

## Rapports sur la santé

# Écarts de mortalité par suicide entre les sexes à Terre Neuve et Labrador : une étude d'observation fondée sur les données des médecins légistes de 1997 à 2016

par Margo M. Wilson, Nathaniel J. Pollock, Nicole D. Power, Yordan  
Karaivanov, Shree Mulay et Charlene Reccord

Date de diffusion : le 18 août 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](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto: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](http://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.*

---

# Écart de mortalité par suicide entre les sexes à Terre-Neuve et Labrador : une étude d'observation fondée sur les données des médecins légistes de 1997 à 2016

par Margo M. Wilson, Nathaniel J. Pollock, Nicole D. Power, Yordan Karaivanov, Shree Mulay et Charlene Reccord

**DOI:** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202200800003-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

À l'échelle mondiale, le taux de suicide est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les études antérieures menées à Terre-Neuve-et-Labrador n'ont pas porté sur les taux par âge, selon le sexe. L'objectif de la présente étude était de déterminer les taux de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, et de comparer les caractéristiques démographiques et cliniques des femmes et des hommes décédés par suicide.

### Données et méthodes

La présente étude d'observation consistait à analyser un ensemble de données recueillies régulièrement sur tous les décès par suicide déterminés par un médecin légiste chez les personnes de 10 ans et plus à Terre-Neuve-et-Labrador, au Canada, de 1997 à 2016. Les taux de suicide normalisés selon l'âge, les taux par âge et les rapports de taux ont été calculés en fonction du nombre de décès au cours de la période. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour comparer les caractéristiques démographiques et cliniques des hommes et des femmes.

### Résultats

Le taux de suicide normalisé selon l'âge était 4,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et il était plus élevé chez les hommes pour la plupart des groupes d'âge. Les taux étaient les plus élevés dans les groupes de jeunes adultes, tant pour les hommes (20 à 24 ans) que pour les femmes (35 à 39 ans). Les hommes qui se sont suicidés étaient plus susceptibles d'être issus d'une collectivité rurale et de s'être suicidés au moyen d'une arme à feu. Les femmes étaient plus susceptibles de mourir par autoempoisonnement et d'avoir des antécédents de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale.

### Interprétation

Bien qu'il s'agisse de la première étude à présenter des taux de suicide par âge chez les femmes tout au long de leur vie à Terre-Neuve-et-Labrador, les résultats corroborent, d'une manière générale, ceux des études précédentes. Ils soulignent la nécessité de concevoir des interventions cliniques et des interventions de santé publique qui tiennent compte des différences entre les sexes dans les risques de suicide.

### Mots-clés

coroners et médecins légistes; différences entre les sexes; données sur la santé recueillies de façon régulière; épidémiologie; santé de la population; suicide; Terre-Neuve-et-Labrador.

## AUTEURS

Margo M. Wilson et Nathaniel J. Pollock font partie de la discipline de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Memorial à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador. Nathaniel J. Pollock travaille également à l'École des études arctiques et subarctiques, à l'Institut du Labrador de l'Université Memorial, à Happy Valley-Goose Bay, à Terre-Neuve-et-Labrador, et au Centre de surveillance et de recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada, à Ottawa, en Ontario. Nicole D. Power travaille au département de la planification, de la confidentialité et du rendement d'Eastern Health, à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador. Charlene Reccord travaille au département de la recherche et de l'innovation d'Eastern Health, à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador. Yordan Karaivanov travaille au sein des services médicaux du Labrador Health Centre de la région sanitaire Labrador-Grenfell, et pour le Programme de médecine familiale du Nord, qui fait partie de la discipline de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université Memorial, à Happy Valley-Goose Bay, à Terre-Neuve-et-Labrador. Shree Mulay travaille à la Division de la santé communautaire et des sciences humaines de la Faculté de médecine de l'Université Memorial à St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador.

À l'échelle mondiale, le taux de suicide des hommes était deux fois plus élevé que celui des femmes<sup>1</sup>, bien que cet écart varie selon la région et le pays<sup>1,2</sup>. Au Canada, le taux de suicide était trois fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes en 2019 (18,5 par rapport à 5,9 décès par suicide par tranche de 100 000 personnes), et les hommes représentaient 76 % de tous les décès par suicide<sup>3</sup>. Dans l'ensemble des provinces et des territoires, les rapports des taux hommes-femmes moyens variaient de 2,6 à 6,7 au cours de la période de 2000 à 2019 et étaient les plus élevés au Nunavut et dans les provinces de l'Atlantique<sup>4</sup>. Selon des études antérieures, à Terre-Neuve-et-Labrador, 83 % des personnes décédées par suicide étaient des hommes et le rapport hommes-femmes était de 4,8 et de 4,9 à 1<sup>5,6</sup>.

