

Recherche quantitative originale

Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19

Li Liu, M. Sc.; Colin A. Capaldi, Ph. D.; Raelyne L. Dopko, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Résumé

Introduction. De nombreux Canadiens font état d'une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19 et des inquiétudes ont été exprimées quant à une possible augmentation du nombre de suicides. Cette étude porte sur les répercussions potentielles de la pandémie sur les idées suicidaires des adultes.

Méthodologie. Nous avons comparé les idées suicidaires autodéclarées en 2020 par rapport à celles autodéclarées en 2019 en analysant les données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (du 11 septembre au 4 décembre 2020) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019. Nous avons effectué une régression logistique pour caractériser les populations à risque plus élevé d'idées suicidaires pendant la pandémie.

Résultats. Le pourcentage d'adultes ayant fait état d'idées suicidaires depuis le début de la pandémie (2,44 %) n'est pas significativement différent du pourcentage d'adultes ayant fait état d'idées suicidaires dans les douze derniers mois en 2019 (2,73 %). De façon générale, il n'y avait pas non plus de différences significatives dans la prévalence d'idées suicidaires récentes en 2020 par rapport à 2019 dans les nombreux groupes sociodémographiques que nous avons examinés. Les facteurs de risque liés à la déclaration d'idées suicidaires pendant la pandémie étaient le fait d'être âgé de moins de 65 ans; d'être né au Canada; d'être un travailleur de première ligne; d'avoir déclaré une perte de revenu ou d'emploi en lien avec la pandémie; d'avoir fait état d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie; de vivre ou d'avoir vécu une situation extrêmement stressante ou traumatisante au cours de sa vie et enfin d'avoir un revenu familial et un niveau d'études inférieures.

Conclusion. Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons généralement pas observé de preuve de changements dans les idées suicidaires en raison de la pandémie. Une surveillance continue du suicide et des facteurs de risque et de protection est nécessaire pour soutenir les efforts de prévention du suicide.

Mots-clés : pandémie de COVID-19, coronavirus, idées suicidaires, adultes canadiens, santé publique

Introduction

Dès le début de la pandémie de COVID-19, des inquiétudes ont été soulevées quant aux répercussions potentielles de la pandémie et aux effets pervers des interventions en santé publique sur la santé mentale des personnes et, en particulier,

sur les résultats liés au suicide¹⁻³. En effet, les lignes d'assistance téléphonique en santé mentale au Canada ont connu une augmentation substantielle de la demande pendant la pandémie par rapport aux années précédentes⁴⁻⁶. Les données obtenues auprès de 19 services de police canadiens révèlent un plus grand nombre d'appels

Points saillants

- La présence d'idées suicidaires récentes n'a pas été significativement différente en 2020 par rapport à 2019, et ce, ni dans l'ensemble de la population, ni dans quasiment tous les groupes sociodémographiques analysés.
- Certains individus étaient plus susceptibles que d'autres de déclarer avoir envisagé le suicide depuis le début de la pandémie : les adultes de moins de 65 ans, les natifs du Canada, les travailleurs de première ligne, les personnes ayant un niveau d'études secondaires ou inférieur et un faible revenu familial, les personnes ayant vécu une situation très stressante ou traumatisante au cours de leur vie et les personnes ayant perdu leur emploi ou leur revenu ou ayant connu la solitude ou l'isolement en raison de la pandémie.

pour des services liés à la santé mentale au cours des huit premiers mois de la pandémie par rapport aux mêmes mois en 2019⁷. Des enquêtes ont indiqué que jusqu'à la moitié des Canadiens avaient déclaré que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie⁸⁻¹⁴ et qu'environ un Canadien sur cinq a éprouvé des symptômes d'anxiété, de dépression ou de trouble de stress post-traumatique au cours de l'automne 2020¹⁵.

D'autres facteurs de risque liés au suicide ont également augmenté. Par exemple, on prévoyait que l'augmentation du taux de

Rattachement des auteurs :

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

Correspondance : Li Liu, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; tél. : 613-314-1514; courriel : li.liu@phac-aspc.gc.ca

chômage causée par la pandémie¹⁶ entraînerait une hausse du nombre de décès par suicide au Canada et dans le monde^{17,18}. La consommation d'alcool a également été mise en cause dans les cas de suicide^{19,21} et, bien que la majorité des Canadiens interrogés ne signalent aucun changement dans leur consommation d'alcool pendant la pandémie, une partie d'entre eux déclarent avoir augmenté leur consommation^{11,22-28}. En raison des directives sur l'éloignement physique limitant les interactions sociales en personne pour réduire la propagation de la COVID-19, la solitude est devenue relativement courante : 4 adultes sur 10 au Canada ont déclaré éprouver des sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie à l'automne 2020¹⁵. Cette situation est préoccupante, étant donné qu'un sentiment d'appartenance et de connexion avec les autres est considéré comme un besoin psychologique de base et une dimension importante d'une bonne santé mentale^{29,30}. En outre, la solitude a été associée à des idées et à des comportements suicidaires³¹. De manière plus générale, on a établi la présence d'une mortalité par suicide plus élevée (du moins dans certaines sous-populations) dans des études portant sur les répercussions de précédentes urgences de santé publique liées à des maladies infectieuses³².

Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucun signe d'augmentation du nombre ni de décès par suicide ni d'hospitalisations ou de visites à l'urgence liées à de l'automutilation au Canada pendant la pandémie^{33,34}. Des analyses de données provenant de 21 pays n'ont pas non plus permis d'observer un taux de mortalité par suicide plus élevé que prévu au cours des premiers mois de la pandémie, et dans certains endroits le taux de mortalité par suicide s'est même révélé plus faible que prévu³⁵. Bien que les données de nombreux services de police canadiens font état d'un plus grand nombre d'appels pour des services liés à la santé mentale depuis le début de la pandémie par rapport à 2019, on n'a pas signalé un plus grand nombre d'appels pour des services liés au suicide ou à des tentatives de suicide⁷.

Les idées suicidaires au Canada ont été évaluées pendant la pandémie dans le cadre de trois enquêtes menées par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique.

On a demandé aux répondants s'ils avaient eu des pensées ou des sentiments suicidaires à cause de la pandémie de COVID-19 au cours des deux semaines précédentes. Le pourcentage de personnes ayant répondu par l'affirmative est passé de 6 % en mai 2020 à 10 % en septembre 2020 et à 8 % en janvier 2021⁹⁻¹¹. Par comparaison, d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2016, 2,5 % des Canadiens ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des douze mois précédents³⁶. Ces données ont mené certaines personnes à conclure que l'idéation suicidaire est devenue plus fréquente pendant la pandémie^{24,37}.

Cependant, ces comparaisons ne sont pas idéales étant donné les différentes manières dont les enquêtes ont évalué les idées suicidaires. Par exemple, la prévalence de l'idéation suicidaire pendant la pandémie pourrait être surestimée dans la mesure où les gens pourraient avoir déclaré pas tant qu'ils envisagent sérieusement le suicide que le fait d'avoir des pensées ou des sentiments liés au suicide, susceptibles d'être plus fugaces ou ambivalents. Par ailleurs, la prévalence des idées suicidaires pendant la pandémie serait sans doute plus importante si les personnes avaient eu à décrire leurs expériences depuis le début de la pandémie (et non pas seulement au cours des deux semaines précédentes). En outre, les estimations des idées suicidaires pendant la pandémie ont été comparées à des données de 2016, mais les estimations pré-pandémiques issues de données plus récentes constitueraient une base de référence plus appropriée pour déterminer les répercussions potentielles de la pandémie.

Heureusement, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)³⁸ de 2019 et l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM)³⁹ de 2020 ont toutes deux évalué les idées suicidaires. La formulation similaire des questions sur les idées suicidaires et la taille relativement importante des échantillons dans ces deux enquêtes nous ont permis de comparer la prévalence de l'autodéclaration d'idées suicidaires sérieuses avant et pendant la pandémie dans l'ensemble de la population et au sein de divers groupes sociodémographiques.

Étant donné que d'autres enquêtes avaient suggéré que les sentiments ou les pensées suicidaires étaient plus fréquents dans

certaines sous-groupes de population depuis le début de la pandémie (en particulier les jeunes adultes, les personnes s'identifiant comme LGBTQ2+, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale préexistant et les parents ayant des enfants de moins de 18 ans vivant à la maison)^{24,37}, nous avons étudié la manière dont la probabilité d'envisager sérieusement le suicide pendant la pandémie variait en fonction de caractéristiques sociodémographiques et d'expériences pouvant présenter un risque élevé (par exemple, être un travailleur de première ligne, avoir subi une perte de revenu ou d'emploi ou s'être senti seul ou isolé en raison de la pandémie)^{15,31,40-42}. Nous avons également stratifié les résultats selon le genre, car certaines enquêtes suggèrent que la pandémie a eu des répercussions plus négatives sur la santé mentale des femmes^{8,11,43} et parce que les retombées liées au suicide diffèrent souvent entre les hommes et les femmes⁴⁴⁻⁴⁶.

