

Aperçu

Une analyse contextuelle des indicateurs de surveillance du suicide

Robin Skinner, M.S.P.; Brittany Irvine, M.A.; Gabriela Williams, M. Sc.; Caryn Pearson, M.A.; Jaskiran Kaur, B. Sc. S.; Xiaoquan Yao, M. Sc.; Lee Merklinger, M.A.; Tanya Lary, M.A.

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Le Cadre fédéral de prévention du suicide¹ a été élaboré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) afin d'établir l'approche stratégique du Canada en matière de prévention du suicide, conformément à la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide* (le « Cadre »), qui a été promulguée en décembre 2012. Le Cadre incluait un engagement à présenter les statistiques sur le suicide et les facteurs de risques connexes au public. Dans le cadre de cet engagement, l'ASPC a mis au point un ensemble d'indicateurs nécessaires à la surveillance globale du suicide visant à éclairer les initiatives de prévention du suicide. Ces indicateurs fournissent des mesures des résultats ainsi que des facteurs de risque et de protection aux niveaux personnel, familial, communautaire et sociétal.

Les indicateurs de surveillance du suicide (ISS) ont été sélectionnés au moyen d'un examen de la documentation pertinente extraite de certaines bases de données de publications (p. ex. PubMed) et des restrictions sur le type de preuve ont été appliquées : seuls les revues systématiques, les méta-analyses, les revues de la littérature ou les rapports ministériels, publiés en anglais ou en français dans les six dernières années, étaient admissibles. On a déterminé des indicateurs (et des sources de données pour opérationnaliser les indicateurs) à partir de cet ensemble de preuves. On a demandé à des intervenants internes et externes de formuler leurs commentaires sur les indicateurs et leur opérationnalisation. Il est important de noter que la revue de la littérature ne visait que la population générale.

Cet aperçu propose les plus récentes statistiques disponibles pour établir des rapports

sur les ISS. De plus, il présente une brève analyse des éléments des ISS sélectionnés qui révèle l'importance des associations entre certaines maladies mentales^{2,3} et certains comportements suicidaires (idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide) à l'aide de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012 (ESCC-SM)⁴. De nouvelles études devraient continuer d'explorer et de surveiller l'association entre le taux de suicide et les autres facteurs de risque et de prévention (p. ex. la violence faite aux enfants, le soutien social)⁵ énumérés dans les ISS afin d'utiliser ces connaissances dans le cadre des initiatives de prévention du suicide.

Résultats et discussion

Le tableau 1 présente les statistiques rapides et les taux d'incidence canadiens actuels de décès liés au suicide, d'hospitalisations associées à des blessures auto-infligées et de visites à l'urgence, ainsi que la prévalence des idées suicidaires, des plans et des tentatives de suicide, de même qu'une liste des principaux facteurs de risque et de protection. Les statistiques sur l'état civil du Canada indiquent que le taux de décès liés au suicide était de 11,5 pour 100 000 personnes en 2013. Les données de l'ESCC 2015 indiquent que 2,5 % des Canadiens de 15 ans ou plus ont déclaré avoir eu des idées suicidaires (c.-à-d. qu'ils envisagent sérieusement le suicide), 0,8 % ont déclaré avoir élaboré un plan, et 0,4 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne les maladies mentales, les données de l'ESCC-SM 2012 indiquent que 6,5 % (IC à 95 % : 6,0 à 7,0) des Canadiens de 15 ans et plus ont éprouvé des symptômes associés à un trouble de

l'humeur ou à un trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 derniers mois, 1,3 % (IC à 95 % : 1,1 à 1,5) ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de schizophrénie ou de psychose par un professionnel de la santé, et 1,7 % (IC à 95 % : 1,4 à 2,0) ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique.

Le tableau 2 présente des rapports de cotes (RC) non corrigés entre les maladies mentales et les comportements suicidaires sélectionnés calculés à partir de l'ESCC-SM. Lors de cette phase d'analyse, l'objectif était d'évaluer les relations individuelles avec le suicide; reste à contrôler les facteurs de confusion. De plus, les ventilations des proportions selon des variables telles que l'âge et le sexe ne seront disponibles qu'ultérieurement sur l'infobase de la santé publique du gouvernement du Canada. Conformément à la littérature, le fait d'éprouver des symptômes associés à un trouble de l'humeur ou à un trouble d'anxiété généralisée s'est révélé fortement associé aux comportements suicidaires (RC = 18,1, IC à 95 % : 14,3 à 23,0). De plus, le fait de déclarer avoir reçu un diagnostic de schizophrénie/psychose, de trouble de stress post-traumatique ou de trouble alimentaire était également fortement associé aux comportements suicidaires, avec des RC de 10,6 (IC à 95 % : 6,9 à 16,1), 15,5 (IC à 95 % : 10,3 à 23,5) et 13,0 (IC à 95 % : 5,6 à 30,3) respectivement.

