

Rapports sur la santé

Prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada : résultats de la deuxième Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale

par Li Liu, Nathaniel J. Pollock, Gisèle Contreras, Lil Tonmyr et Wendy Thompson

Date de diffusion : le 18 mai 2022



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2022

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada : résultats de la deuxième Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale

par Li Liu, Nathaniel J. Pollock, Gisèle Contreras, Lil Tonmyr et Wendy Thompson

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202200500002-fra>

RÉSUMÉ

Introduction

Les données issues du premier cycle de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), représentative à l'échelle nationale, ont montré que la prévalence des idées suicidaires au Canada à l'automne 2020 ne différait pas considérablement de celle observée avant la pandémie en 2019. L'objectif de la présente étude était de réévaluer la prévalence des idées suicidaires récentes au printemps 2021.

Méthodes

La prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada a été examinée au moyen des données de l'ECSM de 2021 (réalisée entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021), puis elle a été comparée à la prévalence observée dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019. Une analyse de régression logistique non corrigée a permis d'évaluer la probabilité différentielle de déclarer des idées suicidaires parmi les sous-groupes de population.

Résultats

Chez les adultes au Canada, la prévalence des idées suicidaires depuis le début de la pandémie était de 4,2 %, un taux beaucoup plus élevé que celui observé avant la pandémie, qui était de 2,7 % en 2019. Une augmentation statistiquement significative de la prévalence a été observée chez les hommes et les femmes, les groupes de personnes âgées de moins de 65 ans et plusieurs autres groupes sociodémographiques, ainsi qu'en Colombie-Britannique, dans les provinces des Prairies et en Ontario. Les personnes âgées de moins de 65 ans, nées au Canada, qui avaient un niveau de scolarité plus faible ou qui ne s'étaient jamais mariées étaient beaucoup plus susceptibles que les autres de déclarer des idées suicidaires durant la pandémie.

Conclusion

Au début de la deuxième année de la pandémie, la prévalence des idées suicidaires récentes au Canada était supérieure à celle observée en 2019, avant la pandémie. L'observation continue des résultats liés au suicide et des risques connexes est nécessaire afin de pouvoir cerner les changements au sein de la population et d'élaborer des mesures en matière de santé publique.

Mots clés

Canada; COVID-19; idées suicidaires; pandémie; prévention du suicide; santé mentale; santé publique; surveillance.

AUTEURS

Li Liu (Li.Liu@phac-aspc.gc.ca), Nathaniel J. Pollock, Gisèle Contreras, Lil Tonmyr et Wendy Thompson travaillent au sein de l'Agence de la santé publique du Canada.

La pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique qui y sont associées ont aggravé les facteurs de risque économiques, psychosociaux et sanitaires liés à la suicidalité^{1,2}, même si l'incidence à long terme sur les résultats liés au suicide demeure incertaine. Un examen systématique en cours a permis de recenser les preuves à l'échelle mondiale de la suicidalité durant la pandémie, mais les premières conclusions étaient incohérentes et indiquaient que la prévalence de comportements liés au suicide, y compris les idées suicidaires, variait d'une étude à l'autre³. Selon une récente méta-analyse internationale de 54 études, la prévalence combinée des idées suicidaires au cours de la première année de la pandémie était de 10,8 %⁴, un taux supérieur à celui des estimations mondiales d'avant la pandémie qui était d'environ 2 % à 5 %^{5,6}. Cependant, seules des conclusions limitées peuvent en être tirées, étant donné que près de la moitié de ces études reposaient sur des échantillons de convenance ou n'ont pas précisé la mesure utilisée pour évaluer les idées suicidaires, et que les échantillons étaient principalement constitués de jeunes personnes (âge moyen de 34 ans), de femmes (57,5 %) et de personnes blanches (66,3 %)⁴. Au Canada, la prévalence de pensées suicidaires durant la pandémie a été étudiée dans le cadre d'enquêtes transversales répétées^{7,8}. Dans l'ensemble, la généralisabilité de ces études est limitée parce que les échantillons étaient relativement petits, avec des périodes de collecte de données et de remémoration comparativement courtes; ces études étaient également dépourvues de données de référence recueillies avant la pandémie aux fins de comparaison, et certaines n'étaient pas représentatives à l'échelle nationale.

Une étude antérieure menée au Canada avec des données du premier cycle de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) a révélé que la prévalence des idées suicidaires chez les adultes à l'automne 2020 ne différait pas considérablement de celle observée avant la pandémie⁹. Cependant, il y avait une variation évidente entre les sous-groupes, soit une prévalence accrue chez les jeunes adultes, les personnes nées au Canada, les personnes moins scolarisées ou habitant dans des ménages à revenu inférieur, les travailleurs de première ligne et les personnes qui ont connu une perte de revenus ou de la solitude en raison de la pandémie⁹. D'autres études canadiennes qui ont mesuré les pensées ou les sentiments suicidaires durant la pandémie ont déclaré des répercussions disproportionnées semblables⁷.

