

Le suicide et les hospitalisations associées à des blessures auto-infligées au Canada (1979 à 2014-2015)

R. Skinner, M.S.P.; S. McFaull, M. Sc.; J. Draca, B. Sc. S.; M. Frechette, M. Sc.; J. Kaur, B. Sc. S.; C. Pearson, M.A.; W. Thompson, M. Sc.

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Cette étude a pour objet de décrire, à l'aide de données administratives canadiennes, les tendances et les caractéristiques des blessures auto-infligées entre 1979 et 2014-2015, afin d'orienter et d'améliorer les mesures de prévention du suicide.

Méthodologie : Les données sur la mortalité par suicide et sur les congés des patients ont été extraites des fonds de données de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) provenant de la Base canadienne de données sur l'état civil - Décès (BCDEC-D) de Statistique Canada (1979 à 2012), du Système canadien d'information socioéconomique (CANSIM 2011, 2012), de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH, 1994-1995 à 2010-2011) et de la Base de données sur les congés des patients (BDPC, 2011-2012 à 2014-2015). Le nombre de cas et les taux de décès et d'hospitalisation ont été répartis par sexe, tranche d'âge de 5 ans et méthode.

Résultats : Le taux de suicide au Canada (hommes et femmes confondus, tous âges, et taux normalisé selon l'âge et le sexe) a diminué, passant de 14,4/100 000 (n = 3 355) en 1979 à 10,4/100 000 (n = 3 926) en 2012, soit une variation annuelle en pourcentage (VAP) de -1,2 % (IC à 95 % : -1,3 à -1,0). Cependant, cette tendance n'a pas été observée chez les deux sexes : chez les femmes, les taux de suicide se sont stabilisés vers les années 1990, tandis que chez les hommes, ils ont continué de décliner au fil du temps – malgré le fait que les suicides chez les hommes constituent toujours 75,7 % de tous les suicides en 2012. La suffocation (pendaison et strangulation) était en 2012 la principale méthode de suicide (46,9 %) chez les Canadiens de tous âges, suivie de l'intoxication (23,3 %).

Au cours de l'exercice 2014-2015, il y a eu 13 438 hospitalisations au Canada (à l'exclusion du Québec) associées à des blessures auto-infligées – ce qui représente plus de trois fois le nombre de suicides. Au fil du temps, les femmes ont systématiquement présenté des taux d'hospitalisation plus élevés pour des blessures auto-infligées que les hommes, soit 63 % du total. L'intoxication a été la méthode la plus fréquemment déclarée de préjudice auto-infligé au cours de l'exercice 2014-2015, constituant 86 % de toutes les hospitalisations.

Conclusion : Les suicides et les blessures auto-infligées demeurent un problème de santé publique grave – mais évitable – qui exige une surveillance constante.

Mots-clés : *suicide, blessures auto-infligées, blessures intentionnelles, automutilation, tentatives de suicide, tendances, Canada*

Points saillants

- L'objectif de cette étude consistait à décrire, à partir de données administratives canadiennes, les tendances et les caractéristiques des blessures auto-infligées, qu'elles aient eu une issue fatale ou non, pour la période 1979 à 2014-2015.
- Bien que le taux de suicide au Canada (hommes et femmes confondus) ait légèrement diminué entre 1979 et 2012, les taux enregistrés chez les femmes ne se sont pas améliorés depuis les années 1990 environ, tandis que les taux enregistrés chez les hommes ont continué de fléchir.
- Les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes, tandis que les cas d'hospitalisations pour des blessures auto-infligées sont observés principalement chez les femmes.

Introduction

Les blessures auto-infligées conduisant soit à l'hospitalisation soit au décès représentent, au Canada comme ailleurs dans le monde, un grave problème de santé publique¹⁻². Les blessures auto-infligées non mortelles constituent un important facteur de risque du suicide³⁻⁵, et c'est pourquoi la surveillance de ces résultats est essentielle pour la prévention du suicide⁶.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé qu'en 2012, le taux de suicide normalisé selon l'âge était de 11,4/100 000 ou 804 000 suicides à l'échelle mondiale, tout en reconnaissant qu'il s'agit probablement

Rattachement des auteurs :

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

Correspondance : Robin Skinner, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-799-5434; courriel : robin.skinner@phac-aspc.gc.ca

d'une sous-estimation². Les taux de suicide à l'échelle internationale en 2014 étaient 10,8/100 000 au Royaume-Uni⁷, à 12,0 en Australie⁸ et à 13,0 aux États-Unis⁹, se caractérisant par des tendances variables au fil du temps selon l'âge, le sexe et la méthode. Au Canada, les données les plus récentes indiquent que le taux de suicide normalisé selon l'âge (2012) est de 10,4/100 000, avec environ 4 000 décès par an, ce qui fait du suicide, selon Statistique Canada, la neuvième cause de décès en importance¹⁰. L'exactitude de ces taux est toutefois remise en question par des enjeux tels que la stigmatisation et la validité des actes de décès¹¹⁻¹⁶.

La déclaration des tentatives de suicide pose, au Canada comme dans d'autres pays, de multiples problèmes et est sujette à sous-évaluation. Les principales sources de données statistiques sont les bases de données qui recueillent le nombre de patients se présentant à l'hôpital pour des blessures auto-infligées, mais elles sont conçues à des fins administratives plutôt que de surveillance et elles n'indiquent pas quelle était l'intention du patient¹⁷⁻²². Selon les estimations effectuées à l'aide des données sur les hospitalisations au Canada, on comptait en 2010 environ 16 000 sorties d'hôpitaux associées à des blessures auto-infligées, et le fardeau économique du suicide et de l'automutilation au Canada était alors estimé à 3 milliards de dollars²³.

La prévention des blessures auto-infligées au moyen d'une approche axée sur la santé publique exige une surveillance efficace pour définir et surveiller le problème, déterminer les facteurs de risque et de protection et, à terme, appuyer et favoriser la mise en œuvre de mesures efficaces de prévention du suicide⁶. À l'heure actuelle, il n'y a aucune documentation canadienne qui présente des données de surveillance sur les décès et les hospitalisations pour des blessures auto-infligées. Cette étude a pour objet de fournir une analyse à jour, exhaustive et essentiellement descriptive des tendances et des caractéristiques des blessures auto-infligées au Canada, qu'elles aient eu une issue fatale ou non, et ce, en s'appuyant sur des données administratives canadiennes pour la période 1979 à 2014-2015.