En général, les différences observées entre les sexes en lien avec les suicides à Terre-Neuve-et-Labrador<sup>5-8</sup> semblent comparables à celles observées au Canada<sup>9,10</sup> et dans d'autres pays à revenu élevé<sup>1</sup>. Cependant, l'épidémiologie des suicides à Terre-Neuve-et-Labrador se distingue des baisses des taux de suicide à l'échelle nationale<sup>9</sup> et mondiale<sup>1</sup> par des augmentations des taux chez les hommes et les femmes de 1981 à 2018<sup>5</sup>. Compte tenu de cette tendance, il est important de comprendre les tendances de la mortalité par suicide dans les sous-populations pour orienter des interventions ciblées.

La désagrégation des données sur la mortalité selon plusieurs facteurs démographiques est difficile lorsqu'il s'agit de petites populations, comme celles de Terre-Neuve-et-Labrador, et de données « rares » comme celles portant sur le suicide<sup>11</sup>. De telles analyses donnent souvent des cellules à petit nombre d'unités et des estimations de taux instables qui comportent de grands intervalles de confiance. L'agrégation des sous-groupes en grandes catégories ou la compilation de données couvrant plusieurs années sont des stratégies qui peuvent se révéler utiles pour relever ces défis<sup>5,6,8,12</sup>.

Dans le cadre d'études antérieures menées à Terre-Neuve-et-Labrador, de larges tranches d'âge ont été utilisées pour examiner les taux de suicide chez les hommes selon la région géographique et au fil du temps<sup>5,8</sup>. Cependant, cette approche a dissimulé les différences de taux possibles pour des sous-groupes de développement particuliers, comme les jeunes adultes (20 à 24 ans) et les personnes âgées (75 ans et plus). Les études précédentes n'ont pas traité des taux par âge pour les femmes dans la province<sup>5,6,8,12</sup>, à une exception près pour les jeunes<sup>7</sup>. La présente étude a été menée pour combler ces lacunes et pour examiner davantage les caractéristiques des suicides et les différences entre les sexes au chapitre des taux de suicide. L'objectif de l'étude était de décrire le taux global et les taux de suicide par âge selon le sexe, et de comparer les caractéristiques démographiques et cliniques des femmes et des hommes décédés par suicide.

## Méthodes

La présente étude d'observation a permis d'examiner les données sur les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus qui sont décédés par suicide à Terre-Neuve-et-Labrador, au Canada. Elle a été approuvée par le Conseil d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (n° 2018.125).

### Source des données

La principale source de données était la base de données sur le suicide du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador. Cette base de données comprend des renseignements sur tous les décès par suicide confirmés par un médecin légiste survenus dans la province du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 2016. Les données ont été dérivées d'une revue des fichiers du Bureau provincial du médecin légiste en chef, qui contiennent des documents recueillis dans le cadre d'enquêtes médico-légales sur les décès, y compris des rapports de police, des résultats d'autopsie et des analyses toxicologiques et des dossiers médicaux. Les renseignements ont été extraits au moyen d'un processus normalisé d'examen des dossiers par les épidémiologistes du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador, puis ils ont été couplés, sur le plan de l'enregistrement, à trois ensembles de données administratives : les fichiers annuels sur la mortalité, le registre provincial des utilisateurs des soins de santé et le Fichier de conversion des codes postaux. La base de données comprend des renseignements sur les caractéristiques démographiques, les circonstances entourant le décès, les facteurs sociaux récents et les antécédents médicaux. La variable « sexe » a été définie comme le sexe assigné à la naissance et a été déclarée pour tous les décès. La source de données ne donnait pas de renseignements sur le sexe. Des détails supplémentaires sur la source des données ont été présentés dans des études antérieures<sup>6,12</sup>.

### Analyse statistique

La présente étude a permis d'analyser les données sur les résidents de la province qui sont décédés par suicide. Les taux de mortalité par suicide normalisés selon l'âge ainsi que les taux par âge pour 100 000 habitants ont été calculés en fonction du nombre de décès survenus au cours de la période de 1997 à 2016. Les données sur la population utilisées pour le calcul des taux ont été tirées des estimations du recensement et des estimations intercensitaires et postcensitaires de Statistique Canada<sup>13</sup>. Les chiffres de population de la province pour chaque année de la période d'étude de 20 ans ont été stratifiés selon le sexe et la tranche d'âge de 5 ans, puis regroupés afin de créer des dénominateurs cumulatifs d'années-personnes pour chaque strate. Comme dans d'autres études<sup>8,9,14</sup>, le seuil des 10 ans correspondait au seuil inférieur pour les données sur le nombre et la population, car les décès par suicide chez les enfants âgés de 9 ans et moins sont rares. L'incidence combinée (plutôt que l'incidence annuelle) a été calculée pour réduire le nombre de strates comportant de petits nombres et

**Tableau 1**  
Taux de suicide bruts et normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, à Terre-Neuve-et-Labrador, de 1997 à 2016

