfants n'ayant pas plus de 10 ans ainsi que chez des personnes de 75 ans et plus.

Le taux de suicides est de trois à quatre fois plus élevé chez l'homme que chez la femme, en grande partie parce que les hommes choisissent des méthodes plus mortelles. Par contre, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est une fois et demie plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Par conséquent, nul ne peut conclure que le comportement suicidaire est un phénomène typiquement masculin ou féminin.

Le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est de six à sept fois plus élevé que le taux de suicides. De surcroît, en 1998-1999, environ 1 personne sur 10 hospitalisée pour tentative de suicide était sortie de l'hôpital au moins une fois après une tentative antérieure au cours du même exercice. Selon d'autres études, la plupart des personnes qui essaient de se suicider, même à plusieurs reprises, ne meurent pas de cette façon<sup>13,21</sup>. Par contre, bien qu'une tentative de suicide soit un prédicteur du suicide, nombre de personnes qui se donnent la mort n'ont fait aucune tentative antérieure de suicide<sup>13,21</sup>. Donc, il se pourrait que les motifs sous-jacents et l'état émotionnel des personnes qui essaient de se suicider, mais n'y réussissent pas, diffèrent de ceux des personnes dont la tentative a une issue fatale.

Le suicide et les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation surviennent principalement du début de l'âge adulte à l'âge mûr. Chez l'homme, c'est pour le groupe des 20 à 59 ans que le taux de suicides est le plus élevé, quoiqu'il soit également élevé pour le groupe des 75 ans et plus. Chez la femme, un peu plus restreint, le groupe d'âge le plus à risque est celui des 30 à 59 ans. La courbe de répartition par âge des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide, quant à elle, est décalée légèrement vers les âges les plus jeunes, les taux les plus élevés s'observant pour le groupe des 15 à 44 ans pour les deux sexes. Cependant, les adolescentes représentent le groupe pour lequel la probabilité d'hospitalisation pour tentative de suicide est la plus forte.

La plupart des chercheurs et des spécialistes qui s'intéressent au suicide conviennent que celui-ci est lié à un ensemble complexe de facteurs, dont la maladie mentale, l'isolement social, les tentatives antérieures de suicide, la violence familiale, la maladie et la toxicomanie<sup>13,23,24,36,37</sup>. Certains facteurs de risque dépendent de l'âge, tandis que d'autres se manifestent concomitamment. On estime que 90 % des personnes qui se suicident souffrent de dépression ou d'une autre maladie mentale, ou d'un trouble lié à l'abus d'une substance, qui aurait pu être diagnostiqué<sup>37</sup>. Plusieurs études indiquent que, chez les adolescents, la consommation répandue d'alcool et de drogue est un facteur qui prédispose au suicide<sup>38,39</sup>.

Les écarts observés entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre les groupes d'âge, en ce qui concerne les suicides, les hospitalisations pour tentative de suicide et les méthodes choisies donnent à penser que les problèmes sous-jacents, les réactions aux situations stressantes et les gestes posés en vue d'obtenir de l'aide pourraient différer selon le sexe<sup>21</sup>.

Enfin, la variation des taux de mortalité par suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide selon la province ou le territoire témoigne vraisemblablement de facteurs sociaux, économiques et culturels que les données sur la mortalité et les statistiques hospitalières ne permettent pas d'examiner. ●

## Références

1. O. Fedorowycz, « L'homicide au Canada, 1998 », *Juristat*, (Statistique Canada, n° 85-002 au catalogue), 19(10), 2000, p. 1.
2. Transport Canada, *Les transports au Canada, 1999: Rapport annuel*, Ottawa, Transport Canada, 2000.
3. Statistique Canada, *Les principales causes de décès à différents âges, Canada, 1998: Tableaux standards* (n° 84-208-XPB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001.
4. Organisation mondiale de la santé, *Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All*, disponible à : [http://www.who.int/mental\\_health/topic\\_suicide/suicide4.htm](http://www.who.int/mental_health/topic_suicide/suicide4.htm), site consulté le 2 mars 2001.
5. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9<sup>e</sup> révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.

