

Aperçu

Idées suicidaires chez les jeunes adultes au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : données tirées d'une enquête populationnelle transversale

Li Liu, Ph. D. (1); Gisèle Contreras, M. Sc. (1); Nathaniel J. Pollock, Ph. D. (1,2); Lil Tonmyr, Ph. D. (1); Wendy Thompson, M. Sc. (1)

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Nous avons utilisé les données des cycles de 2020 et de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale pour étudier les idées suicidaires chez les adultes de 18 à 34 ans au Canada. La prévalence des idées suicidaires chez les adultes de 18 à 34 ans était de 4,2 % à l'automne 2020 et de 8,0 % au printemps 2021. C'est le sous-groupe des adultes de 18 à 24 ans qui a connu la prévalence la plus élevée, avec 10,7 % au printemps 2021. La prévalence variait en fonction des caractéristiques sociodémographiques et tendait à être plus élevée chez les personnes vivant dans un milieu défavorisé sur le plan matériel. Les idées suicidaires se sont révélées fortement associées aux facteurs de stress liés à la pandémie subis par les répondants.

Mots-clés : surveillance, défavorisation matérielle, défavorisation sociale, consommation de substances, répercussions de la pandémie, solitude, anxiété, maladie mentale, coronavirus

Introduction

Dès avril 2020, les professionnels en santé mentale ont fait état de leurs préoccupations au sujet des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les tendances suicidaires¹. À l'échelle mondiale, les taux de décès par suicide n'ont pas changé ou ont diminué au cours des 9 à 15 premiers mois de la pandémie², mais les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les cas d'automutilation ont augmenté au sein de certaines populations et dans certains contextes³. Au Canada, la prévalence des idées suicidaires récentes chez les adultes était de 2,7 % en 2019^{4,5} et de 2,4 % à l'automne 2020⁴, puis elle a augmenté de façon notable pour atteindre 4,2 % au printemps 2021⁵.

Selon diverses études, les jeunes adultes auraient été plus susceptibles que les adultes plus âgés d'éprouver des problèmes de santé mentale comme de

l'anxiété et des symptômes dépressifs⁶, de la solitude⁷, de la détresse psychologique⁸ et des tendances suicidaires^{4,5,9} depuis le début de la pandémie. Au Canada, en 2019, la probabilité de faire état d'idées suicidaires était 5,4 fois plus élevée chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans que chez les adultes de 65 ans ou plus, rapport qui est passé à 8,2 à l'automne 2020 puis 9,7 au printemps 2021^{4,5}.

Des méta-analyses et des examens systématiques ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risque spécifiques à la pandémie en matière d'idées suicidaires^{3,10,11}. Des études ont révélé que les étudiants universitaires couraient un risque élevé de comportements suicidaires et que les facteurs de risque connexes était l'isolement social et la maladie mentale¹¹⁻¹³. Comme on ne connaît pas les effets à long terme de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale, il faut poursuivre la surveillance afin de mettre en place des mesures

Points saillants

- La prévalence des idées suicidaires chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans était de 8,0 % au printemps 2021.
- La prévalence la plus élevée d'idées suicidaires, soit 10,7 %, correspond au sous-groupe des jeunes adultes de 18 à 24 ans au printemps 2021.
- Les probabilités d'idées suicidaires étaient plus élevées chez les jeunes adultes qui étaient d'origine blanche (par opposition aux membres d'un groupe « racisé »), ceux nés au Canada (par opposition à ceux ayant immigré au Canada), ceux vivant avec un revenu faible ou moyen, ceux ayant fait des études de niveau secondaire ou moins et ceux vivant dans un milieu défavorisé sur le plan matériel.
- Les expériences liées à la pandémie, les événements stressants et la maladie mentale étaient fortement associés aux idées suicidaires.

complètes et efficaces ciblant les risques de suicide, notamment chez les jeunes adultes.

Les objectifs de cet article étaient 1) d'estimer la prévalence des idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19 chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans par sous-groupes d'âge et 2) de déterminer quelles caractéristiques sociodémographiques et quels facteurs de stress liés à la pandémie

Rattachement des auteurs :

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

2. École des études arctiques et subarctiques, campus du Labrador, Université Memorial, Saint-Jean-de-Terre-Neuve (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada

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

pouvaient être associés à un risque accru d'idées suicidaires au sein de cette population.