Méthodologie

Les données sur la mortalité par suicide ont été extraites des fonds de données de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) provenant de la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès (BCDEC-D) de Statistique Canada (1979 à 2012) et du Système canadien d'information socioéconomique (CANSIM 2011, 2012), où la cause du décès a été codée selon la *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'OMS. La cause externe de la blessure ou de l'intoxication a été classée en fonction des catégories du bureau central de l'état civil de chaque province selon la CIM, neuvième révision (CIM-9) dans le cas des décès survenus avant 2000 (codes E950 à E959) et selon la CIM, dixième révision (CIM-10), pour les années subséquentes (codes X60 à X84 et Y87.0). Les études de comparabilité décrivant la mise en œuvre de la CIM-10 en 2000 et visant à comprendre les répercussions de la transition de la CIM-9 à la CIM-10 ont conclu que la transition n'avait eu aucun effet sur la continuité des données sur le suicide^{24,25}. Les causes de décès ont été regroupées selon les chapitres de la CIM-10 (1 à 20) à des fins de comparaison des principales causes entre les différents groupes d'âge. Les événements associés aux blessures et aux intoxications ont été sous-divisés en fonction de l'intention (blessures non intentionnelles, blessures auto-infligées intentionnelles ou blessures causées par une agression).

Il n'existe pas de source unique de renseignements sur le nombre de tentatives de suicide au Canada. Les données sur les sorties d'hôpitaux codées comme blessures auto-infligées (codes X60 à X84 et Y87.0) selon la CIM-10-CA* ont été utilisées pour les besoins de cette étude¹⁷, et elles ont été extraites des fonds de données de l'ASPC provenant de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) pour les exercices (avril à mars) 1994-1995 à 2010-2011 (ensemble des provinces et des territoires) et de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) pour les exercices 2011-2012 à 2014-2015 (à l'exclusion du Québec). La BDMH et la BDPC, dont les données remontent jusqu'à l'exercice 1994-1995, sont administrées par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Nous avons inclus dans cette étude les admissions de patients ayant déclaré des blessures auto-infligées dans des hôpitaux de soins de courte durée (ce qui inclut les tentatives de suicide et les blessures auto-infligées sans intention de mourir), mais nous avons exclu les cas de présentation simple aux urgences (sans admission pour traitement), ceux traités dans les établissements psychiatriques ou en clinique privée et ceux pour lesquels aucun traitement n'a été demandé.

Le nombre de décès et d'hospitalisations a été réparti selon le sexe et par tranche d'âge de cinq ans. Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés au moyen de la méthode directe (Canada, 1991).

Nous avons calculé la variation annuelle en pourcentage (VAP) du taux de suicide pour 100 000 personnes pour en mesurer l'évolution. La VAP a été calculée séparément pour l'âge, le sexe et la méthode de suicide, avec des intervalles de confiance à 95 %, au moyen de l'équation suivante :

$$VAP = [e^{\beta} - 1] \times 100$$

où β désigne la pente d'une régression du logarithme de la proportion en fonction de l'année.

Les années potentielles de vie perdue (APVP) ont été calculées spécifiquement pour le taux de mortalité par suicide en 2012, de façon combinée et séparément, en tenant compte des décès prématurés survenus avant 75 ans^{26,27}. Les APVP pour une tranche d'âge donnée ont été calculées en multipliant le nombre de suicides de cette tranche d'âge (de 5 ans) par la différence entre la médiane de la tranche d'âge et 75.

Résultats

Suicide

Le taux de suicide au Canada (hommes et femmes confondus, tous âges, et taux normalisé selon l'âge et le sexe) a diminué, passant de 14,4/100 000 ($n = 3\ 355$) en 1979 à 10,4/100 000 ($n = 3\ 926$) en 2012 (VAP = -1,1 %, IC à 95 % : -1,3 à -1,0). Malgré ce déclin, nous estimons que, pour la seule année 2012, les suicides ont représenté 115 723 APVP chez les hommes

* La CIM-10-CA est une version enrichie tenant compte de la classification de la morbidité au Canada. Dès 2001-2002, des provinces et des territoires ont commencé à mettre en œuvre la CIM-10-CA pour remplacer la CIM-9 et la CIM-9-MC. En 2004-2005, la transition avait été menée à bien dans l'ensemble des provinces et des territoires (à l'exclusion du Québec).

et les femmes de façon combinée, et, séparément, 89 756 APVP chez les hommes et 28 967 APVP chez les femmes. La figure 1 illustre la diminution des taux de suicide chez les hommes et les femmes depuis 1979 et fournit le nombre de VAP, qui demeure important tout au long de la période. Les courbes de tendances montrent clairement que le taux de suicide chez les femmes ne présente aucune amélioration après 1990, alors que le taux de suicide chez les hommes poursuit sa baisse.

Âge et sexe

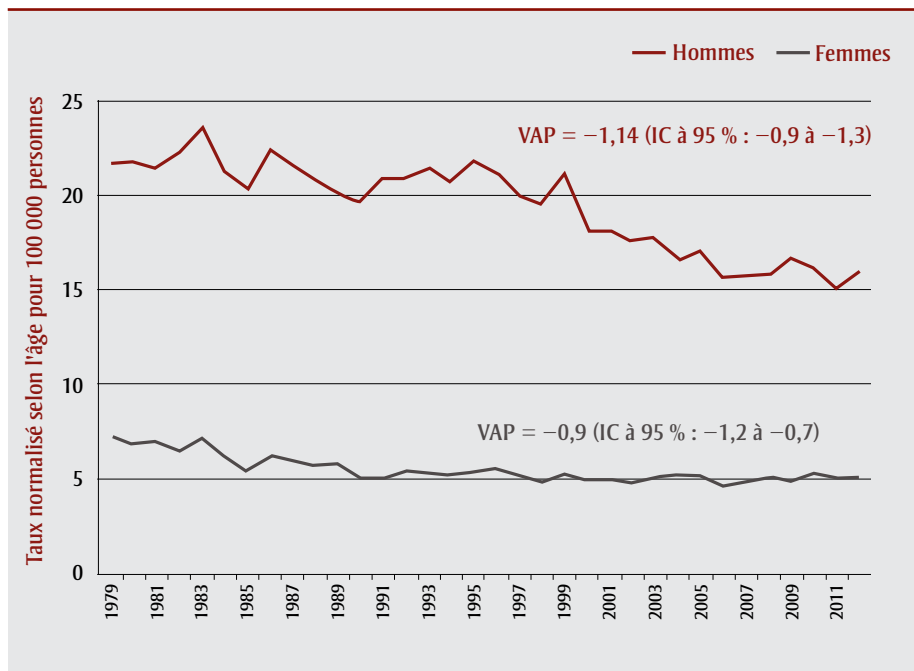
La figure 2 illustre les taux de suicide en 2012 selon l'âge pour chaque tranche d'âge de cinq ans, chez les hommes et les femmes, de façon combinée et séparément. Le taux de suicide culmine entre 45 et 59 ans, avec un sommet à 17,4/100 000 chez les 55 à 59 ans, hommes et femmes confondus. Dans l'ensemble, le taux atteint un sommet de 26,7/100 000 (chez les hommes). Les taux de suicide chez les hommes sont considérablement plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes à tous les âges de la vie, et les hommes sont à l'origine de 76 % de tous les cas de suicide. Il convient de souligner que, chez les 10 à 14 ans, il n'existe aucune différence importante dans les taux entre les sexes. À l'extrémité inverse, les taux enregistrés chez les hommes de plus de 85 ans sont de 6 à 10 fois plus élevés que ceux enregistrés chez les femmes de cette tranche d'âge.

