



# Vigie des idéations suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences

Novembre 2021

## **AUTEURS**

Pascale Levesque  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

Cécile Bardon  
Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal  
Directrice associée du Centre de recherche en prévention du suicide

Geneviève Gariépy  
Agence de la santé publique du Canada  
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Éric Pelletier  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

## **RÉVISEURS**

Nous tenons à remercier Thomas G. Poder et Jérôme Gaudreault d'avoir lu ce rapport et de nous avoir fait bénéficier de leurs judicieux commentaires.

Thomas G. Poder  
Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal  
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Jérôme Gaudreault  
Association québécoise de prévention du suicide

## **MISE EN PAGE**

Isabelle Gagnon  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2021  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-90722-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

## Table des matières

<b>Liste des figures</b> .....	<b>II</b>
<b>Liste des sigles et acronymes</b> .....	<b>III</b>
<b>Faits saillants</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Contexte</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Méthodologie</b> .....	<b>2</b>
2.1 Sources des données .....	2
2.2 Analyses.....	3
<b>3 Résultats</b> .....	<b>3</b>
3.1 Évolution des visites aux urgences pour des comportements suicidaires .....	3
3.2 Caractéristiques des visites aux urgences en raison des comportements suicidaires .....	8
3.2.1 Distribution selon l'âge et le sexe.....	8
3.2.2 Gravité des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires .....	9
3.2.3 Distribution des visites aux urgences pour comportements suicidaires selon l'orientation de départ ....	9
<b>4 Discussion</b> .....	<b>11</b>
4.1 Tendances pré-pandémiques des visites aux urgences pour des comportements suicidaires.....	11
4.2 Impact de la pandémie de la COVID-19 sur les visites aux urgences en raison de comportements suicidaires .....	11
4.3 Caractéristiques des personnes aux urgences pour comportements suicidaires.....	11
4.3.1 Distribution selon l'âge et le sexe.....	11
4.3.2 Gravité des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires .....	12
4.4 Forces et limites de l'exploitation du SIGDU pour la vigie sur les comportements suicidaires.....	12
<b>5 Conclusion</b> .....	<b>13</b>
<b>Références</b> .....	<b>14</b>
<b>Annexe A Taux mensuel de visite à l'urgence pour tentatives de suicide, 2014 à 2019</b> .....	<b>16</b>
<b>Annexe B Taux mensuel de visite à l'urgence pour idées suicidaires, 2014 à 2019</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe C Niveaux de priorisation selon l'ETG</b> .....	<b>18</b>

## Liste des figures

Figure 1	Taux annuel de visites à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2020 .....	5
Figure 2	Taux annuel de visite à l'urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2020 .....	5
Figure 3	Taux mensuel de visites aux urgences toutes raisons confondues, ensemble du Québec, janvier 2019 à aout 2021 .....	6
Figure 4	Taux mensuel de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, ensemble du Québec, janvier 2019 à aout 2021 .....	7
Figure 5	Taux mensuel de visites aux urgences en raison d'idéations suicidaires, ensemble du Québec, janvier 2019 à avril 2021 .....	7
Figure 6	Taux annuel de visites à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes selon l'âge, ensemble du Québec, 2019-2020 .....	8
Figure 7	Taux annuel de visites à l'urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes selon l'âge, ensemble du Québec, 2019-2020 .....	9

## Liste des sigles et acronymes

ETG	Échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SIGDU	Système d'information de gestion des urgences



## Faits saillants

Ce rapport contribue à caractériser l'impact potentiel de la COVID-19 sur les comportements suicidaires au Québec sur les visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide et d'idéations suicidaires pour la période pré-pandémie (2014-2019) et per-pandémie (2020-2021). Il s'agit d'une initiative de l'INSPQ s'inscrivant dans le cadre de ses activités de vigie.