Sexe	nombre de décès par suicide	années- personnes	taux brut	taux normalisé selon l'âge	Intervalle de confiance de 95 %	
					limite inférieure	limite supérieure
Les deux sexes	972	9 394 671	10,3	10,4	9,7	11,0
Femmes	179	4 781 396	3,7	3,7	3,2	4,3
Hommes	793	4 613 275	17,2	17,2	16,0	18,4

**Note :** Les intervalles de confiance sont en fonction d'une population de 100 000 personnes.

**Source :** Base de données sur le suicide du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador.

pour augmenter la stabilité des taux<sup>15</sup>. Les taux de mortalité par suicide normalisés selon l'âge et les intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été établis à l'aide de la méthode directe, à partir de la population canadienne type de 2011<sup>16</sup>. Pour comparer les taux, les rapports de taux d'incidence (RTI) et les IC de 95 % ont été calculés selon le sexe et le groupe d'âge de 5 ans en utilisant le taux chez les hommes comme référence. Les taux étaient considérés comme significativement différents lorsque les IC des RTI étaient calculés en n'utilisant pas un tel taux comme référence.

Des statistiques descriptives, y compris des nombres et des proportions, ont été utilisées pour examiner les caractéristiques démographiques et cliniques. Les données des hommes et des femmes ont été comparées au moyen de tests t pour les variables continues et de tests du khi-carré pour les variables catégoriques. La signification statistique a été déterminée à l'aide d'une valeur p de 0,05 et la taille de l'effet a été rapportée à l'aide du test V de Cramer. Le contrôle des résidus normalisés a permis d'estimer les différences ultérieures. Une correction de Bonferroni a également été utilisée, le cas échéant<sup>17</sup>. Les analyses ont été réalisées au moyen de la version 13.1 de Stata et de la version 21.0 de SPSS.

## Résultats

De 1997 à 2016, 972 résidents de Terre-Neuve-et-Labrador se sont suicidés. Les hommes représentaient 81,6 % (n = 793) de toutes les personnes qui s'étaient suicidées. L'âge moyen des hommes était de 42,9 ans (fourchette de 12 à 89 ans); les femmes étaient légèrement plus jeunes (40,3 ans; fourchette de 13 à 93 ans; t = 1,90, p = 0,045). Le taux de suicide normalisé selon l'âge (tableau 1) était 4,6 fois (IC de 95 % : 3,9 à 5,4) plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux de suicide par âge chez les hommes était le plus élevé chez les personnes de 20 à 24 ans; chez les femmes, le taux de suicide était le plus élevé chez les personnes de 35 à 39 ans (figure 1). Les taux de suicide diminuaient avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux par âge étaient beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 10 à 14 ans (figure 1; tableau 2). Le taux de suicide chez les personnes âgées de 10 à 14 ans, pour les deux sexes combinés, était de 1,32 décès pour 100 000 personnes (IC de 95 % : 0,4 à 2,2); les taux par sexe pour ce groupe d'âge ont été supprimés en raison du petit

nombre d'unités. Les RTI par âge étaient de 1,58 à 12,25 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (tableau 2).