Le tableau 1 présente les principales causes de décès par tranches d'âge. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15 à 19 ans, 20 à 24 ans et 25 à 34 ans, et constitue 21,9 % de tous les décès pour l'ensemble des 15 à 34 ans. Le suicide descend au troisième rang des causes de décès chez les 35 à 44 ans. Le pourcentage de décès liés au suicide continue de diminuer à mesure que l'âge augmente, comparativement à d'autres causes importantes de décès.

Comparaison des provinces et des territoires

Les taux de suicide diffèrent selon les provinces et les territoires, comme l'illustre la figure 3. En utilisant la composition de la population canadienne par tranches d'âge de 1991 pour comparer les régions, nous avons constaté que le plus haut taux de suicide a été enregistré au Nunavut (taux normalisé de 63,5/100 000, n = 24) et le plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard (5,8/100 000, n = 11) (ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille de la population).

FIGURE 1
Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 personnes, par année et par sexe, Canada, 1979 à 2012



Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil : Base de données sur les décès (1979 à 2012).

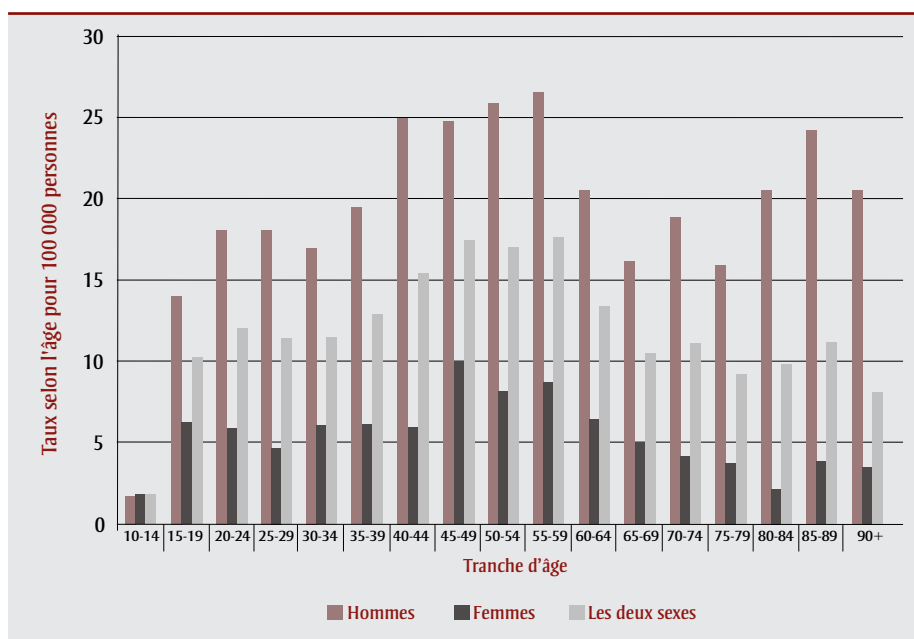
Abréviation : VAP, variation annuelle en pourcentage.

Méthodes de suicide

La suffocation (asphyxie par pendaison ou strangulation) a été la méthode employée dans près de la moitié des suicides chez les Canadiens en 2012, quel que soit le sexe. Les hommes ont eu recours à l'intoxication

et aux armes à feu en proportions égales (18 %), contrairement aux femmes, chez qui l'intoxication s'est révélée la méthode employée dans 40 % des cas et les armes à feu dans seulement 2 % des cas. Les chutes et la noyade ont été les méthodes les moins

FIGURE 2
Taux de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2012



Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil : Base de données sur les décès (2012).

TABLEAU 1
Principales causes de décès, hommes et femmes confondus, par tranche d'âge (nombre de décès et pourcentage), Canada, 2012