- ▶ Dans les années précédant la pandémie, une diminution progressive du taux annuel de visites aux urgences pour tentative de suicide au Québec a été observée passant de 65/100 000 personnes, en 2014, à 50/100 000 personnes en 2019;
- ▶ Depuis le début de la crise de la COVID-19, le taux annuel de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide semble avoir diminué de façon légèrement plus importante que la tendance observée depuis 2016;
- ▶ La tendance à la hausse du taux annuel de visites aux urgences pour des idéations suicidaires observée au cours des cinq années précédant la pandémie a été interrompue durant la pandémie. Ce taux est passé de 415/100 000 personnes en 2019 à 348/100 000 personnes en 2020. Il s'agit d'une baisse de 16 %;
- ▶ Il y a eu une baisse importante du taux mensuel de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires durant les premiers mois de la pandémie (mars à mai 2020) alors que des mesures sanitaires importantes sont mises en place (confinement, distanciation sociale) et que l'ensemble des visites aux urgences diminue.

### Caractéristiques des visites aux urgences en raison des comportements suicidaires pendant la pandémie

- ▶ Que ce soit avant ou pendant la pandémie, les jeunes filles âgées de 15 et 19 ans constituent le groupe qui visite le plus les urgences en raison de comportements suicidaires (idéation et tentatives).
- ▶ Bien que les visites aux urgences pour tentatives de suicide et d'idées suicidaires soient plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes, l'écart s'amenuise entre les deux groupes avec l'avancement en âge. Cette répartition

s'observe autant en 2019 et qu'en 2020, sans changements apparents associés à la pandémie de COVID-19.

- ▶ La pandémie ne semble pas avoir eu d'effet sur les pratiques aux urgences et sur la rapidité d'intervenir.

### Piste d'action

Puisque la pandémie se poursuit et qu'elle peut avoir une incidence sur les visites des urgences en raison d'une tentative de suicide et d'idéations suicidaires, il serait pertinent de :

- ▶ Mener une étude afin de déterminer si les personnes qui auraient évité les urgences ont pu recevoir les soins nécessaires auprès d'autres ressources, d'un membre de la famille ou un proche;
- ▶ Maintenir des activités de vigie et de surveillance soutenue des visites aux urgences pour comportements suicidaires au Québec et de l'évolution des décès par suicide.

## 1 Contexte

En raison de la pandémie de la COVID-19, plusieurs chercheurs et professionnels de la santé craignent que le confinement, l'isolement social et les difficultés économiques provoquent une hausse de la détresse vécue par les Québécois et hypothétiquement sur le nombre de suicides, de tentatives de suicide ou d'idéations suicidaires (1-3). Les impacts potentiels de la pandémie de la COVID-19 sur les comportements suicidaires dépendent des efforts déployés en matière de prévention et de promotion de la santé, de la disponibilité des soins et services offerts en santé mentale, du sentiment d'espoir et de bienveillance de la population et des effets de la crise sur les processus sociaux et économiques (3,4).

Depuis le début des années 2000, le taux annuel de suicide au Québec a baissé de manière régulière (3). Avec les impacts de la pandémie sur la santé mentale, il y a d'énormes défis à relever afin que ce taux poursuive sa progression vers le bas. Il est essentiel de détecter le plus précocement possible les variations dans les comportements suicidaires et d'agir rapidement si des hausses sont observées et que des services supplémentaires en prévention du suicide doivent être déployés.

Dans le cadre de ces activités de surveillance, l'INSPQ dresse un portrait annuel du taux de suicide au Québec (5). Ce portrait permet d'avoir une appréciation continue des suicides et des tentatives de suicide de la population québécoise et d'orienter aux besoins les actions préventives. Il est réalisé à l'aide des données du fichier des décès et de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec. Étant donné que les suicides sont des événements traumatiques nécessitant une investigation exhaustive par les coroners, l'intégration de ces données peut prendre plusieurs mois. Dans ces circonstances, les banques de données utilisées pour la surveillance ne permettent pas d'analyser les variations potentielles à court terme des différents comportements suicidaires ni l'impact à court terme d'événements majeurs comme la pandémie de COVID-19 sur ces comportements.