Méthodologie

Source des données

Nous avons analysé les données transversales des cycles de 2020 et de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), une enquête représentative de la population à l'échelle nationale^{14,15}. Menée par Statistique Canada en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'ECSM a été conçue pour recueillir des données permettant d'évaluer les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être chez les adultes. Le cycle de 2020 s'est déroulé du 11 septembre au 4 décembre 2020 (« automne 2020 »), et le cycle de 2021, du 1^{er} février au 7 mai 2021 (« printemps 2021 »).

Les méthodologies employées dans les deux cycles de l'ECSM étaient pratiquement identiques. La population cible était les personnes de 18 ans ou plus vivant dans l'une des 10 provinces ou des 3 capitales territoriales. Un échantillon aléatoire simple de logements de chaque province et capitale territoriale a été choisi à partir du Fichier de l'univers des logements et on a échantillonné dans chaque logement un membre du ménage. Ont été exclues de l'enquête les personnes vivant en établissement, les personnes vivant dans des logements collectifs, sans adresse postale, dont le logement inscrit était inutilisé ou vacant, et celles vivant dans une réserve des Premières Nations. Ensemble, ces groupes formaient moins de 2 % de la population d'intérêt.

La participation à l'ECSM se fait sur une base volontaire, par un questionnaire en ligne ou par entretien téléphonique assisté par ordinateur. Le taux de réponse a été de 53,3 % (n = 14 689 répondants) pour le cycle de 2020 et de 49,3 % (n = 8 032 répondants) pour le cycle de 2021. Au total, 18 936 répondants (83,3 %) ont accepté de partager leurs données avec l'ASPC. Parmi eux, 3 265 personnes avaient de 18 à 34 ans. Nous avons exclu 10 répondants n'ayant pas répondu à la question sur les idées suicidaires et nous avons analysé les données des 3 255 autres répondants.

Mesures

Les idées suicidaires ont été décelées au moyen de la question : « Avez-vous

sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » Les facteurs sociodémographiques analysés étaient le sexe, le groupe d'âge, l'appartenance à un groupe dit « racisé », le statut vis-à-vis de l'immigration, le tertile de revenu, le milieu de résidence, le niveau de scolarité, le fait de vivre seul ainsi que la défavorisation sociale et matérielle. L'indice de défavorisation matérielle et sociale conçu par l'Institut national de santé publique du Québec est une mesure des inégalités sociales et matérielles à l'échelle des quartiers fondée sur les aires de diffusion du recensement^{16,17}. La composante de défavorisation matérielle est formée des mesures du revenu, du niveau de scolarité et de l'emploi à l'échelle des aires de diffusion tandis que la composante de défavorisation sociale porte sur les liens sociaux, en l'occurrence l'état matrimonial, le fait de vivre seul et la monoparentalité^{16,17}. Pour notre analyse, nous nous sommes fondés sur l'indice de défavorisation du Recensement de 2016.

Les variables considérées comme des facteurs de stress liés à la COVID-19 étaient les expériences liées à la pandémie, la consommation d'alcool et de cannabis, les inquiétudes liées à la violence domestique, les symptômes de maladie mentale, le fait d'avoir déjà vécu des événements stressants au cours de la vie et la situation professionnelle. Ces variables, ainsi que les enquêtes, ont été décrites en détail ailleurs¹⁸.

Analyses

Nous avons estimé la prévalence des idées suicidaires séparément dans les cycles de 2020 et de 2021 de l'ECSM, en fonction du sexe et du groupe d'âge. Nous avons ensuite estimé la prévalence des idées suicidaires à l'aide des données combinées des deux cycles en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs de stress liés à la pandémie, puis nous avons utilisé des régressions logistiques pour analyser les disparités dans le fait de faire état d'idées suicidaires. Nous avons calculé les rapports de cotes (RC) bruts et les rapports de cotes ajustés (RCa) selon le sexe, le groupe d'âge et l'année d'enquête. Toutes les estimations ont été ajustées à l'aide des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada et nous avons estimé les intervalles de confiance (IC) à 95 % avec la méthode de Copper-Pearson modifiée¹⁹ et la technique d'autoamorçage (*bootstrap*). Nous

avons mené les analyses à l'aide de l'application SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, É.-U.).

