

# L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?

**Danielle St-Laurent**  
**Clermont Bouchard**  
Unité Connaissance-surveillance



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

## MISE EN CONTEXTE

---

L'objectif de cette étude est de présenter une analyse épidémiologique sommaire du suicide à partir des données disponibles les plus récentes. Pour obtenir un tableau complet de la situation québécoise et être en mesure d'évaluer l'ampleur du problème auquel notre société est confrontée, il faut examiner les variations du suicide dans le temps, selon l'âge, le sexe et la région de résidence. Afin de compléter le portrait, l'analyse des moyens utilisés est également essentielle.

Une analyse de la mortalité par suicide limitée aux données québécoises est informative. Cependant, la comparaison de la mortalité québécoise par suicide à celle du reste du Canada et des principaux pays industrialisés permet un éclairage supplémentaire nécessaire pour juger de l'ampleur réel du problème au Québec.

## LA MÉTHODOLOGIE

---

### *La collecte des données*

Les données de mortalité par suicide proviennent de la fiche de déclaration de décès appelée communément « SP3 ». Pour chaque décès qui survient au Québec, le formulaire de décès est rempli par le médecin qui constate le décès ou encore par le coroner qui fait l'investigation. Le coroner, conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (LRCCD), procède à l'investigation de tous les décès par suicide ou les décès survenus dans des circonstances violentes. Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM-9 et CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les données utilisées dans le présent document se rapportent à la province de résidence.

Dans le formulaire de déclaration de décès sont également colligées quelques données socio-démographiques tels l'âge, le sexe, le lieu de résidence et le statut civil. Malheureusement, cette dernière variable ne peut être utilisée, car l'information n'est pas valide. On retrouve également sur ce formulaire des éléments supplémentaires relatifs au décès, tels le type de décès et les méthodes utilisées dans le cas d'un suicide.

### *La validité et la fiabilité des données*

La question de la validité et de la fiabilité des données se pose continuellement lorsque l'on fait référence aux statistiques officielles sur le suicide. C'est pourquoi les données présentées dans cette étude couvrent les années 1976 à 2001. Les données antérieures à cette période ne sont pas validées et ne

permettent pas une comparaison fiable pour établir un portrait de l'évolution du suicide au Québec.

Habituellement, le problème majeur soulevé par la validité et la fiabilité des données sur le suicide est celui de la sous-déclaration. Au Québec, du moins depuis les trois dernières décennies, on considère que les suicides sont peu sous-déclarés. Selon des analyses faites antérieurement, les cas qui peuvent échapper aux coroners ne modifieraient pas de façon significative les taux observés. Très peu de décès sont enregistrés dans la catégorie « indéterminée quant à l'intention ». Même si la littérature scientifique identifie que les décès consécutifs à des noyades, à des intoxications, à des chutes ou à des accidents d'auto peuvent cacher des suicides, les coroners au Québec portent une attention particulière à ces cas et cela depuis de nombreuses années. À titre d'exemple, il y a quelques années, le Bureau du Coroner et la Société de l'assurance automobile du Québec ont fait des analyses sur les cas potentiels de suicide déguisés en accident de la route et les résultats ont démontré que le nombre de suicides camouflés était si peu élevé que le taux global de suicide n'était pas affecté par cette sous-déclaration.

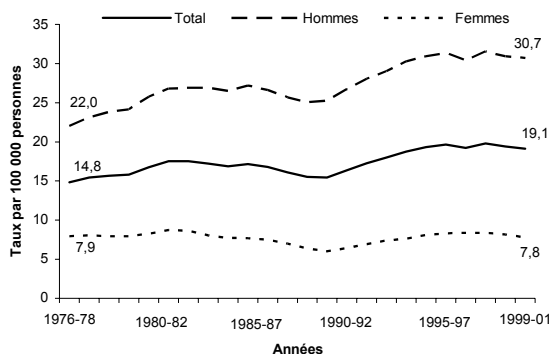
De façon générale, on peut donc dire que les données québécoises sur le suicide sont valides et fiables. La sous-déclaration est très peu importante au Québec et si des correctifs étaient apportés, les taux resteraient sensiblement les mêmes.

### *Les analyses épidémiologiques*

Les principaux calculs que l'on retrouve dans ce document portent sur les taux par âge et les taux ajustés selon l'âge.

**FIGURE 1**

Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

La première caractéristique de la population québécoise à l'égard du suicide est l'importance de la surmortalité par suicide chez les hommes et que cette surmortalité s'est accrue dans le temps. En 1999-2001, les hommes affichaient un excès de mortalité par suicide par rapport aux femmes de près de 300 % alors qu'en 1976-1978, cet excès était de 200 %. En 2001, parmi les 1 334 Québécois qui se sont suicidés, on retrouvait 1 055 hommes et 279 femmes.

Si l'on regarde de plus près l'évolution de la mortalité par suicide, période après période, de 1976-1978 à 1999-2001 (figure 1), la période entre 1976-1978 et 1983-1985 est marquée par une progression rapide chez les hommes, ensuite on observe une relative stabilité jusqu'au début des années '90. Par la suite, les taux chez les hommes continuent leur croissance pour se situer autour de 30 par 100 000 habitants pour la période de 1999-2001. Chez les femmes, pour la période de 1976-1978 à 1983-1985, les taux de

mortalité par suicide demeurent stables pour ensuite connaître une décroissance qui s'interrompt au début des années '90. Depuis, les taux de mortalité chez les femmes ont eu tendance à s'accroître, mais rien de comparable avec la croissance des taux de suicide observée chez les hommes.

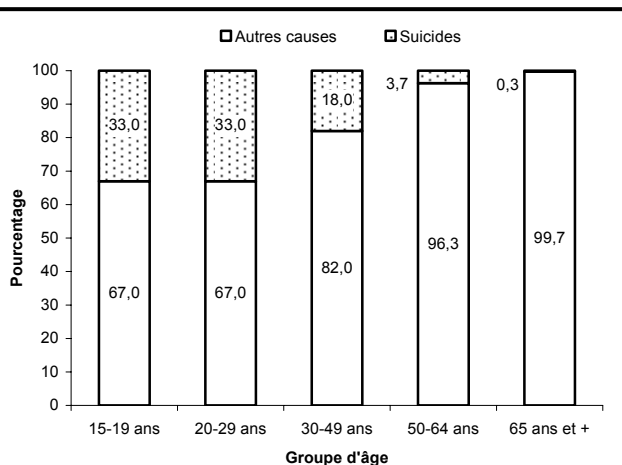
On constate que la progression des taux de suicide dans l'ensemble de la population est expliquée exclusivement par l'augmentation fulgurante des taux de mortalité chez les hommes. Cet écart important noté au Québec entre les hommes et les femmes s'observe également dans les pays industrialisés qui présentent les taux de suicide les plus élevés, soit l'Autriche et la Finlande.

## LE SUICIDE PARMIS LES AUTRES CAUSES DE DÉCÈS

En 2001, le suicide représentait 2,4 % des décès de l'ensemble de la mortalité dont 3,8 % des décès chez les hommes et 1,0 % chez les femmes. Le poids de la mortalité par suicide se présente cependant différemment selon les groupes d'âge (figure 2). Ainsi, entre 15-19 ans et 20-29 ans, le suicide représente le tiers des décès chez les hommes et les femmes et il est la première cause de mortalité. La part importante des décès par suicide dans les jeunes groupes d'âge s'explique par le faible taux de mortalité lié à d'autres causes. La part relative des suicides dans l'ensemble des décès diminue progressivement avec l'âge au fur et à mesure que les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire progressent. Chez les aînés, le suicide représente moins de 1 % de l'ensemble des décès.

**FIGURE 2**

Proportion des décès par suicide dans l'ensemble des décès selon les groupes d'âge, Québec, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

## LA MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON L'ÂGE

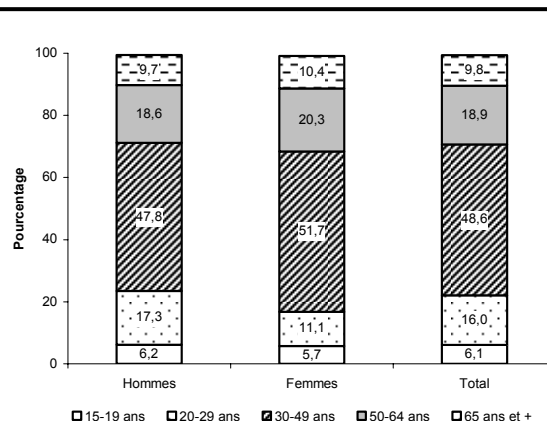
La mortalité par suicide varie fortement selon l'âge. Pour bien comprendre l'importance du suicide dans les différents groupes d'âge, quatre mesures complémentaires doivent être regardées : le nombre absolu de suicide, le taux de mortalité spécifique, la proportion de suicide par tranche d'âge et, enfin, l'évolution des taux de mortalité par groupe d'âge.