6. J. Gentleman, *Variances, Covariances, and Confidence Intervals for Age-standardized Central Rates*, document interne, Ottawa, Statistique Canada, 1999.
7. Organisation mondiale de la santé, *Manual of Mortality Analysis: A Manual on Methods of Analysis of National Mortality Statistics for Public Health Purposes*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977 (réimprimé en 1980).
8. H. Gilmour et J. Gentleman, « La mortalité dans les régions métropolitaines », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 9-19 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (n° H39-468/1999F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.
10. R. Beneteau, « Le suicide au Canada », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue), hiver 1988, p. 22-24.
11. Organisation mondiale de la santé, base de données accessible dans Internet, disponible à : <http://www.who.int/whosis>, site consulté le 27 mars 2001.
12. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada* (n° H39-107/1995F au catalogue), Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.
13. US Public Health Service, *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*, Washington, DC, 1999.
14. Centers for Disease Control and Prevention. *Preventing Suicide*, disponible à : <http://www.dcd.gov/safeusa/suicide>, site consulté le 7 mars 2001.
15. Y. Mao, P. Hasselback, J.W. Davies *et al.*, « Suicide in Canada: An epidemiological assessment », *Revue canadienne de santé publique*, 81(4), 1990, p. 324-328.
16. M. Speechley et K.M. Stavray, « The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health », *Revue canadienne de santé publique*, 82(1), 1991, p. 38-42.
17. S. Hudson, S. Elsaadany, G. Sherman *et al.*, *Suicide Statistics: Gold Standard for Suicide Surveillance?*, document à l'appui d'une présentation, Ottawa, Santé Canada, 1996.
18. J.G. Young et J.M. Wagner, « Le rôle du coroner en Ontario: interroger la mort pour protéger la vie », *Rapports sur la santé*, 6(3), 1994, p. 339-352 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. Santé Canada, *Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979-1993* (n° 34-79/1993F au catalogue), Ottawa, Santé Canada, 1996.
20. Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, Ottawa, Commission royale sur les peuples autochtones, 1995.
21. Santé Canada, *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada : Un second diagnostic*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
22. E. Bobet « La mortalité dans la population indienne », *Tendances sociales canadiennes*, (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue), hiver 1989, p. 11-14.
23. Y. Mao, B.W. Moloughney, R.W. Semenciw *et al.*, « Indian reserve and registered Indian mortality in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 83, 1992, p. 350-353.
24. B. Malchy, W.E. Murray, T.K. Young *et al.*, « Suicide among Manitoba's Aboriginal people, 1988 to 1994 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156(8), 1997, p. 1133-1138.
25. S. Stack, « Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data », *American Society of Criminology*, 35(3), 1997, p. 435-453.
26. M. Gillespie, V. Hearn et R. Silverman, « Suicide following homicide in Canada », *Homicide Studies*, 2(1), 1998, p. 46-63.
27. O. Fedorowycz, « L'homicide au Canada, 1999 », *Juristat* (Statistique Canada, n° 85-002 au catalogue), 20(9), 2000, p. 1-17.
28. S. Canetto et I. Sakinofsky, « The gender paradox in suicide », *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 28(1), 1998, p. 1-23.
29. E.K. Moscicki, « Gender differences in completed and attempted suicides », *Annals of Epidemiology*, 4, 1994, p. 152-158.
30. Statistique Canada, « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes: transition vers l'adolescence, 1996-1997 », *Le Quotidien* (n° 11-001F au catalogue), 6 juillet 1999.
31. Statistique Canada, *Enquête sur les services correctionnels pour adultes, 1998-1999*, données non publiées, demande spéciale du Programme des services correctionnels, Centre canadien de la statistique juridique.
32. C.J. DuRand, G.J. Burtka, E.J. Federman *et al.*, « A quarter century of suicide in a major urban jail: Implications for community psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1995, p. 1077-1080.
33. M. Reed et J. Roberts, « Les services correctionnels pour adultes au Canada, 1997-1998 », *Juristat* (Statistique Canada, n° 85-002 au catalogue), 19(4), 1999, p. 8.
34. Statistique Canada, « Mortalité – tendances », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 45-51 (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
35. D. Clayton et A. Barcelü, « Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996 », *Maladies chroniques au Canada*, 20(2), 1999, p. 89-95.
36. E.K. Moscicki, « Epidemiology of Suicide », publié sous la direction de D.G. Jacobs, *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1999.
37. Y. Conwell et D. Brent, « Suicide and aging: patterns of psychiatric diagnosis », *International Psychogeriatrics*, 7(2), 1995, p. 149-164.
38. F.E. Crumley, « Substance abuse and adolescent suicidal behaviour », *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, p. 3051-3056.
39. A.L. Berman et R.H. Schwartz, « Suicide attempts among adolescent drug users », *American Journal of Diseases of Children*, 144, 1990, p. 310-314.