Par rapport à la prévalence stable des idées suicidaires à l'échelle nationale, la santé mentale autoévaluée a diminué et les symptômes de dépression ont augmenté au Canada en 2020¹⁰⁻¹² et encore une fois en 2021¹³⁻¹⁵ si on les compare aux niveaux observés avant la pandémie. Compte tenu de ces données probantes, il est important de continuer à surveiller l'évolution des idées suicidaires au fil du temps et de cerner les sous-groupes à risque élevé pour aider à orienter les approches opportunes de santé publique en matière de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale durant la pandémie.

Dans le cadre de la surveillance continue de la santé publique, la présente étude a permis d'analyser les données de l'ECSM de 2021. Les objectifs de l'étude étaient de mettre à jour les estimations précédentes de la prévalence des idées suicidaires récentes chez les adultes au Canada⁹ et de les comparer à la prévalence en 2019, ainsi que d'évaluer le risque différentiel de la déclaration des idées suicidaires entre les sous-groupes de population.

Méthodes

La prévalence des idées suicidaires durant la pandémie a été estimée au moyen des données transversales de l'ECSM de Statistique Canada, menée à l'échelle de la population et réalisée entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021¹⁶. La participation à l'enquête a coïncidé avec la troisième vague de la pandémie au Canada, lorsque les fermetures d'école, les restrictions de voyage et les autres mesures de santé publique ont été réintroduites dans plusieurs provinces et territoires¹⁷.

La population cible de l'enquête était les personnes âgées de 18 ans ou plus des 10 provinces et des 3 capitales territoriales du Canada. L'ECSM avait un plan d'échantillonnage à deux degrés : les logements et les particuliers. Le cadre de l'ECSM a été stratifié par province, et un échantillonnage aléatoire simple des logements a été sélectionné dans chaque province et dans les trois capitales territoriales, puis des participants dans chaque logement ont été sélectionnés¹⁶. L'enquête avait un total de 8 032 participants et un taux de réponse de 49,3 %. Pour la présente étude, les données des 6 592 participants qui ont accepté que leurs résultats soient communiqués à l'Agence de la santé publique du Canada ont été analysées.

À titre de comparaison avec la période la plus récente ayant précédé la pandémie, la prévalence des idées suicidaires a été estimée au moyen des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2019¹⁸. L'ESCC de 2019 a recueilli des données du 2 janvier au 24 décembre 2019, et avait un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 57 034 participants âgés de 18 ans ou plus (taux de réponse de 54,9 %). L'ESCC de 2019 reposait sur la base de sondage de l'Enquête sur la population active (EPA). L'EPA a d'abord sélectionné des grappes (dans ce cas, les régions sociosanitaires) au moyen d'une méthode d'échantillonnage proportionnel, puis les logements ont été sélectionnés par un échantillonnage systématique dans chaque grappe. Un adulte vivant dans le logement sélectionné a été choisi comme répondant au moyen de diverses probabilités de sélection en fonction de l'âge et de la composition du ménage. Les détails à propos des deux enquêtes ont été déclarés ailleurs⁹. La présente étude a été exemptée de l'examen du Comité d'éthique de la recherche. L'accès aux données a été autorisé par une entente de partage de données entre l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada.

Pour évaluer les idées suicidaires récentes, la principale variable de résultats de la présente étude, les répondants à l'ECSM de

Tableau 1
Distributions d'échantillons, par caractéristiques sociodémographiques, Canada, 2019 et 2021