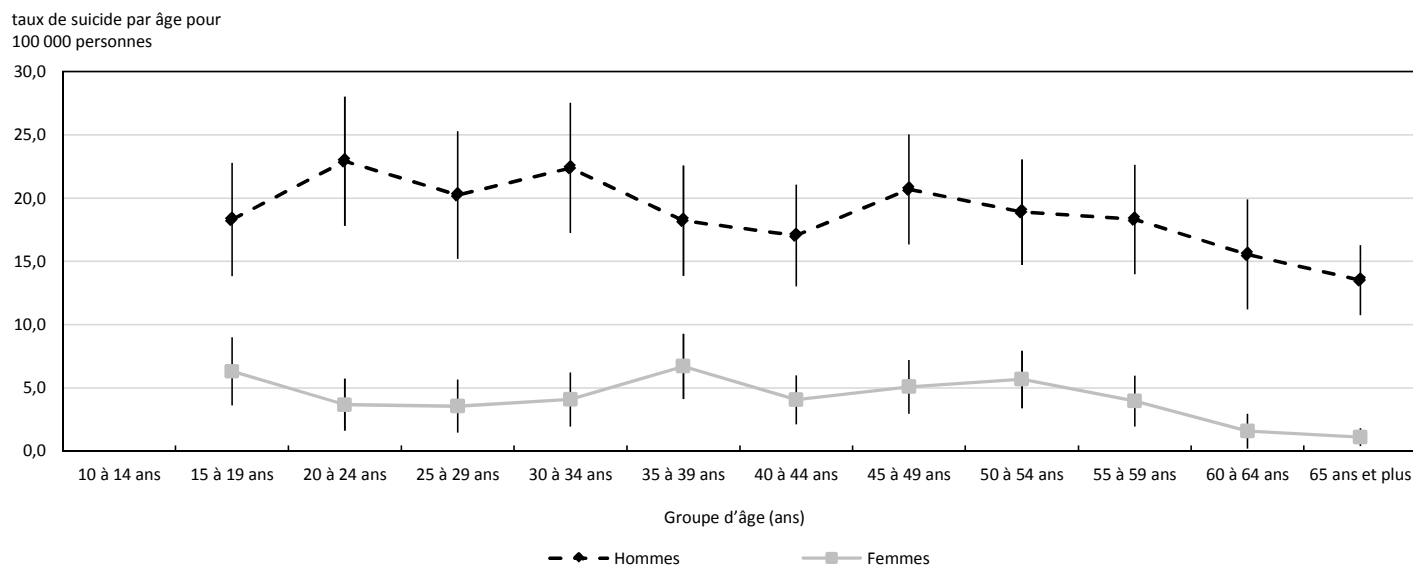
Les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes décédées par suicide variaient selon le sexe, et ce, même si la taille des effets était petite pour la plupart des variables importantes, à l'exception de la méthode de suicide, qui avait un effet de taille moyenne (tableau 3). Comparativement aux femmes, les hommes étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir occupé un emploi, d'avoir été à la retraite ou d'avoir vécu dans une collectivité rurale au moment de leur décès (tableau 3). Le suicide par pendaison, strangulation et asphyxie était la méthode employée dans la moitié de tous les décès par suicide pour les deux sexes; les hommes étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser des armes à feu, et les femmes étaient plus susceptibles d'avoir vécu seules et d'être mortes par auto-intoxication (tableau 3). Le dépistage de la consommation d'alcool a été réalisé dans 777 cas (79,9 %); parmi ceux-ci, 362 personnes (46,6 %) avaient de l'alcool dans le sang au moment de leur décès. Parmi ceux qui avaient de l'alcool dans leur organisme, les hommes avaient une alcoolémie moyenne plus élevée (moyenne = 26,83 mmol/L, écart-type = 20,76) que les femmes (moyenne = 20,79 mmol/L, écart-type = 18,03); cependant, la différence n'était pas significative. Les hommes et les femmes différaient également à l'égard de certains autres facteurs cliniques, mais pas tous (tableau 3).

## Discussion

Les résultats de la présente étude corroborent, d'une manière générale, ceux des études antérieures de la province<sup>5-8</sup> et du Canada<sup>9,10,18</sup>, qui ont montré un écart substantiel entre les sexes dans les taux de mortalité par suicide. Le taux de suicide normalisé selon l'âge était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, aussi bien en général que dans chaque groupe d'âge, sauf chez les 10 à 14 ans; le rapport de taux (RT) entre les hommes et les femmes était plus élevé que le rapport national (RT de 4,6 par rapport à 3,13)<sup>3</sup>. Les taux étaient les plus élevés dans les groupes d'âge plus jeunes, tant pour les hommes (20 à 24 ans) que pour les femmes (35 à 39 ans), et ont diminué pour les deux sexes après 40 ans. Ces pics diffèrent des tendances nationales selon l'âge, où les taux observés dans le cadre d'une étude précédente étaient les plus élevés chez les hommes et les femmes âgés de 45 à 64 ans<sup>9</sup>. Cependant, cette différence peut être en partie liée aux tranches d'âge plus

Figure 1

Taux de suicide par âge pour 100 000 personnes, selon le sexe et le groupe d'âge, à Terre-Neuve-et-Labrador, de 1997 à 2016



Note : 10 à 14 ans — Les données ont été supprimées parce que le taux de suicide par âge était fondé sur 5 décès par suicide ou moins.

Source : Base de données sur le suicide du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador.

restreintes de la présente analyse et à l'utilisation de données regroupées sur une longue période.

Les caractéristiques démographiques et cliniques différaient dans une certaine mesure entre les sexes dans la présente étude, même si le lien était faible ou modéré pour de nombreuses variables. Les hommes étaient plus susceptibles d'être issus d'une collectivité rurale, d'être en emploi ou à la retraite, de s'être suicidés au moyen d'une arme à feu et d'avoir connu des problèmes juridiques. Les femmes étaient plus susceptibles d'avoir vécu seules, de mourir par autoempoisonnement et d'avoir des antécédents de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale. La prévalence des tentatives de suicide antérieures, des diagnostics de maladie mentale et des problèmes de toxicomanie était considérablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Une étude fondée sur les données des coroners de Montréal a révélé une prévalence similaire de tentatives de suicide et de troubles mentaux chez les femmes (69,7 %) et les hommes (60,1 %) <sup>19</sup>, alors que les études par autopsie psychologique ont indiqué une prévalence considérablement plus élevée (supérieure à 85 %) <sup>20,21</sup>.