## Annexe A

Tableau A  
Taux comparatifs de suicides<sup>†</sup>, population de 10 ans et plus, selon le sexe et la province ou le territoire, 1998

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %
<b>Canada</b>	<b>14,0</b>	<b>13,5 - 14,4</b>	<b>22,5</b>	<b>21,7 - 23,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,3 - 6,1</b>
Terre-Neuve	7,2**	4,6 - 9,8	12,3**	7,1 - 17,5	2,2	-1,3 - 5,7
Île-du-Prince-Édouard	8,0	1,0 - 15,0	15,0	0,0 - 30,0	1,4	-11,3 - 14,1
Nouvelle-Écosse	13,4	10,9 - 15,9	22,5	17,8 - 27,3	4,6	2,1 - 7,2
Nouveau-Brunswick	16,6	13,4 - 19,8	27,7	21,8 - 33,7	5,6	2,6 - 8,5
Québec	21,3**	20,2 - 22,5	33,4**	31,4 - 35,5	9,5**	8,4 - 10,6
Ontario	9,6**	9,0 - 10,2	15,6**	14,5 - 16,7	3,9**	3,4 - 4,5
Manitoba	13,2	10,9 - 15,5	21,3	17,1 - 25,4	5,6	3,2 - 7,9
Saskatchewan	13,8	11,2 - 16,3	24,6	19,8 - 29,4	3,2*	1,1 - 5,4
Alberta	16,2**	14,6 - 17,8	25,9*	23,0 - 28,7	6,4	4,9 - 7,8
Colombie-Britannique	11,4**	10,3 - 12,5	18,3**	16,3 - 20,4	4,6*	3,6 - 5,6
Yukon	26,2	-30,4 - 82,9	24,8	-115,8 - 165,3	19,7	-84,0 - 123,4
Territoires du Nord-Ouest	55,5*	17,1 - 93,8	88,7	13,2 - 164,2	19,3	-51,9 - 90,5

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1998

† Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus de 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.

\* Diffère de façon significative du taux comparatif national, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux comparatif national, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,01$ ).

Tableau B  
Taux de suicides, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance à 95 %
<b>Total (taux brut)</b>	<b>14,1</b>	<b>13,6 - 14,5</b>	<b>22,6</b>	<b>21,7 - 23,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,4 - 6,2</b>
<b>Groupe d'âge</b>						
10 à 14 ans	2,2**	1,6 - 2,9	2,9**	1,9 - 3,9	1,5**	0,8 - 2,3
15 à 19 ans	12,5*	11,0 - 14,0	18,2**	15,7 - 20,8	6,4	4,8 - 8,0
20 à 29 ans	15,1	13,9 - 16,3	25,0*	22,9 - 27,1	4,9*	3,9 - 5,8
30 à 44 ans	16,7**	15,8 - 17,6	26,5**	24,9 - 28,2	6,7*	5,9 - 7,6
45 à 59 ans	15,9**	14,9 - 17,0	24,7*	22,8 - 26,5	7,2**	6,2 - 8,2
60 à 74 ans	12,6*	11,4 - 13,8	21,1	18,8 - 23,4	5,0	4,0 - 6,1
75 ans et plus	12,3*	10,6 - 14,0	24,5	20,5 - 28,5	5,0	3,6 - 6,4

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1998

\* Diffère de façon significative du taux brut total, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux brut total, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,01$ ).