Variable	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019		Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021	
	Nombre dans l'échantillon	Distribution	Nombre dans l'échantillon	Distribution
	N	%	N	%
Total	57 034	100,0	5 742	100,0
Genre				
Femme	30 932	50,8	3 294	50,7
Homme	26 052	49,2	2 441	49,3
Groupe d'âge				
18 à 34 ans	9 766	28,4	969	24,8
35 à 64 ans	22 354	50,1	3 056	53,0
65 ans et plus	24 914	21,5	1 717	22,3
Statut d'immigrant				
Oui	9 931	28,7	1 038	27,6
Non	46 752	71,3	4 677	72,4
Niveau de scolarité				
Diplôme d'études secondaires ou moins	21 755	34,4	1 691	29,3
Diplôme d'études postsecondaires	34 563	65,6	4 034	70,7
Zone habitable				
Centre de population	40 914	82,9	4 265	82,2
Région rurale	16 120	17,1	1 424	17,9
État matrimonial				
Marié ou en union libre	31 432	62,5	3 407	64,0
Jamais marié	11 674	25,0	1 122	22,6
Séparé, divorcé ou veuf	13 868	12,5	1 197	13,4
Parent ou tuteur d'un enfant de moins de 18 ans				
Oui	9 220	23,0	1 324	28,2
Non	47 814	77,0	4 408	71,8
Province ou capitale territoriale				
Provinces des Prairies	12 811	17,7	1 530	17,4
Alberta	6 230	11,4	556	11,2
Manitoba	3 364	3,4	503	3,3
Saskatchewan	3 217	2,9	471	2,8
Colombie-Britannique	6 352	13,4	577	13,9
Provinces de l'Atlantique	10 561	6,6	1 709	6,6
Nouveau-Brunswick	2 908	2,1	467	2,1
Terre-Neuve-et-Labrador	2 584	1,4	387	1,4
Nouvelle-Écosse	3 034	2,6	491	2,6
Île-du-Prince-Édouard	2 035	0,4	364	0,4
Ontario	16 854	39,4	1 007	39,3
Québec	10 456	23,0	919	22,7
Capitales territoriales	...	...	850	0,2
Whitehorse (Yukon)	...	...	355	0,1
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	...	...	346	0,1
Iqaluit (Nunavut)	...	...	149	0,0
		Revenu médian, en		Revenu médian, en
	N	milliers de dollars	N	milliers de dollars
Revenu	57 028	85,5	5 211	83,2

... n'ayant pas lieu de figurer

Notes : Les données des capitales territoriales (N = 850) sont exclues des estimations de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (sauf par capitale provinciale ou territoriale) afin que les comparaisons entre 2019 et 2021 reposent sur les données des mêmes emplacements géographiques. « Provinces des Prairies » regroupe l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan. « Provinces de l'Atlantique » regroupe le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. « Capitales territoriales » regroupe Whitehorse, au Yukon; Yellowknife, dans les Territoires du Nord-Ouest; et Iqaluit, au Nunavut.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021.

2021 devaient répondre à la question : « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? ». Dans l'ESCC de 2019, les répondants qui ont répondu « Oui » à la question « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » devaient ensuite répondre à la question « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? ».

Les variables sociodémographiques qui ont été examinées comprenaient le genre, l'âge, le statut d'immigrant, le revenu du ménage par tertile, le lieu de résidence, le niveau de scolarité, l'état matrimonial, si le répondant était le parent ou le tuteur d'un enfant de moins de 18 ans, et la province ou la capitale territoriale. Pour ce qui est du statut d'immigrant, le code « Oui » a été attribué aux immigrants reçus et aux résidents

Tableau 2

Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019) et depuis le début de la pandémie de COVID-19 (dans l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021), selon les caractéristiques sociodémographiques, Canada

Variable	Prévalence dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019			Prévalence dans l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021			Valeur de p
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		
		de	à		de	à	
Total	2,7	2,5	3,0	4,2	3,4	5,0	< 0,001 ***
Genre							
Femme	2,8	2,5	3,1	4,0	3,0	5,2	0,012 *
Homme	2,7	2,3	3,0	4,1	3,0	5,5	0,010 *
Groupe d'âge							
18 à 34 ans	5,0	4,4	5,8	8,0	5,7	10,9	0,006 **
35 à 64 ans	2,2	1,9	2,5	3,7	2,8	4,8	< 0,001 ***
65 ans et plus	1,0	0,8	1,2	0,9	0,4	1,7	0,782
Statut d'immigrant							
Oui	1,7	1,3	2,2	2,5	1,4	4,3	0,173
Non	3,2	2,9	3,5	4,8	3,9	5,9	< 0,001 ***
Tertile du revenu du ménage							
Faible revenu	3,5	3,0	3,9	4,2	3,0	5,7	0,254
Revenu moyen	2,9	2,4	3,4	4,2	2,9	6,0	0,044 *
Revenu élevé	1,8	1,5	2,2	3,9	2,5	5,6	< 0,001 ***
Zone habitable							
Centre de population	2,8	2,5	3,1	4,5	3,6	5,5	< 0,001 ***
Région rurale	2,6	2,2	3,1	3,0	1,8	4,7	0,523
Niveau de scolarité							
Diplôme d'études secondaires ou moins	4,0	3,5	4,6	5,7	4,0	8,0	0,048 *
Diplôme d'études postsecondaires	2,1	1,8	2,4	3,5	2,7	4,4	< 0,001 ***
État matrimonial							
Marié ou en union libre	1,6	1,4	1,8	3,0	2,2	3,9	< 0,001 ***
Jamais marié	5,6	4,8	6,4	8,5	6,0	11,5	0,018 *
Séparé, divorcé ou veuf	2,9	2,4	3,4	2,7	1,6	4,2	0,722
Parent ou tuteur d'un enfant de moins de 18 ans							
Oui	1,8	1,4	2,2	3,1	2,0	4,6	0,022 *
Non	3,0	2,7	3,3	4,6	3,7	5,7	< 0,001 ***
Province ou capitale territoriale							
Provinces des Prairies	3,2	2,6	3,9	5,1	3,6	6,9	0,010 *
Alberta	3,2	2,4	4,0	4,8	2,8	7,6	0,107
Manitoba	3,3	2,2	4,8	5,5	3,3	8,5	0,087
Saskatchewan	3,3	2,1	4,9	5,6	3,5	8,6	0,074
Colombie-Britannique	2,8	2,2	3,7	5,9	3,6	8,8	0,004 **
Provinces de l'Atlantique	3,8	3,1	4,7	3,5	2,5	4,9	0,665
Nouveau-Brunswick	4,2	2,9	5,9	2,9	1,2	5,8	0,359
Terre-Neuve-et-Labrador	3,4	2,0	5,2	3,6	1,5	7,3	0,864
Nouvelle-Écosse	3,9	2,6	5,5	3,8	2,1	6,2	0,910
Île-du-Prince-Édouard	3,5	2,0	5,6	4,8	2,4	8,6	0,385
Ontario	2,6	2,2	3,1	4,2	2,8	6,1	0,017 *
Québec	2,2	1,8	2,7	2,5	1,4	4,1	0,648
Capitales territoriales	...	...	...	5,9	4,1	8,1	...
Whitehorse (Yukon)	...	...	...	5,8	3,3	9,5	...
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	...	...	...	4,9	2,4	8,8	...
Iqaluit (Nunavut)	...	...	...	8,5	3,5	16,6	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente (p<0,05)