Contrairement à ce qui est souvent véhiculé par les médias et la croyance populaire, en nombre absolu, le problème du suicide est majoritairement le fait des hommes d'âge moyen (figure 3). Si les suicides représentent la principale cause de décès chez les jeunes, c'est cependant chez les 30-49 ans que surviennent la moitié des suicides. À l'inverse, le

poids du suicide chez les aînés représente seulement 9,8 % des décès par suicide et, en nombre absolu, les suicides sont peu nombreux en comparaison avec les autres causes de décès. Par contre, les taux de mortalité par suicide des hommes de 65 ans et plus sont comparables à ceux observés chez les jeunes hommes de 15-19 ans.

**FIGURE 3**

Distribution des décès par suicide selon les groupes d'âges, Québec, 1999-2001

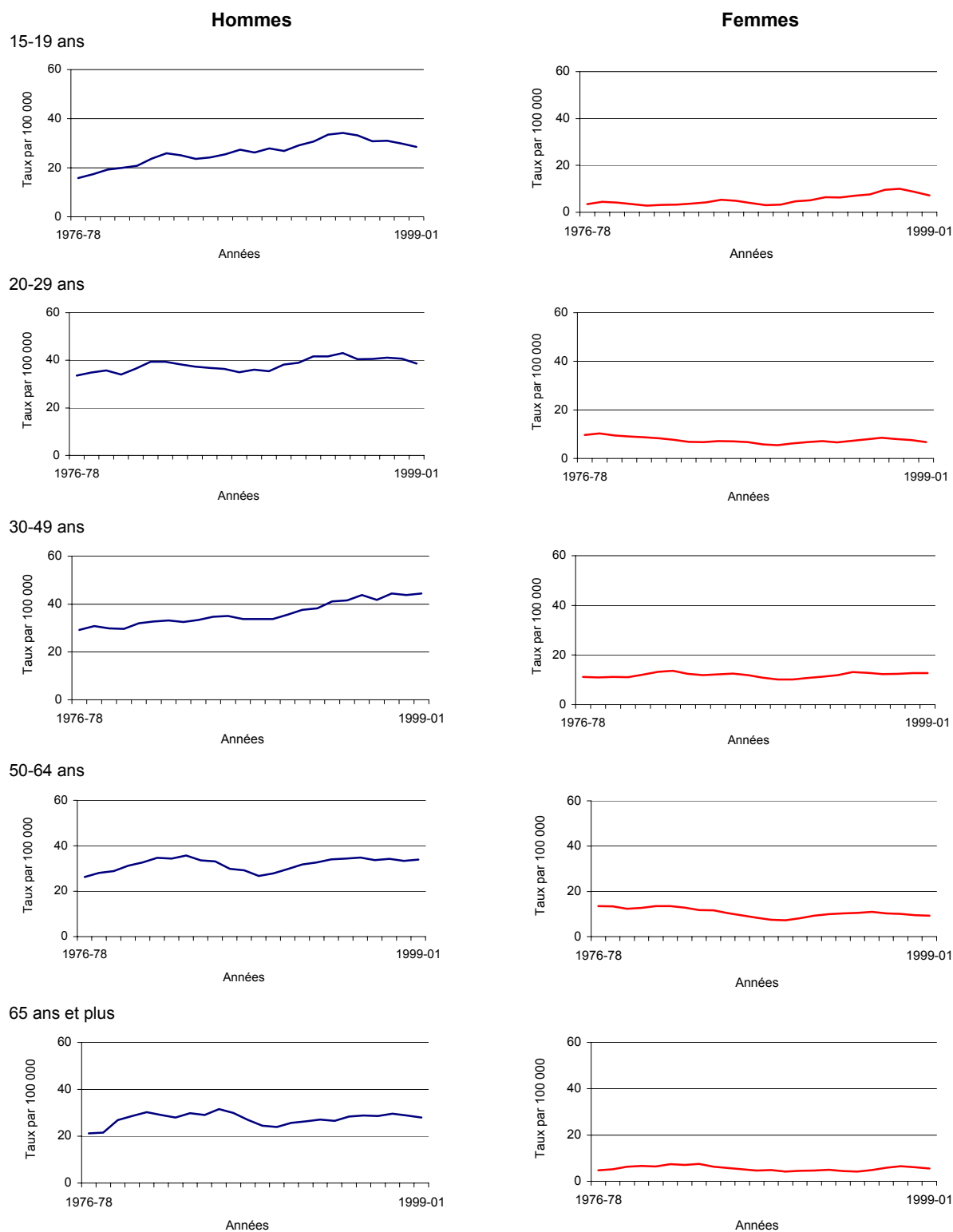


Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

L'analyse des nombres absolus de suicides, des taux de mortalité et du poids relatif des suicides dans l'ensemble des causes ainsi que l'évolution de la mortalité selon les groupes d'âge permet de mettre en évidence le fait que la problématique du suicide au Québec a évolué énormément. L'étude selon les périodes temporelles en fonction de l'âge vient compléter cette lecture de l'évolution. L'analyse des figures 4, 5 et 6 révèle que la progression du suicide s'est faite dans tous les groupes d'âge chez les hommes et a été plus spectaculaire chez les 15-19 ans et les 30-49 ans.

**FIGURE 4**

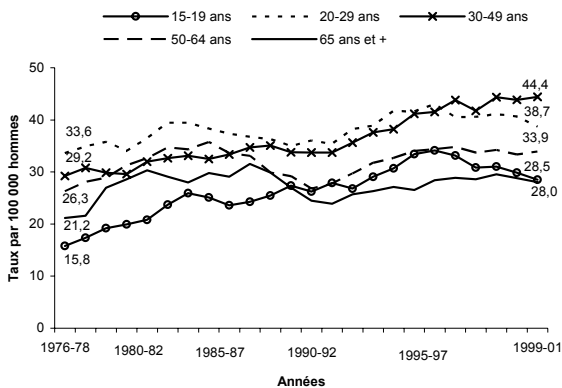
Taux de mortalité selon les groupes d'âge et le sexe, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 5**

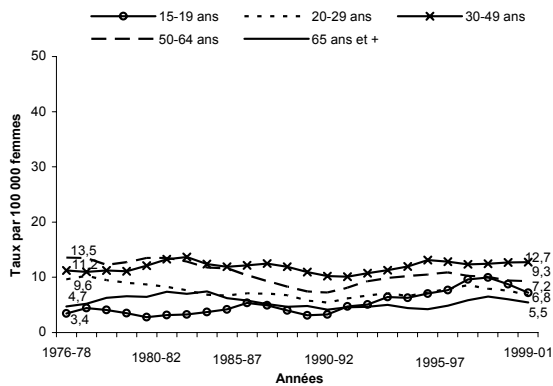
Taux de mortalité chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004

**FIGURE 6**

Taux de mortalité chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004

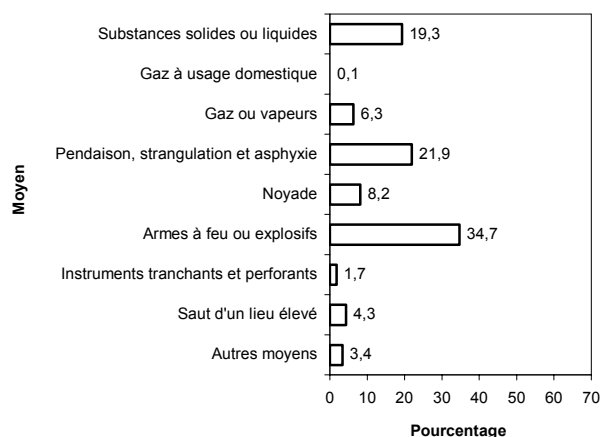
Chez les femmes, globalement, il y a eu des fluctuations de la mortalité par suicide au cours des dernières décennies, mais pas de réelle augmentation des taux de suicide comme on peut l'observer chez les hommes. En fait, les figures 4, 5 et 6 illustrent bien que les taux ont fluctué différemment selon les groupes d'âge. Chez les femmes de 50-64 ans, on note une tendance à la baisse tandis qu'il est inquiétant de constater que les taux de suicide chez les jeunes femmes de 15-19 ans ont plus que doublé au cours de la dernière décennie.

## LES MOYENS UTILISÉS POUR SE SUICIDER

Pour la période de 1999-2001, la pendaison ou la strangulation ont été les moyens les plus souvent utilisés, avec un peu plus de 50 % des suicides (figure 7). Ensuite, ce sont les suicides par ingestion de médicaments ou drogues et par armes à feu qui sont les plus fréquents.