Méthodologie

Données et participants

Pour obtenir des estimations des idées suicidaires avant la pandémie de COVID-19, nous avons analysé les données de la composante annuelle de l'ESCC de 2019³⁸. Les répondants ont été interrogés entre le 2 janvier et le 24 décembre 2019. La population cible était constituée de personnes de 12 ans et plus vivant dans les provinces et les territoires³⁸. L'ESCC exclut les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves/établissements des Premières Nations, dans des foyers d'accueil, dans deux régions sanitaires éloignées du Québec et en institution, ces exclusions représentant moins de 3 % de la population³⁸. Statistique Canada a utilisé le cadre d'échantillonnage de l'Enquête sur la population active pour l'échantillonnage des adultes des provinces dans l'ESCC de 2019⁴⁷. Une fois un logement échantillonné, un adulte vivant dans ce logement a été sélectionné comme répondant³⁸. Les répondants remplissent volontairement l'ESCC par l'entremise d'entrevues personnelles assistées par ordinateur ou d'entrevues téléphoniques³⁸. Nous avons analysé uniquement les données pour les adultes de l'ESCC de 2019 étant donné que les moins de 18 ans ont été exclus de l'ECSM de 2020³⁹. De plus, comme les données de l'ESCC pour les répondants vivant dans les territoires ne sont publiées par Statistique Canada

qu'après deux ans consécutifs de collecte de données, nous n'avons pu analyser les données de l'ESCC de 2019 que pour les personnes vivant dans les provinces. Le taux de réponse des adultes à l'ESCC de 2019 a été de 54,9 %.

Pour obtenir des estimations des idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19, nous avons analysé les données de l'ECSM de 2020³⁹. Les répondants ont été interrogés entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020, et la population cible était constituée de personnes de 18 ans et plus vivant dans les provinces et les trois capitales territoriales³⁹. Le cadre de l'ECSM de 2020 reposait sur une répartition par province : un échantillon aléatoire simple de logements a été sélectionné dans chaque province et capitale territoriale à partir du Fichier de l'univers des logements, puis un adulte dans chaque logement a fait l'objet d'un échantillonnage pour participer à l'Enquête³⁹. Le cadre d'échantillonnage de l'ECSM de 2020 excluait les personnes des territoires vivant ailleurs que dans les capitales territoriales, les personnes vivant en institution, dans des logements collectifs/inaccessibles/inactifs/vacants et dans des réserves³⁹. Les répondants ont répondu à l'ECSM de 2020 de manière volontaire par l'entremise d'un questionnaire électronique ou d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur³⁹. Le nombre total de répondants à l'ECSM de 2020 a été de 14689, soit un taux de réponse de 53,3 %. Nous avons analysé les données de l'ECSM de 2020 correspondant aux 12344 répondants qui ont accepté de transmettre leurs données à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Mesures

Idées suicidaires

Les idées suicidaires au cours de la vie ont été évaluées dans les deux enquêtes en demandant aux répondants « Avez-vous déjà sérieusement envisagé le suicide? ». Pour évaluer l'idéation récente de suicide, les personnes qui ont déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider ont été invitées à répondre à la question « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? » dans l'ESCC de 2019 et à la question « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » dans l'ECSM de 2020.

Caractéristiques sociodémographiques et expériences

Plusieurs variables sociodémographiques ont été incluses dans les deux enquêtes,

notamment l'âge, le genre, le revenu du ménage, le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance à un groupe dit « racialisé », le niveau d'études, le milieu de résidence (urbain, rural), la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison (oui, non) et la province ou la capitale territoriale.

Nous avons codé les personnes selon trois groupes d'âge : jeunes adultes (de 18 à 34 ans), adultes d'âge moyen (de 35 à 64 ans) et adultes âgés (65 ans et plus).

Nous avons déterminé l'identité de genre en demandant aux répondants « Quel est votre genre? », avec comme options de réponse « homme », « femme » et « ou veuillez préciser ».

Nous avons codé le revenu des ménages selon trois catégories, soit les ménages à faible revenu, ceux à revenu moyen et ceux à revenu élevé.

Pour la variable du statut vis-à-vis de l'immigration, les immigrants correspondent aux immigrants reçus et aux résidents non permanents et les non-immigrants aux natifs du Canada. Les personnes appartenant à une minorité visible ou s'identifiant comme autochtones ont été codées comme membres d'un groupe dit « racialisé », tandis que les personnes s'identifiant comme blanches uniquement ont été codées comme « non racialisées ».

Nous avons codé le niveau d'études atteint le plus élevé selon deux groupes : les répondants ayant un diplôme d'études secondaires ou moins et les répondants ayant un diplôme d'études postsecondaires.

Certaines expériences potentiellement à risque élevé qui ne figuraient que dans l'ECSM de 2020 présentaient également un intérêt. On a demandé aux personnes interrogées : « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? », avec en particulier « perte d'emploi ou de revenu » (oui, non) et « sentiments de solitude ou d'isolement » (oui, non) parmi les choix de réponse décrivant les expériences. On a également posé aux personnes interrogées dans le cadre de l'ECSM de 2020 la question : « Avez-vous déjà vécu une situation/ un événement très stressant ou traumatisant au cours de votre vie? », avec comme choix de réponse « oui » et « non ».

Dans le cadre de l'ECSM de 2020, on a également demandé aux répondants si, au cours des sept jours précédents, ils avaient été considérés comme « travailleur essentiel » (oui, non, ne sait pas), défini comme « une personne qui travaille dans un service, une installation ou un secteur d'activité nécessaires pour préserver la vie, la santé, la sécurité publique et les fonctions sociétales de base des Canadiens ». On a également demandé aux répondants s'ils étaient considérés comme « travailleur de première ligne » (oui, non, ne sait pas), défini comme « une personne susceptible d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus », avec comme exemples cités les policiers, les médecins, le personnel infirmier, les pompiers et les ambulanciers. Nous avons codé les répondants comme étant des travailleurs de première ligne s'ils avaient répondu « oui » à la question sur les travailleurs de première ligne et comme étant des travailleurs essentiels ne travaillant pas en première ligne s'ils avaient répondu « oui » seulement à la question sur les travailleurs essentiels, les autres répondants ayant été codés comme ayant une situation de travail « autre ».

Analyses statistiques

Nous avons utilisé la version 7.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) pour l'analyse des données. Toutes les estimations ont été pondérées au moyen de poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada afin de tenir compte du plan d'enquête complexe et d'obtenir des résultats représentatifs. Nous avons utilisé des poids *bootstrap* pour estimer les coefficients de variation, les erreurs-types et les intervalles de confiance à 95 %. Nous avons calculé des intervalles de confiance Clopper-Pearson lors de l'estimation de la proportion de personnes déclarant avoir des idées suicidaires afin d'obtenir une couverture adéquate même en cas de proportions faibles⁴⁸. Nous avons considéré les résultats comme statistiquement significatifs lorsque les valeurs *p* étaient inférieures à 0,05.

Le pourcentage de personnes ayant fait état d'idées suicidaires récentes en 2019 et en 2020 a été estimé à la fois globalement et pour chaque groupe sociodémographique. Des tests du chi carré ont été effectués à l'aide de PROC SURVEYFREQ pour déterminer si les estimations pour

2019 et 2020 différaient significativement. Les mêmes analyses ont aussi été effectuées pour les idées suicidaires au cours de la vie. Des analyses distinctes de régression logistique univariée pour 2019 et 2020 ont été menées pour vérifier de quelle manière la probabilité de déclarer des idées suicidaires récentes différait en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Comme les données de l'ESCC de 2019 n'incluaient pas les réponses des personnes vivant dans les territoires, les données des répondants de l'ESCC 2020 dans les capitales territoriales ont été exclues de ces analyses afin de pouvoir comparer des groupes de personnes similaires dans les deux enquêtes.

Le pourcentage de personnes rapportant des idées suicidaires récentes en fonction de certaines expériences potentiellement à risque élevé (perte d'emploi ou de revenu en lien avec la pandémie; solitude/isolement en lien avec la pandémie; situation extrêmement stressante/traumatisante au cours de la vie; travailleur de première ligne/essentiel) a également été estimé. Des analyses de régression logistique univariée ont été effectuées pour vérifier de quelle manière la probabilité de déclarer des idées suicidaires récentes pendant la pandémie différait en fonction de l'expérience vécue. Comme ces expériences potentiellement à risque élevé ont été évaluées uniquement dans l'ECSM de 2020, nous avons pu utiliser les données des répondants de l'ECSM de 2020 vivant dans les provinces et les capitales territoriales dans les analyses portant sur ces variables.