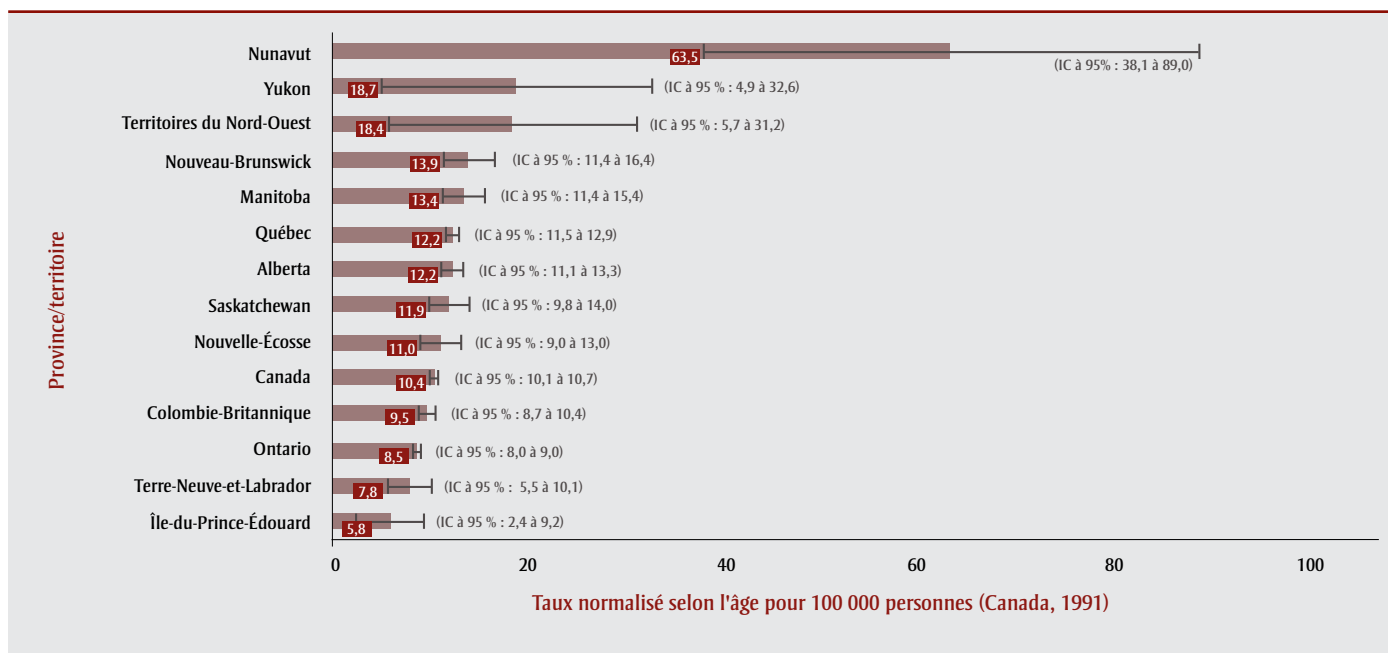
Rang	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 ans et plus
1	Blessures non intentionnelles (54, 26,6 %)	Blessures non intentionnelles (339, 41,4 %)	Blessures non intentionnelles (513, 40,5 %)	Blessures non intentionnelles (848, 30,4 %)	Cancer (1242, 26,4 %)	Cancer (5287, 39 %)	Cancer (13 023, 47,6 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (57 813, 29,8 %)
2	Cancer (38, 19 %)	Suicide (227, 27,7 %)	Suicide (291, 23,0 %)	Suicide (548, 19,7 %)	Blessures non intentionnelles (857, 18,2 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (2526, 19 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (5719, 20,9 %)	Cancer (55 615, 28,7 %)
3	Suicide (34, 16,7 %)	Cancer (62, 7,5 %)	Cancer (85, 6,7 %)	Cancer (400, 14,4 %)	Suicide (662, 14,1 %)	Blessures non intentionnelles (1197, 9,0 %)	Maladies de l'appareil digestif (1484, 5,4 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (20 050, 10,3 %)
4	Maladies du système nerveux (21, 10,3 %)	Maladies du système nerveux (38, 4,6 %)	Homicides (75, 5,9 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (176, 6,3 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (625, 13,3 %)	Suicide (928, 6,9 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (1420, 5,2 %)	Troubles mentaux (14 259, 7 %)
5	Anomalies congénitales (16, 7,9 %)	Homicides (26, 3,2 %)	Maladies du système nerveux (62, 4,8 %)	Homicides (118, 4,2 %)	Maladies de l'appareil digestif (214, 4,6 %)	Maladies de l'appareil digestif (800, 5,9 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (1121, 4,1 %)	Maladies du système nerveux (10 836, 5,6 %)
6	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7, 3,4 %)	Anomalies congénitales (21, 2,6 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (38, 3,0 %)	Maladies du système nerveux (88, 3,2 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (168, 3,6 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (482, 3,6 %)	Blessures non intentionnelles (1103, 4,0 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7 682, 4 %)
7	Maladies de l'appareil circulatoire (7, 3,4 %)	Maladies de l'appareil circulatoire (20, 2,4 %)	Anomalies congénitales (31, 2,4 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (66, 2,3 %)	Maladies du système nerveux (146, 3,1 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (452, 3,3 %)	Maladies du système nerveux (818, 3 %)	Maladies du système digestif (7264, 3,7 %)
8	Maladies de l'appareil respiratoire (5, 2,5 %)	Maladies infectieuses (9, 21,1 %)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (19, 1,5 %)	Maladies de l'appareil digestif (59, 2,1 %)	Maladies infectieuses (125, 2,7 %)	Maladies du système nerveux (387, 2,9 %)	Suicide (705, 3,0 %)	Blessures non intentionnelles (6231, 3,2 %)
9	Maladies infectieuses (5, 2,5 %)	Maladies du sang (6, 0,7 %)	Maladies infectieuses (15, 1,2 %)	Anomalies congénitales (50, 1,8 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (101, 2,1 %)	Maladies infectieuses (374, 2,8 %)	Maladies infectieuses (626, 2,3 %)	Maladies de l'appareil génito-urinaire (4686, 2,3 %)
10	Homicides (5, 2,5 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (6, 0,7 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (10, 0,8 %)	Maladies de l'appareil respiratoire (50, 1,8 %)	Homicide (83, 1,8 %)	Troubles mentaux (222, 1,6 %)	Troubles mentaux (379, 1,4 %)	Maladies infectieuses (4538, 2,3 %)
Toutes causes confondues ^a (244 370)	203	818	1 266	2 786	4 702	13 494	27 364	193 737
								Suicide (531, 0,3%)
	Total suicide (3926, 1,6%)							

Source : Statistique Canada, tableaux CANSIM 102-0521 à 102-0534 et 102-0540 à 102-0561.

^a Total des décès chez les personnes de 10 ans et plus, toutes causes confondues. Ce tableau n'inclut pas toutes les causes.

FIGURE 3

Taux de mortalité par suicide normalisé selon l'âge (Canada, 1991) pour 100 000 personnes, par province et territoire, Canada, 2012



Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil : Base de données sur les décès (2012).

Remarque : Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés au moyen de la méthode directe à partir des données démographiques du Recensement de la population de 1991.

fréquemment employées chez les deux sexes (tableau 2).

Tendances relatives aux hospitalisations pour blessures auto-infligées

En 2014-2015, il y a eu 13 438 hospitalisations associées à des blessures auto-infligées au Canada (à l'exclusion du

Québec) – soit au moins trois fois plus que le nombre de suicides. Les taux d'hospitalisation pour blessures auto-infligées normalisés selon l'âge au Canada (hommes et femmes confondus) ont diminué, passant 86,6/100 000 en 1994-1995 à 50,2/100 000 en 2014-2015, mais l'interprétation des données sur les tendances est déconseillée

en raison de l'exclusion du Québec à partir de 2011-2012.