**FIGURE 7**

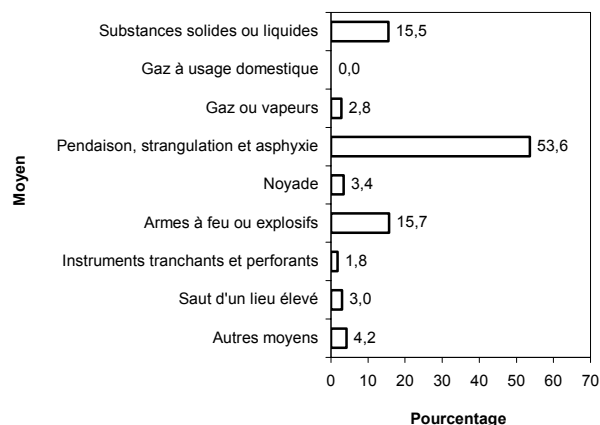
Fréquence des moyens utilisés pour se suicider sexes réunis, Québec, 1976-1978



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 8**

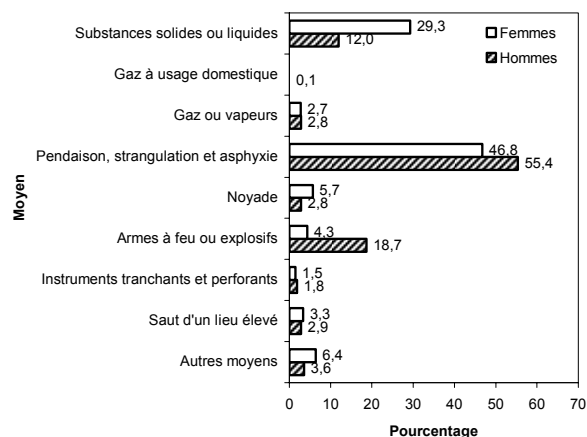
Fréquence des moyens utilisés pour se suicider sexes réunis, Québec, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 9**

Fréquence des moyens utilisés pour se suicider selon le sexe, Québec, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

Si l'on analyse les moyens utilisés sur deux périodes dans le temps (figure 7), on constate que le choix des moyens a changé au cours des deux dernières années. Les suicides par armes à feu ont diminué de plus de moitié et les suicides par pendaison ou strangulation ont doublé. On peut associer cette diminution de l'utilisation de l'arme à feu à une accessibilité moins grande, au contrôle plus sévère des armes à feu et à la sensibilisation faite auprès des professionnels de la santé et des policiers. En Amérique du Nord, c'est au Québec que l'utilisation de l'arme à feu dans les cas de suicide est la moins élevée.

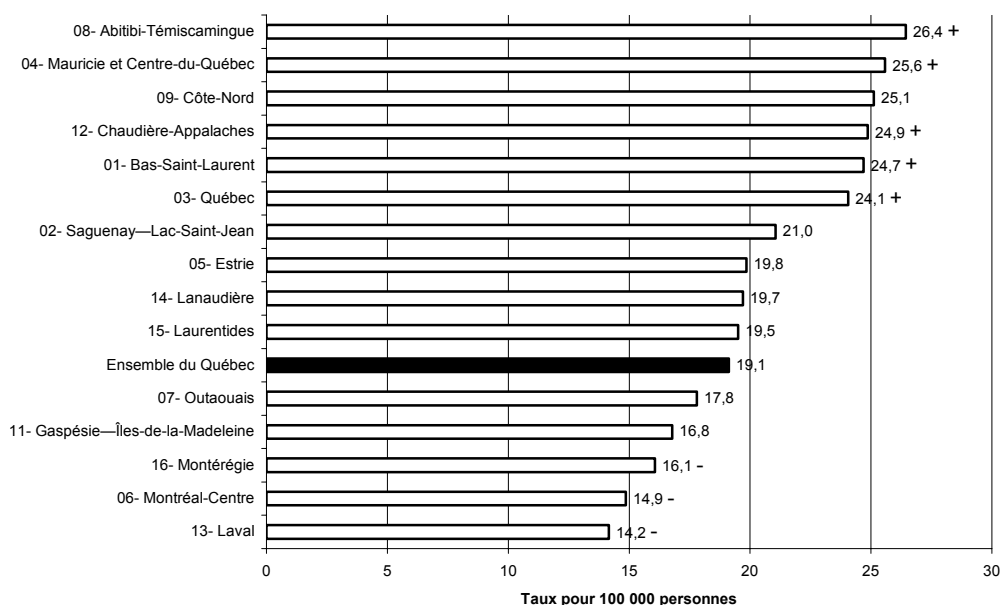
Les proportions observées selon les moyens de suicide diffèrent selon le sexe (figure 8). Les hommes se suicident par pendaison – strangulation dans des proportions plus importantes que les femmes, soit

55,4 % contre 46,8 % et utilisent les armes à feu dans près de 1 cas sur 5 tandis que chez les femmes, cette proportion est de 1 sur 20. Par contre, les femmes se suicident avec des médicaments ou des drogues dans près de 1 cas sur 3 comparativement aux hommes qui le feront dans un peu plus de 1 suicide sur 10.

La figure 9 présente les taux standardisés de mortalité par suicide selon les différentes régions du Québec, excluant les régions du nord, soit le Nord du Québec, le Nunavik et les Territoires Cris de la Baie-James. En raison des petites populations de ces régions, la comparaison des taux de mortalité ne peut se faire avec la même méthodologie utilisée pour les autres régions.

**FIGURE 10**

Taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions, sexes réunis, 1999-2001



+ Statistiquement + élevés  
 - Statistiquement – élevés

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.



L'analyse comparative révèle après standardisation pour l'âge, que les taux de suicide sont significativement supérieurs à l'ensemble du Québec dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent et de Québec. Les taux de mortalité par suicide sont significativement inférieurs aux taux de mortalité provinciaux pour les régions de la Montérégie, de Montréal-Centre et de Laval.

Ces constats illustrent tout d'abord la grande variabilité dans les taux de suicide au Québec au regard de la dimension géographique. Par ailleurs, ils mettent également en évidence le fait que les taux de mortalité par suicide sont nettement moins élevés dans les régions faisant partie de la région métropolitaine de recensement de Montréal. Cette réalité n'est pas nouvelle, et déjà plusieurs hypothèses explicatives ont été mises de l'avant sans toutefois avoir pu être validées. La première hypothèse avancée pour expliquer les plus bas taux de suicide dans la région de Montréal serait la présence d'une proportion importante d'une population immigrante qu'on ne retrouve pas ailleurs au Québec. Des études ont démontré que la fréquence des comportements suicidaires chez les immigrants est souvent similaire à celle enregistrée dans le pays de naissance. Cet élément vient d'ailleurs renforcer le rôle des facteurs culturels sur les comportements suicidaires. Malheureusement, l'enregistrement des événements ne nous permet pas d'avoir les informations relatives à la langue parlée et à la culture d'origine, ce qui pourrait permettre d'étayer et d'approfondir cette dimension. Une étude récente a cependant démontré que le taux de

suicide chez les immigrants de Montréal était supérieur à celui des immigrants des autres grandes villes canadiennes (Caron-Malenfant, 2004). Une autre hypothèse mise de l'avant est le fait que les services de santé et les services sociaux sont plus nombreux, plus diversifiés et plus accessibles dans la région de Montréal. Cependant, les données disponibles et l'état des recherches ne nous permettent pas de valider ou d'infirmer ces hypothèses.

#### *Les suicides dans les régions du Grand Nord*

Au cours des dernières années, le suicide s'est accru de façon fulgurante dans certaines régions du Nord. Le Nunavik est la région la plus touchée par ce problème de santé publique. Si, antérieurement, le suicide était un événement rare dans cette région, aujourd'hui, les suicides pour certaines années peuvent représenter chez les hommes le tiers des décès à survenir dans cette région. Si on compare le poids des décès par suicide dans la mortalité générale au Nunavik à celui de l'ensemble du Québec où les décès par suicide chez les hommes ne représentent que 3 % de l'ensemble des décès, on peut dire que cette région fait face à une catastrophe tant au plan individuel que social.

Dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le suicide est un phénomène quasi inexistant puisque sur les trois dernières années disponibles, un seul décès par suicide fut enregistré. Dans le Nord du Québec, la situation est différente, on a enregistré 14 décès par suicide pour la période 1999-2001, ce qui est un nombre considérable compte tenu de la faible population.

## COMPARAISONS DES TAUX DE SUICIDE AVEC LES AUTRES RÉGIONS DU CANADA

Si l'on fait abstraction de la province de l'Ontario, les comparaisons des taux de suicide d'une province à l'autre sont possibles, car le phénomène de sous-estimation n'est pas suffisamment important pour affecter la validité des comparaisons (Mao *et al.*, 1990 et McCarthy et Walsh, 1975). D'ailleurs, Mao et ses collaborateurs ont analysé la validité des comparaisons en envisageant la possibilité que des suicides aient été classés dans la catégorie de décès de nature indéterminée et ils ont conclu que si la proportion des cas indéterminés est plus élevée dans certaines provinces, elle n'affecte en rien les tendances et les rangs des provinces.