Tableau C

Taux comparatifs d'hospitalisations pour tentative de suicide<sup>†</sup>, selon le sexe et la province ou le territoire, population de 10 ans et plus, 1998-1999

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Canada</b>	<b>88,8</b>	<b>87,6 - 89,9</b>	<b>69,8</b>	<b>68,4 - 71,3</b>	<b>108,4</b>	<b>106,6 -110,2</b>
Terre-Neuve	79,2*	71,1 - 87,2	70,0	58,9 - 81,1	88,7**	76,8 -100,7
Île-du-Prince-Édouard	82,1	65,2 - 99,0	71,2	47,4 - 94,9	93,0	67,2 -118,9
Nouvelle-Écosse	76,3**	70,1 - 82,5	66,1	57,9 - 74,4	86,6**	77,4 - 95,9
Nouveau-Brunswick	101,0**	93,2 -108,8	81,6*	71,6 - 91,5	120,8*	108,6 -133,0
Québec	49,0**	47,2 - 50,7	41,4**	39,1 - 43,7	56,9**	54,2 - 59,6
Ontario	95,5**	93,5 - 97,5	74,9**	72,4 - 77,3	116,6**	113,5 -119,7
Manitoba	100,8**	94,3 -107,3	67,7	60,2 - 75,3	135,2**	124,5 -146,0
Saskatchewan	123,0**	115,4 -130,7	92,7**	83,3 - 102,2	154,6**	142,4 -166,8
Alberta	99,0**	95,1 -102,9	76,9**	72,1 - 81,8	122,5**	116,4 -128,7
Colombie-Britannique	120,4**	116,7 -124,1	93,0**	88,4 - 97,7	148,8**	142,9 -154,7
Yukon	169,2*	96,4 -242,0	86,7	-62,1 - 235,5	256,1**	127,6 -384,6
Territoires du Nord-Ouest	218,5**	168,8 -268,1	138,1	60,4 - 215,8	308,1**	215,3 -400,9

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1998-1999

<sup>†</sup> Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.

\* Diffère de façon significative du taux comparatif national, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux comparatif national, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,01$ ).

Tableau D

Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998-1999

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %	Taux pour 100 000 personnes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Total (taux brut)</b>	<b>86,8</b>	<b>85,7 - 87,9</b>	<b>69,2</b>	<b>67,8 - 70,7</b>	<b>103,9</b>	<b>102,1 -105,6</b>
<b>Groupe d'âge</b>						
10 à 14 ans	40,8**	38,0 - 43,6	15,5**	13,1 - 17,9	67,5**	62,4 - 72,7
15 à 19 ans	152,2**	146,9 -157,6	87,3**	81,7 - 92,9	220,8**	211,6 -230,0
20 à 29 ans	117,9**	114,6 -121,1	98,0**	93,8 - 102,2	138,4**	133,3 -143,4
30 à 44 ans	118,3**	115,9 -120,8	97,6**	94,5 - 100,7	139,3**	135,5 -143,0
45 à 59 ans	68,3**	66,1 - 70,4	55,1**	52,3 - 57,9	81,3**	77,9 - 84,7
60 à 74 ans	25,0**	23,3 - 26,7	24,7**	22,3 - 27,2	25,2**	22,8 - 27,5
75 ans et plus	21,0**	18,8 - 23,3	27,6**	23,3 - 31,8	17,2**	14,6 - 19,7

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1998-1999

\* Diffère de façon significative du taux brut total, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,05$ ).

\*\* Diffère de façon significative du taux brut total, pour les hommes et les femmes confondus et selon le sexe ( $p < 0,01$ ).

## Annexe B

Tableau A

Nombre de décès par suicide, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 1979 à 1998