** valeur significativement différente (p<0,01)

*** valeur significativement différente (p<0,001)

Notes : Les données des capitales territoriales (N = 850) sont exclues des estimations de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (sauf par capitale provinciale ou territoriale) afin que les comparaisons entre 2019 et 2021 reposent sur les données des mêmes emplacements géographiques.

« Provinces des Prairies » regroupe l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan. « Provinces de l'Atlantique » regroupe le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. « Capitales territoriales » regroupe Whitehorse, au Yukon; Yellowknife, dans les Territoires du Nord-Ouest; et Iqaluit, au Nunavut.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021.

temporaires, et le code « Non » a été attribué aux personnes nées au Canada.

Les analyses ont été effectuées au moyen de la version 7.1 du SAS Enterprise Guide (Institut SAS, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Les intervalles de confiance de Clopper-Pearson

modifiées^{9,19} à 95 % et le coefficient de variation ont été estimés au moyen de poids bootstrap. Des tests du khi carré ont été effectués pour déterminer si les estimations des idées suicidaires au printemps 2021 différaient de façon significative de celles de 2019. Des régressions logistiques non corrigées ont été utilisées

Tableau 3

Probabilité de déclarer des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019) et depuis le début de la pandémie de COVID-19 (dans l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021), selon les caractéristiques sociodémographiques, Canada