Si la sous-déclaration des décès par suicide est peu importante au Québec, elle est, selon les coroners ontariens, beaucoup plus importante chez eux. Un arrêté de court d'appel de l'Ontario limite les coroners dans les décisions de faire des verdicts de suicide. Cette pratique a pour conséquence de sous-estimer de façon importante les suicides en Ontario. Par ailleurs, le Bureau du Coroner ne peut parfois produire des données exactes sur le suicide que bien après la date limite fixée par Statistique Canada. Cette réalité engendre donc une sous-estimation importante des décès par suicide (Young and Wagner, 1994). Ainsi, même si les données de l'Ontario sont présentées dans ce document, elles devront être interprétées avec prudence.

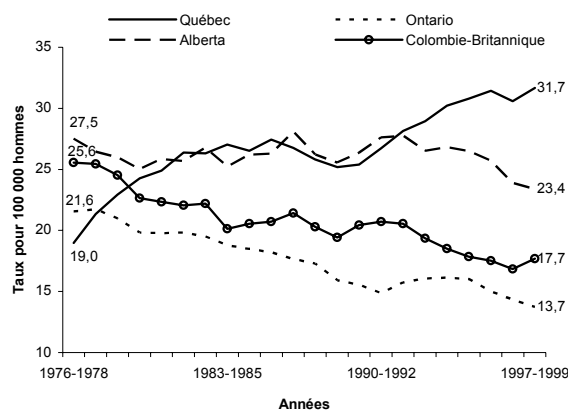
Les provinces retenues pour fin de comparaison avec le Québec sont l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario. Elles ont été sélectionnées en raison de

l'importance de leur population. Malgré la sous-estimation importante de l'Ontario, il a été jugé pertinent de faire quand même la comparaison avec cette province. Les comparaisons avec l'Alberta et la Colombie-Britannique sont pertinentes non seulement en raison de leur densité de population, mais parce qu'elles partagent avec le Québec des méthodologies similaires d'enregistrement et d'investigation des décès par suicide.

Les figures 10 et 11 comparent les taux moyens de mortalité selon le sexe de 1976-1978 et 1997-1999 pour les quatre provinces : le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Les mêmes figures ont été reproduites pour le Québec et le Canada moins le Québec (figures 12 et 13).

**FIGURE 11**

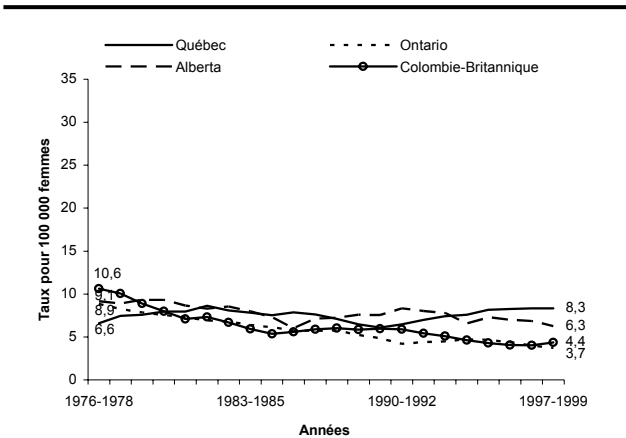
Taux ajusté de mortalité par suicide chez les hommes, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 1976-1978 à 1997-1999



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 12**

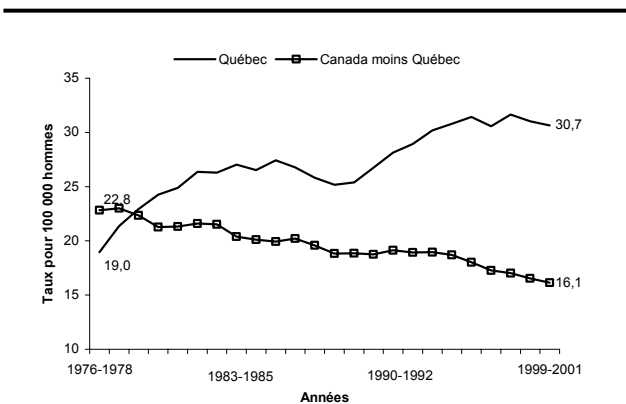
Taux ajusté de mortalité par suicide chez les femmes, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique, 1976-1978 à 1997-1999



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 13**

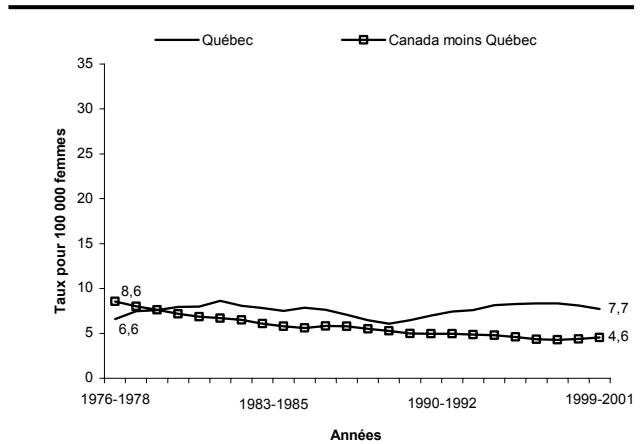
Taux ajusté de mortalité par suicide chez les hommes, Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**FIGURE 14**

Taux ajusté de mortalité par suicide chez les femmes, Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

Lorsque l'on compare la mortalité par suicide chez les hommes avec le reste du Canada, on constate que les taux de suicide au Québec, depuis la fin des années '70, sont supérieurs à ceux observés ailleurs au Canada et que cette différence au fil des années s'est accrue de façon importante. Ainsi, pour la période de 1999-2001, le taux de mortalité par suicide chez les hommes au Québec est de 30,7 par 100 000 personnes comparativement à 16,1 par 100 000 personnes dans le reste du Canada.

Lorsqu'on compare la mortalité par suicide chez les hommes entre le Québec et les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, on note toutefois des fluctuations dans les tendances aux cours des dernières années. Jusqu'à la fin des années '70, le Québec présentait des taux de mortalité inférieurs à ces trois provinces. Par la

suite, les taux de mortalité par suicide des hommes québécois se sont accrus de façon très importante tandis que ceux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario diminuaient progressivement. Cependant, le Québec et l'Alberta ont eu des taux de mortalité par suicide similaires jusqu'au début des années '90. Pour les années qui suivent, le suicide chez les hommes a diminué en Alberta tandis qu'il continuait de croître au Québec.

L'analyse comparative de la mortalité par suicide chez les femmes révèle également que les Québécoises se suicident davantage que les autres femmes du Canada. Depuis le début des années '80, les Québécoises ont maintenu un taux de mortalité supérieur à celui des femmes des autres provinces. En 1999-2001, le taux de suicide des Québécoises était de 7,7 par 100 000 habitants comparativement à 4,6 dans le reste du Canada. On constate par ailleurs que cet écart entre les Québécoises et les autres Canadiennes s'est accru de façon significative depuis les années '90 tout comme chez les hommes. Cependant, ce différentiel est davantage lié à une diminution dans les autres provinces qu'à une augmentation importante du suicide chez les Québécoises.

Lorsqu'on compare la mortalité par suicide des Québécoises avec celle des femmes de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, on note des similitudes avec les observations faites chez les hommes. En Ontario et en Colombie-Britannique, les taux de mortalité par suicide sont inférieurs à ceux des Québécoises depuis le début des années '80. Cependant, la tendance à la baisse observée dans les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la

Colombie-Britannique n'est pas aussi marquée et est récente.

➤ *Comment expliquer ces écarts et ces différences dans les tendances observées au Québec et ailleurs au Canada?*

Bien sûr, il n'est pas simple d'expliquer pourquoi les Québécois se suicident davantage que les autres Canadiens. Tout d'abord, on peut établir que la valeur des taux de suicide au Québec et dans le reste du Canada ne sont pas les seuls éléments sur lesquels on observe des différences. L'écart entre la suicidalité des hommes et des femmes est beaucoup plus important au Québec qu'ailleurs au Canada. Par ailleurs, sur les moyens utilisés dans les cas de suicide, on sait que les Québécois utilisent nettement moins les armes à feu que les autres Canadiens. Ces éléments mettent en lumière l'importance de la dimension sociale et culturelle dans les hypothèses explicatives potentielles pour comprendre les différences entre le Québec et le reste du Canada.

Les données disponibles ne nous permettent pas d'établir des taux chez les anglophones et chez les francophones québécois. Cependant, on peut facilement émettre l'hypothèse que si ceux-ci étaient disponibles, les probabilités qu'ils soient différents seraient réelles. Au Nouveau-Brunswick, les taux de suicide sont plus élevés dans les régions francophones que dans les régions anglophones (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2004).

Enfin, même s'il est reconnu que le Québec est probablement l'endroit au Canada où les suicides sont le mieux enregistrés, même si des correctifs étaient apportés à la sous-estimation des autres

régions, le Québec maintiendrait des taux plus élevés.