Âge et sexe

Entre 1994-1995 et 2014-2015, comparative-ment aux hommes, les femmes ont constamment présenté des taux plus élevés d'hospitalisation pour blessures auto-infligées,

TABLEAU 2
Le suicide au Canada, selon la méthode et le sexe, tous âges confondus, 2012

Méthode	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a
Toutes les méthodes	3 926	100,0	11,3	2972	100,0	17,3	954	100,0	5,4
Suffocation	1 843	46,9	5,3	1427	48,0	8,3	416	43,6	2,4
Intoxication	915	23,3	2,6	534	18,0	3,1	381	39,9	2,2
Arme à feu	544	13,9	1,6	528	17,8	3,1	16	1,7	0,1
Chute	305	7,8	0,9	229	7,7	1,3	76	8,0	0,4
Noyade	100	2,5	0,3	65	2,2	0,4	35	3,7	0,2
Objet tranchant/perforant	111	2,8	0,3	96	3,2	0,6	15	1,6	0,1
Transport	40	1,0	0,1	37	1,2	0,2	3	0,3	0,0
Incendie/flamme	24	0,6	0,1	18	0,6	0,1	6	0,6	0,0
Autres/non précisé	44	1,1	0,1	38	1,3	0,2	6	0,6	0,0

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil : Base de données sur les décès (2012).

^a Taux brut/100 000 personnes.

soit 62 % du total, ce qu'illustre la figure 4. Les deux sexes ont connu une tendance à la baisse de 4 % en moyenne par an, entre 1994-1995 et 2010-2011, avec cependant une stabilisation des taux autour de 2006-2007.

En ce qui concerne les données les plus récentes selon la tranche d'âge, les adolescentes de 15 à 19 ans affichaient un taux d'hospitalisation démesurément élevé pour des blessures auto-infligées en 2014-2015, soit 231,8/100 000 (n = 1 897) (figure 5), soit près de 3,5 fois le taux enregistré chez les adolescents de la même tranche d'âge. Les taux de blessures auto-infligées chez les femmes étaient plus élevés que chez les hommes, avec encore une fois un sommet chez les 45 à 49 ans, pour ensuite diminuer de façon constante pour les tranches d'âge subséquentes. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour blessures auto-infligées étaient moins élevés dans l'ensemble des tranches d'âge, sauf chez les 75 à 79 ans, tranche d'âge à partir de laquelle la tendance s'inverse pour les tranches d'âge subséquentes.

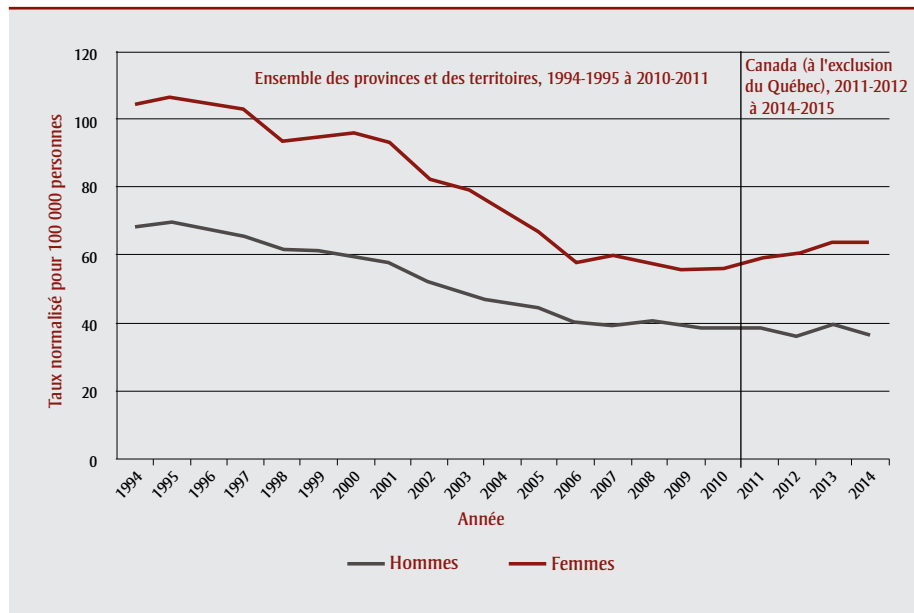
Comparaison entre provinces et territoires

La figure 6 présente les taux d'hospitalisation associée aux blessures auto-infligées pour chaque province et territoire. En 2014-2015, les territoires combinés (Yukon, Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest) affichaient le taux le plus élevé d'hospitalisation pour des blessures auto-infligées (155,7/100 000, n = 185). L'Ontario présentait le taux le plus faible, soit 38,5/100 000 (n = 5 203).

Méthodes employées pour s'infliger des blessures

L'intoxication s'est révélée comme la méthode la plus fréquemment déclarée pour s'infliger des blessures au cours de l'exercice 2014-2015, représentant 86 % de l'ensemble des hospitalisations associées à des blessures auto-infligées, et dont 66 % des cas étaient des femmes (voir le tableau 3). Les hospitalisations associées à des blessures auto-infligées au moyen d'un instrument tranchant/perforant, par suffocation et par chute se classent respectivement au deuxième, au troisième et au quatrième rang en fréquence, juste après les hospitalisations découlant d'une intoxication. Nous n'avons observé aucune différence entre les hommes et les femmes quant au classement des méthodes utilisées.

FIGURE 4
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge en raison de blessures auto-infligées, par année et par sexe, Canada, 1994-1995 à 2010-2011, et Canada (à l'exclusion du Québec), 2011-2012 à 2014-2015



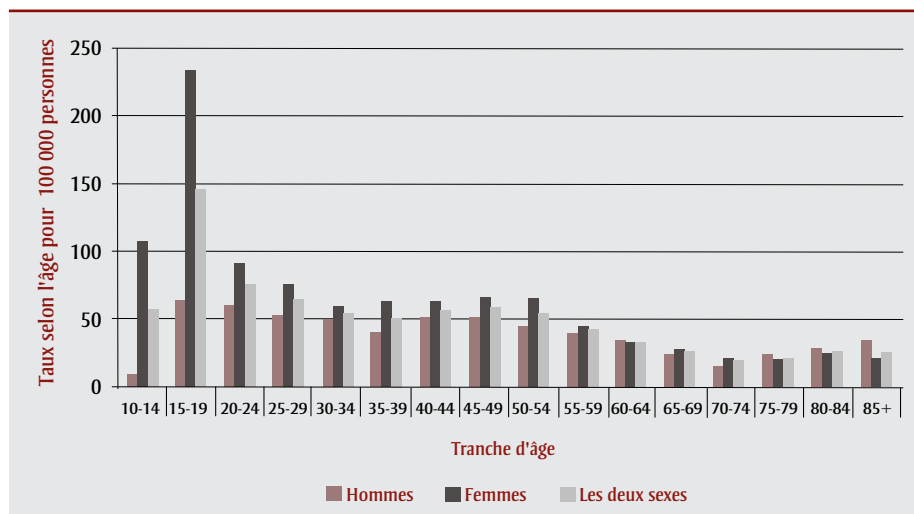
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière (2010-2011) et Base de données sur les congés des patients (2014-2015), Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse

L'objectif de cette étude consistait à décrire, à partir de données administratives canadiennes, les tendances et les caractéristiques des blessures auto-infligées, qu'elles aient eu une issue fatale ou non, pour la période 1979 à 2014-2015. Bien que les taux de suicide globaux normalisés aient

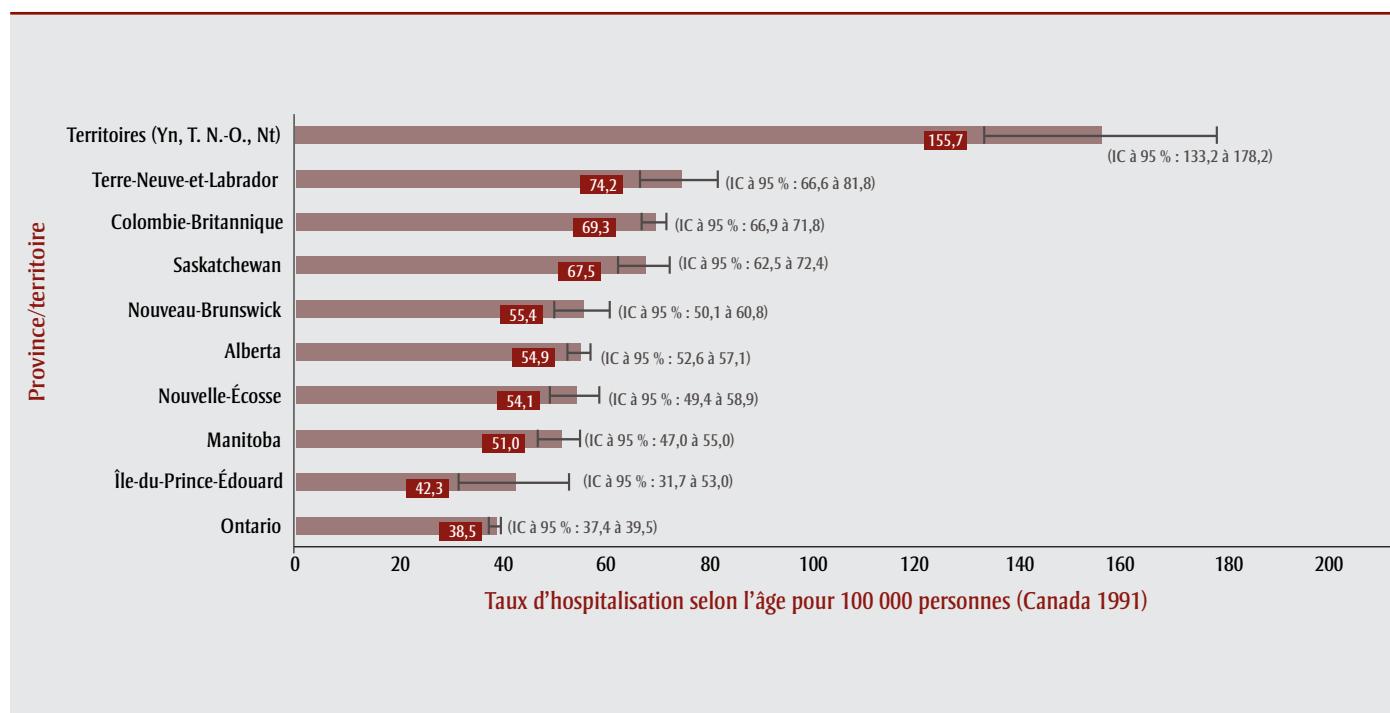
diminué au cours des 33 dernières années, le suicide demeure un problème de santé publique important et extrêmement complexe, qui exige une surveillance constante pour en améliorer la compréhension et en orienter la prévention⁶. Un examen plus approfondi des données selon le sexe a permis de constater que les taux de suicide chez les hommes ont diminué au fil du

FIGURE 5
Taux d'hospitalisation selon l'âge pour 100 000 personnes en raison de blessures auto-infligées, par sexe et par tranche d'âge, Canada (à l'exclusion du Québec), 2014-2015



Source : Base de données sur les congés des patients (2014-2015), Institut canadien d'information sur la santé.

FIGURE 6
Taux d'hospitalisation selon l'âge pour des blessures auto-infligées par province et territoire, Canada (à l'exclusion du Québec), 2014-2015



Source : Base de données sur les congés des patients (2014-2015), Institut canadien d'information sur la santé.

Abréviations : Nt, Nunavut; T. N.-O., Territoires du Nord-Ouest; Yn, Yukon.

TABLEAU 3
Hospitalisations associées à des blessures auto-infligées, selon le sexe et la méthode, Canada (à l'exclusion du Québec), 2014-2015

Méthode	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a	Cas	%	Taux pour 100 000 ^a
Toutes les méthodes	13 438 ^b	100,0	49,2	4987	100,0	36,9	8448	100,0	61,3
Intoxication	11 564	86,1	42,3	3926	78,7	29,0	7635	90,4	55,4
Objet tranchant/perforant	1 112	8,3	4,1	588	11,8	4,3	524	6,2	3,8
Suffocation	329	2,5	1,2	204	4,1	1,5	125	1,5	0,9
Chute	161	1,2	0,6	97	2,0	0,7	64	0,8	0,5
Arme à feu	56	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–
Incendie / substance ou objet brûlant	42	0,3	0,2	21	0,4	0,2	21	0,2	0,2
Transport	31	0,2	0,1	22	0,4	0,2	9	0,1	0,1
Heurt ou coup contre un objet	19	0,1	0,1	10	0,2	0,1	9	0,1	0,1
Noyade	14	0,1	0,1	9	0,2	0,1	5	0,1	0,0
Autres	110	0,8	0,4	58	1,2	0,4	52	0,6	0,4

Source : Base de données sur les congés des patients (2014-2015), Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : Il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des éléments, car les chiffres ont été arrondis.

– Les données associées à un dénombrement inférieur à 5 ont été supprimées.