Afin de tracer un portrait juste et réactif de la situation et ainsi appuyer les décisions de santé publique à partir des données les plus récentes possible, un mécanisme de vigie sur les comportements suicidaires a été mis en place au printemps 2021. La vigie sert à détecter rapidement les menaces à la santé et à mettre en œuvre des interventions efficaces afin de contrer ces menaces. Elle nécessite souvent l'utilisation de banques de données en temps réel et l'accès à des informations sensibles.

Afin de réaliser la vigie sur les comportements suicidaires, l'INSPQ a reçu l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'accéder au Système d'information de gestion des urgences (SIGDU) qui permet de caractériser en temps réel les variations pour les visites aux urgences au Québec, dont celles pour les tentatives de suicide et les idéations suicidaires.

Dans le cadre de cette vigie, les objectifs suivants ont été poursuivis :

- ▶ Analyser les tendances annuelles des visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide et d'idéations suicidaires pour la période prépandémie (2014-2019) et perpandémie (2020);

- ▶ Détecter l'impact potentiel de la COVID-19 sur les visites aux urgences pour les tentatives de suicide et les idéations suicidaires à l'aide d'analyses temporelles mensuelles pour la période prépandémie (2019) et perpandémie (2020-2021);
- ▶ Caractériser les visites aux urgences en raison de comportements suicidaires en fonction du sexe et de l'âge avant (2019) et pendant la pandémie (2020);
- ▶ Estimer la sévérité des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires avant (2019) et pendant la pandémie (2020).

## 2 Méthodologie

### 2.1 Sources des données

Le dénombrement des cas pour cette étude repose sur le SIGDU. Ce système recueille des éléments permettant de fournir des données du domaine informationnel de l'environnement sociosanitaire en regard de l'état de santé des usagers qui reçoivent des services aux urgences du Québec, ainsi que des informations identifiant certains moments particuliers de l'épisode de soins (date de début de l'épisode, date du triage, etc.) (6).

Les données du SIGDU sont disponibles à l'Infocentre de santé publique du Québec<sup>1</sup> (Infocentre) et mises à jour quotidiennement. Dans le cadre de ce projet, une extraction de ces données à partir de l'Infocentre a été réalisée au début septembre 2021, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant de 2014 (première année disponible dans le SIGDU) jusqu'à août 2021.

Les visites à l'urgence attribuables à une tentative de suicide ou des idéations suicidaires ont été identifiées dans le SIGDU à partir de la variable « raison de la visite »<sup>2</sup>. Dans le cadre de cette étude, l'ensemble des tentatives de suicide et des idéations suicidaires seront aussi définies par le terme *comportements suicidaires*. Bien que le cadre conceptuel du SIGDU ne présente pas de définition spécifique pour les différents comportements suicidaires, l'INSPQ soutient la

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur l'Infocentre de santé publique du Québec, voir : <https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/obtenir-de-l-information-sur-la-sante-de-la-population>

<sup>2</sup> Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences, Chapitre 3, Section 3.3, Sous-section 3.3.1, Élément 017. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services de santé et médecine universitaire.



définition de l'Organisation mondiale de la santé qui définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort (7). Le terme « tentative de suicide » désigne tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagressions, avec intention de mourir ou pas (7). Les idéations suicidaires (ou idées suicidaires) réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie (8). Il faut noter que les actes d'automutilations constituent dans le SIGDU une raison de la visite spécifique qui n'a pas été considérée dans l'analyse des comportements suicidaires.

Les taux annuels de visites aux urgences ont été calculés annuellement pour les années 2014 à 2020 et mensuellement pour 2019, 2020 et 2021. Les estimations de la population pour les années 2014 à 2021 ont été utilisées pour le calcul de ces taux. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Afin de situer les événements en lien avec la pandémie et les mesures sanitaires adoptées, la ligne du temps de la pandémie de la COVID-19 au Québec réalisée par l'INSPQ a été utilisée<sup>3</sup>. Cette ligne du temps mise à jour régulièrement permet de représenter de manière synthétique et rapide l'ensemble des événements et mesures liés à la COVID-19 en ordre chronologique.