Lorsqu'on compare le Québec avec d'autres pays, ce dernier s'apparente davantage aux pays de l'Europe occidentale tandis que le reste du Canada a tendance à ressembler aux pays de l'Europe septentrionale. En fait, ces écarts et ces différences observés entre le Québec et ailleurs au Canada révèlent toute la complexité de la problématique du suicide et de la difficulté d'établir des associations avec des facteurs explicatifs.

### **LA SITUATION DU SUICIDE AU QUÉBEC EN COMPARAISON AVEC LES PAYS INDUSTRIALISÉS**

Avant d'aborder cette section sur les comparaisons internationales, on peut se questionner sur la comparabilité des données sur le suicide entre les pays. Tous les pays avec lesquels on se compare utilisent la Classification internationale des maladies pour classer les décès. Cependant, même si l'on utilise la même classification, les méthodes d'investigation diffèrent d'un pays à l'autre. L'autopsie n'est pas obligatoire dans tous les pays. Par ailleurs, la façon de déterminer la cause d'un

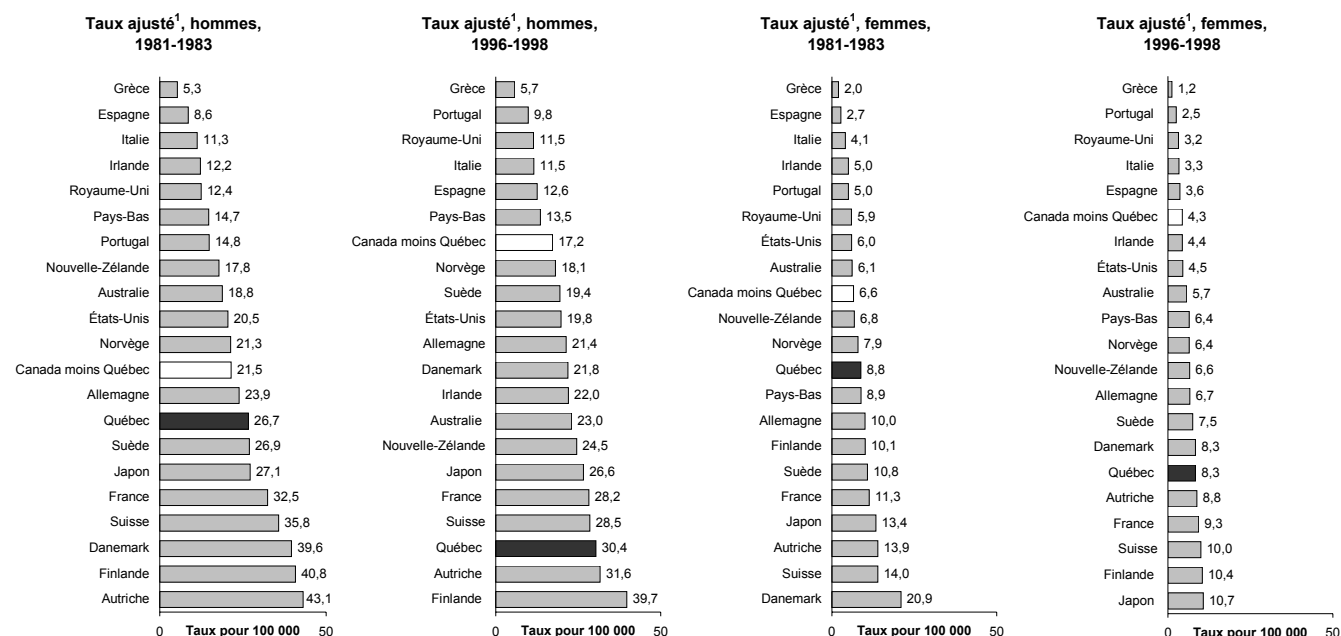
décès dépend également de la formation des médecins et l'on sait que la classification peut être influencée par le contexte culturel ou religieux du pays. Malgré tous ces éléments qui peuvent induire des biais dans la comparaison, une étude faite par l'INSERM (2001) sur la comparabilité et la qualité des données sur le suicide conclut que même si certains suicides sont classés erronément, comme des décès indéterminés quant à l'intention, cette sous-estimation n'affecte pas le rang des pays et que les données agrégées sont fiables.

Si, à tort, on dit que le Québec a les taux de suicide les plus élevés parmi les pays industrialisés, la situation n'est pas pour autant reluisante lorsqu'on se compare à ces pays. En effet, le Québec, pour la période de 1996-1998, enregistre le troisième plus haut taux de mortalité par suicide chez les hommes après la Finlande et l'Autriche (figure 14) et le sixième plus haut taux chez les femmes.

La situation du Québec sur le plan international est encore plus précaire lorsqu'on tient compte seulement de la mortalité prématurée par suicide. Tant chez les hommes que chez les femmes, le Québec affiche alors le deuxième taux le plus élevé parmi les pays industrialisés (Choinière, 2003).

**FIGURE 15**

Taux ajusté de mortalité par suicide, comparaison internationale, selon le sexe, 1981-1983 et 1996-1998



Source : Robert Choinière (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Québec, INSPQ, p. 50.

Le phénomène encore plus inquiétant à celui du classement est le fait que, contrairement à la majorité des pays industrialisés et même en comparaison avec la Finlande et l’Autriche qui présentaient des taux élevés de suicide en 1981-1983, le Québec est pratiquement le seul pays qui présente encore des taux supérieurs pour la période de 1996-1998 à ceux qu’on observait à ce moment. Que ce soit la Finlande, l’Autriche, la Suisse, la France et d’autres pays encore, ces derniers ont pour la même période connu des baisses de leurs taux de suicide chez les

hommes. En fait, le taux de suicide des Québécois a augmenté de 14 % alors que les taux moyens des pays industrialisés ont diminué de 8 %. Chez les femmes, les taux de suicide observés pour les deux périodes sont sensiblement restés les mêmes, mais le rang occupé s’est détérioré. Cela signifie que d’autres pays ont vu leur taux de suicide diminuer entre ces deux périodes chez les femmes.

## LES TENTATIVES DE SUICIDES ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des phénomènes difficiles à mesurer et c'est pourquoi il n'existe pas au Québec de banques de données ou de systèmes de surveillance qui permettent d'établir les prévalences de ces problèmes sur une base statistique. Les données d'hospitalisation ne peuvent même pas être utilisées pour les tentatives de suicide, car elles permettent seulement d'établir le nombre de personnes qui ont été hospitalisées et pour qui l'enregistrement de la cause a été bien fait, ce qui n'est pas toujours le cas. Les seules données disponibles sont donc celles qui proviennent des enquêtes de santé. Ces enquêtes, malheureusement, ne mesurent pas la gravité de la tentative de suicide et les circonstances qui entourent l'évènement.

Les données présentées dans ce document proviennent de l'*Enquête sociale et de santé de 1998*. Les résultats de cette enquête nous révèlent que 3,9 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir sérieusement pensé au suicide au cours des 12 derniers mois (tableau 1). Les proportions observées sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Par contre, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires varie selon l'âge. Plus on est jeune, plus on a eu des idées suicidaires. Si l'on compare ces résultats avec ceux de l'enquête de santé de 1987, il n'y a pas de différences statistiquement significatives qui ont été observées entre les deux périodes.

**TABLEAU 1**

Présences d'idées suicidaires<sup>1</sup> au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
<b>Hommes</b>		
15-24 ans	6,3	31
25-44 ans	4,5	53
45-64 ans	2,7*	23
65 ans et plus	0,5**	2
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>109</b>
<b>Femmes</b>		
15-24 ans	8,5	40
25-44 ans	4,0	46
45-64 ans	2,9*	25
65 ans et plus	0,5**	2
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>113</b>
<b>Sexes réunis</b>		
15-24 ans	7,4	71
25-44 ans	4,3	99
45-64 ans	2,9	48
65 ans et plus	0,5**	4
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>222</b>

<sup>1</sup> La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En 1998, la prévalence des tentatives de suicide appelées parasuicides dans l'Enquête sociale et de santé est estimée à 5 personnes pour 1 000 au cours de la période de 12 mois (tableau 2). La proportion observée est la même pour les deux sexes, mais elle diffère selon les groupes d'âge. Chez les personnes de 15 à 24 ans, on observe une prévalence plus élevée que chez les autres groupes d'âge, mais en raison des petits nombres, ces comparaisons doivent être interprétées avec une grande prudence. Les comparaisons qui ont été faites avec les enquêtes de

Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 n'ont pas démontré qu'il y avait une plus forte prévalence des tentatives de suicide pour la période de 1998.