Toutes les analyses ont également été réparties par genre. Les individus ayant spécifié une identité de genre autre que « homme » et « femme » n'ont pas été inclus dans les analyses réparties par genre en raison de la taille insuffisante des échantillons (< 1,00 %).

Résultats

La répartition des caractéristiques socio-démographiques et des expériences à partir des données de l'ESCC de 2019 et l'ECSM de 2020 est présentée dans le tableau 1.

Idees suicidaires avant la pandémie par rapport à pendant la pandémie

Dans l'ensemble, le pourcentage d'adultes qui ont déclaré à l'automne 2020 avoir

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et expériences

Caractéristiques sociodémographiques	Répartition, en % (IC à 95 %)		Valeur p
	ESCC 2019 (N = 57 034)	ECSM 2020 (N = 11 324)	
Genre			
Femme	50,80 (50,74 à 50,86)	50,78 (50,68 à 50,87)	0,733
Homme	49,20 (49,14 à 49,26)	49,22 (49,13 à 49,32)	
Âge (ans)			
18 à 34	28,36 (28,36 à 28,36)	28,21 (28,21 à 28,21)	< 0,001
35 à 64	50,14 (50,14 à 50,14)	49,60 (49,60 à 49,60)	
65 et plus	21,49 (21,49 à 21,49)	22,19 (22,19 à 22,19)	
Membre d'un groupe dit « racialisé »			
Oui	27,22 (26,30 à 28,13)	26,59 (25,41 à 27,76)	0,392
Non	72,78 (71,87 à 73,70)	73,41 (72,24 à 74,59)	
Immigrant			
Oui	28,73 (27,88 à 29,59)	27,03 (25,86 à 28,20)	0,023
Non	71,27 (70,41 à 72,12)	72,97 (71,80 à 74,14)	
Milieu de résidence			
Urbain	82,91 (82,32 à 83,51)	82,30 (81,51 à 83,10)	0,231
Rural	17,09 (16,49 à 17,68)	17,70 (16,90 à 18,49)	
Niveau de scolarité			
Études secondaires ou moins	34,36 (33,67 à 35,06)	31,22 (29,96 à 32,48)	< 0,001
Études postsecondaires	65,64 (64,94 à 66,33)	68,78 (67,52 à 70,04)	
Enfants de moins de 18 ans à la maison			
Oui	23,00 (22,40 à 23,59)	27,58 (26,64 à 28,52)	< 0,001
Non	77,00 (76,41 à 77,60)	72,42 (71,48 à 73,36)	
Revenu médian du ménage (\$)	85483 (83529 à 87437)	83320 (80559 à 86082)	–
Expériences		ECSM 2020 (N = 12 344)	
Perte d'emploi / de revenu			
Oui		25,34 (24,12 à 26,55)	
Non		74,66 (73,45 à 75,88)	
Sentiments de solitude / d'isolement			
Oui		39,00 (37,72 à 40,29)	
Non		61,00 (59,71 à 62,28)	
Situation ou événement stressant/traumatisant au cours de la vie			
Oui		62,29 (61,01 à 63,56)	
Non		37,71 (36,44 à 38,99)	
Situation de travail			
Travailleur de première ligne		6,53 (5,89 à 7,18)	
Travailleur essentiel ne travaillant pas en première ligne		20,72 (19,61 à 21,82)	
Autre		72,75 (71,59 à 73,91)	

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

Remarque : Les données des capitales territoriales (N = 1020) ont été exclues des estimations des caractéristiques sociodémographiques de l'ECSM de 2020 du tableau afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques. Les données des provinces et des capitales territoriales sont incluses dans les estimations d'expériences de l'ECSM de 2020 du tableau étant donné que les variables liées aux expériences n'ont pas été mesurées dans l'ESCC de 2019.

sérieusement envisagé de se suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19 était de 2,44 %, ce qui ne diffère pas significativement du pourcentage de 2,73 % d'adultes ayant déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des douze mois précédents en 2019 (voir tableau 2). Des différences significatives dans les pourcentages d'idées suicidaires récentes en 2020 par rapport à 2019 n'ont été trouvées dans presque aucun des groupes sociodémographiques analysés. Le pourcentage d'hommes de 65 ans et plus, d'hommes dont le revenu du ménage était moyen et de personnes vivant au Québec ayant déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider depuis le début de la pandémie était nettement inférieur au pourcentage équivalent au cours des douze mois précédents en 2019. Cependant, on ne sait pas si les idées suicidaires récentes étaient réellement plus faibles en 2020 dans ces groupes ou si ces résultats s'expliquent par la période plus courte sur laquelle portait la question en 2020 par rapport à 2019 (c'est-à-dire depuis le début de la pandémie, soit 6 à 8 mois auparavant, par rapport aux 12 derniers mois).

De manière générale, nous avons également observé des différences peu significatives lorsque nous avons examiné les idées suicidaires au cours de la vie (voir tableau 3). Plus précisément, le pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir déjà sérieusement envisagé le suicide ne différait pas significativement en 2019 (12,58 %) par rapport à l'automne 2020 (12,21 %). En outre, aucune différence significative dans les idées suicidaires au cours de la vie entre 2019 et 2020 n'a été constatée dans aucun des groupes sociodémographiques, à l'exception des femmes ayant un revenu du ménage élevé qui ont plus fréquemment déclaré avoir déjà sérieusement envisagé le suicide à l'automne 2020 (12,97 %) comparativement aux données de 2019 (9,44 %).

Caractéristiques sociodémographiques et expériences associées aux idées suicidaires pendant la pandémie

Le tableau 4 présente les résultats de la régression logistique analysant la probabilité de déclarer avoir envisagé sérieusement le suicide depuis le début de la pandémie en fonction de caractéristiques sociodémographiques et d'expériences.

Dans l'ensemble, les femmes (2,67 %) n'étaient pas significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires

récentes que les hommes (2,07 %) pendant la pandémie. Les adultes de 18 à 34 ans (4,24 %) et de 35 à 64 ans (2,27 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que ceux de 65 ans et plus (0,54 %). Les natifs du Canada (2,85 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que les immigrants (1,38 %).

Les adultes dont le revenu du ménage était faible (3,34 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que ceux dont le revenu du ménage était élevé (1,47 %). Les personnes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires ou ayant un niveau d'études moindre (3,30 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que les personnes ayant fait des études postsecondaires (2,06 %). Le Québec (1,33 %) était la seule province où les idées suicidaires récentes différaient significativement de celles de l'Ontario (2,48 %).

Aucune différence significative n'a été observée en fonction de l'appartenance à un groupe dit « racialisé », du milieu de résidence ou de la présence d'enfants à la maison.

Comme l'illustre le tableau 4, des tendances similaires sont observables pour 2019. Les seules exceptions ont concerné les personnes ayant des enfants à la maison, qui étaient moins susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que celles n'ayant pas d'enfants à la maison en 2019, et le Nouveau-Brunswick (mais non le Québec), où la prévalence d'idées suicidaires récentes était significativement différentes par rapport à l'Ontario en 2019.

Parmi les variables mesurées uniquement dans l'ECSM de 2020 (voir le tableau 5 pour les résultats de la régression logistique), les idées suicidaires récentes étaient significativement plus probables chez les personnes ayant fait état d'une perte d'emploi ou de revenu en lien avec la pandémie (4,04 %) par rapport aux autres (1,94 %) et chez les personnes ayant fait état d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie (5,19 %) par rapport aux autres (0,72 %). De plus, le fait d'envisager sérieusement de se suicider depuis le début de la pandémie était plus probable chez les personnes ayant déclaré avoir vécu une situation ou

un événement très stressant ou traumatisant au cours de leur vie (3,18 %) que chez les autres (1,22 %), et chez les travailleurs de première ligne (4,47 %) que chez les autres travailleurs (2,50 %).

Toutes ces différences sont demeurées significatives chez les femmes dans les analyses stratifiées par genre, mais seule la différence entre les personnes ayant signalé un sentiment de solitude ou d'isolement et celles ne l'ayant pas fait est demeurée significative chez les hommes.

Analyse

La pandémie de COVID-19 a eu des conséquences négatives sur la santé physique et mentale de nombreux Canadiens. Bien que certains facteurs de risque liés au suicide aient augmenté pendant la pandémie (par exemple le chômage)¹⁶⁻¹⁸, nous n'avons pas trouvé de preuves de l'augmentation de la prévalence des idées suicidaires récentes dans le cadre de notre étude. Ces résultats concordent avec les données préliminaires de surveillance portant sur d'autres résultats en lien avec le suicide au Canada, que ce soit la mortalité par suicide, les hospitalisations ou les visites à l'urgence liées à l'automutilation ou les appels aux services de police pour obtenir de l'aide en matière de suicide^{7,33,34}.