## 2.2 Analyses

Les effets de la pandémie sur le taux mensuel de visites aux urgences ont été mesurés à l'aide d'analyses statistiques temporelles de type STL (*seasonal-trend decomposition procedure based on Loess*) (9,10). Il s'agit d'identifier l'apparition de rupture de tendance pour les visites aux urgences en raison de comportements suicidaires, et ce, durant la période pandémique. Plus spécifiquement, ces analyses permettent de tester les mois où le taux de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires affichent des tendances significativement différentes de part et d'autre de la date de rupture. L'année 2019 est considérée comme référence pour la comparaison pré et per-pandémique des taux mensuels de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires. L'année 2019 permet d'avoir un portrait récent des visites aux urgences. Des analyses préliminaires (voir

annexe A) ont démontré que les variations mensuelles pour 2019 sont relativement similaires aux années précédentes et que les visites aux urgences pour des comportements suicidaires durant cette période peuvent être utilisées pour représenter adéquatement la situation pré-pandémique.

Des analyses descriptives ont également été réalisées afin de comparer l'évolution mensuelle des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires à celle des visites aux urgences toutes raisons confondues (comportements suicidaires et autres raisons de visites aux urgences).

## 3 Résultats

### 3.1 Évolution des visites aux urgences pour des comportements suicidaires

#### Évolution annuelle (2014 à 2020)

Il y a eu une diminution progressive du taux annuel pour les visites aux urgences pour tentative de suicide au Québec entre 2014 et 2019 (figure 1), passant chez les femmes de 69/100 000 personnes à 56/100 000 personnes et chez les hommes de 61/100 000 personnes à 45/100 000 personnes. Durant cette période, ce taux est toujours demeuré plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Pour l'année 2020 marquée par le début de la crise de la COVID-19, le taux annuel de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide (45/100 000 personnes) a diminué de 10 % comparativement à 2019 (50/100 000 personnes). Cette diminution est plus importante que celles observées depuis 2016.

Contrairement à la tendance à la baisse pour le taux annuel de visites aux urgences pour tentative de suicide, le taux annuel de visites dans les urgences du Québec pour des idées suicidaires a augmenté entre 2015 et 2019 (vert 2). Pour 2015, le taux annuel chez les hommes était de 365/100 000 personnes et celui des femmes de 358/100 000 personnes. En 2019, ce taux a grimpé jusqu'à 422/100 000 chez les hommes et 408/100 000 chez les femmes. Pour l'ensemble de la période d'observation, le taux annuel de visites aux

<sup>3</sup> <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>, site Web mis à jour quotidiennement. Consulté le 23 septembre 2021.

urgences en raison d'idéations suicidaires est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La tendance à la hausse du taux annuel de visites aux urgences pour des idéations suicidaires observée au cours des cinq années précédant la pandémie a été interrompue durant la première année de la pandémie de COVID-19. Ce taux est passé de 415/100 000 personnes en 2019 à 348/100 000 personnes en 2020. Il s'agit d'une baisse de 16 %.

### Évolution mensuelle (2019 à 2021)

La figure 3 montre une diminution du taux annuel de visites aux urgences (toutes raisons confondues) lorsque les gouvernements commencent à mettre en place des mesures en réponse à la pandémie de la COVID-19 (mars 2020)<sup>4</sup>. Les taux affichent ensuite une alternance de progression à la hausse jusqu'en août 2020 et à la baisse jusqu'en mars 2021 avant de retrouver leurs niveaux prépandémiques entre mars et août 2021.

Pour les visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, les analyses statistiques indiquent que le nombre de ruptures mensuelles détectées en 2019 et en 2020 est similaire (2 ruptures en 2019 et 2020). Ce résultat suggère que les variations mensuelles du taux de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide ne diffèrent pas entre 2019 et 2020.