Variable	Rapport de cotes dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019				Rapport de cotes dans l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021				Paramètre d'interaction
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		valeur de p	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		valeur de p	valeur de p
		de	à			de	à		
Genre									
Femme	1,1	0,9	1,3	0,601	1,0	0,6	1,5	0,949	0,790
Homme [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Groupe d'âge									
18 à 34 ans	5,4	4,2	6,8	< 0,001 ***	9,7	4,5	21,3	< 0,001 ***	0,155
35 à 64 ans	2,2	1,8	2,8	< 0,001 ***	4,3	2,0	9,1	< 0,001 ***	0,122
65 ans et plus [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Statut d'immigrant									
Oui	0,5	0,4	0,7	< 0,001 ***	0,5	0,3	0,9	0,033 *	0,963
Non [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Tertile du revenu du ménage									
Faible revenu [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Revenu moyen	0,8	0,7	1,0	0,075	1,0	0,6	1,7	0,960	0,459
Revenu élevé	0,5	0,4	0,6	< 0,001 ***	0,9	0,5	1,5	0,744	0,050
Zone habitable									
Centre de population	1,1	0,9	1,3	0,558	1,5	0,9	2,5	0,130	0,233
Région rurale [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	2,0	1,6	2,4	< 0,001 ***	1,7	1,1	2,6	0,021 *	0,536
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
État matrimonial									
Marié ou en union libre [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Jamais marié	3,7	3,0	4,6	< 0,001 ***	3,0	1,9	4,8	< 0,001 ***	0,428
Séparé, divorcé ou veuf	1,9	1,5	2,4	< 0,001 ***	0,9	0,5	1,6	0,708	0,017 *
Parent ou tuteur d'un enfant de moins de 18 ans									
Oui	0,6	0,5	0,8	< 0,001 ***	0,7	0,4	1,1	0,086	0,681
Non [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Province ou capitale territoriale									
Provinces des Prairies	1,2	1,0	1,6	0,101	1,2	0,7	2,0	0,466	0,964
Alberta	1,2	0,9	1,6	0,217	1,1	0,6	2,2	0,676	0,887
Manitoba	1,3	0,9	1,9	0,232	1,3	0,7	2,5	0,389	0,936
Saskatchewan	1,3	0,8	2,0	0,311	1,3	0,7	2,5	0,334	0,851
Colombie-Britannique	1,1	0,8	1,5	0,603	1,4	0,8	2,6	0,277	0,471
Provinces de l'Atlantique	1,5	1,1	2,0	0,006 **	0,8	0,5	1,4	0,461	0,047 *
Nouveau-Brunswick	1,6	1,1	2,5	0,020 *	0,7	0,3	1,6	0,369	0,071
Terre-Neuve-et-Labrador	1,3	0,7	2,3	0,375	0,8	0,3	2,1	0,719	0,435
Nouvelle-Écosse	1,5	1,0	2,3	0,057	0,9	0,4	1,8	0,716	0,196
Île-du-Prince-Édouard	1,3	0,8	2,3	0,325	1,1	0,5	2,5	0,729	0,763
Ontario [†]	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...	...
Québec	0,8	0,6	1,1	0,164	0,6	0,3	1,2	0,121	0,334
Capitales territoriales	...	...	...	...	1,4	0,8	2,3	0,192	...
Whitehorse (Yukon)	...	...	...	...	1,4	0,7	2,7	0,327	...
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	...	...	...	...	1,2	0,5	2,5	0,707	...
Iqaluit (Nunavut)	...	...	...	...	2,1	0,8	5,3	0,116	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,01)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,001)

[†] catégorie de référence

Notes : Les données des capitales territoriales (N = 850) sont exclues des estimations de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (sauf par capitale provinciale ou territoriale) afin que les comparaisons entre 2019 et 2021 reposent sur les données des mêmes emplacements géographiques. « Provinces des Prairies » regroupe l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan. « Provinces de l'Atlantique » regroupe le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. « Capitales territoriales » regroupe Whitehorse, au Yukon; Yellowknife, dans les Territoires du Nord-Ouest; et Iqaluit, au Nunavut.

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021.

pour évaluer la probabilité différentielle de déclarer des idées suicidaires parmi les sous-groupes de population. De plus, des régressions logistiques avec l'année de l'enquête, le sous-groupe de population et les paramètres d'interaction ont été effectuées pour examiner l'évolution du risque d'avoir des idées suicidaires parmi les groupes durant la pandémie par rapport à avant la pandémie. Lorsque le paramètre d'interaction est significatif sur le plan statistique, le risque est réputé avoir changé. Des résultats significatifs sur le plan statistique ont été déterminés par une valeur de p supérieure à 0,05 dans toutes les analyses.

Résultats

Le tableau 1 montre les répartitions de l'échantillon de l'ESCC de 2019 et de l'ECSM de 2021; le tableau 2 présente les estimations de la prévalence des idées suicidaires dans l'ensemble et par groupe sociodémographique. Chez les adultes au Canada, la prévalence des idées suicidaires récentes au cours du printemps de 2021 était de 4,2 %, un taux beaucoup plus élevé que celui observé avant la pandémie, qui était de 2,7 % en 2019. Une augmentation significative sur le plan statistique entre 2019 et 2021 a été observée à la fois chez les femmes (2,8 % par rapport à 4,0 %) et les hommes (2,7 % par rapport à 4,1 %). Pour comparer avec la prévalence en 2019, la prévalence globale dans l'ECSM de 2021 est présentée dans le tableau 1 (à l'exception des trois capitales territoriales). Lorsque les trois capitales étaient incluses, la prévalence globale demeurait la même.

La prévalence des idées suicidaires durant la pandémie était considérablement plus élevée qu'avant la pandémie chez les personnes âgées de 18 à 34 ans et les personnes âgées de 35 à 64 ans, mais pas chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Des augmentations importantes ont également été observées chez les personnes nées au Canada, dont le ménage avait un revenu moyen ou élevé, qui étaient mariées, qui vivaient en union libre ou n'avaient jamais été mariées, qui vivaient dans un centre de population ou qui avaient n'importe quel niveau de scolarité ou statut parental. La prévalence des idées suicidaires a également considérablement augmenté en Colombie-Britannique, dans les provinces des Prairies et en Ontario. Des augmentations non considérables ont été observées pour tous les autres groupes sociodémographiques et toutes les provinces, à l'exception de celles du Canada atlantique, où il y a eu une baisse négligeable de la prévalence.