La prévalence relativement faible des maladies mentales chez les personnes décédées par suicide à Terre-Neuve-et-Labrador était probablement liée au manque de statistiques sur les antécédents de santé mentale dans les enquêtes médico-légales <sup>19,22</sup>. Étant donné que les dossiers médicaux constituent la principale source de données cliniques dans ces enquêtes, les données manquantes sur la santé mentale peuvent avoir une incidence disproportionnée sur les résidents ruraux et les hommes en raison des entraves aux soins et de la

stigmatisation associée à la recherche d'aide dans les collectivités rurales <sup>23,24</sup>.

## Points forts et limites

L'un des points forts de la présente étude est l'utilisation d'un ensemble de données exhaustives sur tous les décès dont il a été déterminé par le médecin légiste provincial qu'il s'agissait de suicides sur une période de 20 ans. Les décès par suicide peuvent faire l'objet d'erreurs de classification dans les enquêtes médico-légales, bien que le sous-dénombrement puisse être plus courant dans les statistiques de l'état civil que dans les données des coroners ou des médecins légistes <sup>6,7,25</sup>. Néanmoins, certains décès par suicide, en particulier ceux par empoisonnement, peuvent avoir été classés comme non intentionnels <sup>26</sup> ou indéterminés en raison d'un manque de clarté quant à l'intention et n'ont donc pas été inclus dans la base de données <sup>27</sup>. Étant donné que l'empoisonnement était la méthode de suicide la plus courante chez les femmes dans la province <sup>5</sup>, les taux chez les femmes ont peut-être été sous-estimés et les disparités par rapport aux hommes ont peut-être été surestimées <sup>28</sup>.

Un autre point fort de la présente étude est le recours à des données regroupées pour surmonter les défis entourant le calcul des taux d'incidence compte tenu des faibles résultats obtenus dans de petites populations en ce qui a trait à la fréquence, ce qui a permis des analyses stratifiées selon le sexe et le groupe d'âge. Cette stratégie a permis de déterminer les taux élevés chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 35 à 39 ans.

**Tableau 2**  
**Rapports de taux d'incidence du suicide selon le**  
**groupe d'âge chez les hommes, comparativement**  
**aux femmes, à Terre-Neuve-et-Labrador, de 1997**  
**à 2016**

Groupe d'âge	Les deux sexes		
	Intervalle de confiance de 95 %		
	RTI	limite inférieure	limite supérieure
10 à 14 ans	1,58	0,31	10,19
15 à 19 ans	2,90	1,75	5,00
20 à 24 ans	6,25	3,38	12,61
25 à 29 ans	5,70	2,97	12,00
30 à 34 ans	5,49	3,07	10,53
35 à 39 ans	2,72	1,70	4,45
40 à 44 ans	4,20	2,44	7,61
45 à 49 ans	4,07	2,53	6,83
50 à 54 ans	3,33	2,09	5,50
55 à 59 ans	4,62	2,62	8,70
60 à 64 ans	9,85	3,94	31,67
65 ans et plus	12,25	6,18	27,63

**Notes :** RTI signifie rapport de taux d'incidence (hommes-femmes); RTI du groupe d'âge "15 à 19 ans" jusqu'au groupe d'âge "65 ans et plus" correspondent à des rapports statistiquement significatifs où les IC de 95 % ne se chevauchent pas 1. Les groupes d'âge de 10 à 14 ans selon le sexe étaient basés sur 5 décès par suicide ou moins par strate.

**Source :** Base de données sur le suicide du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador.

Cependant, la compilation des données signifiait également que les variations des taux et des caractéristiques qui auraient pu avoir eu lieu au fil du temps étaient obscurcies, ce qui constitue une limite. On ne sait toujours pas clairement de quelle façon les taux de suicide par âge chez les femmes ont évolué de 1997 à 2016, car la présente étude n'a pas permis d'évaluer les tendances temporelles et une autre étude récente n'a pas précisé les taux pour les femmes par groupe d'âge en raison du petit nombre d'unités<sup>5</sup>.

Enfin, certains facteurs démographiques comme l'identité de genre et l'orientation sexuelle n'ont pas été inclus dans l'ensemble de données et certaines variables disponibles présentaient une forte proportion de données manquantes. Des études canadiennes antérieures ont démontré que, même si les rapports des coroners et des médecins légistes permettent une saisie relativement complète des facteurs liés à la démographie et des circonstances du décès, ils sous-estiment les facteurs sociaux, l'utilisation des services de santé et les antécédents de santé mentale<sup>19,22</sup>. Les variables de la base de données du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador avaient des définitions restreintes. L'élaboration d'une approche normalisée pour l'enregistrement des renseignements pendant le processus d'enquête sur les décès et le codage des renseignements lors de l'élaboration de la base de données peut améliorer la couverture et la qualité des données<sup>19,22</sup>.

### Implications pour la santé publique et approches cliniques en matière de prévention du suicide

Les résultats de la présente étude soulignent la nécessité d'interventions cliniques et d'interventions de la santé publique qui tiennent compte des différences entre les sexes dans les facteurs de risque et les antécédents de suicide. L'application d'une analyse comparative entre les sexes et les genres lors de la planification des politiques et des services relatifs à la santé peut aider à créer des approches plus adaptées et inclusives en matière de prévention du suicide<sup>29,30</sup>.