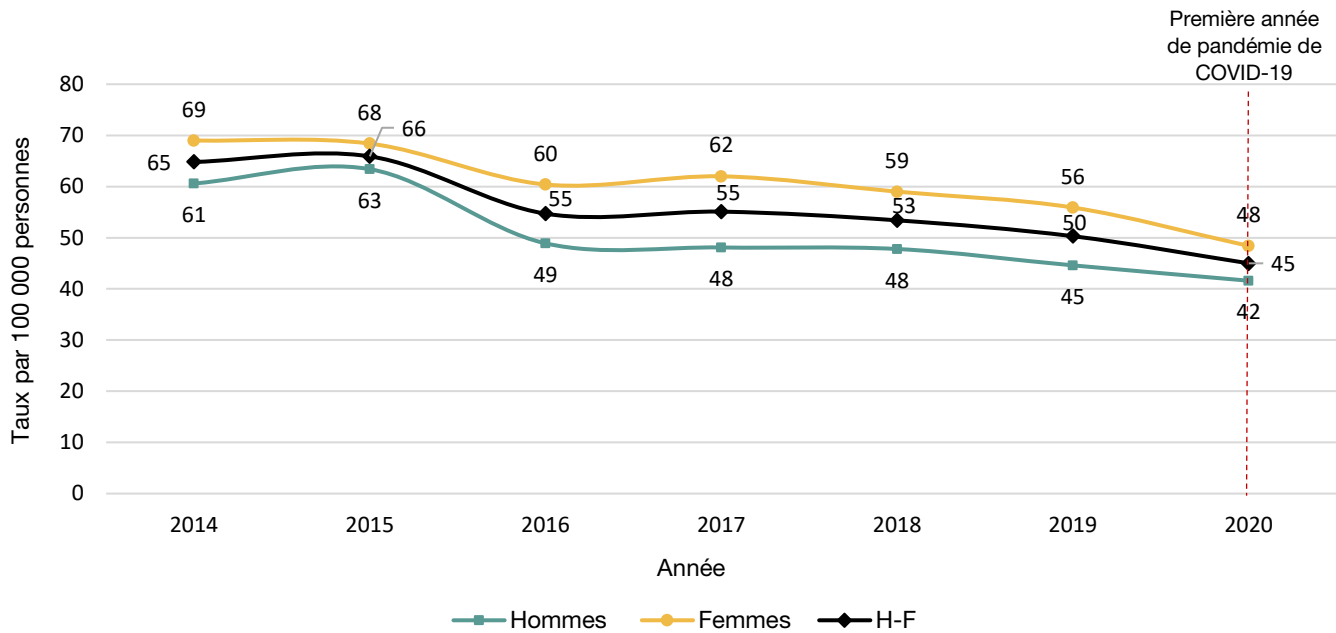
Concernant le taux de visites aux urgences pour idéations suicidaires, les analyses statistiques indiquent plus de ruptures significatives en 2020-2021 qu'en 2019. Bien que ces analyses ne permettent pas nécessairement d'établir un lien concret de causalité avec les diverses mesures adoptées durant la pandémie, ces ruptures indiquent qu'il y a eu depuis le début de 2020 des événements qui ont créé plus de variabilité dans l'évolution du taux mensuel de visites aux urgences en raison d'idéation suicidaire qu'en 2019.

Une analyse visuelle des figures 4 et 5 indique qu'il y a eu une baisse importante du taux mensuel de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires durant les premiers mois de la pandémie (mars à mai 2020) alors que des mesures sanitaires importantes sont mises en place (confinement, distanciation sociale) et que l'ensemble des visites aux urgences diminue (figure 3). En mai 2020, il y a une reprise progressive des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires, coïncidant avec un assouplissement des mesures de santé publique mise en place.

De décembre 2020 à janvier 2021, un deuxième creux est observé pour les taux mensuels de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide et d'idées suicidaires (figures 4 et 5). Durant cette période, plusieurs régions sociosanitaires passent à un palier d'alerte supérieur et des restrictions supplémentaires sont mises en place. Les chiffres retrouvent ensuite peu à peu leurs niveaux prépandémiques.