Les estimations des rapports de cotes (tableau 3) ont démontré une probabilité différentielle de déclarer des idées suicidaires dans des sous-groupes de population. Tout aussi bien avant qu'après la pandémie, les personnes âgées de moins de 65 ans, nées au Canada, qui avaient un niveau de scolarité plus faible ou qui ne s'étaient jamais mariées étaient beaucoup plus susceptibles que d'autres de déclarer des idées suicidaires. Les parents et les tuteurs d'enfants de moins de 18 ans et les personnes dont les revenus du ménage étaient les plus élevés

étaient considérablement moins susceptibles de déclarer avoir des idées suicidaires avant, mais pas durant la pandémie. Le paramètre d'interaction du modèle de régression logistique était significatif sur le plan statistique pour les personnes qui étaient séparées, divorcées ou veuves, ainsi que pour les personnes habitant dans les provinces de l'Atlantique, et était légèrement significatif (valeur de p de 0,05) pour les personnes dont les revenus du ménage étaient les plus élevés.

Discussion

Au début de la deuxième année de la pandémie, au printemps 2021, la prévalence des idées suicidaires récentes au Canada était considérablement plus élevée qu'elle ne l'était en 2019 avant la pandémie. Des augmentations de la prévalence ont également été observées parmi la plupart des groupes sociodémographiques examinés dans le cadre de la présente étude, même si elles n'étaient pas toutes importantes sur le plan statistique. De plus, certains groupes sociodémographiques ont démontré un risque plus élevé de déclarer des idées suicidaires récentes, et des changements dans le risque durant la pandémie ont été observés dans certains groupes.

Les résultats qui indiquent une augmentation du nombre d'idées suicidaires sont similaires aux changements dans d'autres résultats en matière de santé mentale de la population, comme des symptômes de dépression majeure¹¹, mais contrastent avec une étude antérieure n'ayant trouvé aucun changement important dans la prévalence des idées suicidaires récentes à l'automne 2020 (prévalence globale de 2,4 %; intervalle de confiance à 95 % : 2,1 % à 2,9 %)⁹. L'augmentation de la prévalence au printemps de 2021 peut être liée aux incidences négatives cumulatives de la pandémie sur la santé physique et mentale, à la situation professionnelle et financière, aux relations sociales, à l'augmentation des autres facteurs de risques, et aux effets à retardement possibles sur les résultats liés au suicide^{20,21}. Par exemple, une consommation accrue d'alcool et de drogues a été observée pendant la pandémie^{22,23}, une étude du Japon a conclu à une augmentation tardive de la mortalité par suicide²⁴, bien qu'une baisse des taux de suicide ait été déclarée dans d'autres pays durant les premiers mois de la pandémie²⁵.

Les cycles de 2020 et de 2021 de l'ECSM comprenaient des questions sur les idées suicidaires en utilisant la période de référence « depuis le début de la pandémie de COVID-19 ». La courte période de remémoration (six à huit mois) dans l'ECSM de 2020 peut expliquer pourquoi l'augmentation de la prévalence des idées suicidaires observées en 2021 n'a pas été observée à l'automne 2020. Cependant, cette explication est peu probable, puisqu'une prévalence semblable des idées suicidaires tout au long de la vie a été observée dans l'ECSM de 2020 et l'ESCC de 2019⁹.

Dans la présente étude, la prévalence de 4,2 % des idées suicidaires est inférieure aux 10,8 % de la récente méta-analyse⁴. Cet écart marqué peut être le résultat d'une

combinaison de facteurs, y compris des variations dans la façon dont les idées suicidaires ont été mesurées, des différences dans les bases de sondage et les méthodes d'échantillonnage, et des différences quant à l'incidence de la pandémie au Canada par rapport à d'autres nations. La différence peut également être liée aux petits échantillons de convenance utilisés dans de nombreuses études incluses dans la méta-analyse⁴.

Des variations dans la prévalence des idées suicidaires entre les groupes sociodémographiques ont été observées dans de nombreuses études durant la pandémie^{2,7,9,26,27}. Les résultats de la présente étude mettent en évidence la possibilité que de jeunes adultes et des adultes d'âge moyen, des personnes ayant des niveaux de scolarité moins élevés et des adultes non mariés puissent avoir été exposés à des facteurs de stress uniques durant la pandémie qui ont accru la probabilité d'avoir des idées suicidaires.