Le contrôle et la divulgation en continu des données de surveillance sur les décès liés aux suicides, les comportements suicidaires et les facteurs de risque et de protection connexes constituent un élément fondamental de la prévention du suicide au Canada.

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Robin Skinner, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-799-5434; courriel : robin.skinner@phac-aspc.gc.ca

TABLEAU 1

INDICATEURS DE LA SURVEILLANCE DU SUICIDE

STATISTIQUES RAPIDES, CANADA, ÉDITION 2017

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	ESTIMATION LA PLUS RÉCENTE	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
SUICIDE ET BLESSURES AUTO-INFLIGÉES – CARACTÉRISTIQUES			
Taux de mortalité par suicide	Taux de mortalité au sein de l'ensemble de la population attribuable au suicide	11,5 pour 100 000 habitants	SEC (2013)
Blessures auto-infligées, hospitalisations	Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées (à l'exception du Québec)	50,2 hospitalisations pour 100 000 habitants	BDCP (2014-2015)
Blessures auto-infligées, présentations à l'urgence	Taux de présentation à l'urgence en raison de blessures auto-infligées (Ontario)	113,9 visites à l'urgence pour 100 000 habitants	SNISA (2014-2015) (Ontario)
	Taux de présentation à l'urgence en raison de blessures auto-infligées (Alberta)	160,5 visites à l'urgence pour 100 000 habitants	SNISA (2014-2015) (Alberta)
	Proportion de présentations à l'urgence en raison de blessures auto-infligées, sur le total de cas dans l'e-SCHIRPT, chez les 10 à 24 ans	1 072,8 visites à l'urgence pour 100 000 cas dans l'e-SCHIRPT	e-SCHIRPT (2011-2016)
Pensées suicidaires	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir déjà eu de fortes idées suicidaires (au cours de la vie)	12,3 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir eu de fortes idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	2,5 %	ESCC (2015)
Plans de suicide	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir déjà planifié de se suicider (au cours de la vie)	4,5 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir planifié de se suicider au cours des 12 derniers mois	0,8 %	ESCC (2015)
Tentatives de suicide	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir déjà tenté de se suicider (au cours de la vie)	3,4 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois	0,4 %	ESCC (2015)
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION – INDIVIDU			
État de santé	% de la population âgée de 12 ans et plus déclarant avoir une santé « passable » ou « mauvaise »	10,7 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 12 ans et plus déclarant avoir une santé mentale « passable » ou « mauvaise » ^a	5,9 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 12 ans et plus atteinte d'une incapacité modérée ou grave, selon l'IES ^b	31,7 %	ESCC (2015)
	% de la population âgée de 12 ans et plus atteinte d'une ou de plusieurs des maladies chroniques majeures suivantes : cancer, diabète, maladie cardiovasculaire ou maladie respiratoire ^c	23,7 %	ESCC (2015)
Douleur chronique	% de la population âgée de 12 ans et plus déclarant avoir des douleurs modérées ou graves qui l'« empêchent de faire quelques-unes » ou « la plupart » de ses activités	8,3 %	ESCC (2015)
Troubles du sommeil	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir des problèmes à s'endormir ou à demeurer endormi « la plupart du temps » ou « tout le temps »	14,5 %	ESCC – Santé mentale (2012)
Stress	% de la population âgée de 12 ans et plus déclarant la plupart de ses journées « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » au cours des 12 derniers mois	21,4 %	ESCC (2015)
Maladie mentale	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir eu des symptômes correspondant à un trouble de l'humeur ou au trouble d'anxiété généralisé (TAG) au cours des 12 derniers mois	6,5 %	ESCC – Santé mentale (2012)
	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir reçu un diagnostic de schizophrénie ou de psychose de la part d'un professionnel de la santé ^d	1,3 %	ESCC – Santé mentale (2012)
	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble de l'alimentation de la part d'un professionnel de la santé ^d	0,4 %	ESCC – Santé mentale (2012)
	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) de la part d'un professionnel de la santé ^d	1,7 %	ESCC – Santé mentale (2012)
Violence	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir été victime, avant l'âge de 15 ans, d'au moins un des actes suivants : violence physique ou sexuelle par une personne de 18 ans ou plus, ou exposition à des actes de violence commis par un parent ou tuteur	32,9 %	ESG – Victimization (2014)
	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir été victime de violence physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois	4,1 %	ESG – Victimization (2014)
	% d'élèves de la 6 ^e à la 12 ^e année déclarant avoir été victime d'actes d'intimidation perpétrés par d'autres élèves au cours des 30 derniers jours	25,1 %	ECTADE (2014-2015)
Consommation d'alcool ou de drogues	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant consommer davantage d'alcool que ce que préconisent les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada ^e	15,7 %	ECTAD (2013)