	Groupe d'âge							
	Total†	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
<b>Hommes et femmes confondus</b>								
1979	3 356	22	308	885	853	765	426	95
1980	3 358	21	278	869	815	773	442	157
1981	3 402	34	293	810	898	769	448	147
1982	3 522	27	282	912	928	799	453	115
1983	3 755	23	289	941	1 019	780	524	179
1984	3 439	27	253	852	956	746	444	160
1985	3 258	17	221	817	939	669	449	145
1986	3 669	24	241	902	1 109	722	492	179
1987	3 594	30	244	837	1 090	746	480	164
1988	3 509	27	242	844	1 103	679	440	174
1989	3 492	25	247	790	1 117	697	444	171
1990	3 378	29	225	763	1 189	621	369	181
1991	3 592	28	253	798	1 207	680	456	170
1992	3 709	34	249	808	1 264	753	429	171
1993	3 802	44	237	734	1 333	822	439	193
1994	3 749	49	252	699	1 325	804	422	197
1995	3 970	43	264	729	1 442	883	427	180
1996	3 940	40	231	698	1 422	907	447	195
1997	3 681	51	261	577	1 265	916	413	198
1998	3 698	45	256	629	1 273	876	422	197
<b>Hommes</b>								
1979	2 520	15	251	705	634	536	314	64
1980	2 534	15	234	702	615	538	301	126
1981	2 569	25	250	666	667	533	320	107
1982	2 725	23	247	749	691	582	339	90
1983	2 885	20	250	792	751	556	374	142
1984	2 660	23	221	715	719	547	311	124
1985	2 565	12	186	695	722	501	337	111
1986	2 849	19	199	757	853	528	350	143
1987	2 794	25	201	698	825	566	360	117
1988	2 733	23	212	694	828	494	352	130
1989	2 696	19	218	648	843	501	335	131
1990	2 673	23	182	649	910	478	282	149
1991	2 874	19	217	673	947	533	346	139
1992	2 923	26	198	667	1 003	573	319	136
1993	3 013	26	193	629	1 057	632	338	138
1994	2 969	37	205	584	1 050	602	330	160
1995	3 158	22	217	615	1 161	676	319	146
1996	3 092	31	190	589	1 101	662	357	162
1997	2 914	39	207	475	1 010	708	319	156
1998	2 925	30	192	529	1 017	676	334	147
<b>Femmes</b>								
1979	836	7	57	180	219	229	112	31
1980	824	6	44	167	200	235	141	31
1981	833	9	43	144	231	236	128	40
1982	797	4	35	163	237	217	114	25
1983	870	3	39	149	268	224	150	37
1984	779	4	32	137	237	199	133	36
1985	693	5	35	122	217	168	112	34
1986	820	5	42	145	256	194	142	36
1987	800	5	43	139	265	180	120	47
1988	776	4	30	150	275	185	88	44
1989	796	6	29	142	274	196	109	40
1990	705	6	43	114	279	143	87	32
1991	718	9	36	125	260	147	110	31
1992	786	8	51	141	261	180	110	35
1993	789	18	44	105	276	190	101	55
1994	780	12	47	115	275	202	92	37
1995	812	21	47	114	281	207	108	34
1996	848	9	41	109	321	245	90	33
1997	767	12	54	102	255	208	94	42
1998	773	15	64	100	256	200	88	50

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

† La somme des données sur les groupes d'âge peut ne pas correspondre aux totaux indiqués, car ces derniers pourraient inclure des enregistrements pour lesquels l'âge n'a pas été précisé.

Tableau B  
Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, Canada, 1979 à 1998