Une étude précédente a révélé qu'avant la pandémie, les parents et les tuteurs de jeunes enfants étaient considérablement moins susceptibles de déclarer des idées suicidaires. Cela laisse entendre que la parentalité peut avoir agi comme facteur de protection avant la pandémie, mais pas durant celle-ci⁹. Le stress attribuable à la pandémie lié à la préoccupation que les enfants deviennent malades, à la nécessité de prendre soin de membres de la famille malades, aux soins aux enfants, et à l'apprentissage et au travail virtuels peut s'être intensifié ou s'être accumulé au fil du temps, augmentant ainsi le risque d'avoir des idées suicidaires. La présente étude a également permis d'observer que les personnes dont le ménage avait les revenus les plus élevés avaient un risque considérablement plus faible de déclarer des idées suicidaires récentes en 2019 et à l'automne 2020, mais pas au printemps 2021. Le changement du risque entre 2019 et 2021 était également légèrement significatif pour le groupe situé dans la tranche de revenu la plus élevée. Dans l'ensemble, les conclusions de la présente étude laissent entendre que les populations qui sont à risque d'avoir des idées suicidaires peuvent évoluer avec le temps en raison de l'émergence de nouveaux facteurs de stress ou d'effets cumulatifs ou latents.

Il s'agit de l'une des rares études sur les idées suicidaires réalisées pendant la pandémie qui reposait sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale et sur une mesure des résultats normalisée aux fins de comparaison avec une base de référence d'avant la pandémie. La présente étude était limitée par le taux de réponse modeste à l'ECSM, bien que ce taux soit conforme à celui d'autres enquêtes nationales récentes sur la santé, comme l'ESCC. Une autre limite est que l'ESCC de 2019 permettait de recueillir des données sur une période de 12 mois, alors que la collecte des données dans l'ECSM de 2021 a duré

environ 3 mois, soit de février à mai. Cette différence empêche l'examen de tendances saisonnières, ce qui peut contribuer à un biais de saisonnalité. Cependant, lorsque les données des deux enquêtes étaient limitées à la même période de collecte que l'ECSM de 2021 (c.-à-d. de février à mai), des résultats semblables étaient générés (p. ex. 4,2 % en 2021 par rapport à 2,4 % en 2019 dans l'ensemble). De légères différences dans les périodes de remémoration entre l'ECSM (période de remémoration de 10,5 à 13,5 mois) et l'ESCC (derniers 12 mois) peuvent également avoir influencé les comparaisons. Il n'est également pas clair si les augmentations négligeables dans la prévalence qui ont été observées pour les populations minoritaires reflètent le degré de changement, un sous-échantillonnage ou une autre différence méthodologique entre l'ESCC et l'ECSM. De plus, en raison de la rareté de l'événement, des analyses de régression logistique corrigées n'ont pas été réalisées.

En résumé, la prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada a considérablement augmenté au printemps 2021 par rapport à 2019. Ces constatations peuvent servir de signe précurseur d'autres répercussions latentes possibles de la pandémie sur la santé mentale et les tendances suicidaires. À mesure que se poursuit la pandémie, l'observation continue des résultats liés au suicide et l'évaluation du lien entre les répercussions de la COVID-19 et les tendances suicidaires sont nécessaires pour que les changements au niveau de la population puissent être détectés rapidement afin d'éclairer la prise de mesures de santé publique.

Contributions et déclaration des auteurs

Tous les auteurs ont fourni des conseils sur la conception de l'analyse. Li Liu a effectué l'analyse statistique. Nathaniel J. Pollock et Li Liu ont rédigé et révisé le texte. Tous les auteurs ont lu et révisé de façon critique chaque version préliminaire de l'article et ont approuvé la soumission définitive.

Le contenu et les points de vue exprimés dans la présente étude sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts.