La prévalence d'idées suicidaires plus élevée dans certaines enquêtes antérieures par rapport à celle que nous avons observée pourrait s'expliquer par des différences dans la façon dont les questions sur les idées suicidaires ont été posées dans ces enquêtes (c.-à-d. avoir des pensées ou des sentiments suicidaires) par rapport à l'ESCC et à l'ECSM (c.-à-d. envisager sérieusement le suicide)⁹⁻¹¹.

Il existe un certain nombre d'explications plausibles quant aux raisons pour lesquelles les prévisions d'augmentation des résultats en lien avec le suicide n'ont de manière générale pas été observées jusqu'à maintenant. Les investissements dans les services de santé mentale ainsi que le soutien financier aux personnes touchées par les fermetures d'entreprises pourraient avoir atténué les répercussions de la pandémie sur les expériences de détresse les plus graves et les plus aiguës^{35,49}. Les personnes dont la santé mentale s'est détériorée pendant la pandémie peuvent avoir accès à de l'aide avant d'envisager sérieusement de se suicider ou de tenter de se suicider. Il est également possible que

TABEAU 2
Prévalence d'idées suicidaires récentes en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p
Total	2,73 (2,49 à 2,99)	2,44 (2,05 à 2,89)	0,242	2,79 (2,46 à 3,14)	2,67 (2,16 à 3,26)	0,712	2,66 (2,31 à 3,04)	2,07 (1,50 à 2,78)	0,134
Âge (ans)									
18 à 34	5,04 (4,37 à 5,77)	4,24 (3,14 à 5,59)	0,267	5,61 (4,64 à 6,70)	5,18 (3,68 à 7,06)	0,666	4,44 (3,58 à 5,44)	2,88 (1,46 à 5,07)	0,168
35 à 64	2,15 (1,86 à 2,47)	2,27 (1,82 à 2,80)	0,657	2,06 (1,73 à 2,44)	2,27 (1,71 à 2,96)	0,538	2,23 (1,78 à 2,75)	2,28 (1,61 à 3,11)	0,917
65 et plus	0,98 (0,80 à 1,19)	0,54 (0,29 à 0,90)	0,030	0,86 (0,64 à 1,14)	0,58 (0,26 à 1,13)	0,286	1,11 (0,82 à 1,46)	0,49 (0,18 à 1,05)	0,044
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	2,60 (2,11 à 3,17)	1,83 (1,06 à 2,92)	0,181	2,86 (2,18 à 3,68)	1,89 (1,05 à 3,13)	0,150	2,33 (1,66 à 3,16) ^E	1,66 (0,55 à 3,82)	0,477
Non	2,77 (2,51 à 3,05)	2,61 (2,16 à 3,12)	0,566	2,79 (2,43 à 3,20)	2,85 (2,26 à 3,56)	0,873	2,72 (2,33 à 3,16)	2,21 (1,62 à 2,93)	0,198
Immigrant									
Oui	1,67 (1,27 à 2,15)	1,38 (0,69 à 2,46)	0,571	1,75 (1,20 à 2,46)	1,56 (0,84 à 2,64)	0,720	1,58 (1,05 à 2,30) ^E	1,23 (0,27 à 3,45)	0,676
Non	3,17 (2,87 à 3,48)	2,85 (2,38 à 3,38)	0,279	3,18 (2,79 à 3,62)	3,04 (2,42 à 3,78)	0,721	3,13 (2,70 à 3,61)	2,44 (1,82 à 3,21)	0,115
Revenu du ménage									
Faible	3,45 (3,04 à 3,90)	3,34 (2,64 à 4,15)	0,797	3,54 (3,00 à 4,15)	3,73 (2,70 à 5,01)	0,768	3,31 (2,71 à 3,99)	2,89 (2,03 à 3,98)	0,470
Moyen	2,86 (2,41 à 3,37)	2,33 (1,64 à 3,22)	0,262	2,76 (2,20 à 3,42)	2,86 (1,93 à 4,08)	0,864	2,96 (2,26 à 3,81)	1,51 (0,70 à 2,82)	0,049
Élevé	1,79 (1,46 à 2,18)	1,47 (0,96 à 2,14)	0,362	1,84 (1,36 à 2,45)	1,25 (0,64 à 2,19)	0,234	1,73 (1,29 à 2,26)	1,66 (0,90 à 2,78)	0,891
Milieu de résidence									
Urbain	2,76 (2,48 à 3,05)	2,61 (2,15 à 3,13)	0,605	2,81 (2,44 à 3,21)	2,85 (2,26 à 3,55)	0,902	2,70 (2,30 à 3,15)	2,21 (1,55 à 3,05)	0,275
Rural	2,59 (2,15 à 3,10)	1,68 (1,06 à 2,52)	0,056	2,70 (2,02 à 3,52)	1,82 (0,98 à 3,07)	0,199	2,47 (1,93 à 3,10)	1,52 (0,71 à 2,84)	0,154
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou moins	4,01 (3,49 à 4,59)	3,30 (2,42 à 4,38)	0,217	4,16 (3,39 à 5,06)	3,20 (2,26 à 4,38)	0,170	3,84 (3,15 à 4,63)	2,97 (1,62 à 4,96)	0,357
Études postsecondaires	2,08 (1,84 à 2,35)	2,06 (1,67 à 2,51)	0,917	2,11 (1,82 à 2,42)	2,45 (1,86 à 3,15)	0,316	2,05 (1,67 à 2,49)	1,66 (1,17 à 2,27)	0,263
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	1,80 (1,43 à 2,24)	2,29 (1,63 à 3,12)	0,211	1,94 (1,51 à 2,44)	2,70 (1,72 à 4,01)	0,169	1,64 (1,02 à 2,48) ^E	1,86 (1,01 à 3,11)	0,711
Non	3,02 (2,73 à 3,33)	2,50 (2,02 à 3,05)	0,095	3,07 (2,67 à 3,52)	2,66 (2,07 à 3,36)	0,299	2,95 (2,55 à 3,40)	2,16 (1,46 à 3,06)	0,105

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Prévalence d'idées suicidaires récentes en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p
Province/territoire									
Alberta	3,15 (2,41 à 4,04)	3,74 (2,68 à 5,06)	0,393	3,63 (2,55 à 5,00) ^E	3,81 (2,42 à 5,67)	0,856	2,67 (1,81 à 3,80) ^E	3,42 (1,94 à 5,55)	0,422
Colombie-Britannique	2,84 (2,15 à 3,68)	2,39 (1,49 à 3,62)	0,479	2,72 (1,90 à 3,75) ^E	2,21 (1,21 à 3,70)	0,505	2,93 (1,81 à 4,47) ^E	2,59 (1,20 à 4,82)	0,749
Manitoba	3,33 (2,23 à 4,76) ^E	4,14 (2,73 à 6,00)	0,397	3,43 (1,93 à 5,60) ^E	4,11 (2,09 à 7,19)	0,627	3,21 (1,82 à 5,21) ^E	3,21 (1,74 à 5,39)	0,999
Nouveau-Brunswick	4,20 (2,88 à 5,90) ^E	2,91 (1,53 à 5,00)	0,266	3,38 (2,11 à 5,11) ^E	2,61 (1,00 à 5,49)	0,558	5,09 (2,78 à 8,44) ^E	3,23 (1,19 à 6,93)	0,346
Terre-Neuve-et-Labrador	3,35 (2,00 à 5,24) ^E	2,20 (1,26 à 3,56)	0,225	— ^F	2,92 (1,47 à 5,15)	—	5,28 (2,88 à 8,78) ^E	— ^S	—
Nouvelle-Écosse	3,88 (2,63 à 5,51) ^E	3,90 (2,21 à 6,34)	0,988	4,10 (2,44 à 6,40) ^E	4,41 (2,81 à 6,54)	0,813	3,57 (1,78 à 6,33) ^E	3,36 (0,84 à 8,76)	0,922
Ontario	2,62 (2,21 à 3,08)	2,48 (1,70 à 3,48)	0,772	2,69 (2,16 à 3,29)	2,93 (1,95 à 4,22)	0,690	2,55 (1,99 à 3,22)	1,83 (0,82 à 3,51)	0,351
Île-du-Prince-Édouard	3,45 (1,96 à 5,60) ^E	2,06 (0,96 à 3,82)	0,205	3,53 (1,59 à 6,72) ^E	1,83 (0,85 à 3,43)	0,149	— ^F	2,29 (0,57 à 6,02)	—
Québec	2,18 (1,77 à 2,67)	1,33 (0,82 à 2,03)	0,041	2,41 (1,84 à 3,09)	1,64 (0,90 à 2,73)	0,194	1,94 (1,36 à 2,68) ^E	1,02 (0,42 à 2,04)	0,099
Saskatchewan	3,27 (2,06 à 4,90) ^E	2,34 (1,23 à 4,02)	0,340	2,42 (1,25 à 4,22) ^E	1,64 (0,74 à 3,12)	0,366	4,11 (2,08 à 7,22) ^E	3,04 (1,15 à 6,42)	0,541
Yukon (Whitehorse)	—	1,66 (0,65 à 3,46)	—	—	2,08 (0,70 à 4,71)	—	—	— ^S	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	2,51 (0,99 à 5,18)	—	—	3,46 (0,94 à 8,65)	—	—	— ^S	—
Nunavut (Iqaluit)	—	3,28 (0,94 à 8,02)	—	—	— ^S	—	—	— ^S	—