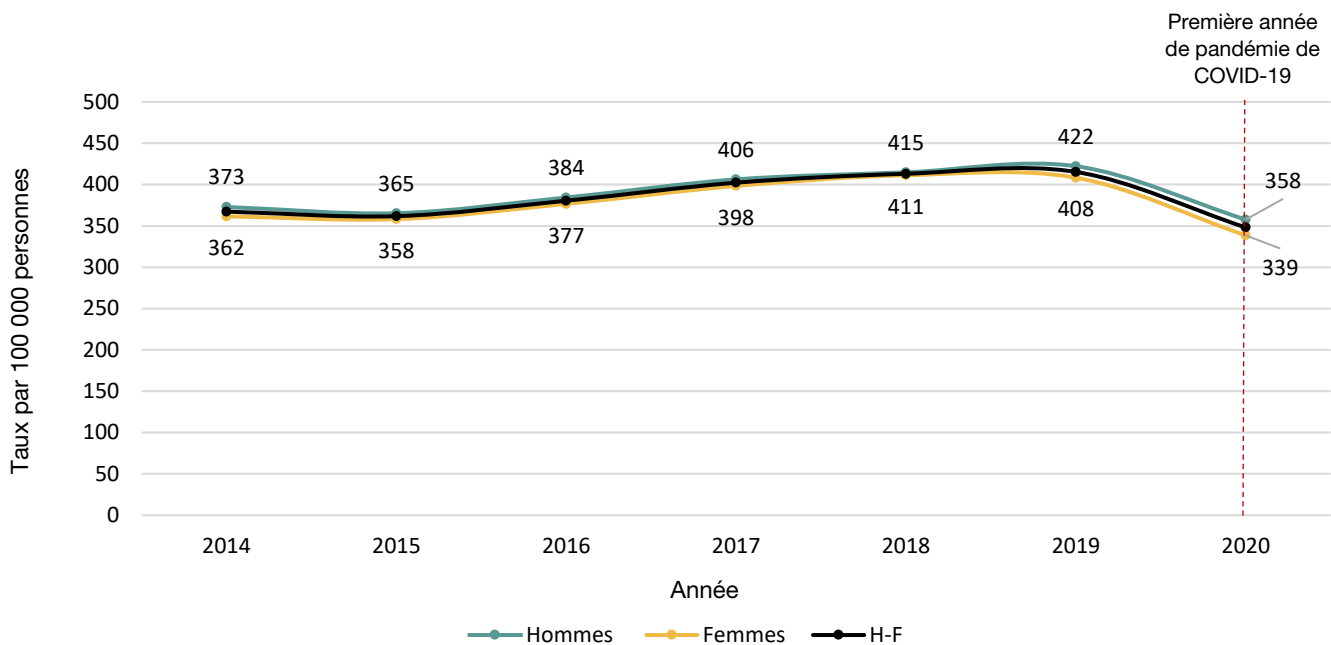
<sup>4</sup> <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>, site web mis à jour quotidiennement.

**Figure 1 Taux annuel de visites à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2020**



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2020 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