Par exemple, le ciblage des risques associés à la dépression et à l'anxiété postnatales et le renforcement des soins de santé mentale périnatale et du soutien social<sup>31,32</sup> peuvent aider à prévenir le suicide chez les femmes dans certains groupes d'âge de femmes en âge de procréer. De même, le risque élevé chez les hommes âgés de 20 à 24 ans et chez les femmes âgées de 15 à 19 ans peut être réduit grâce à des interventions précoces pour diagnostiquer et traiter les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques lorsque les adolescents se présentent pour obtenir des soins cliniques<sup>14</sup>. Les hommes plus âgés, en particulier ceux habitant dans les collectivités rurales, peuvent également tirer parti d'un accès accru aux services de santé mentale grâce aux soins virtuels<sup>33</sup> afin de réduire les risques associés aux maladies mentales moins reconnues.

**Tableau 3**  
**Caractéristiques démographiques et cliniques des femmes et des hommes décédés par suicide à Terre-Neuve-et-Labrador, de 1997 à 2016**

Variable	Total (n = 972)		Hommes (n = 793)		Femmes (n = 179)		χ <sup>2</sup>	valeur de p	test V de Cramer
	nombre	%	nombre	%	nombre	%			
<b>Groupe d'âge</b>	...	...	...	...	...	...	17,2	0,004	0,133
10 à 19 ans	93	9,6	69	8,7	24	13,4	3,7	0,053	...
20 à 29 ans	162	16,7	139	17,5	23	12,8	2,3	0,129	...
30 à 39 ans	180	18,5	140	17,7	40	22,3	2,1	0,144	...
40 à 49 ans	195	20,1	156	19,7	39	21,8	0,4	0,523	...
50 à 59 ans	187	19,2	148	18,7	39	21,8	0,9	0,338	...
60 ans et plus	155	15,9	141	17,8	14	7,8	10,8	0,001	...
<b>État matrimonial (% de personnes mariées ou vivant en union libre)</b>	299	30,8	252	31,8	47	26,3	2,1	0,148	0,046
<b>Personnes vivant seules</b>	189	19,4	144	18,2	45	25,1	4,5	0,033	0,068
<b>Statut d'emploi</b>	...	...	...	...	...	...	35,2	<0,001	0,19
Étudiant	69	7,1	49	6,2	20	11,2	5,5	0,019	...
Employé	296	30,5	258	32,5	38	21,2	8,8	0,003	...
En chômage	304	31,3	249	31,4	55	30,7	0,0	0,861	...
Retraité	116	11,9	106	13,4	10	5,6	8,4	0,004	...
Non déclaré	187	19,2	131	16,5	56	31,3	20,5	<0,001	...
<b>Résidence rurale ou urbaine (% rurale)</b>	600	65,3	503	67,4	97	56,1	8,0	0,005	0,093
<b>Note de suicide</b>	306	31,5	234	29,5	72	40,2	7,8	0,005	0,089
<b>Méthode</b>	...	...	...	...	...	...	93,7	<0,001	0,311
Autoempoisonnement	183	18,8	110	13,9	73	40,8	69,2	<0,001	...
Armes à feu	219	22,5	213	26,9	6	3,4	46,2	<0,001	...
Pendaison, strangulation et suffocation	469	48,3	391	49,3	78	43,6	2,0	0,162	...
Autres <sup>a</sup>	101	10,4	79	10,0	22	12,3	0,9	0,356	...
<b>Alcool au moment du décès</b>	...	...	...	...	...	...	6,0	0,05	0,078
Présence d'alcool dans le système	362	37,2	308	38,8	54	30,2	4,7	0,03	...
Absence d'alcool dans le système	415	42,7	335	42,2	80	44,7	0,4	0,55	...
Non testé	195	20,1	150	18,9	45	25,1	3,5	0,06	...
<b>Intoxication au sens de la loi au moment du décès<sup>b</sup></b>	...	...	...	...	...	...	7,5	0,023	0,088
Intoxiqué au sens de la loi	206	21,2	180	22,7	26	14,5	5,8	0,016	...
Non intoxiqué au sens de la loi	571	58,7	463	58,4	108	60,3	0,2	0,632	...
Non testé	195	20,1	150	18,9	45	25,1	3,5	0,06	...
<b>Caractéristiques cliniques</b>									
Démêlés avec la justice	118	12,1	111	14,0	7	3,9	13,9	<0,001	0,12
Problèmes financiers	87	9	73	9,2	14	7,8	0,3	0,558	0,019
Problèmes relationnels ou conjugaux	262	27	216	27,2	46	25,7	0,2	0,675	0,013
Conflit interpersonnel	76	7,8	61	7,7	15	8,4	0,1	0,757	0,01
Consommation abusive et récente d'alcool	214	22	184	23,2	30	16,8	3,5	0,06	0,06
Historique familial de suicide	44	4,5	36	4,5	8	4,5	0,0	0,967	0,001
Pensées ou propos suicidaires	389	40	312	39,3	77	43	0,8	0,365	0,029
Tentatives précédentes de suicide	278	28,6	202	25,5	76	42,5	20,6	<0,001	0,146
Trouble psychiatrique	571	58,7	437	55,1	134	74,9	23,5	<0,001	0,156
Antécédents d'abus d'alcool	39	4	28	3,5	11	6,1	2,6	0,107	0,052
Antécédents d'abus de substances	98	10,1	72	9,1	26	14,5	4,8	0,029	0,07
Médicaments psychiatriques inscrits au dossier	369	38	261	32,9	10	60,3	46,6	<0,001	0,219
Douleur	31	3,2	23	2,9	8	4,5	1,2	0,281	0,035
Maladie ou affection chronique	212	21,8	174	21,9	38	21,2	0,0	0,835	0,007