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	ESTIMATION LA PLUS RÉCENTE	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
Consommation d'alcool ou de drogues (suite)	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant avoir subi, au cours de la dernière année, au moins un effet néfaste attribuable à la consommation de drogues illicites ^f	2,9 %	ECTAD (2013)
Milieu scolaire	% d'élèves de la 6 ^e à la 10 ^e année déclarant être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » qu'ils éprouvent un sentiment d'appartenance à leur école	63,1 %	Enquête HBSC (2013-2014)
Personnalité	En cours d'élaboration		
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION – FAMILLE			
Relations familiales	% d'élèves de la 6 ^e à la 10 ^e année déclarant recevoir de leur famille le soutien émotionnel dont ils ont besoin	64,9 %	Enquête HBSC (2013-2014)
	% d'élèves de la 6 ^e à la 10 ^e année déclarant se disputer souvent avec leurs parents	21,7 %	Enquête HBSC (2013-2014)
	% d'élèves de la 6 ^e à la 10 ^e année déclarant qu'il est « facile » ou « très facile » de parler à ses parents à propos de ce qui les tracassent beaucoup	83,2 %	Enquête HBSC (2013-2014)
Maladies mentales et consommation d'alcool ou de drogues au sein de la famille	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant être touchée « assez » ou « beaucoup » par les émotions, les problèmes de santé mentale ou la consommation d'alcool ou de drogues d'un ou de plusieurs membres de la famille	13,7 %	ESCC – Santé mentale (2012)
Antécédents familiaux de comportement suicidaire	En cours d'élaboration		
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION – COMMUNAUTÉ			
Soutien social	% de la population âgée de 15 ans et plus n'ayant aucun membre de la famille ou ami intime avec qui elle est à l'aise, à qui elle peut dire ce qu'elle pense ou à qui elle peut demander de l'aide	6,0 %	ESG – Identité sociale (2013)
	% de la population âgée de 15 ans et plus déclarant être « satisfaite » ou « très satisfaite » de la fréquence des communications avec des amis ou des membres de la famille ne vivant pas avec elle	91,5 %	ESG – Identité sociale (2013)
Sentiment d'appartenance à la communauté	% de la population âgée de 12 ans et plus déclarant éprouver un sentiment d'appartenance « plutôt fort » ou « très fort » à la collectivité locale	67,9 %	ESCC (2015)
Suicide par imitation/série de suicides	En cours d'élaboration		
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION – SOCIÉTÉ			
Accès aux services en matière de santé mentale	% de la population âgée de 15 ans et plus qui estime avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois	17,5 %	ESCC – Santé mentale (2012)
	% de la population âgée de 15 ans et plus qui estime avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois, mais dont le besoin n'aurait pas été comblé ou ne l'aurait été qu'en partie	33,3 %	ESCC – Santé mentale (2012)
Possession d'armes à feu	Nombre de détenteurs d'un permis d'arme à feu pour particulier de 18 ans et plus en date de décembre 2016 (% de la population âgée de 18 ans et plus qui détient un permis d'arme à feu)	2 066 961 (7,3 %)	GRC (2016) ^g
Connaissances en santé mentale	En cours d'élaboration		
Lignes directrices sur la couverture médiatique (conformité)	En cours d'élaboration		
Stigmatisation	En cours d'élaboration		
Contrôle des empoisonnements	En cours d'élaboration		

Abréviations : BDCP, Base de données sur les congés des patients; CV, coefficient de variation; ECI, Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants; ECTAD, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues; ECTADE, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; e-SCHIRPT, base de données électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes; ESG, Enquête sociale générale; GRC, Gendarmerie royale du Canada; HBSC, comportements de santé des jeunes d'âge scolaire; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques; SEC, Statistiques de l'état civil; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires.

Remarques : Les catégories entre guillemets s'inscrivent dans une échelle à cinq niveaux (sauf dans le cas de l'indicateur « Sentiment d'appartenance à la communauté », pour lequel une échelle à quatre niveaux a été utilisée). « En cours d'élaboration » concerne les indicateurs dont la source de données est actuellement indisponible et ceux pour lesquels d'autres recherches sont nécessaires afin d'en déterminer une mesure et une source de données satisfaisantes.

Les estimations dont le CV est inférieur à 16,6 % sont considérées comme fiables et peuvent être utilisées. Les estimations dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 % doivent être interprétées avec prudence en raison de taux d'erreur élevés (E). Les estimations dont le CV est supérieur à 33,3 % ne sont pas incluses car on considère qu'elles ne sont pas fiables (O).