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

En raison de données manquantes/exclues pour différentes variables, la taille des échantillons de l'ESCC de 2019 varie entre 54641 et 55090 pour les analyses combinées, entre 29913 et 30143 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 24680 et 24899 pour les analyses stratifiées pour les hommes. Pour des raisons similaires, la taille des échantillons dans l'ECSM de 2020 varie entre 10181 et 12292 pour les analyses combinées, entre 5726 et 7033 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 4435 et 5233 pour les analyses stratifiées pour les hommes.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

^F : L'estimation ne peut pas être diffusée, parce que le coefficient de variation est supérieur à 35.

^S : Estimation supprimée en raison des effectifs réduits associés à cette cellule.

l'automne 2020 soit une date trop précoce pour détecter les répercussions de la pandémie sur le suicide, car certaines recherches laissent penser que l'effet des événements de grande envergure sur les résultats en lien avec le suicide peut être retardé^{50,51}. Cette hypothèse souligne l'importance d'effectuer une surveillance continue en matière de suicide pour comprendre les répercussions possibles de la pandémie sur les résultats en lien avec le suicide à court et à long terme au Canada^{52,53}.

Bien que, de manière générale, des différences dans la prévalence des idées

suicidaires en 2020 par rapport à 2019 n'aient pas été observées dans l'ensemble de la population ou dans des groupes sociodémographiques particuliers, nous avons constaté que certaines personnes étaient plus susceptibles que d'autres de déclarer avoir sérieusement envisagé le suicide depuis le début de la pandémie. Les personnes présentant un risque élevé d'idées suicidaires récentes avant la pandémie ont également tendance à présenter un risque élevé de telles idées pendant la pandémie, notamment les personnes de moins de 65 ans, celles nées au Canada et celles dont le revenu du ménage et le

niveau d'études étaient faibles. Ces résultats fournissent des preuves supplémentaires de l'« effet de l'immigrant en bonne santé »⁵⁴ et du lien entre statut socio-économique et suicide⁵⁵.

Il convient de noter que le fait d'avoir des enfants à la maison était un facteur de protection contre les idées suicidaires avant la pandémie, mais pas pendant celle-ci, ce qui peut être le signe de difficultés associées aux responsabilités accrues en matière de soins aux enfants et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle qu'ont connu les parents et

TABEAU 3
Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combiné			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>
Total	12,58 (12,09 à 13,08)	12,21 (11,35 à 13,10)	0,474	13,34 (12,66 à 14,05)	13,58 (12,36 à 14,87)	0,741	11,69 (10,99 à 12,43)	10,57 (9,36 à 11,88)	0,140
Âge (ans)									
18 à 34	17,27 (16,10 à 18,48)	16,83 (14,52 à 19,35)	0,749	17,81 (16,17 à 19,54)	19,25 (16,00 à 22,84)	0,430	16,48 (14,69 à 18,40)	13,75 (10,54 à 17,49)	0,191
35 à 64	12,09 (11,45 à 12,76)	12,33 (11,29 à 13,43)	0,712	13,01 (12,10 à 13,97)	13,71 (12,21 à 15,32)	0,445	11,15 (10,25 à 12,10)	10,94 (9,52 à 12,50)	0,811
65 et plus	7,24 (6,72 à 7,78)	6,07 (5,02 à 7,27)	0,071	8,37 (7,60 à 9,19)	6,71 (5,24 à 8,45)	0,083	5,89 (5,21 à 6,63)	5,34 (3,92 à 7,09)	0,525
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	13,67 (13,14 à 14,22)	12,97 (12,01 à 13,98)	0,227	14,33 (13,56 à 15,14)	13,85 (12,52 à 15,26)	0,549	12,89 (12,11 à 13,70)	11,82 (10,42 à 13,35)	0,218
Non	9,81 (8,75 à 10,95)	10,00 (8,26 à 11,97)	0,863	11,00 (9,62 à 12,49)	12,62 (9,81 à 15,89)	0,310	8,51 (7,00 à 10,22)	7,37 (5,26 à 9,98)	0,441
Immigrant									
Oui	6,37 (5,56 à 7,26)	7,00 (5,62 à 8,61)	0,448	7,31 (6,11 à 8,66)	8,67 (6,45 à 11,34)	0,296	5,37 (4,34 à 6,57)	5,50 (3,83 à 7,61)	0,905
Non	15,13 (14,55 à 15,73)	14,20 (13,18 à 15,27)	0,129	15,81 (15,00 à 16,64)	15,22 (13,81 à 16,72)	0,487	14,32 (13,46 à 15,23)	12,79 (11,27 à 14,43)	0,108
Revenu du ménage									
Faible	15,44 (14,56 à 16,36)	14,55 (13,11 à 16,08)	0,296	15,99 (14,86 à 17,18)	15,44 (13,43 à 17,62)	0,641	14,60 (13,38 à 15,89)	13,45 (11,35 à 15,78)	0,369
Moyen	12,78 (11,89 à 13,71)	12,17 (10,53 à 13,97)	0,540	13,73 (12,50 à 15,03)	13,61 (11,24 à 16,26)	0,932	11,80 (10,48 à 13,23)	10,24 (8,11 à 12,71)	0,263
Élevé	9,17 (8,38 à 10,01)	10,22 (8,76 à 11,82)	0,212	9,44 (8,36 à 10,60)	12,97 (10,59 à 15,65)	0,005	8,87 (7,72 à 10,13)	7,64 (5,97 à 9,60)	0,273
Milieu de résidence									
Urbain	12,60 (12,04 à 13,18)	12,38 (11,41 à 13,42)	0,716	13,16 (12,39 à 13,96)	13,42 (12,04 à 14,89)	0,748	11,91 (11,10 à 12,77)	11,07 (9,66 à 12,61)	0,341
Rural	12,46 (11,56 à 13,41)	11,79 (10,12 à 13,64)	0,503	14,25 (12,91 à 15,68)	14,61 (11,99 à 17,56)	0,818	10,66 (9,52 à 11,88)	8,63 (6,70 à 10,90)	0,103
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou moins	14,78 (13,87 à 15,72)	13,22 (11,52 à 15,06)	0,131	15,37 (14,06 à 16,74)	13,03 (10,91 à 15,39)	0,089	14,09 (12,84 à 15,40)	13,03 (10,41 à 16,04)	0,505
Études postsecondaires	11,51 (10,94 à 12,09)	11,79 (10,83 à 12,80)	0,627	12,38 (11,61 à 13,19)	13,89 (12,41 à 15,47)	0,077	10,50 (9,64 à 11,40)	9,44 (8,19 à 10,80)	0,188
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	9,88 (9,03 à 10,79)	10,53 (9,13 à 12,07)	0,443	11,13 (9,89 à 12,46)	12,43 (10,40 à 14,70)	0,283	8,43 (7,30 à 9,68)	8,50 (6,66 à 10,66)	0,952
Non	13,40 (12,82 à 14,00)	12,82 (11,77 à 13,93)	0,354	14,07 (13,28 à 14,89)	14,00 (12,51 à 15,61)	0,940	12,63 (11,80 à 13,49)	11,31 (9,83 à 12,94)	0,157
Province/territoire									
Alberta	14,00 (12,50 à 15,62)	15,14 (12,79 à 17,72)	0,426	15,15 (12,94 à 17,58)	16,68 (13,35 à 20,46)	0,461	12,86 (10,78 à 15,18)	13,41 (10,05 à 17,38)	0,788
Colombie-Britannique	12,01 (10,69 à 13,44)	12,18 (10,13 à 14,47)	0,898	12,01 (10,45 à 13,71)	12,15 (9,39 à 15,36)	0,937	11,75 (9,67 à 14,11)	12,09 (8,99 à 15,80)	0,866