... n'ayant pas lieu de figurer

<sup>a</sup> Les autres méthodes de suicide comprennent le saut d'un endroit élevé; l'utilisation d'instruments tranchants ou perforants; les brûlures, la fumée ou les incendies; les collisions de véhicules automobiles; l'électrocution; la noyade; et l'empoisonnement avec une substance liquide.

<sup>b</sup> Alcoolémie supérieure à la limite légale de 17,36 mmol/L ou 0,08 %.

Source : Base de données du Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador.

### Perspectives d'avenir pour la recherche

Les dossiers des coroners et des médecins légistes sont une source de données précieuse pour la surveillance du suicide<sup>22,26</sup>. La mise en place d'un ensemble de données minimal normalisé<sup>26</sup> à l'échelle nationale aidera à surmonter certaines des limites méthodologiques de la présente étude et facilitera les

comparaisons entre les secteurs de compétence. Dans de futurs travaux de recherche, on devrait également coupler des données médico-légales sur la mortalité et des ensembles de données administratives sur la santé et sociales et utiliser des plans d'étude comportant des groupes témoins. Ces étapes devraient renforcer les données contextuelles ayant trait à l'utilisation des services, aux maladies mentales et aux maladies chroniques



chez les personnes décédées par suicide. Une désagrégation plus poussée des taux de suicide selon la région géographique, les caractéristiques démographiques et les circonstances entourant les décès pourrait également permettre de découvrir des différences plus précises entre les sous-groupes et d'orienter l'élaboration d'interventions ciblées.

**Conclusion**

La présente étude a permis d'examiner les taux de mortalité par suicide selon le sexe et le groupe d'âge et de comparer les caractéristiques démographiques et cliniques des femmes et des hommes décédés par suicide à Terre-Neuve-et-Labrador. Les taux de suicide étaient les plus élevés chez les groupes d'âge plus jeunes, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

Ce constat est nouveau, étant donné que l'étude est l'une des seules à présenter des taux de suicide par âge chez les femmes de la province tout au long de leur vie. L'intégration de l'analyse fondée sur le sexe et le genre dans la prévention du suicide peut aider à améliorer les interventions cliniques et les interventions de la santé publique en fonction des profils de risque distincts pour les hommes et les femmes.