Résultats

Le tableau 1 présente la prévalence des idées suicidaires en fonction du sexe et du groupe d'âge, en 2020 et en 2021. Dans les deux cycles, cette prévalence s'est révélée généralement plus élevée au sein des groupes d'âge plus jeunes. En 2021, elle était de 8,0 chez les 18 à 34 ans, avec un pic (10,7 %) chez les 18 à 24 ans. Elle était similaire chez les femmes et chez les hommes (respectivement 7,8 % et 7,6 %) en 2021. La prévalence en apparence plus élevée chez les femmes en 2020 (5,2 % contre 2,9 % chez les hommes) n'est pas statistiquement significative.

Le tableau 2 présente la prévalence et les rapports de cotes associés aux idées suicidaires chez les 18 à 34 ans en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs de stress liés à la pandémie, d'après les données combinées des cycles de 2020 et de 2021 de l'ECSM. Les probabilités d'idées suicidaires se sont révélées considérablement plus élevées chez les 18 à 24 ans, chez les personnes à revenu faible ou moyen, chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité et chez les personnes vivant dans un milieu défavorisé sur le plan matériel. En revanche, les probabilités étaient beaucoup plus faibles chez les membres d'un groupe dit « racisé » et chez les personnes ayant immigré au Canada. Chez les jeunes adultes des milieux les plus défavorisés sur le plan matériel, les probabilités d'idées suicidaires étaient presque deux fois plus élevées que chez les jeunes adultes des milieux les moins défavorisés sur le plan matériel. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les niveaux de défavorisation sociale.

La plupart des expériences liées à la pandémie dont nous avons tenu compte se sont révélées associées à une probabilité accrue d'idées suicidaires, en particulier celles liées à un sentiment de solitude (RCa = 11,1; IC à 95 % : 6,1 à 20,2) ainsi qu'à une détresse émotionnelle (RCa = 7,7; IC à 95 % : 3,7 à 16,2). La relation dose-réponse était évidente : la probabilité d'idées suicidaires s'est révélée 14 fois plus élevée chez les jeunes adultes ayant subi cinq expériences liées à la pandémie ou plus que chez les personnes ayant subi

TABEAU 1
Prévalence des idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19^a, selon le sexe et le groupe d'âge, chez les 18 à 34 ans, Canada

Variable	2020 ^a			2021 ^a		
	n	Prévalence en % (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	n	Prévalence en % (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)
Ensemble	2 096	4,2 (3,1 à 5,6)	—	1 159	8,0 (5,7 à 10,9)	—
Sexe^b						
Femme	1 210	5,2 (3,7 à 7,1)	1,8 (0,9 à 3,7)	705	7,8 (4,8 à 11,8)	1,0 (0,5 à 2,1)
Homme	869	2,9 (1,5 à 5,1)	(Réf.)	448	7,6 (4,4 à 12,1)	(Réf.)
Groupe d'âge (ans)						
18 à 24	500	5,2 (2,9 à 8,5)	1,7 (0,9 à 3,4)	273	10,7 (6,0 à 17,2)	1,8 (0,8 à 4,0)
25 à 29	640	4,6 (2,7 à 7,4)	1,5 (0,8 à 3,0)	369	7,1 (3,3 à 12,9)	1,2 (0,5 à 2,9)
30 à 34	956	3,1 (2,0 à 4,6)	(Réf.)	517	6,2 (3,6 à 9,7)	(Réf.)

Sources : Cycle de 2020 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; cycle de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence pour les régressions logistiques.

^a Les données du cycle de 2020 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale ont été recueillies entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020, et celles du cycle de 2021 entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021.

^b En raison de leur faible nombre dans les échantillons, les personnes d'autres identités de genre ont été exclues des analyses stratifiées selon le sexe, mais elles ont été incluses dans les autres analyses.