^a Taux brut/100 000 personnes.

^b Inclut 3 cas où les données sur le sexe étaient manquantes.

temps, tandis qu'aucune amélioration n'a été observée chez les femmes au cours des dix dernières années de la période à l'étude, tendance qui devra faire l'objet d'autres recherches. Conformément aux résultats d'autres études, on observe généralement des taux de suicide plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf au début de l'adolescence (10 à 14 ans), et quoique les femmes soient plus souvent hospitalisées pour blessures auto-infligées (le « paradoxe entre les sexes » lié aux comportements suicidaires)²⁸. L'observation par tranches d'âge a révélé que les taux de suicide chez les hommes augmentaient de façon constante au début de l'adolescence, et qu'ils culminaient d'abord chez les adultes d'âge moyen et ensuite chez les personnes de 80 ans ou plus. Ce même profil a également été observé chez les femmes, quoique dans une moindre mesure.

Si les jeunes Canadiens (10 à 24 ans) n'affichent pas les taux de suicide les plus élevés globalement, un pic est observé chez les 20 à 24 ans, principalement en raison des suicides chez les hommes au sein de ce groupe d'âge²⁹. Lorsque nous examinons les hospitalisations pour blessures auto-infligées, nous constatons un pic plus tôt, c'est-à-dire chez les 15 à 19 ans, en raison du nombre de cas cette fois plus élevé chez les femmes. Il est primordial de mettre l'accent sur la prévention du suicide chez les jeunes, les tentatives de suicide constituant un important facteur de prédiction du suicide^{3-5,30-32}, et les suicides chez les jeunes représentant une perte de vie précoce pour la société, comme le montrent les estimations des APVP. Le comportement suicidaire, classé parmi les comportements à risque faisant partie de l'exploration chez les adolescents, découle en général de circonstances personnelles, familiales et sociales complexes. Ainsi, les inégalités sociales et l'isolement, les difficultés familiales et sociales, l'exposition à des événements stressants ainsi que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie comptent parmi les plus grandes difficultés à vaincre³⁰⁻³².

Les tentatives de suicide sont beaucoup moins fréquentes chez les personnes âgées, comparativement aux populations plus jeunes. Cela s'explique sans doute par le fait que, chez les personnes âgées, les tentatives de suicide se soldent plus souvent

par le décès, peut-être en raison de l'isolement social, d'une moins bonne santé générale, de la fragilité physique, de la solitude et de la dépression³³⁻³⁵. Le risque de suicide chez les adultes plus âgés est associé à des idées ou à des comportements suicidaires, à la maladie mentale, à la vulnérabilité de la personnalité, à la maladie, à des pertes ou à un faible soutien social, à une déficience fonctionnelle et à une faible résilience. Chez les personnes âgées, on se préoccupe particulièrement de l'identification des blessures intentionnelles par auto-intoxication³³.

Quoique les taux d'hospitalisation associés aux blessures auto-infligées utilisés dans cette étude pour estimer les tentatives de suicide accusent un déclin chez les deux sexes depuis les 21 dernières années, ils demeurent plus élevés chez les femmes. Selon d'autres indicateurs relatifs au fardeau du suicide au Canada, en particulier l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012, environ 145 000 tentatives de suicide (0,5 %) ont été commises par des Canadiens (de 15 ans et plus) en 2012, et plus de 900 000 Canadiens (3,3 %) ont déclaré avoir « sérieusement envisagé le suicide » au cours de l'année écoulée³⁶. Il convient de noter que les idées suicidaires et les tentatives de suicide comptent parmi les meilleurs indices de prédiction du suicide³⁻⁵.

À l'instar d'autres études menées en Australie, en Angleterre et aux États-Unis^{20,21,37}, il ressort de cette étude que l'intoxication est la méthode la plus courante associée aux hospitalisations pour blessures auto-infligées, tant chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, il a été observé que la suffocation était la principale méthode de suicide chez les deux sexes, suivie de l'intoxication chez les femmes et à la fois de l'intoxication et des armes à feu chez les hommes. Ces constatations sont comparables à celles d'une analyse antérieure des méthodes de suicide à l'aide de données canadiennes de 1980 à 2008, dans laquelle on avait observé une augmentation des cas de suffocation et une diminution des cas associés à d'autres méthodes de suicide (telles que l'intoxication et les armes à feu) chez les jeunes³⁸. La surveillance des méthodes employées représente un élément important de la prévention du suicide, car elle permet de

limiter l'accès aux méthodes et elle est utile dans le cadre de l'évaluation des interventions.

Points forts et limites

Cette étude d'observation rétrospective brosse un tableau complet des tendances en matière de suicide et de blessures auto-infligées qui se sont soldées par des hospitalisations. Le recours à des données administratives a pour effet de restreindre le nombre de variables pouvant être analysées et fait en sorte que l'on doit utiliser des périodes différentes pour les données sur la mortalité et celles sur la morbidité. La sous-déclaration des cas de suicide est un problème reconnu dans la littérature³⁹, due en partie à l'incapacité à déterminer au cours de l'enquête s'il s'est agi d'un geste délibéré, surtout en cas d'intoxication, ce qui peut entraîner des erreurs de classification^{14,40,41}. En raison de ces facteurs, on estime dans de nombreuses études le taux de sous-déclaration des suicides à au moins 10 %^{42,43}. Dans cette étude, nous avons utilisé les données sur les sorties d'hôpitaux associées à un traitement pour blessures auto-infligées pour estimer les tentatives de suicide en l'absence d'un autre indicateur représentatif à l'échelle nationale. Les statistiques sur la morbidité hospitalière reflètent le nombre d'hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée, lequel peut être supérieur au nombre de personnes hospitalisées, car les personnes ayant été admises à l'hôpital à plusieurs reprises au cours d'une même année sont comptées plus d'une fois dans les totaux. À l'inverse, de nombreuses personnes qui tentent de se suicider ne reçoivent pas de traitement médical, ce qui fait qu'un bon nombre de tentatives de suicide sont sans doute sous-déclarées dans les données administratives. De plus, si ces personnes ne se présentent pas aux urgences, elles sont susceptibles de ne pas être admises à l'hôpital pour recevoir des soins⁴⁴. Ces facteurs, qui sont également influencés par les changements apportés aux pratiques des hôpitaux, contribuent à une sous-déclaration des tentatives de suicide dans les données administratives pouvant atteindre 50 %⁴⁵.