## Références

- Orpana, H.M. 2019. Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators, Naghavi M. 2019. « Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ». *BMJ*; 364 : p. 194.
- Organisation mondiale de la Santé. 2014. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Genève, Suisse. Organisation mondiale de la Santé, disponible à l'adresse : [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/) (consulté le 1<sup>er</sup> août 2016).
- Statistique Canada. *Tableau 13-10-0800-01 : Décès et taux de mortalité (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011), selon certains groupes de causes*, disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.25318/1310080001-fra> (consulté le 28 avril 2022).
- Statistique Canada. *Tableau 13-10-0801-01 : Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011)*, disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080101> (site consulté le 2 février 2021).
- Pollock, N.J., Liu, L., Wilson, M.M. et coll. 2021. « Suicide in Newfoundland and Labrador, Canada: a time trend analysis from 1981 to 2018 », *BMC Public Health*, vol. 21, n° 1 : p. 1291.
- Edwards, N., Alaghebandan, R., MacDonald, D. et coll. 2008. « Suicide in Newfoundland and Labrador: a linkage study using medical examiner and vital statistics data », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 4 : p. 252.
- Aldridge D. et St. John, K. 1991. « Adolescent and pre-adolescent suicide in Newfoundland and Labrador », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, n° 6 : p. 432 à 436.
- Pollock, N.J., Mulay, S., Valcour, J. et Jong, M. 2016. « Suicide rates in Aboriginal communities in Labrador, Canada », *American Journal of Public Health*, 106 : p. 1309 à 1315. DOI : 10.2105/AJPH.2016.303151.
- Varin, M., Orpana, H.M., Palladino, E. et coll. 2020. « Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: a population-based time series analysis ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 66, n° 2 : p. 170 à 178.
- Langlois, S. et Morrison, P. 2002. « Suicide deaths and suicide attempts », *Health Reports*, vol. 13, n° 2 : p. 9 à 22.
- Hatcher, S., Crawford, A. et Coupe, N. 2017. « Preventing suicide in indigenous communities », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 30, n° 1 : p. 21 à 25.
- Reccord, C., Power, N., Hatfield, K. et coll. 2021. « Rural–urban differences in suicide mortality: an observational study in Newfoundland and Labrador, Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 66, n° 10 : p. 918 à 928.
- Statistique Canada. *Tableau 17-10-0135-01 Estimations de la population, 1<sup>er</sup> juillet, selon la région métropolitaine de recensement et l'agglomération de recensement, limites de 2016*, disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710013501> (site consulté le 27 mai 2020).
- Rhodes, A.E., Sinyor, M., Boyle, M.H. et coll. 2019. « Emergency department presentations and youth suicide: a case-control study », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, n° 2 : p. 88 à 97.
- Berry, J. et Harrison, J. 2005. *A Guide to Statistical Methods for Injury Surveillance*. Canberra, Australia : Australian Institute of Health and Welfare, disponible à l'adresse : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7548e9c3-01bd-4911-a43f-fa16ac2de3f5/injcat72.pdf.aspx?inline=true> (consulté le 4 septembre 2021).
- Statistique Canada. 2018. *Tableau 17-10-0122-01 : Profil d'indicateurs du recensement selon le questionnaire abrégé du recensement de 2016, Canada, provinces et territoires, et régions sociosanitaires (limites de 2017)*, disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710012201> (site consulté le 20 mai 2021).
- Agresti, A. 2007. « *An Introduction to Categorical Data Analysis* », Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons.
- Morrison, K.B. et Laing, L. 2011. « Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 3 : p. 15.
- Houle, J. et Guillou-Ouellette, C. 2014. « Dossiers des coroners sur la mortalité par suicide à Montréal : limites et incidences sur les stratégies de prévention du suicide », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 34, n° 1 : p. 23 à 29.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N. et coll. 2006. « Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 9 : p. 581 à 586.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. et Turecki, G. 2004. « Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis », *BMC Psychiatry*, vol. 4, n°37 : p. 1 à 11.
- Campbell, L., Jackson, L., Bassett, R. et coll. 2011. « Recherche sur la surveillance et la prévention du suicide en Nouvelle-Écosse : pertinence de l'utilisation des dossiers des médecins légistes », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 34, n° 1 : p. 165 à 171.
- Creighton, G., Oliffe, J., Ogrodniczuk, J. et Frank, B. 2017. « You've gotta be that tough crust exterior man: depression and suicide in rural-based men », *Qualitative Health Research*, vol. 27, n° 12 : p. 1882 à 1891.
- Zayed, R., Davidson, B., Nadeau, L. et coll. 2016. « Canadian rural/remote primary care physicians perspectives on child/adolescent mental health care service delivery », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 25, n° 1 : p. 24.

25. Malla, A. et Hoenig, J. 1983. « Differences in suicide rates: an examination of under-reporting », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 28, n° 4 : p. 291-293.
26. Schleihauf, E. et Bowes, M.J. 2022. « Mortalité par suicide et par intoxication aux drogues ou aux médicaments dans la première année de la pandémie de COVID-19 : utilisation des données des médecins légistes à des fins de santé publique en Nouvelle-Écosse », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, vol. 42, n° 2 : p. 60.
27. Skinner, R., McFaul, S. Rhodes, A.E. et coll. 2016. « Suicide in Canada: is poisoning misclassification an issue? », *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(7), p. 405-412.
28. Rockett, I.R. 2017. « The gender suicide gap and differential misclassification: a research autobiography », *International Review of Modern Sociology*, vol. 43, n° 1 : p. 5 à 32.
29. Tannenbaum, C., Clow, B., Haworth-Brockman, M. et Voss, P. 2017. « Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review », *CMAJ Open*, vol. 5, n° 1 : p. E66.
30. Ferlatte, O., Salway, T., Rice, S. et coll. 2019. « Perceived barriers to mental health services among Canadian sexual and gender minorities with depression and at risk of suicide », *Community Mental Health Journal*, vol 55, n° 8 : p. 1313 à 1321.
31. Grigoriadis, S., Wilton, A.S., Kurdyak, P.A. et coll. 2017. « Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, n° 34, p. E1085 à 1092.
32. Stewart, D.E. et Vigod, S. 2016. « Postpartum depression », *New England Journal of Medicine*, vol. 375, n° 22 : p. 2177 à 2186.
33. Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B. et coll. 2013. « The effectiveness of telemental health: a 2013 review », *Telemedicine and e-Health*, 19(6) : p. 444 à 454.