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combiné			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p
Manitoba	15,41 (12,98 à 18,10)	16,42 (13,66 à 19,49)	0,593	16,55 (13,17 à 20,40)	17,07 (13,17 à 21,58)	0,849	14,20 (10,86 à 18,10)	14,55 (10,74 à 19,08)	0,895
Nouveau-Brunswick	15,14 (12,81 à 17,71)	13,47 (10,87 à 16,43)	0,358	15,97 (12,31 à 20,21)	14,59 (11,12 à 18,65)	0,600	14,06 (10,80 à 17,85)	12,30 (8,50 à 17,02)	0,522
Terre-Neuve-et-Labrador	11,07 (8,71 à 13,81)	11,02 (8,58 à 13,86)	0,978	9,54 (6,39 à 13,55) ^E	12,84 (9,46 à 16,90)	0,201	12,74 (9,25 à 16,95)	8,82 (5,53 à 13,19)	0,152
Nouvelle-Écosse	13,98 (11,71 à 16,50)	13,41 (10,84 à 16,33)	0,745	14,92 (12,19 à 18,00)	14,28 (11,20 à 17,83)	0,760	12,85 (9,78 à 16,48)	12,41 (8,36 à 17,49)	0,870
Ontario	11,96 (11,11 à 12,85)	11,89 (10,27 à 13,67)	0,946	12,80 (11,70 à 13,96)	13,68 (11,30 à 16,36)	0,518	10,98 (9,67 à 12,39)	9,76 (7,66 à 12,20)	0,379
Île-du-Prince-Édouard	10,84 (8,31 à 13,82)	11,68 (9,08 à 14,72)	0,660	13,60 (9,86 à 18,10)	11,37 (8,30 à 15,08)	0,390	7,41 (4,32 à 11,72) ^E	11,82 (7,73 à 17,05)	0,115
Québec	12,47 (11,58 à 13,41)	10,70 (9,05 à 12,53)	0,083	13,52 (12,26 à 14,87)	12,40 (10,33 à 14,73)	0,396	11,38 (10,14 à 12,73)	8,78 (6,38 à 11,73)	0,103
Saskatchewan	13,27 (10,76 à 16,13)	10,79 (8,60 à 13,31)	0,162	13,24 (10,14 à 16,88)	11,17 (8,43 à 14,43)	0,346	13,26 (9,48 à 17,85) ^E	10,47 (7,12 à 14,70)	0,315
Yukon (Whitehorse)	–	13,58 (10,11 à 17,70)	–	–	15,74 (11,02 à 21,48)	–	–	10,80 (6,09 à 17,34)	–
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	–	18,03 (13,60 à 23,19)	–	–	19,66 (13,26 à 27,46)	–	–	16,41 (10,55 à 23,82)	–
Nunavut (Iqaluit)	–	19,91 (13,73 à 27,37)	–	–	19,40 (11,35 à 29,86)	–	–	20,50 (11,49 à 32,33)	–

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

En raison de données manquantes/exclues pour différentes variables, la taille des échantillons de l'ESCC de 2019 varie entre 54650 et 55099 pour les analyses combinées, entre 29919 et 30149 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 24683 et 24902 pour les analyses stratifiées pour les hommes. Pour des raisons similaires, la taille des échantillons dans l'ECSM de 2020 varie entre 10187 et 12298 pour les analyses combinées, entre 6402 et 7037 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 4760 et 5235 pour les analyses stratifiées pour les hommes.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

TABEAU 4
Analyses de régression logistique univariée comparant la probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes, par caractéristique sociodémographique, 2019 et 2020

Variable	RC (IC à 95 %)					
	ESCC de 2019			ECSM de 2020		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Genre						
Femmes	1,05 (0,87 à 1,27)	–	–	1,30 (0,90 à 1,88)	–	–
Hommes	(Réf.)	–	–	(Réf.)	–	–
Âge (années)						
18 à 34	5,38 (4,25 à 6,82) ^{***}	6,81 (4,83 à 9,60) ^{***}	4,14 (2,94 à 5,84) ^{***}	8,18 (4,38 à 15,31) ^{***}	9,32 (4,12 à 21,06) ^{***}	6,07 (1,89 à 19,51) ^{**}
35 à 64	2,22 (1,75 à 2,82) ^{***}	2,41 (1,74 à 3,34) ^{***}	2,03 (1,44 à 2,87) ^{***}	4,30 (2,39 à 7,72) ^{***}	3,96 (1,78 à 8,80) ^{***}	4,76 (1,66 à 13,67) ^{**}
65 et plus	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Analyses de régression logistique univariée comparant la probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes,
par caractéristique sociodémographique, 2019 et 2020

Variable	RC (IC à 95 %)					
	ESCC de 2019			ECSM de 2020		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Membre d'un groupe dit « racialisé »						
Oui	0,94 (0,75 à 1,17)	1,02 (0,76 à 1,38)	0,85 (0,60 à 1,20) ^E	0,70 (0,41 à 1,18)	0,66 (0,36 à 1,18)	0,75 (0,28 à 2,02)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Immigrant						
Oui	0,52 (0,39 à 0,68) ^{***}	0,54 (0,37 à 0,79) ^{**}	0,50 (0,33 à 0,75) ^{E***}	0,48 (0,25 à 0,90) [*]	0,50 (0,27 à 0,94) [*]	0,50 (0,13 à 1,98)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Revenu du ménage						
Faible	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Moyen	0,83 (0,67 à 1,02)	0,77 (0,59 à 1,01)	0,89 (0,64 à 1,25)	0,69 (0,46 à 1,04)	0,76 (0,46 à 1,25)	0,51 (0,25 à 1,07)
Élevé	0,51 (0,40 à 0,65) ^{***}	0,51 (0,37 à 0,71) ^{***}	0,51 (0,36 à 0,73) ^{***}	0,43 (0,27 à 0,70) ^{***}	0,33 (0,16 à 0,66) ^{**}	0,57 (0,29 à 1,11)
Milieu de résidence						
Urbain	1,07 (0,86 à 1,32)	1,04 (0,77 à 1,42)	1,10 (0,82 à 1,46)	1,57 (0,99 à 2,49)	1,58 (0,85 à 2,95)	1,46 (0,68 à 3,15)
Rural	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau de scolarité						
Études secondaires ou moins	1,96 (1,63 à 2,36) ^{***}	2,02 (1,58 à 2,58) ^{***}	1,91 (1,44 à 2,53) ^{***}	1,63 (1,13 à 2,33) ^{**}	1,32 (0,86 à 2,02)	1,82 (0,95 à 3,46)
Études postsecondaires	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Enfants de moins de 18 ans à la maison						
Oui	0,59 (0,46 à 0,75) ^{***}	0,62 (0,48 à 0,82) ^{***}	0,55 (0,34 à 0,87) ^{E*}	0,91 (0,62 à 1,35)	1,01 (0,62 à 1,65)	0,86 (0,44 à 1,69)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Province						
Alberta	1,21 (0,89 à 1,63)	1,37 (0,92 à 2,03) ^E	1,05 (0,68 à 1,61) ^E	1,53 (0,94 à 2,49)	1,31 (0,73 à 2,36)	1,90 (0,78 à 4,63)
Colombie-Britannique	1,09 (0,79 à 1,50)	1,01 (0,69 à 1,49) ^E	1,15 (0,68 à 1,96) ^E	0,96 (0,54 à 1,72)	0,75 (0,37 à 1,50)	1,43 (0,52 à 3,90)
Manitoba	1,28 (0,85 à 1,92) ^E	1,29 (0,74 à 2,22) ^E	1,27 (0,70 à 2,29) ^E	1,70 (0,98 à 2,93)	1,42 (0,68 à 2,98)	1,78 (0,70 à 4,51)
Nouveau-Brunswick	1,63 (1,08 à 2,46) ^{E*}	1,27 (0,78 à 2,07) ^E	2,05 (1,05 à 3,99) ^{E*}	1,18 (0,58 à 2,39)	0,89 (0,34 à 2,33)	1,79 (0,54 à 5,91)
Terre-Neuve-et-Labrador	1,29 (0,74 à 2,26) ^E	— ^F	2,13 (1,04 à 4,38) ^{E*}	0,88 (0,47 à 1,68)	1,00 (0,47 à 2,10)	— ^S
Nouvelle-Écosse	1,50 (0,99 à 2,29) ^E	1,55 (0,90 à 2,66) ^E	1,41 (0,69 à 2,90) ^E	1,60 (0,85 à 2,99)	1,53 (0,86 à 2,73)	1,87 (0,46 à 7,52)
Ontario	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Île-du-Prince-Édouard	1,33 (0,75 à 2,35) ^E	1,33 (0,60 à 2,91) ^E	— ^F	0,83 (0,38 à 1,81)	0,62 (0,28 à 1,36)	1,26 (0,11 à 14,39)
Québec	0,83 (0,64 à 1,08)	0,89 (0,64 à 1,25)	0,76 (0,50 à 1,15) ^E	0,53 (0,30 à 0,94) [*]	0,55 (0,28 à 1,11)	0,55 (0,20 à 1,55)
Saskatchewan	1,26 (0,81 à 1,95) ^E	0,90 (0,48 à 1,67) ^E	1,64 (0,86 à 3,13) ^E	0,94 (0,46 à 1,91)	0,55 (0,24 à 1,25)	1,68 (0,52 à 5,38)

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence.