**TABLEAU 2**

Présence de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
<b>Hommes</b>		
15-24 ans	0,9**	4
25-44 ans	0,6**	6
45-64 ans	0,4**	3
65 ans et plus	--	--
<b>Total</b>	<b>0,5*</b>	<b>13</b>
<b>Femmes</b>		
15-24 ans	2,0**	9
25-44 ans	0,4**	4
45-64 ans	0,3**	2
65 ans et plus	--	--
<b>Total</b>	<b>0,5*</b>	<b>15</b>
<b>Sexes réunis</b>		
15-24 ans	1,4*	13
25-44 ans	0,5*	10
45-64 ans	0,3**	5
65 ans et plus	--	--
<b>Total</b>	<b>0,5</b>	<b>29</b>

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Ces résultats mettent en évidence que les idées suicidaires sont des phénomènes très fréquents dans la population québécoise puisqu'on estime que 222 000 Québécois avaient pensé sérieusement au suicide en 1998. Les données sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide mettent en lumière, contrairement aux perceptions, que les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes

à rapporter des idées suicidaires ou des tentatives de suicide sur une période de 12 mois.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, il est difficile d'échapper au diagnostic sombre qui nous est révélé par les statistiques et les comparaisons avec les provinces du Canada et les pays industrialisés. À ce constat négatif obligé, il faut maintenant se questionner sur l'évolution de ce problème compte tenu des connaissances que nous en avons et de l'impact potentiel des mesures préventives et curatives déployées actuellement.

Force est de constater que malgré les efforts investis depuis vingt ans dans la prévention du suicide, les taux de suicide n'ont fait qu'augmenter. Les taux de suicide ont progressé de façon fulgurante chez les hommes, ceux de 30-49 ans étant les plus à risque de suicide. Face à cet état des lieux inquiétants, il faut aussi anticiper ce qui nous attend si les mesures préventives ne s'avèrent pas plus efficaces. L'analyse des profils génération par génération (R. Boyer et D. St-Laurent, 1999) suggère que d'une génération à l'autre, les taux de suicide chez les jeunes hommes continuent de progresser de façon systématique et la suicidalité des générations du « baby-boom » semble se maintenir avec leur avancement en âge. Cette réalité signifie que si ces tendances persistent, tant chez les jeunes que chez les « baby-boomer », la mortalité par suicide au Québec devrait continuer de croître et nous risquons d'observer des taux très élevés chez les jeunes et les personnes de 55 ans et plus dans les prochaines années.



## NOMBRE DE DÉCÈS PAR SUICIDE SELON LE SEXE ET L'ÂGE QUÉBEC, 1976 À 2001

**TABLEAU 3**

Nombre de décès par suicide chez les hommes selon l'âge, Québec, 1976 à 2001

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Total
1976	4	55	100	82	59	42	34	45	41	28	23	15	13	10	3	2		556
1977	5	48	115	74	100	61	58	54	57	37	21	22	11	5	1	1	2	672
1978	4	59	160	101	104	68	49	45	46	38	33	23	13	6	9		1	759
1979	4	68	112	98	76	54	55	48	41	47	31	20	15	11	2	1		683
1980	4	64	115	95	82	77	49	57	48	43	39	31	18	22	6	3	2	755
1981	6	63	125	107	91	64	69	49	57	56	40	26	23	13	5	1		795
1982	3	75	143	125	98	72	81	57	64	47	31	27	27	7	3	1	1	862
1983	9	82	131	143	111	68	63	57	52	63	50	32	21	14	10	1		907
1984	5	70	118	120	95	90	69	49	59	54	41	24	17	11	10	2		834
1985	4	55	123	127	109	80	66	58	65	57	43	22	30	15	12	4	1	871
1986	5	59	128	127	110	97	90	52	49	57	33	33	22	11	6	4	2	885
1987	7	68	105	118	127	112	74	59	57	55	38	28	39	17	4	2		910
1988	3	58	105	127	117	103	74	67	41	40	43	33	18	14	8	4	3	858
1989	3	69	100	109	100	97	88	58	45	53	35	26	13	15	5	1	1	818
1990	11	58	110	120	133	113	87	73	50	42	30	17	24	21	10	3		902
1991	9	70	92	109	133	90	94	74	55	44	45	38	21	13	8	2	1	898
1992	8	64	105	123	135	133	90	71	65	69	35	36	23	17	7	3		984
1993	9	77	112	108	143	130	107	117	67	50	42	28	32	16	7		4	1 049
1994	16	86	118	106	122	128	103	83	75	49	44	28	23	21	18	5	2	1 027
1995	5	89	104	102	166	151	123	117	94	62	45	32	25	18	2	8	1	1 144
1996	8	86	110	115	130	165	137	95	80	52	45	43	36	18	14	2		1 136
1997	13	80	96	81	121	128	145	134	86	60	43	35	34	19	11	8	1	1 095
1998	11	71	104	100	115	131	119	115	89	63	48	24	30	25	8	3	2	1 058
1999	6	85	118	115	130	168	172	147	97	64	43	45	38	27	11	6	4	1 276
2000	8	68	94	78	96	132	157	115	89	58	46	34	27	28	11	5	1	1 047
2001	4	56	92	86	92	130	132	142	107	77	47	24	33	23	7	3		1 055

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**TABLEAU 4**

Nombre de décès par suicide chez les femmes selon l'âge, Québec, 1976 à 2001

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Total
1976		6	19	31	34	16	26	23	27	16	9	9	3	1				220
1977	1	14	30	39	23	24	15	20	33	21	14	4	4					242
1978	1	14	21	37	28	26	23	15	20	24	17	8	9		2	1		246
1979	1	15	30	33	31	29	19	20	26	21	7	10	6	2	1			251
1980		10	22	34	26	22	13	32	26	18	10	10	5	4	1			233
1981	2	8	22	29	27	22	26	20	27	24	20	6	12	3	3		1	252
1982		8	23	37	28	47	32	22	31	24	12	9	7	3		1		284
1983		12	20	29	38	31	40	21	18	21	18	11	14	4	2	1		280
1984	1	7	15	24	31	21	34	27	24	23	17	13	3	2	4	1		247
1985	2	10	17	28	26	31	21	26	18	18	17	16	5	4			2	241
1986		14	17	28	33	37	30	26	28	13	15	7	9	2	3			262
1987		14	19	26	41	30	32	27	19	12	15	11	1	4	3	1		255
1988		6	15	27	33	37	32	25	13	16	9	6	3	11	2			235
1989		7	15	21	29	33	30	27	16	14	11	9	3	4	1			220
1990	1	8	9	16	35	28	25	22	15	15	4	9	10	2	3			202
1991	4	7	9	24	29	28	31	24	13	10	13	5	6	2	1	1		207
1992	4	17	18	27	31	24	38	32	26	13	17	7	11	2	3	1	1	272
1993	6	11	15	15	28	40	41	28	29	14	10	11	7	4	4	1		264
1994	6	17	19	16	29	36	39	33	19	20	9	5	6	6	4			264
1995	10	17	15	19	30	36	48	40	30	21	14	9	6	2			1	298
1996	4	17	17	20	26	51	55	51	27	26	8	7	8	6	3	1		327
1997	4	22	19	23	20	33	31	44	29	14	16	7	12	5	5	3		287
1998	8	31	21	22	28	39	38	31	30	18	11	13	12	7	2	1		312
1999	2	19	12	16	29	41	67	47	26	20	17	20	5	5	4	3	1	334
2000	2	12	26	11	13	39	42	40	21	21	11	13	7	6				264
2001	4	19	18	14	15	38	34	48	32	18	12	12	6	6	1	1	1	279

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**TABLEAU 5**

Nombre de décès par suicide selon l'âge, Québec, 1976 à 2001, sexes réunis

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Total
1976	4	61	119	113	93	58	60	68	68	44	32	24	16	11	3	2		776
1977	6	62	145	113	123	85	73	74	90	58	35	26	15	5	1	1	2	914
1978	5	73	181	138	132	94	72	60	66	62	50	31	22	6	11	1	1	1 005
1979	5	83	142	131	107	83	74	68	67	68	38	30	21	13	3	1		934
1980	4	74	137	129	108	99	62	89	74	61	49	41	23	26	7	3	2	988
1981	8	71	147	136	118	86	95	69	84	80	60	32	35	16	8	1	1	1 047
1982	3	83	166	162	126	119	113	79	95	71	43	36	34	10	3	2	1	1 146
1983	9	94	151	172	149	99	103	78	70	84	68	43	35	18	12	2		1 187
1984	6	77	133	144	126	111	103	76	83	77	58	37	20	13	14	3		1 081
1985	6	65	140	155	135	111	87	84	83	75	60	38	35	19	12	4	3	1 112
1986	5	73	145	155	143	134	120	78	77	70	48	40	31	13	9	4	2	1 147
1987	7	82	124	144	168	142	106	86	76	67	53	39	40	21	7	3		1 165
1988	3	64	120	154	150	140	106	92	54	56	52	39	21	25	10	4	3	1 093
1989	3	76	115	130	129	130	118	85	61	67	46	35	16	19	6	1	1	1 038
1990	12	66	119	136	168	141	112	95	65	57	34	26	34	23	13	3		1 104
1991	13	77	101	133	162	118	125	98	68	54	58	43	27	15	9	3	1	1 105
1992	12	81	123	150	166	157	128	103	91	82	52	43	34	19	10	4	1	1 256
1993	15	88	127	123	171	170	148	145	96	64	52	39	39	20	11	1	4	1 313
1994	22	103	137	122	151	164	142	116	94	69	53	33	29	27	22	5	2	1 291
1995	15	106	119	121	196	187	171	157	124	83	59	41	31	20	2	8	2	1 442
1996	12	103	127	135	156	216	192	146	107	78	53	50	44	24	17	3		1 463
1997	17	102	115	104	141	161	176	178	115	74	59	42	46	24	16	11	1	1 382
1998	19	102	125	122	143	170	157	146	119	81	59	37	42	32	10	4	2	1 370
1999	8	104	130	131	159	209	239	194	123	84	60	65	43	32	15	9	5	1 610
2000	10	80	120	89	109	171	199	155	110	79	57	47	34	34	11	5	1	1 311
2001	8	75	110	100	107	168	166	190	139	95	59	36	39	29	8	4	1	1 334