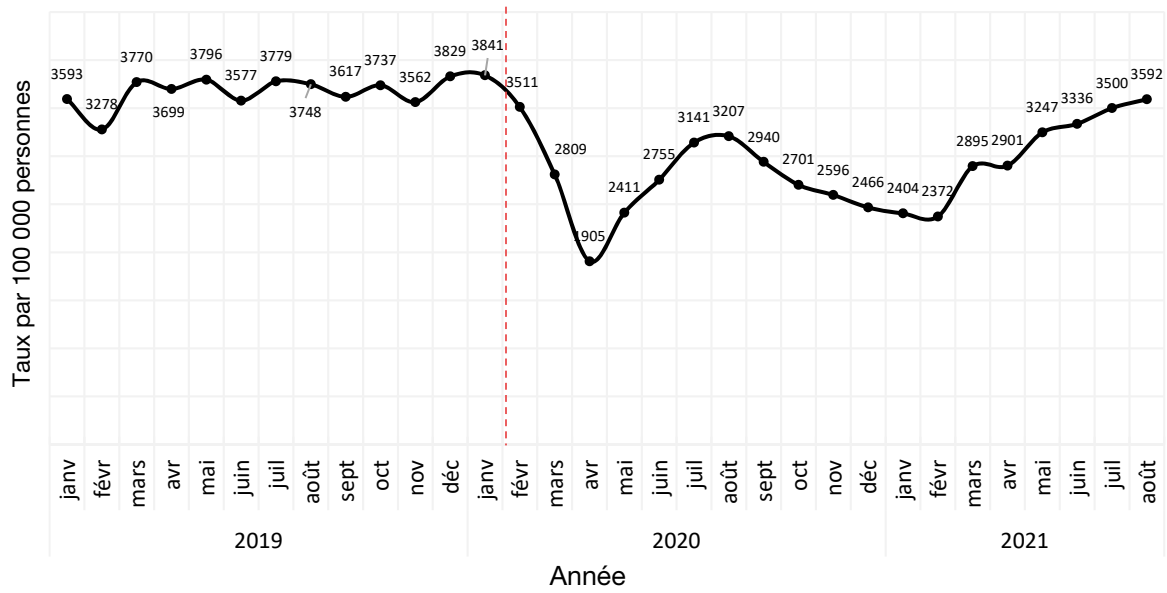
**Figure 2 Taux annuel de visite à l'urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2020\***



\* Les étiquettes de données H-F ne sont pas présentées sur le graphique en raison de l'espace trop restreint entre les courbes.

Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2020 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

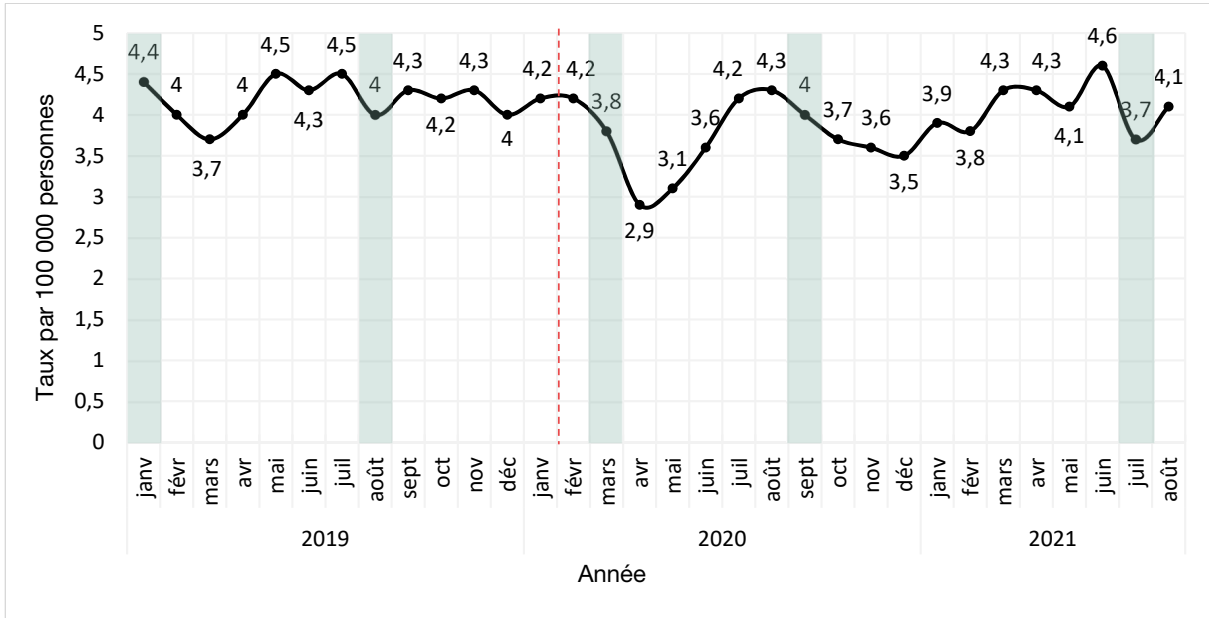
**Figure 3 Taux mensuel de visites aux urgences toutes raisons confondues, ensemble du Québec, janvier 2019 à août 2021**