TABEAU 2
Prévalence et rapports de cotes associés aux idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19^a, selon les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de stress liés à la pandémie, chez les 18 à 34 ans, Canada

Variable	n (%)	Prévalence en % (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCa ^b (IC à 95 %)
Ensemble	3 255 (100,0)	6,0 (4,8 à 7,5)	—	—
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe^c				
Femme	1 915 (50,5)	6,4 (4,8 à 8,5)	1,3 (0,8 à 2,2)	1,3 (0,8 à 2,2)
Homme	1 317 (49,5)	5,1 (3,3 à 7,3)	(Réf.)	(Réf.)
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	773 (34,4)	7,9 (5,2 à 11,3)	1,8 (1,1 à 3,1)*	1,8 (1,0 à 3,2)*
25 à 29	1 009 (28,8)	5,8 (3,6 à 8,8)	1,3 (0,7 à 2,4)	1,2 (0,7 à 2,2)
30 à 34	1 473 (36,8)	4,5 (3,1 à 6,2)	(Réf.)	(Réf.)
Appartenance à un groupe dit « racisé »^d				
Oui	935 (36,8)	3,9 (2,4 à 6,0)	0,6 (0,3 à 0,9)*	0,6 (0,3 à 1,0)*
Non	2 293 (63,2)	6,9 (5,2 à 9,0)	(Réf.)	(Réf.)
Immigrant				
Oui	661 (25,7)	2,7 (1,1 à 5,4)	0,4 (0,2 à 0,8)*	0,4 (0,2 à 0,9)*
Non	2 588 (74,3)	7,2 (5,6 à 9,0)	(Réf.)	(Réf.)
Tertile de revenu^e				
Faible	960 (30,8)	6,6 (4,5 à 9,3)	2,0 (1,1 à 3,9)*	1,9 (1,0 à 3,7)
Moyen	1 006 (35,1)	6,8 (4,5 à 9,8)	2,1 (1,1 à 4,5)*	2,0 (1,1 à 4,0)*
Élevé	982 (34,1)	3,3 (1,9 à 5,5)	(Réf.)	(Réf.)
Milieu de résidence				
Centre de population	2 625 (87,2)	6,3 (4,9 à 7,9)	1,3 (0,6 à 2,8)	1,3 (0,6 à 2,9)
Milieu rural	580 (12,8)	4,9 (2,3 à 8,9)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau de scolarité				
Études secondaires ou moins	887 (32,8)	10,1 (7,2 à 13,8)	2,7 (1,7 à 4,3)***	3,0 (1,8 à 5,2)***
Études postsecondaires	2 362 (67,2)	4,0 (2,9 à 5,3)	(Réf.)	(Réf.)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence et rapports de cotes associés aux idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19^a, selon les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de stress liés à la pandémie, chez les 18 à 34 ans, Canada