	Groupe d'âge						
	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
Nombre de suicides pour 100 000 personnes du groupe d'âge observé							
<b>Hommes et femmes confondus</b>							
1979	1,1	12,7	19,6	17,8	20,9	18,3	11,4
1980	1,1	11,5	18,8	16,5	21,0	18,4	18,3
1981	1,8	12,4	17,1	17,5	20,8	18,1	16,5
1982	1,4	12,3	18,9	17,5	21,5	17,8	12,5
1983	1,2	13,2	19,3	18,6	20,9	20,0	18,7
1984	1,4	12,1	17,3	16,9	19,9	16,5	16,2
1985	0,9	10,9	16,5	16,1	17,7	16,3	14,1
1986	1,3	12,1	18,3	18,4	19,0	17,5	16,8
1987	1,6	12,5	17,2	17,5	19,3	16,7	14,8
1988	1,5	12,4	17,6	17,2	17,2	15,0	15,1
1989	1,3	12,7	16,5	16,8	17,2	14,8	14,2
1990	1,5	11,6	16,2	17,3	15,0	12,1	14,5
1991	1,5	13,1	17,4	17,1	16,0	14,6	13,1
1992	1,8	12,9	17,9	17,7	17,1	13,5	12,9
1993	2,2	12,2	16,7	18,3	17,9	13,6	14,2
1994	2,5	12,9	16,3	17,9	16,9	13,0	14,1
1995	2,2	13,3	17,3	19,2	17,9	13,0	12,5
1996	2,0	11,5	16,7	18,7	17,7	13,6	13,1
1997	2,5	12,9	13,8	16,6	17,3	12,5	12,8
1998	2,2	12,5	15,1	16,7	15,9	12,6	12,3
<b>Hommes</b>							
1979	1,4	20,3	30,9	26,1	29,5	29,0	19,8
1980	1,5	19,0	30,1	24,5	29,4	27,1	37,9
1981	2,5	20,6	28,0	25,7	28,9	28,0	31,3
1982	2,3	21,0	30,9	25,8	31,5	28,9	25,6
1983	2,1	22,3	32,1	27,2	29,9	31,1	39,2
1984	2,4	20,6	28,7	25,3	29,2	25,3	33,1
1985	1,3	17,9	27,8	24,6	26,6	26,8	28,6
1986	2,0	19,5	30,2	28,2	27,7	27,3	35,8
1987	2,7	20,0	28,1	26,3	29,2	27,4	28,1
1988	2,5	21,3	28,4	25,6	25,0	26,1	30,1
1989	2,0	21,9	26,7	25,2	24,7	24,3	29,0
1990	2,4	18,3	27,2	26,4	23,0	20,0	31,7
1991	2,0	21,9	28,9	26,8	25,0	24,0	28,6
1992	2,6	20,0	29,2	27,9	25,9	21,6	27,3
1993	2,6	19,4	28,2	28,9	27,5	22,5	27,1
1994	3,6	20,3	26,8	28,2	25,3	21,7	30,8
1995	2,1	21,3	28,8	30,8	27,4	20,7	27,2
1996	3,0	18,4	27,8	28,9	26,0	23,0	29,1
1997	3,8	19,8	22,4	26,4	26,8	20,4	27,0
1998	2,9	18,2	25,0	26,5	24,7	21,1	24,5
<b>Femmes</b>							
1979	0,7	4,8	8,0	9,3	12,4	9,0	6,1
1980	0,6	3,7	7,3	8,2	12,7	10,9	5,9
1981	1,0	3,7	6,1	9,2	12,7	9,6	7,3
1982	0,4	3,1	6,8	9,1	11,6	8,3	4,4
1983	0,3	3,7	6,2	9,9	12,0	10,6	6,2
1984	0,4	3,1	5,6	8,5	10,6	9,1	5,8
1985	0,6	3,6	5,0	7,5	8,9	7,5	5,3
1986	0,6	4,3	6,0	8,6	10,2	9,3	5,4
1987	0,6	4,5	5,8	8,6	9,3	7,7	6,8
1988	0,4	3,2	6,4	8,6	9,4	5,5	6,1
1989	0,7	3,1	6,0	8,3	9,7	6,7	5,3
1990	0,7	4,6	4,9	8,1	6,9	5,3	4,1
1991	1,0	3,8	5,5	7,4	6,9	6,6	3,8
1992	0,9	5,4	6,4	7,3	8,2	6,5	4,2
1993	1,9	4,7	4,9	7,6	8,3	5,9	6,4
1994	1,2	4,9	5,4	7,4	8,5	5,3	4,2
1995	2,2	4,9	5,5	7,5	8,4	6,2	3,8
1996	0,9	4,2	5,3	8,5	9,5	5,2	3,5
1997	1,2	5,5	5,0	6,7	7,8	5,4	4,3
1998	1,5	6,4	4,9	6,7	7,2	5,0	5,0

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil



Tableau C

Nombre de décès par suicide et taux comparatifs de mortalité par suicide<sup>†</sup>, population de 10 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 1979 à 1998