^a Comprendre ce qui constitue une santé mentale positive pourrait aider les efforts de prévention du suicide. Pour obtenir des renseignements sur la mesure des caractéristiques positives en matière de santé mentale ainsi que sur les facteurs de risque et de protection associés à ces caractéristiques, en particulier la spiritualité et la capacité d'adaptation, veuillez vous reporter au Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/positive-mental-health/index-fr.aspx>

^b Indice de l'état de santé (IES).

^c Bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique.

^d Maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé et qui durent depuis au moins 6 mois ou dont on s'attend à qu'elles durent au moins 6 mois.

^e Les lignes directrices recommandées sont les suivantes : « au plus 2 verres par jour ou 10 verres par semaine pour les femmes, et au plus 3 verres par jour ou 15 verres par semaine pour les hommes, avec éventuellement un verre de plus lors d'occasions spéciales » (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances). En ligne à : <http://www.ccsa.ca/fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/pages/default.aspx>

^f Les effets néfastes attribuables à la consommation de drogues illicites relèvent des domaines suivants : liens d'amitié; santé physique; vie familiale ou conjugale; travail; études ou occasions d'emploi; situation financière; rapports avec le système judiciaire; logement et enfin apprentissage.

^g Gendarmerie royale du Canada. *Rapport du commissaire aux armes à feu*. 2016. (n° de catalogue : PS96F-PDF). En ligne à : <http://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/rapport-du-commissaire-aux-armes-a-feu-2016>

Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la surveillance du suicide : Statistiques rapides, Canada, édition 2017. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2017.

Visitez le site des Indicateurs de la surveillance du suicide : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/>

TABLEAU 2

Prévalence des maladies mentales et des comportements suicidaires sélectionnés et associations bidimensionnelles qui les regroupent, estimation pour les Canadiens de 15 ans et plus

Facteur de risque	n non pondéré ^a	Estimation ^b (%)	IC à 95 % ^b , $\alpha=0,05$	Comportements suicidaires ^c			
				Estimation ^b (%)	IC à 95 % ^b , $\alpha=0,05$	RC ^b non corrigés	IC à 95 % ^b , $\alpha=0,05$
Symptômes associés à un trouble de l'humeur ou à un trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 derniers mois							
Oui	1 748	6,5	6,0–7,0	25,5	22,0–29,1	18,1	14,3–23,0
Non*	21 876	93,5	93,0–94,0	1,9	1,6–2,1	1,0	
Déclaration d'un diagnostic de schizophrénie ou de psychose par un professionnel de la santé							
Oui	381	1,3	1,1–1,5	25,4	17,8–33,1	10,6	6,9–16,1
Non*	23 268	98,7	98,5–99,0	3,1	2,8–3,5	1,0	
Déclaration d'un diagnostic de trouble de stress post-traumatique par un professionnel de la santé							
Oui	425	1,7	1,4–2,0	31,8	23,1–40,4	15,5	10,3–23,5
Non*	23 205	98,3	98,1–98,6	2,9	2,6–3,2	1,0	
Déclaration d'un diagnostic de trouble alimentaire par un professionnel de la santé							
Oui	102	0,4	0,3–0,5	30,7 ^e	14,1–47,2	13,0	5,6–30,3
Non*	23 546	99,6	99,5–99,7	3,3	2,9–3,6	1,0	

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012 (partage de données réglementé de Statistique Canada).

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

Remarque : Les estimations dont le coefficient de variation (CV) est inférieur à 16,6 % sont considérées comme fiables et peuvent être utilisées. Les estimations dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 % doivent être interprétées avec prudence en raison de taux d'erreur élevés (E). Les estimations dont le CV est supérieur à 33,3 % ne sont pas incluses car on considère qu'elles ne sont pas fiables (O)^b.

^a Le dénombrement inclut seulement les cas où les répondants avaient répondu aux questions du sondage portant sur les comportements suicidaires et à celles portant sur les maladies mentales.

^b Les estimations, les IC et les RC sont tous pondérés.

^c Les comportements suicidaires incluent les idées suicidaires, les plans et les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois.

*Catégorie de référence pour la mesure des associations.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2016 [no de catalogue : HP35 -61/2015E-PDF]. 51 pages.
2. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):608-616.
3. Taylor PJ, Hutton P, Wood L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(5):911-926.
4. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes—Santé mentale de 2012. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013.
5. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *JAMC*. 2014;186(9):E324-E332.
6. Statistique Canada. 5.0 Data accuracy and quality [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modifié le 21 septembre 2009; consulté le 11 mai 2017]. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-fra.htm>