Variable	n (%)	Prévalence en % (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCa ^b (IC à 95 %)
Personne vivant seule				
Oui	524 (7,9)	7,5 (5,0 à 10,7)	1,3 (0,8 à 2,1)	1,3 (0,8 à 2,2)
Non	2 723 (92,1)	5,9 (4,6 à 7,5)	(Réf.)	(Réf.)
Présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison				
Oui	873 (21,1)	3,5 (2,2 à 5,3)	0,5 (0,3 à 0,9)*	0,6 (0,4 à 1,2)
Non	2 379 (78,9)	6,7 (5,1 à 8,5)	(Réf.)	(Réf.)
Défavorisation matérielle^f				
Milieu le moins défavorisé	1 542 (42,5)	4,4 (3,1 à 6,0)	(Réf.)	(Réf.)
Milieu modérément défavorisé	566 (18,1)	7,0 (4,0 à 11,2)	1,6 (0,9 à 3,1)	1,7 (0,9 à 3,4)
Milieu le plus défavorisé	950 (39,4)	7,7 (5,2 à 10,9)	1,8 (1,1 à 3,0)*	1,8 (1,1 à 3,0)*
Défavorisation sociale^f				
Milieu le moins défavorisé	909 (35,6)	5,5 (3,2 à 8,7)	(Réf.)	(Réf.)
Milieu modérément défavorisé	549 (16,5)	7,3 (4,0 à 11,9)	1,4 (0,6 à 3,0)	1,4 (0,6 à 3,1)
Milieu le plus défavorisé	1 600 (48,0)	6,3 (4,6 à 8,3)	1,2 (0,6 à 2,1)	1,2 (0,6 à 2,1)
Expériences liées à la pandémie				
Perte d'emploi/de revenu				
Oui	990 (35,5)	7,6 (5,4 à 10,4)	1,5 (0,9 à 2,4)	1,5 (0,9 à 2,4)
Non	2 248 (64,5)	5,2 (3,7 à 7,0)	(Réf.)	(Réf.)
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels				
Oui	648 (22,0)	9,3 (6,3 à 13,0)	1,9 (1,2 à 3,1)*	1,9 (1,2 à 3,2)*
Non	2 607 (78,0)	5,1 (3,8 à 6,7)	(Réf.)	(Réf.)
Perte d'un membre de la famille/d'un ami/d'un collègue				
Oui	248 (8,6)	7,5 (4,1 à 12,3)	1,3 (0,7 à 2,4)	1,2 (0,6 à 2,4)
Non	2 990 (91,4)	5,9 (4,6 à 7,5)	(Réf.)	(Réf.)
Sentiment de solitude ou d'isolement				
Oui	1 846 (56,7)	10,0 (7,8 à 12,5)	12,4 (6,9 à 22,0)***	11,1 (6,1 à 20,2)***
Non	1 392 (43,3)	0,9 (0,5 à 1,5)	(Réf.)	(Réf.)
Détresse émotionnelle				
Oui	1 727 (51,2)	10,4 (8,1 à 13,1)	7,8 (4,0 à 15,1)***	7,7 (3,7 à 16,2)***
Non	1 511 (48,8)	1,5 (0,8 à 2,6)	(Réf.)	(Réf.)
Problème de santé physique				
Oui	1 059 (34,3)	11,1 (8,3 à 14,5)	3,6 (2,1 à 6,0)***	3,1 (1,8 à 5,5)***
Non	2 179 (65,7)	3,4 (2,2 à 5,0)	(Réf.)	(Réf.)
Difficultés dans les relations personnelles				
Oui	848 (26,7)	9,7 (7,0 à 12,9)	2,2 (1,3 à 3,5)***	2,1 (1,3 à 3,5)***
Non	2 390 (73,3)	4,7 (3,3 à 6,5)	(Réf.)	(Réf.)
Nombre de conséquences négatives de la COVID-19 subies				
0 ou 1	1 203 (37,3)	1,2 (0,4 à 2,7)	(Réf.)	(Réf.)
2	691 (20,0)	5,1 (2,5 à 9,3)	4,4 (1,4 à 13,9)*	4,3 (1,3 à 13,9)*
3	545 (15,4)	7,1 (3,7 à 12,0)	6,2 (2,1 à 18,2)***	5,2 (1,7 à 16,2)***
4	423 (13,2)	10,0 (6,3 à 14,9)	9,0 (3,3 à 25,0)***	8,3 (2,9 à 23,7)***
5 ou plus	376 (14,0)	15,3 (10,4 à 21,5)	14,8 (5,5 à 40,2)***	14,1 (4,8 à 41,6)***

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence et rapports de cotes associés aux idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19^a, selon les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de stress liés à la pandémie, chez les 18 à 34 ans, Canada