Remarque : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau afin que les rapports de cotes de 2019 et de 2020 soient fondés sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

^F : L'estimation ne peut pas être diffusée, parce que le coefficient de variation est supérieur à 35; S, estimation supprimée en raison des effectifs réduits associés à cette cellule.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

TABEAU 5
Prévalence des idées suicidaires récentes et probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes selon les caractéristiques sociodémographiques et les expériences potentiellement à risque élevé pendant la pandémie de COVID-19, ECSM de 2020

Variable	Ensemble		Femmes		Hommes	
	% (IC à 95 %)	RC	% (IC à 95 %)	RC	% (IC à 95 %)	RC
Perte d'emploi/de revenu						
Oui	4,04 (3,09 à 5,17)	2,13 (1,49 à 3,05)***	4,98 (3,55 à 6,76)	2,60 (1,69 à 3,99)***	3,07 (1,89 à 4,69)	1,78 (0,97 à 3,26)
Non	1,94 (1,51 à 2,44)	(Réf.)	1,98 (1,49 à 2,57)	(Réf.)	1,75 (1,13 à 2,58)	(Réf.)
Sentiment de solitude/d'isolement						
Oui	5,19 (4,25 à 6,27)	7,50 (4,99 à 11,27)***	5,17 (4,09 à 6,43)	7,60 (4,33 à 13,33)***	4,86 (3,33 à 6,82)	6,88 (3,61 à 13,12)***
Non	0,72 (0,49 à 1,03)	(Réf.)	0,71 (0,41 à 1,16)	(Réf.)	0,74 (0,41 à 1,22)	(Réf.)
Situation ou événement stressant/traumatisant au cours de la vie						
Oui	3,18 (2,64 à 3,79)	2,66 (1,52 à 4,65)***	3,64 (2,90 à 4,50)	4,61 (2,13 à 9,96)***	2,42 (1,73 à 3,30)	1,55 (0,72 à 3,33)
Non	1,22 (0,68 à 2,01)	(Réf.)	0,81 (0,37 à 1,54)	(Réf.)	1,58 (0,70 à 3,05)	(Réf.)
Situation de travail						
Travailleur de première ligne	4,47 (2,69 à 6,93)	1,83 (1,07 à 3,12)*	5,61 (3,05 à 9,32)	2,30 (1,22 à 4,36)*	2,75 (0,98 à 5,99)	1,20 (0,42 à 3,40)
Travailleur essentiel ne travaillant pas en première ligne	1,47 (0,92 à 2,22)	0,58 (0,36 à 0,94)*	1,92 (1,07 à 3,18)	0,76 (0,42 à 1,39)	1,08 (0,46 à 2,16)	0,46 (0,20 à 1,11)
Autre	2,50 (2,02 à 3,05)	(Réf.)	2,51 (1,95 à 3,19)	(Réf.)	2,30 (1,58 à 3,24)	(Réf.)

Abbreviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence.

Remarque : Les estimations sont fondées sur les données des répondants de l'ECSM de 2020 vivant dans les provinces et les capitales territoriales. Les rapports de cotes proviennent d'analyses de régression logistique univariée.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

tuteurs en raison, en particulier, de la fermeture des écoles et des garderies et de l'isolement vis-à-vis de la famille élargie.

Compte tenu des conclusions de recherches antérieures sur les associations entre les résultats en lien avec le suicide et la solitude, le chômage ou le statut socioéconomique et les événements stressants de la vie^{31,42,55,56}, il n'est pas surprenant que les idées suicidaires pendant la pandémie aient été plus fréquentes chez les personnes ayant fait état d'une perte d'emploi ou de revenu ou d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie, et chez celles qui ont vécu une situation ou un événement très stressant ou traumatisant au cours de leur vie.

Enfin, les travailleurs de première ligne étaient plus susceptibles de déclarer avoir sérieusement envisagé le suicide depuis le début de la pandémie par rapport aux autres travailleurs. Ces données pourraient s'expliquer par une détérioration générale de la santé mentale en raison des exigences particulières imposées à ce groupe pendant la pandémie^{41,57} ou pourraient

être le reflet du risque élevé de suicide chez certains travailleurs de première ligne déjà observable avant la pandémie^{40,58}. Quoi qu'il en soit, ces résultats mettent en évidence les caractéristiques et les expériences associées à un risque élevé sur lesquelles on pourrait axer les efforts de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Forces et limites

Cette étude contribue à la surveillance du suicide au Canada grâce à l'analyse des idées suicidaires depuis le début de la pandémie de COVID-19 par rapport à avant, à l'aide de données représentatives provenant des échantillons relativement importants et récents de l'ESCC de 2019 et de l'ECSM de 2020. Nos estimations, fondées sur ces enquêtes avec échantillonnage probabiliste, répondent aux récents appels à de meilleures estimations de la santé mentale de la population au Canada pendant la pandémie⁵⁹. Nous avons étudié les différences dans les idées suicidaires en 2020 par rapport à 2019 au sein de nombreux groupes sociodémographiques et nous avons analysé de quelle manière

diverses caractéristiques et expériences étaient associées aux idées suicidaires avant et pendant la pandémie.

Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats de cette étude en raison des différences méthodologiques entre les données de l'ESCC de 2019 et celles de l'ECSM de 2020. La collecte des données de l'ESCC de 2019 s'est échelonnée sur une année complète, contre environ trois mois pour l'ECSM de 2020. Néanmoins, lorsque nous avons restreint les analyses aux données de la même période de l'année, il n'y avait pas de différence significative entre l'automne 2019 et l'automne 2020 dans la prévalence globale des idées suicidaires récentes (2,81 % contre 2,44 %, valeur p du test du chi carré = 0,267) ou dans la prévalence globale des idées suicidaires au cours de la vie (12,96 % contre 12,21 %, valeur p du test du chi carré = 0,256).

Dans le cadre de l'ESCC de 2019, les répondants ont été interrogés sur le fait d'avoir envisagé sérieusement le suicide au cours des douze mois précédents,

tandis que dans le cadre de l'ECSM de 2020, les répondants ont été interrogés sur le fait d'avoir envisagé sérieusement le suicide « depuis le début de la pandémie de COVID-19 », ce qui correspond plutôt à une période de six à huit mois. Bien que cette période plus courte puisse expliquer pourquoi la prévalence des idées suicidaires récentes n'était pas plus élevée en 2020, cela est peu probable, étant donné que nous avons constaté des résultats largement similaires lorsque nous avons examiné les idées suicidaires au cours de la vie.

Les autres différences entre les enquêtes susceptibles d'avoir eu une incidence sur les réponses et les estimations obtenues sont les cadres d'échantillonnage, la façon dont certains facteurs sociodémographiques ont été ventilés et le mode de collecte des données (c.-à-d. que les répondants de l'ECSM de 2020 pouvaient répondre à l'enquête en ligne de leur propre chef et l'on sait que cette méthode de collecte de données a été associée à une plus faible probabilité d'accepter de transmettre les données à l'ASPC).

Il est possible que d'autres différences aient pu fausser les estimations, par exemple entre les répondants ayant accepté de transmettre leurs données et les autres, ou entre les personnes qui ont répondu à l'enquête et les autres. En outre, le revenu du ménage des répondants dans l'ESCC 2019 est fondé sur les données fiscales, le revenu autodéclaré et les montants de revenu attribué alors qu'il est uniquement autodéclaré dans l'ECSM de 2020. De plus, la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison a été mesurée par des variables différentes dans les deux enquêtes.

Nous n'avons pas pu analyser d'autres caractéristiques sociodémographiques importantes (par exemple l'état civil ou le statut LGBTQ2+) ^{60,61} parce qu'elles n'ont pas été mesurées dans l'ECSM de 2020. Nous avons étudié uniquement les associations à variable unique dans les analyses de régression logistique, alors que certaines des associations entre idées suicidaires et expériences présentant un risque élevé à l'automne 2020 pourraient s'expliquer par des facteurs sociodémographiques.