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

## TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON LE SEXE ET L'ÂGE QUÉBEC, 1976-1978 À 1999-2001

**TABLEAU 6**

Taux de mortalité par suicide chez les hommes selon l'âge, Québec, 1976-1978 à 1999-2001

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Taux brut	Taux ajusté
1976-78	0,5	15,8	38,1	28,7	33,9	28,0	25,7	27,3	29,6	25,5	22,7	22,8	20,3	19,1	22,8	12,4	30,8	20,6	21,8
1977-79	0,6	17,4	39,1	30,3	35,2	28,7	29,4	27,9	29,3	29,3	24,8	24,3	20,8	19,2	20,5	8,0	30,3	21,9	22,9
1978-80	0,5	19,2	38,9	32,4	32,1	30,1	27,6	28,6	27,3	29,9	29,8	27,2	23,9	32,9	28,3	15,6	29,8	22,7	23,7
1979-81	0,6	19,9	35,2	32,8	29,7	28,4	31,0	29,4	29,3	33,3	31,5	27,9	28,3	37,5	21,1	18,9	19,5	23,0	24,1
1980-82	0,6	20,8	37,3	35,6	32,1	29,7	35,0	31,7	33,8	32,5	31,2	29,3	33,5	34,0	22,3	18,5	30,3	24,7	25,7
1981-83	0,8	23,7	39,1	39,8	35,3	27,2	36,2	32,1	34,2	36,8	33,0	29,4	34,2	26,5	27,5	10,8	9,5	26,2	26,7
1982-84	0,8	25,9	38,6	40,3	35,5	29,7	34,7	32,4	34,6	35,8	32,3	28,6	30,5	24,3	34,0	13,9	9,2	26,5	26,8
1983-85	0,8	25,1	36,8	39,9	36,2	30,0	30,9	32,1	35,1	37,7	34,3	26,8	30,9	29,4	45,4	23,6	8,8	26,5	26,9
1984-86	0,7	23,6	36,8	37,8	35,3	32,9	33,5	30,6	34,9	35,9	29,3	26,6	30,7	26,2	38,4	33,4	25,6	26,1	26,5
1985-87	0,8	24,3	36,5	37,0	38,0	34,9	32,6	31,5	34,8	35,8	28,0	27,1	39,8	29,5	29,2	32,7	24,9	26,7	27,1
1986-88	0,7	25,5	36,0	36,7	37,5	37,1	32,2	31,6	30,2	31,7	27,4	29,3	34,0	27,9	22,6	30,8	39,7	26,3	26,5
1987-89	0,6	27,4	35,1	34,9	35,5	36,5	30,9	30,8	29,4	30,6	27,3	26,1	29,7	29,4	20,6	20,8	31,0	25,5	25,6
1988-90	0,8	26,3	37,5	34,9	35,2	35,7	31,4	31,6	27,3	27,9	25,0	21,9	23,0	30,8	26,9	23,0	29,0	25,1	25,1
1989-91	1,1	27,9	37,7	33,5	36,5	33,4	33,0	31,1	29,3	28,8	25,1	22,5	23,5	29,2	25,8	16,2	13,9	25,2	25,2
1990-92	1,3	26,8	39,9	36,9	39,9	36,8	32,7	31,5	31,8	32,1	24,6	24,5	26,4	29,6	26,6	20,6	6,5	26,7	26,7
1991-93	1,2	29,1	41,3	37,0	40,9	37,7	34,8	36,2	33,5	34,3	26,9	27,2	28,2	26,4	22,6	12,5	31,0	27,9	28,0
1992-94	1,5	30,7	45,6	38,4	39,9	40,6	35,4	36,2	35,3	35,4	26,5	24,1	28,0	30,5	31,8	19,3	36,4	28,9	29,1
1993-95	1,4	33,4	46,0	37,8	43,1	41,7	38,5	41,0	38,6	33,3	28,8	22,8	27,7	30,8	26,0	30,2	41,7	30,2	30,4
1994-96	1,4	34,2	45,8	40,5	42,2	44,8	40,9	37,2	38,9	33,0	29,6	26,3	28,2	31,2	31,9	33,5	17,6	30,9	31,0
1995-97	1,2	33,1	42,5	38,5	43,2	44,3	44,7	42,8	39,1	34,0	29,5	27,7	31,2	28,9	24,8	38,7	11,9	31,4	31,4
1996-98	1,5	30,8	41,9	39,3	39,4	42,4	43,1	42,1	36,5	32,8	30,6	25,2	32,2	30,9	29,8	27,0	17,0	30,4	30,4
1997-99	1,4	31,0	42,3	40,0	41,5	42,9	45,7	47,8	37,5	33,4	30,1	25,4	32,1	33,8	26,5	33,7	37,2	31,6	31,5
1998-00	1,2	29,9	41,3	40,0	40,7	43,5	46,3	44,5	36,6	31,6	30,2	25,2	29,4	36,3	26,0	26,2	34,9	31,1	30,9
1999-01	0,9	28,5	39,3	38,1	39,7	43,8	47,2	46,4	38,0	32,4	29,3	25,2	29,6	34,1	23,9	25,2	23,6	31,0	30,6

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**TABLEAU 7**

Taux de mortalité par suicide chez les femmes selon l'âge, Québec, 1976-1978 à 1999-2001

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Taux brut	Taux ajusté
1976-78	0,1	3,4	7,3	12,3	11,3	11,1	11,8	10,8	15,6	13,9	10,5	6,7	6,7	0,6	2,1	2,3		7,3	8,0
1977-79	0,1	4,4	8,3	12,4	10,6	12,7	10,4	10,3	15,3	14,6	9,8	6,8	7,7	1,2	3,0	2,2		7,6	8,1
1978-80	0,1	4,1	7,5	11,7	10,6	11,8	10,0	12,6	13,9	13,5	8,6	8,5	7,8	3,3	3,8	2,0		7,4	8,0
1979-81	0,1	3,5	7,5	10,6	10,2	10,8	10,4	13,7	15,1	13,1	9,2	7,7	8,7	4,8	4,6		4,7	7,4	8,0
1980-82	0,1	2,8	6,6	11,0	9,7	13,0	12,7	14,2	16,1	13,4	10,3	7,1	8,7	5,2	3,5	1,9	4,5	7,7	8,4
1981-83	0,1	3,2	6,5	10,2	11,0	13,6	17,0	12,3	14,4	14,0	11,8	7,3	11,7	5,0	4,2	3,5	4,2	8,2	8,8
1982-84	0,0	3,2	5,9	9,4	11,4	13,0	17,6	13,7	13,9	13,6	10,7	9,2	8,2	4,3	4,9	5,0		8,1	8,7
1983-85	0,1	3,7	5,4	8,4	11,0	10,6	15,0	14,3	11,5	12,3	11,5	11,0	7,3	4,7	4,6	3,2	7,2	7,6	8,1
1984-86	0,2	4,2	5,1	8,3	10,1	11,1	12,9	15,0	13,6	10,6	10,6	9,7	5,5	3,6	5,1	1,5	6,8	7,4	7,8
1985-87	0,1	5,3	5,7	8,4	11,0	12,0	12,0	14,6	12,7	8,4	10,0	8,8	4,7	4,3	4,2	1,4	6,3	7,4	7,8
1986-88		4,9	5,7	8,3	11,5	12,5	12,9	13,8	11,8	7,9	8,2	6,0	4,0	7,1	5,3	1,4		7,3	7,6
1987-89		4,0	5,8	7,6	10,8	11,8	12,4	13,2	9,5	8,1	7,2	6,2	2,1	7,7	3,8	1,3		6,8	7,0
1988-90	0,0	3,1	4,9	6,5	10,0	11,3	11,1	11,8	8,6	8,7	4,9	5,5	4,8	6,6	3,7			6,2	6,4
1989-91	0,2	3,2	4,3	6,3	9,5	10,0	10,6	11,0	8,4	7,6	5,7	5,2	5,6	3,0	2,9	1,1		5,9	6,0
1990-92	0,4	4,7	4,9	7,2	9,6	8,8	11,3	11,2	10,0	7,5	6,8	4,6	7,6	2,2	3,9	2,2	2,3	6,3	6,5
1991-93	0,7	5,1	5,9	7,4	8,9	9,9	13,1	11,6	12,0	7,4	8,0	5,0	6,5	2,9	4,3	3,1	2,1	6,9	7,0
1992-94	0,8	6,4	7,4	6,9	9,0	10,5	13,9	12,3	12,5	9,5	7,2	5,0	6,3	4,3	5,8	2,0	2,0	7,3	7,5
1993-95	1,1	6,3	7,0	6,2	9,0	11,6	14,8	12,9	12,6	10,9	6,6	5,4	4,8	4,2	4,1	1,0	1,9	7,5	7,7
1994-96	1,0	7,0	7,3	7,2	8,9	12,6	16,0	15,5	11,7	13,0	6,3	4,5	5,0	4,8	3,5	0,9	1,8	8,1	8,2
1995-97	0,9	7,7	7,3	8,4	8,2	12,2	14,9	16,5	12,7	11,5	7,8	4,9	6,4	4,4	3,9	3,5	1,8	8,2	8,3
1996-98	0,8	9,6	8,1	9,0	8,3	12,6	13,4	15,3	12,1	10,5	7,3	5,7	7,8	5,8	4,7	4,3		8,3	8,3
1997-99	0,7	10,0	7,2	8,7	9,1	11,6	14,4	14,6	11,5	9,0	9,2	8,5	7,0	5,2	5,1	5,7	1,6	8,4	8,4
1998-00	0,6	8,7	8,1	7,0	8,7	12,4	15,3	13,9	10,1	9,7	8,0	9,9	5,7	5,3	2,7	3,1	1,5	8,2	8,1
1999-01	0,4	7,2	7,6	5,9	7,4	12,5	14,8	15,4	10,1	9,3	8,0	9,7	4,3	4,9	2,2	3,0	2,9	7,8	7,7