Variable	n (%)	Prévalence en % (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCa ^b (IC à 95 %)
Consommation de substances				
Consommation accrue d'alcool				
Oui	643 (16,6)	8,6 (5,6 à 12,4)	1,6 (1,0 à 2,7)	1,7 (1,0 à 2,9)
Non	2 608 (83,4)	5,5 (4,1 à 7,1)	(Réf.)	(Réf.)
Consommation de cannabis				
Oui	1 503 (41,4)	8,6 (6,5 à 11,2)	2,1 (1,3 à 3,6) ^{***}	2,1 (1,2 à 3,5) ^{***}
Non	1 748 (58,6)	4,2 (2,7 à 6,2)	(Réf.)	(Réf.)
Consommation accrue de cannabis				
Oui	377 (27,2)	11,7 (7,2 à 17,6)	1,7 (0,9 à 3,1)	1,6 (0,8 à 2,9)
Non	1 129 (72,8)	7,4 (5,1 à 10,3)	(Réf.)	(Réf.)
Symptômes modérés ou graves de maladie mentale				
Trouble d'anxiété généralisée				
Oui	687 (21,4)	15,4 (11,5 à 19,9)	5,0 (3,0 à 8,3) ^{***}	4,7 (2,7 à 8,1) ^{***}
Non	2 527 (78,6)	3,5 (2,3 à 5,0)	(Réf.)	(Réf.)
Trouble de dépression majeure				
Oui	833 (26,9)	17,1 (13,2 à 21,6)	9,4 (5,4 à 16,3) ^{***}	8,5 (4,8 à 15,2) ^{***}
Non	2 342 (73,1)	2,1 (1,3 à 3,3)	(Réf.)	(Réf.)
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)				
Oui	331 (9,8)	19,7 (14,2 à 26,1)	5,3 (3,2 à 8,7) ^{***}	4,6 (2,6 à 8,2) ^{***}
Non	2 836 (90,2)	4,4 (3,2 à 6,0)	(Réf.)	(Réf.)
Autres facteurs				
Événement stressant ou traumatisant au cours de la vie				
Oui	1 860 (54,4)	8,5 (6,6 à 10,8)	2,9 (1,5 à 5,6) ^{***}	2,9 (1,5 à 5,6) ^{***}
Non	1 392 (45,6)	3,1 (1,6 à 5,2)	(Réf.)	(Réf.)
Inquiétudes liées à la violence domestique				
Oui	125 (4,6)	11,4 (3,3 à 26,2)	2,1 (0,6 à 7,7)	2,1 (0,5 à 7,9)
Non	3 124 (95,4)	5,8 (4,5 à 7,2)	(Réf.)	(Réf.)
Situation professionnelle				
Travailleur de première ligne	338 (7,9)	4,1 (1,9 à 7,6)	0,6 (0,3 à 1,3)	0,6 (0,3 à 1,4)
Travailleur essentiel autre que travailleur de première ligne	830 (25,2)	4,6 (2,7 à 7,3)	0,7 (0,4 à 1,2)	0,6 (0,4 à 1,1)
Autre ^g	2 081 (67,0)	6,8 (5,1 à 8,8)	(Réf.)	(Réf.)

Sources : Cycle de 2020 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; cycle de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale.

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., groupe de référence pour les régressions logistiques.

Remarque : Les données manquantes étaient de 9 % pour le revenu, de 6 % pour la défavorisation sociale ou matérielle et de moins de 3 % pour les autres caractéristiques.

^a Les données du cycle de 2020 de l'ECSM, recueillies entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020, et du cycle de 2021 de l'ECSM, recueillies entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021, ont été combinées.

^b Régression logistique ajustée selon l'âge et l'année d'enquête dans l'analyse par sexe, ajustée selon le sexe et l'année d'enquête dans l'analyse par groupe d'âge et ajustée selon le sexe, le groupe d'âge et l'année d'enquête dans les analyses pour les autres caractéristiques.

^c En raison de leur faible nombre dans les échantillons, les personnes d'autres identités de genre ont été exclues des analyses stratifiées selon le sexe, mais elles ont été incluses dans les autres analyses.

^d L'appartenance à un groupe dit « racisé » correspond aux personnes relevant d'une minorité visible ou s'identifiant comme autochtones et les personnes s'étant identifiées comme blanches ont été codées comme « non racisées ».

^e Le tertile de revenu a été calculé en fonction de toutes les populations de personnes de 18 ans ou plus ayant participé à l'enquête.

^f Les milieux les moins défavorisés sont ceux des premier et deuxième quintiles de l'indice de défavorisation, les milieux modérément défavorisés sont ceux du troisième quintile et les milieux les plus défavorisés sont ceux des quatrième et cinquième quintiles.