Références

1. M.A. Reger, I.H. Stanley et T.E. Joiner, « Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? », *JAMA Psychiatry*, 77(11), 2020, p. 1093-1094, disponible à l'adresse [10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060).
2. E.K. Jenkins, C. McAuliffe, S. Hirani et al., « A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey », *Preventive Medicine*, 145, 2021, art. 106333, disponible à l'adresse [10.1016/j.ypmed.2020.106333](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333).
3. A. John, E. Eyles, R.T. Webb et al., « The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: Update of living systematic review », *F1000Research*, 9, 2020, p. 1097, disponible à l'adresse [10.12688/f1000research.25522.2](https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2).
4. J.P. Dubé, M.M. Smith, S.B. Sherry et al., « Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies », *Psychiatry Research*, 301, 2021, art. 113998, disponible à l'adresse [10.1016/j.psychres.2021.113998](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998).
5. G. Turecki et D.A. Brent, « Suicide and suicidal behaviour », *Lancet*, 387(10024), 2016, p. 1227-1239, disponible à l'adresse [10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
6. R.T. Liu, A.H. Bettis et T.A. Burke, « Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation », *Psychological Medicine*, 50(3), 2020, p. 367-383, disponible à l'adresse [10.1017/S003329171900391X](https://doi.org/10.1017/S003329171900391X).
7. C. McAuliffe, J. Pumarino, K.C. Thomson et al., « Correlates of suicidal ideation related to the COVID-19 pandemic: Repeated cross-sectional nationally representative Canadian data », *SSM Population Health*, 16, 2021, art. 100988, disponible à l'adresse [10.1016/j.ssmph.2021.100988](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100988).
8. P.J. Schluter, M. Généreux, K.K. Hung et al., « Patterns of suicide ideation across eight countries in four continents during the COVID-19 pandemic era: Repeated cross-sectional study », *JMIR Public Health Surveillance*, 8(1), 2022, art. e32140, disponible à l'adresse [10.2196/32140](https://doi.org/10.2196/32140).
9. L. Liu, C.A. Capaldi et R.L. Dopko, « Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11), 2021, p. 415-429, disponible à l'adresse [10.24095/hpcdp.41.11.06f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f).
10. C.A. Capaldi, L. Liu et R.L. Dopko, « Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11), 2021, p. 394-414, disponible à l'adresse [10.24095/hpcdp.41.11.05f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f).
11. M. Shields, L. Tonmyr, A. Gonzalez et al., « Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11), 2021, p. 374-393, disponible à l'adresse [10.24095/hpcdp.41.11.04f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f).
12. Statistique Canada, « Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 », *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 2021, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.htm> (document consulté le 4 février 2022).
13. C.A. Capaldi, L. Liu et L.L. Ooi, « Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 42(5), 2022.
14. Statistique Canada, « Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020 », *Le Quotidien*, Ottawa, Statistique Canada, 2020, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm> (document consulté le 4 février 2022).
15. Statistique Canada, « Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021 », *Le Quotidien*, Ottawa, Statistique Canada, 2021, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.htm> (document consulté le 4 février 2022).
16. Statistique Canada, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : information détaillée pour février à mai 2021, Ottawa, Statistique Canada, 2020, disponible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1322324 (document consulté le 4 février 2022).
17. Institut canadien d'information sur la santé, Calendrier des interventions liées à la COVID-19 au Canada, Ottawa, 2021, disponible à l'adresse <https://www.cih.ca/fr/calendrier-des-interventions-liees-a-la-covid-19-au-canada> (document consulté le 4 février 2022).
18. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Composante annuelle (ESCC) : information détaillée pour 2019, Ottawa, Statistique Canada, 2019, disponible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978 (document consulté le 4 février 2022).
19. C.J. Clopper et E.S. Pearson, « The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial », *Biometrika*, 26(4), 1934, p. 404-413, disponible à l'adresse [10.2307/2331986](https://doi.org/10.2307/2331986).
20. M.S. Kaplan, N. Huguet et R. Caetano et al., « Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System », *Injury Prevention*, 21(1), 2015, p. 35-41, disponible à l'adresse [10.1136/injuryprev-2014-041215](https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041215).
21. M. Orui, Y. Sato, K. Tazaki et al., « Delayed increase in male suicide rates in tsunami disaster-stricken areas following the great east Japan earthquake: a three-year follow-up study in Miyagi Prefecture », *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(3), 2015, p. 215-222, disponible à l'adresse [10.1620/tjem.235.215](https://doi.org/10.1620/tjem.235.215).

22. M. Varin, K. Hill MacEachern, N. Hussain et M.M. Baker, « Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11), 2021, p. 357-363, disponible à l'adresse [10.24095/hpcdp.41.11.02f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.02f).
23. K. Hill MacEachern, J. Venugopal, M. Varin et al., « Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11), 2021, p. 364-373, disponible à l'adresse [10.24095/hpcdp.41.11.03f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.03f).
24. T. Tanaka et S. Okamoto, « Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan », *Nature Human Behaviour*, 5, 2021, p. 229-238, disponible à l'adresse [10.1038/s41562-020-01042-z](https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z).
25. J. Pirkis, A. John, S. Shin et al., « Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries », *Lancet Psychiatry*, 8(7), 2021, p. 579-588, disponible à l'adresse [10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2).
26. M.É. Czeisler, R.I. Lane, J.F. Wiley et al., « Follow-up survey of US adult reports of mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic, September 2020 », *JAMA Network Open*, 4(2), 2021, art. e2037665, disponible à l'adresse [10.1001/jamanetworkopen.2020.37665](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37665).
27. J. Raifman, C. Ettman, L. Dean et al., « Economic precarity, social isolation, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic », *medRxiv*, 2020, disponible à l'adresse [10.1101/2020.10.05.20205955](https://doi.org/10.1101/2020.10.05.20205955).