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

**TABLEAU 8**

Taux de mortalité par suicide selon l'âge, Québec, 1976-1978 à 1999-2001, sexes réunis

Années	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	Taux brut	Taux ajusté
1976-78	0,3	9,7	22,8	20,6	22,8	19,6	18,8	19,0	22,4	19,4	16,2	14,0	12,6	8,0	10,0	5,9	10,7	13,9	14,7
1977-79	0,4	11,0	23,9	21,4	23,0	20,8	19,9	19,1	22,1	21,6	16,8	14,7	13,4	8,4	9,5	4,2	10,2	14,7	15,3
1978-80	0,3	11,8	23,3	22,1	21,5	21,0	18,8	20,6	20,4	21,4	18,5	17,0	14,7	15,0	12,8	6,7	9,8	15,0	15,6
1979-81	0,4	11,9	21,5	21,8	20,1	19,6	20,8	21,5	22,0	22,8	19,6	16,8	17,1	17,6	10,5	6,4	9,5	15,1	15,8
1980-82	0,4	12,0	22,1	23,3	20,9	21,5	24,0	22,9	24,7	22,5	20,0	17,1	19,2	16,5	10,2	7,4	12,4	16,1	16,8
1981-83	0,5	13,7	23,0	25,1	23,2	20,5	26,7	22,1	24,1	24,9	21,6	17,2	21,2	13,4	12,5	5,9	5,8	17,1	17,5
1982-84	0,4	14,9	22,5	25,0	23,5	21,5	26,2	23,0	24,1	24,2	20,7	17,8	17,7	12,1	15,2	7,9	2,7	17,2	17,5
1983-85	0,5	14,7	21,4	24,3	23,6	20,3	23,0	23,1	23,1	24,5	22,0	18,0	17,3	14,3	18,9	9,8	7,7	16,9	17,2
1984-86	0,4	14,2	21,4	23,2	22,7	22,1	23,3	22,8	24,0	22,8	19,2	17,2	16,1	12,4	16,7	11,4	12,2	16,6	16,9
1985-87	0,4	15,1	21,5	22,9	24,5	23,6	22,4	23,0	23,5	21,5	18,3	16,9	19,5	14,1	12,8	11,0	11,5	16,9	17,1
1986-88	0,4	15,4	21,3	22,7	24,6	24,9	22,6	22,7	20,9	19,3	17,1	16,3	16,6	15,1	11,2	10,4	10,8	16,7	16,8
1987-89	0,3	15,9	20,8	21,5	23,3	24,2	21,7	22,0	19,3	19,0	16,6	15,1	13,7	16,1	9,6	7,2	8,2	16,0	16,1
1988-90	0,4	14,9	21,5	21,0	22,8	23,5	21,3	21,7	17,8	18,0	14,3	12,8	12,4	16,0	11,6	6,8	7,7	15,5	15,5
1989-91	0,7	15,8	21,4	20,2	23,1	21,7	21,8	21,0	18,7	17,9	14,8	12,9	13,1	13,2	10,8	5,6	3,6	15,4	15,4
1990-92	0,9	16,0	22,7	22,3	24,8	22,8	22,0	21,4	20,8	19,5	15,2	13,6	15,5	12,8	11,7	7,6	3,4	16,3	16,4
1991-93	0,9	17,4	24,0	22,4	25,1	23,8	24,0	23,9	22,7	20,5	17,0	15,0	15,7	12,0	10,6	5,8	9,5	17,2	17,3
1992-94	1,2	18,9	26,9	22,9	24,6	25,6	24,6	24,2	23,8	22,1	16,4	13,7	15,5	14,4	14,7	7,0	10,6	18,0	18,1
1993-95	1,2	20,2	27,0	22,3	26,3	26,7	26,6	26,9	25,5	21,9	17,2	13,3	14,5	14,5	11,6	9,5	11,7	18,7	18,8
1994-96	1,2	21,0	27,0	24,2	25,9	28,8	28,5	26,3	25,2	22,8	17,5	14,5	14,9	15,0	13,3	10,4	5,6	19,3	19,4
1995-97	1,1	20,7	25,3	23,8	26,1	28,4	29,8	29,6	25,7	22,6	18,2	15,4	17,0	13,9	11,1	13,8	4,1	19,6	19,6
1996-98	1,2	20,5	25,4	24,5	24,2	27,6	28,3	28,6	24,2	21,4	18,5	14,7	18,3	15,6	13,4	10,9	3,9	19,2	19,2
1997-99	1,1	20,8	25,2	24,7	25,7	27,4	30,1	31,1	24,4	21,0	19,2	16,4	17,9	16,5	12,5	13,8	9,9	19,9	19,8
1998-00	0,9	19,6	25,1	23,9	25,1	28,2	30,9	29,1	23,2	20,5	18,7	17,0	16,0	17,6	10,8	9,9	9,3	19,5	19,3
1999-01	0,7	18,2	23,8	22,3	23,9	28,4	31,0	30,9	23,9	20,7	18,3	17,0	15,4	16,5	9,8	9,5	7,7	19,2	19,0

Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

Boyer, R. & D. St-Laurent (1999). La mortalité par suicide au Québec. *Frontières*, 12 (1), 50-53.

Caron-Malenfant, Éric (2004). Le suicide chez les immigrants au Canada. *Rapports sur la santé*, 15 (2), 9-18.

Choinière, R (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Québec, INSPQ, 88 p. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Site web : [www.gnb.ca/0208/suicide01-f.asp](http://www.gnb.ca/0208/suicide01-f.asp).

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2001). *Comparability and Quality Improvement of European Causes of Deaths Statistics, Final Report*, Paris, INSERM et European Commission, 192 p.

Mao, Y., Hasselback, P., Davies, J. W., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1990). Suicide in Canada : An epidemiological assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 81 (4), 324-328.

McCarthy, P. D., & Walsh, D. (1975). Suicide in Dublin : I. The under-reporting of suicide and the consequences for national statistics. *British Journal of Psychiatry*, 126, 301-312.

Young, J. G., & J. M. Wagner (1994). Le rôle du coroner en Ontario : interroger la mort pour protéger la vie. *Rapports sur la santé*, 6 (3), pp. 339-352.

**L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE AU  
QUÉBEC : QUE SAVONS-NOUS DE LA  
SITUATION RÉCENTE?**

Auteurs :

**Danielle St-Laurent  
Clermont Bouchard**

Unité Connaissance-surveillance  
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>  
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2004-029

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-42886-2

(ISBN 2-550-42592-8, 1<sup>re</sup> publication)

© Institut national de santé publique du Québec (2004)

*Institut national  
de santé publique*

**Québec** 