Conclusion

Bien que l'on ait observé certaines améliorations en ce qui concerne les taux de

† Interpréter avec prudence (ces données ont un coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

décès et d'hospitalisation associés aux blessures auto-infligées, les résultats de cette étude montrent que ce problème grave – mais évitable – de santé publique n'est toujours pas résolu. La surveillance continue des taux de mortalité et de morbidité des Canadiens, qui fait intervenir un ensemble de variables complexes selon le sexe et le stade de vie, est essentielle pour comprendre l'ampleur du problème, évaluer les facteurs de risque et de protection ainsi que pour mettre au point des interventions efficaces et en faire l'évaluation.

Références

1. Spiwak R, Elias B, Bolton JM, Martens PJ, Saree J. Suicide policy in Canada: lessons from history. *Can J Public Health*. 2012;103(5).
2. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial [Internet]. OMS; 2014. Consultable à la page : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
3. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):297-303.
4. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005; 376(9495):1471-1483.
5. Vijayakumar L, Phillips MR, Silverman MM, Gunnell D, Carli V. Suicide. Dans : Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME (dir.). *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities*. 3e éd. (vol. 4). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2016: 163-181.
6. Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Improving national data systems for surveillance of suicide-related events. *Am J Prev Med*. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S122-S129.
7. Office for National Statistics. Suicides in the United Kingdom: 2014 registrations [Internet]. Newport, South Wales. Consultable à la page : <http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2014registrations>
8. Australian Bureau of Statistics. Causes of Death, Australia, 2014 [Internet]. Consultable à la page : <http://abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2014~Main%20Features~Intentional%20self-harm%20by%20Age~10051>
9. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999–2014. NCHS data brief, no 241. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2016.
10. Statistique Canada. Tableau 102-0561. Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel, CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [modifié le 27 janvier 2014; consultation le 23 juillet 2015]. Consultable à la page : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1020561&retrLang=fra&lang=fra>
11. Skinner R, McFaul S, Rhodes AE, Bowes M, Rockett IRH. Suicide in Canada: is poisoning misclassification an issue? *Can J Psychiatry*. 2016;61: 405-412.
12. Rockett IRH. Counting suicides and making suicide count as a public health problem. *Crisis*. 2010;31(5): 227-230.
13. Tøllefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(9):9-19.
14. Campbell LA, Jackson L, Bassett R, Bowes MJ, Donahue M, Cartwright J, et al. Recherche sur la surveillance et la prévention du suicide en Nouvelle-Écosse : pertinence de l'utilisation des dossiers des médecins légistes. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2011;31(4):169-176.
15. Rockett IRH, Kapusta D, Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidol Online*. 2011;2:48-61.
16. Donaldson AE, Larsen GY, Fullerton-Gleason L, Olson LM. Classifying undetermined poisoning deaths. *Inj Prev*. 2006;12:338-343.
17. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Bulletin analytique du Registre national des traumatismes : hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada, 2001-2002. Toronto (Ont.) : ICIS; 2004.
18. Owens C. Interventions for self-harm: are we measuring outcomes in the most appropriate way? *Br J of Psychiatry*. 2010;197(6):502-503.
19. Hawton, K. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*. 1998;317.
20. Tovell A, McKenna K, Bradley C, Pointer S. Hospital separations due to injury and poisoning, Australia 2009–10. *Injury research and statistics series no. 69*. Canberra: AIHW; 2012 [NJCAT 145].
21. Geulayov G, Kapur N, Turnbull P, Clements C, Waters K, Ness J, et al. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2002-2012: findings from the multicentre study of self-harm in England. *BMJ Open*. 2016;6(4).
22. Shepard DS, Gurewicz D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threat Behav*. 2016;46(3): 352-362.
23. Parachute. The Cost of Injury in Canada. Toronto (Ont) : Parachute; 2015.
24. Anderson RN, Miniño AM, Hoyert DL, Rosenberg HM. Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. *Natl Vital Stat Rep*. 2001;49:1-32.
25. Geran L, Tully P, Wood P et collab. Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2005 [consultation le 31 octobre 2011]. Consultable en ligne à la page : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-548-x/2005001/4078904-fra.htm>

26. Alberta Health. Performance measure definition. Potential years of life lost (PYLL) [Internet]. Government of Alberta [modifié le 19 février 2014; consultation le 23 juillet 2015]. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://www.health.alberta.ca/documents/PMD-Potential-Years-Life-Lost.pdf>
27. Statistique Canada. Tableau 102-0311. Années potentielles de vies perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel, CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [modifié le 31 janvier 2005; consultation le 23 juillet 2015]. Consultable à la page : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1020311&retrLang=fra&lang=fra>
28. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behaviour. *World J Psychiatr.* 2014;4(4):120-132.
29. Conner KR, Goldston DB. Rates of suicide among males increase steadily from age 11 to 21: developmental framework and outline for prevention. *Aggress Violent Behav.* 2007;12:193-207. doi:10.1016/j.avb.2006.07.002.
30. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000;34:420-436. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00691.x.
31. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiapaetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1999;38(12):1497-1505.
32. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent Suicide and Suicidal Behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):372-3394.
33. Heisel MJ. Suicide and its prevention among older adults. *Can J Psychiatry.* 2006;51:143-154.
34. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature of 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(8):720-732.
35. Choi GN, DiNitto MD, Marti NC, Choi. Nonsuicidal self-injury and suicide attempts among ED patients older than 50 years: comparison of risk factors and ED visit outcomes. *Am J Emerg Med.* 2016;34(6):1016-1021.
36. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale, fichier de partage. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2016.
37. CDC. National estimates of nonfatal injuries treated in hospital emergency departments: United States 2000. *MMWR.* 2001;50:340-346.
38. Skinner R, McFaul S. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *CMAJ.* 2012; 184(9):1029-1034.
39. Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2012;12(9):9-19.
40. Holding TA, Barraclough BM. Undetermined deaths-suicide or accident? *Br J Psychiatry.* 1978;133:542-549.
41. Shepherd G, Klein-Schwartz W. Accidental and suicidal adolescent poisoning deaths in the United States, 1979-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:1181-1185.
42. Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Sep;98(3):214-218.
43. Donaldson AE, Larsen GY, Fullerton-Gleason L, Olson LM. Classifying undetermined poisoning deaths. *Inj Prev.* 2006;12:338-343.
44. Langlois S, Morrison P. Suicides et tentatives de suicide. *Rapports sur la santé.* 2002; 13(2):9-25.
45. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Indicateurs de santé 2011 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2011. PDF téléchargeable à partir du lien : https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_fr.pdf