Notre étude ne portait que sur les adultes de 18 ans et plus, ce qui fait que d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer

comment les résultats en lien avec le suicide chez les jeunes au Canada ont pu changer en raison de la pandémie. Compte tenu de problèmes liés à l'accessibilité des données, les analyses comparant les idées suicidaires en 2020 par rapport à 2019 ont été limitées aux provinces. Enfin, pour maximiser la puissance statistique, nous avons adopté un niveau alpha modéré de 0,05 afin de cerner les résultats statistiquement significatifs. Étant donné les nombreuses comparaisons effectuées dans le cadre de cette recherche, il est possible que certains résultats significatifs soient des faux positifs.

Conclusion

Les recherches actuelles laissent penser que, de manière générale, la prévalence des idées suicidaires n'a ni augmenté ni diminué en 2020 par rapport à 2019. Il est possible que les résultats en lien avec le suicide changent à mesure que la pandémie de COVID-19 se poursuit et que le Canada s'en remet. La surveillance continue du suicide et des facteurs de risque et de protection (par exemple, par l'analyse des données de l'ECSM de 2021) ⁶² va être importante pour orienter les efforts de prévention du suicide.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

LL a conçu le projet. LL, CC et RD ont décidé de l'approche analytique. LL a effectué les analyses statistiques. LL, CC et RD ont interprété les résultats. CC et RD ont rédigé et révisé les sections du document. LL, CC et RD ont fourni des commentaires sur les versions préliminaires du document.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)

2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
3. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11):1093-1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
4. Krugel L. 'Dealing with a lot:' suicide crisis calls mount during COVID-19 pandemic [Internet]. Toronto (Ont.) : CTV News; 3 décembre 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/dealing-with-a-lot-suicide-crisis-calls-mount-during-covid-19-pandemic-1.5215056>
5. Wright T. Crisis lines face volunteer, cash crunch even as COVID-19 drives surge in calls [Internet]. Toronto (Ont.) : CTV News; 27 avril 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/crisis-lines-face-volunteer-cash-crunch-even-as-covid-19-drives-surge-in-calls-1.4912975>
6. Yousif N. 4 million cries for help: calls to Kids Help Phone soar amid pandemic [Internet]. Toronto (Ont.) : Toronto Star; 13 décembre 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.thestar.com/news/gta/2020/12/13/4-million-cries-for-help-calls-to-kids-help-phone-soar-amid-pandemic.html>
7. Statistique Canada. Certains crimes déclarés par la police et demandes d'intervention pendant la pandémie de COVID-19, mars à octobre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210127/dq210127c-fra.htm>
8. Angus Reid Institute. Worry, gratitude and boredom: as COVID-19 affects mental, financial health, who fares better; who is worse? [Internet]. Vancouver (BC) : Angus Reid Institute; 2020. En ligne à : http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.27_COVID-mental-health.pdf

9. Association canadienne pour la santé mentale. Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2 [Internet]. Toronto (Ont.) ; ACSM; 2020. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
10. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Résumé des conclusions – Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : 3^e tour [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2021. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/05/ACSM-UBC-3-Tour-Resume-des-conclusions-Final.pdf>
11. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Prev Med.* 2021;145:106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>
12. Ipsos. One year of COVID-19: Ipsos survey for The World Economic Forum [Internet]. Paris : Ipsos; 2021. En ligne à : https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/wef_-_expectations_about_when_life_will_return_to_pre-covid_normal_-_final.pdf
13. Nanos. Canadiens report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2020. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/nanos_covid_may_2020.pdf
14. Statistique Canada. Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310080601-fra>
15. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm>
16. Statistique Canada. Enquête sur la population active, avril 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210507/dq210507a-fra.htm>
17. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(5):389-390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
18. McIntyre RS, Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiat Res.* 2020;290:113104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>
19. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev.* 2013;19(1):38-43. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040317>
20. Orpana H, Giesbrecht N, Hajee A, Kaplan MS. Alcohol and other drugs in suicide in Canada: opportunities to support prevention through enhanced monitoring. *Inj Prev.* 2021;27(2):194-200. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043504>
21. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Env Res Public Health.* 2010;7(4):1392-1431. <https://doi.org/10.3390/ijerph7041392>
22. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCSA; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
23. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Boredom and stress drives increased alcohol consumption during COVID-19: NANOS poll summary report [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : https://ccsa.ca/sites/default/files/2020-06/CCSA-NANOS-Increased-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en_0.pdf
24. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Le désespoir et les pensées suicidaires s'amplifient à mesure que progresse la pandémie [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://cmha.ca/fr/news/le-desespoir-et-les-pensees-suicidaires-samplifient-a-mesure-que-progresse-la-pandemie>
25. Recherche en santé mentale Canada. La santé mentale pendant la COVID-19 : deuxième sondage [Internet]. Toronto (Ont.) : ESMC; 2020. En ligne à : https://www.mhrc-rsmc.ca/s/MHRC-Poll-2-Results_Final.pdf
26. Roter mann M. Les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00008-fra.htm>
27. Statistique Canada. Consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie : Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 6 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210304/dq210304a-fra.htm>
28. Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 2 : suivi des effets de la COVID-19, mai 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200604/dq200604b-fra.htm>
29. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2016;36(1):1-10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>

30. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
31. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord.* 2020;274:880-896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
32. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, et al. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts: a systematic review. *Crisis.* 2020;1-14. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>
33. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : Blessures auto-infligées. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/unintended-consequences-covid-19-self-harm-report-fr.pdf>
34. Statistique Canada. Certains groupes de causes de décès, selon la semaine [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 13 mai 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310081001-fra>
35. Pirkis J, John A, Shin S, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-10 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
36. Agence de la santé publique du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donees-suicide-canada-infographique.html>
37. Association canadienne pour la santé mentale. Signaux d'alarme : plus de Canadiennes et Canadiens songent au suicide depuis le début de la pandémie [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://cmha.ca/fr/news/signaux-dalarme-plus-de-canadiennes-et-canadiens-songent-au-suicide-depuis-le-debut-de-la-pandemie>
38. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) - Information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
39. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) - Information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
40. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
41. Phoenix Australia - Centre for Post-traumatic Mental Health; Centre d'excellence - TSPT. Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : Guide sur les préjudices moraux. Carlton (AU) : The Centre; 2020. En ligne à : <https://blessuremorale.ca/wp-content/uploads/2020/07/Guide-sur-les-pr%C3%A9judices-moraux.pdf>
42. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med.* 2014;44(5):909-917. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>
43. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.htm>
44. Fox KR, Millner AJ, Mukerji CE, Nock MK. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:3-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.009>
45. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019;64:265-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
46. Agence de la santé publique du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donees-suicide-canada-infographique.html>
47. Statistique Canada. Méthodologie de l'Enquête sur la population active du Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017. [n° 71-526-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/71-526-x/71-526-x2017001-fra.pdf?st=17j2q-cK>
48. Clopper CJ, Pearson ES. The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial. *Biometrika.* 1934;26(4):404-413. <https://doi.org/10.2307/2331986>
49. Agence de la santé publique du Canada. Le Cadre fédéral de prévention du suicide - rapport d'étape 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 31 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-etape-2020-cadre-federal-prevention-suicide.html>

50. Kaplan MS, Huguet N, Caetano R, Giesbrecht N, Kerr WC, McFarland BH. Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prev.* 2015;21:35-41. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041215>
51. Orui M, Sato Y, Tazaki K, Kawamura I, Harada S, Hayashi M. Delayed increase in male suicide rates in tsunami disaster-stricken areas following the Great East Japan Earthquake: a three-year follow-up study in Miyagi Prefecture. *Tohoku J Exp Med.* 2015; 235(3):215-222. <http://doi.org/10.1620/tjem.235.215>
52. Varin M, Orpana HM, Palladino E, Pollock NJ, Baker MM. Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: a population-based time series analysis. *Can J Psychiatry.* 2021;66(2):170-178. <https://doi.org/10.1177/0706743720940565>
53. Liu L, Capaldi CA, Orpana HM, Kaplan MS, Tonmyr L. Changes over time in means of suicide in Canada: an analysis of mortality data from 1981 to 2018. *CMAJ.* 2021;193(10):E331-338. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202378>
54. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health.* 2017;22(3):209-241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>
55. 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
56. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;266:731-742. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.171>
57. Statistique Canada. La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 1^{er} juin 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>
58. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
59. Patten SB, Kutcher S, Streiner D, Gratzler D, Kurdyak P, Yatham L. Population mental health and COVID-19: why do we know so little? *Can J Psychiatry.* 2021;7067437211010523. <https://doi.org/10.1177/07067437211010523>
60. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2018; 197:116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
61. Salway T, Ross LE, Fehr CP, et al. A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Arch Sex Behav.* 2019;48:89-111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
62. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) – Information détaillée pour février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 3 juin 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1295371