^g Tous les autres répondants n'étant pas travailleurs de première ligne ou travailleurs essentiels, incluant ceux sans emploi.

* $p < 0,05$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,001$

aucune ou une seule expérience liée à la pandémie.

Analyse

Nous avons analysé les idées suicidaires chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans au Canada, à l'aide des données des cycles de 2020 et de 2021 de l'ECSM. La prévalence des idées suicidaires a tendance à être plus élevée dans les groupes d'âge plus jeunes et dans certains sous-groupes sociodémographiques. Les facteurs de stress liés à la pandémie ont été associés à une prévalence accrue d'idées suicidaires.

En 2021, au Canada, la prévalence des idées suicidaires a été de 10,7 % chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, soit plus de deux fois plus que la prévalence globale des idées suicidaires chez les adultes (4,2 %)⁵. Les disparités relatives aux idées suicidaires que nous avons observées entre les groupes sociodémographiques, de même que les associations que nous avons observées avec les facteurs de stress liés à la pandémie ressentis par les jeunes adultes de 18 à 34 ans, sont compatibles avec ce qui a été observé dans une récente étude menée auprès d'adultes de 18 ans ou plus¹⁸. Nos résultats concordent également avec ceux d'une étude menée aux États-Unis, selon laquelle la proportion de personnes ayant sérieusement envisagé de se suicider au cours des 30 derniers jours en juin 2020 était plus élevée chez les répondants de 18 à 24 ans que chez les personnes plus âgées, et selon laquelle la prévalence diminue avec l'âge⁹.

Pendant la pandémie, les jeunes adultes ont été davantage susceptibles que les adultes plus âgés d'éprouver des symptômes d'anxiété et de dépression⁶,²⁰-²² et de ressentir de la solitude⁷,²³; c'est aussi chez eux que l'on a observé la plus forte augmentation de détresse psychologique au fil du temps⁸. La fermeture des écoles et des universités semble avoir joué un rôle en limitant les possibilités de forger et de maintenir des liens sociaux²⁴. Des enquêtes menées en Allemagne ont révélé une forte prévalence des idées suicidaires chez les étudiants universitaires par rapport à la période précédant la pandémie ou les premiers mois de celle-ci²⁵,²⁶. Une enquête nationale auprès d'étudiants de 18 à 35 ans en Norvège a révélé une corrélation négative entre le temps passé en personne sur le campus et les idées suicidaires²⁷. La perte d'emploi pourrait aussi être un facteur, car les 15 à 24 ans étaient

plus nombreux que les autres groupes d'âge à ne pas travailler pendant la pandémie²⁸,²⁹. La prévalence des idées suicidaires était plus élevée chez les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés, ce qui corrobore les résultats antérieurs selon lesquels les idées suicidaires sont plus susceptibles de survenir chez les jeunes vivant dans la pauvreté³⁰.

Dans le cadre de notre analyse, nous avons utilisé des données tirées de deux cycles d'une enquête ayant une taille d'échantillon modeste, ce qui limite la puissance statistique nécessaire pour déceler des différences significatives entre divers sous-groupes. Par ailleurs, la conception transversale de notre étude ne permet pas d'établir de relations de causalité. Néanmoins, d'après les résultats de notre étude, au Canada, la probabilité d'avoir des idées suicidaires est plus élevée chez les jeunes adultes que chez les adultes plus âgés, et des facteurs modifiables comme la solitude, de la détresse émotionnelle et des symptômes de maladie mentale ont joué un rôle important dans l'augmentation de cette probabilité. Ces résultats laissent entendre que les interventions en population et les interventions cliniques qui visent certains groupes d'âge et ciblent les principaux facteurs de risque pourraient contribuer à diminuer le risque de pensées suicidaires chez les jeunes adultes lors de la pandémie de COVID-19.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mary Sue Devereaux pour son aide en matière de rédaction.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont participé à la conception du projet. LL et GC ont rédigé la première version du manuscrit et tous les auteurs ont contribué aux révisions ultérieures. LL a effectué les analyses statistiques et tous les auteurs ont participé à l'interprétation des résultats. Tous les auteurs ont participé à l'analyse critique de chacune des versions de l'article et en ont approuvé la version définitive.