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
<b>Suicides</b>													
1979	3 356	25	16	106	84	981	1 105	151	142	314	418	6	8
1980	3 358	19	14	97	81	947	1 121	121	153	389	396	11	9
1981	3 402	24	9	92	77	1 054	1 074	144	171	344	398	5	10
1982	3 522	34	11	104	90	1 071	1 111	139	171	359	417	7	8
1983	3 755	36	16	104	100	1 208	1 139	165	148	393	417	8	21
1984	3 439	39	15	86	90	1 027	1 101	133	136	405	385	5	17
1985	3 258	23	5	106	86	1 124	1 038	127	133	296	300	8	12
1986	3 669	23	14	94	96	1 147	1 130	153	138	424	425	10	15
1987	3 594	28	11	111	75	1 179	1 069	170	132	384	413	7	15
1988	3 509	44	13	106	108	1 088	1 045	154	145	400	378	7	21
1989	3 492	29	11	96	84	1 042	1 142	147	124	362	419	5	31
1990	3 378	58	14	115	84	1 104	887	140	151	403	399	5	18
1991	3 592	41	22	113	93	1 114	997	136	125	462	464	3	22
1992	3 709	50	16	97	85	1 255	987	132	140	473	455	3	16
1993	3 802	57	12	107	110	1 318	1 078	142	122	414	408	7	27
1994	3 749	49	16	97	104	1 263	1 083	118	143	425	423	7	21
1995	3 970	42	19	122	121	1 431	1 087	118	128	451	426	9	16
1996	3 940	38	12	116	95	1 468	1 086	118	139	454	385	6	23
1997	3 681	46	14	92	89	1 370	925	144	140	403	425	5	28
1998	3 698	34	10	110	108	1 373	960	128	118	405	412	5	35
<b>Taux comparatifs de suicides</b>													
	Pour 100 000 personnes												
1979	16,7	6,0	18,6	15,2	14,8	17,8	15,4	17,6	17,6	18,1	18,5	29,4	22,6
1980	16,5	4,1	13,8	13,9	14,6	17,3	15,4	13,8	18,9	21,5	17,0	47,7	24,0
1981	16,4	5,2	9,0	13,2	13,6	19,0	14,5	16,0	21,0	18,8	16,6	20,9	16,3
1982	16,6	7,9	11,3	14,4	15,1	18,9	14,7	15,8	20,0	18,6	16,8	34,6	17,1
1983	17,6	7,9	14,3	14,4	17,3	21,3	14,8	18,8	18,0	20,1	16,8	53,3	42,5
1984	15,8	7,8	15,0	11,6	14,8	17,9	14,0	14,6	16,3	20,9	15,3	19,4	45,4
1985	14,8	5,5	4,9	13,8	14,4	19,5	13,0	13,6	15,9	14,9	11,8	34,5	24,1
1986	16,4	5,7	13,7	12,3	16,0	19,6	13,9	16,2	16,4	20,8	16,3	39,9	34,3
1987	15,9	6,2	10,2	14,4	12,0	19,9	12,9	18,4	15,1	19,1	15,7	28,2	22,9
1988	15,2	9,4	11,9	13,7	17,3	18,2	12,2	16,2	17,1	19,7	14,0	37,8	35,1
1989	14,9	6,1	10,1	12,3	13,5	17,2	13,1	15,6	14,8	17,5	15,1	19,7	57,8
1990	14,2	11,9	13,0	14,6	13,3	18,0	9,9	15,1	18,2	18,8	13,9	22,4	32,3
1991	14,9	8,1	20,4	14,3	14,6	18,0	11,0	14,5	15,4	21,3	15,8	13,4	34,9
1992	15,2	9,9	14,9	12,4	13,2	20,2	10,8	14,2	17,1	21,4	15,2	10,8	27,8
1993	15,4	11,4	10,9	13,2	17,0	21,0	11,6	15,2	15,0	18,6	13,2	35,1	44,5
1994	14,9	10,3	14,0	12,1	16,0	20,1	11,5	12,3	17,2	18,7	13,2	34,7	34,3
1995	15,6	8,4	16,3	15,0	18,8	22,4	11,4	12,5	15,5	19,5	12,9	28,4	24,3
1996	15,2	7,9	10,1	14,2	14,2	23,0	11,1	12,4	16,8	19,1	11,2	28,1	36,6
1997	14,0	9,6	12,1	11,1	13,6	21,1	9,3	15,1	16,3	16,6	12,1	26,3	53,6
1998	14,0	7,2	8,0	13,4	16,6	21,3	9,6	13,2	13,8	16,2	11,4	26,1	55,5

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

† Calculés en prenant pour référence la répartition par âge de la population canadienne de 10 ans et plus en 1991, corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des résidents non permanents.