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.; COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. 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. Pirkis J, Gunnell D, Shin S, et al. Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: an interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*. 2022; 51:101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>
3. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res*. 2021;301:113998. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
4. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11): 415-429. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f>
5. Liu L, Pollock NJ, Contreras G, Tonmyr L, Thompson W. Prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada : résultats de la deuxième Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale. *Rapports sur la santé*. 2022; 33(5):14-22. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202200500002-fra>
6. Nwachukwu I, Nkire N, Shalaby R, et al. COVID-19 pandemic: age-related differences in measures of stress, anxiety and depression in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(17):6366. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176366>
7. Wickens CM, McDonald AJ, Elton-Marshall T, et al. Loneliness in the COVID-19 pandemic: associations with age, gender and their interaction. *J Psychiatr Res*. 2021;136: 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.047>

8. Duarte F, Jiménez-Molina Á. A longitudinal nationwide study of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Chile. *Front Psychiatry*. 2022;13:744204. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.744204>
9. Czeisler ME, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(32):1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
10. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2021;306:114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>
11. Martínez-Libano J, Cabrera MM. Suicidal ideation and suicidal thoughts in university students during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Rev Argentina de Clin Psicol*. 2021;30(2):390-405. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/archives/article.php?id=470>
12. Shobhana SS, Raviraj KG. Global trends of suicidal thought, suicidal ideation, and self-harm during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Egypt J Forensic Sci*. 2022;12(1):28. <https://doi.org/10.1186/s41935-022-00286-2>
13. Teixeira K, Lisboa JL, Dias BM, Ferreira RC, Zarzar PM, Sampaio AA. Suicidal ideation among university students during the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review with meta-analysis. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e2211426426. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26426>
14. 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 [modification le 10 sept. 2020; consultation le 20 oct. 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
15. 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 20 oct. 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1295371
16. Gamache P, Hamel D, Blaser C. L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref [Internet]. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec; 2019 [consultation le 20 oct. 2022]. En ligne à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2639>
17. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Simpson A, Philibert MD. Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2014;34(1):14-25. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.34.1.03f>
18. Liu L, Pollock NJ, Contreras G, Tonmyr L, Thompson W. Répercussions de la pandémie et idées suicidaires chez les adultes au Canada : une enquête populationnelle transversale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022;43(3):1-15. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.3.01f>
19. 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>
20. Kučera D, Stuchlíková I, Mrhálek T. Impacts of COVID-19 pandemic on the mental health of working adults in the Czech Republic: analysis of self-report psychological data in a one year perspective. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2021;11(3):1061-1072. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030079>
21. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(3):224-231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215060>
22. Jia R, Ayling K, Chalder T, et al. The prevalence, incidence, prognosis and risk factors for symptoms of depression and anxiety in a UK cohort during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2022;8(2):e64. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.34>
23. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
24. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):397-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
25. Brailovskaia J, Teismann T, Friedrich S, Schneider S, Margrafa J. Suicide ideation during the COVID-19 outbreak in German university students: comparison with pre-COVID 19 rates. *J Affect Disord Rep*. 2021;6:100228. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100228>
26. Dogan-Sander E, Kohls E, Baldofski S, Rummel-Klugel C. More depressive symptoms, alcohol and drug consumption: increase in mental health symptoms among university students after one year of the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:790974. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790974>
27. Sivertsen B, Knapstad M, Petrie K, O'Connor R, Lønning KJ, Hysing M. Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: a national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*. 2022.12(2):e057492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>
28. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Taux de chômage de l'OCDE – Mise à jour : mai 2020. Paris (FR) : OCDE; 2020 [consultation le 20 oct. 2022]. En ligne à : <https://www.oecd.org/fr/emploi/taux-de-chomage-de-locde-mise-a-jour-mai-2020.htm>

-
29. Statistique Canada. Caractéristiques de la population active selon le groupe d'âge, données mensuelles désaisonnalisées. Tableau 14-10-0287-02 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 20 oct. 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028702&request_locale=fr
 30. Barzilay S, Apter A. Recent research advances in identification and prevention of youth suicide risk. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35(6):395-400. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000816>