----- Mois durant lequel les premiers cas de la COVID-19 se sont déclarés au Québec

Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2021 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 4 Taux mensuel de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, ensemble du Québec, janvier 2019 à août 2021\***

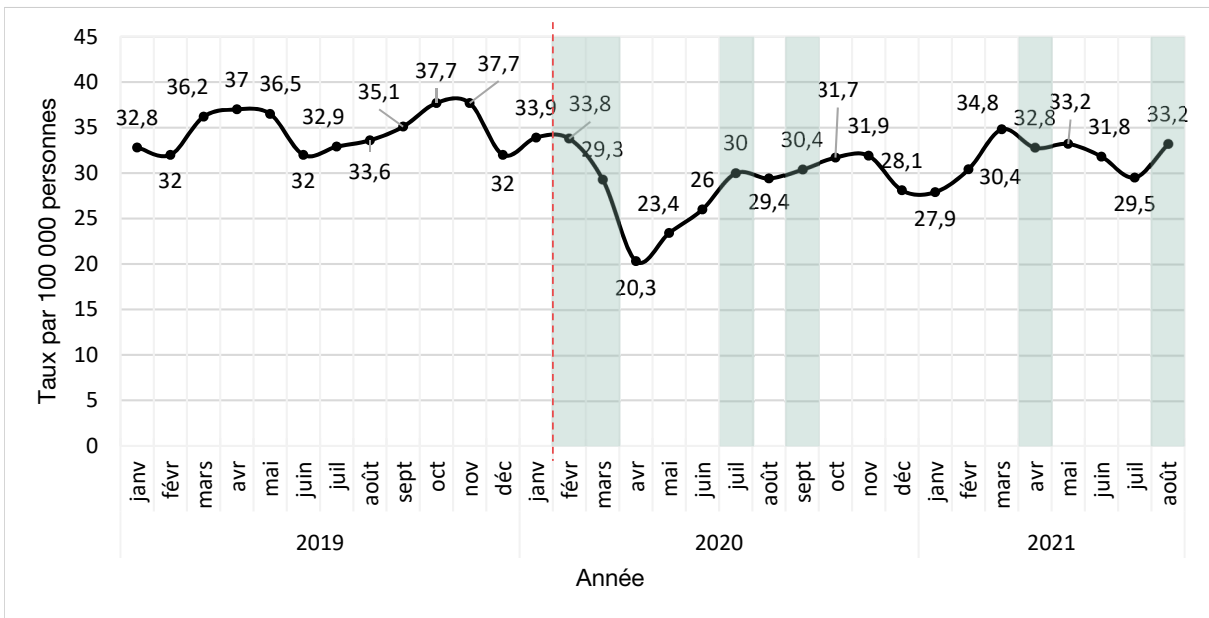


\* Les mois en vert indiquent que les analyses ont détecté une rupture dans le temps statistiquement significative.

----- Mois durant lequel les premiers cas de la COVID-19 se sont déclarés au Québec.

Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2021 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016

**Figure 5 Taux mensuel de visites aux urgences en raison d'idéations suicidaires, ensemble du Québec, janvier 2019 à avril 2021\***



\* Les mois en vert indiquent que les analyses ont détecté une rupture dans le temps statistiquement significative.

----- Mois durant lequel les premiers cas de la COVID-19 se sont déclarés au Québec.

Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2021 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.2 Caractéristiques des visites aux urgences en raison des comportements suicidaires

En 2019, les troubles de santé mentale et les problèmes psychosociaux (n = 151 251) représentaient environ 5 % de l'ensemble des visites aux urgences au Québec (n = 3 729 948). Parmi les raisons sous-jacentes à ces visites, 23 % étaient des idées suicidaires et 3 % des tentatives de suicide.

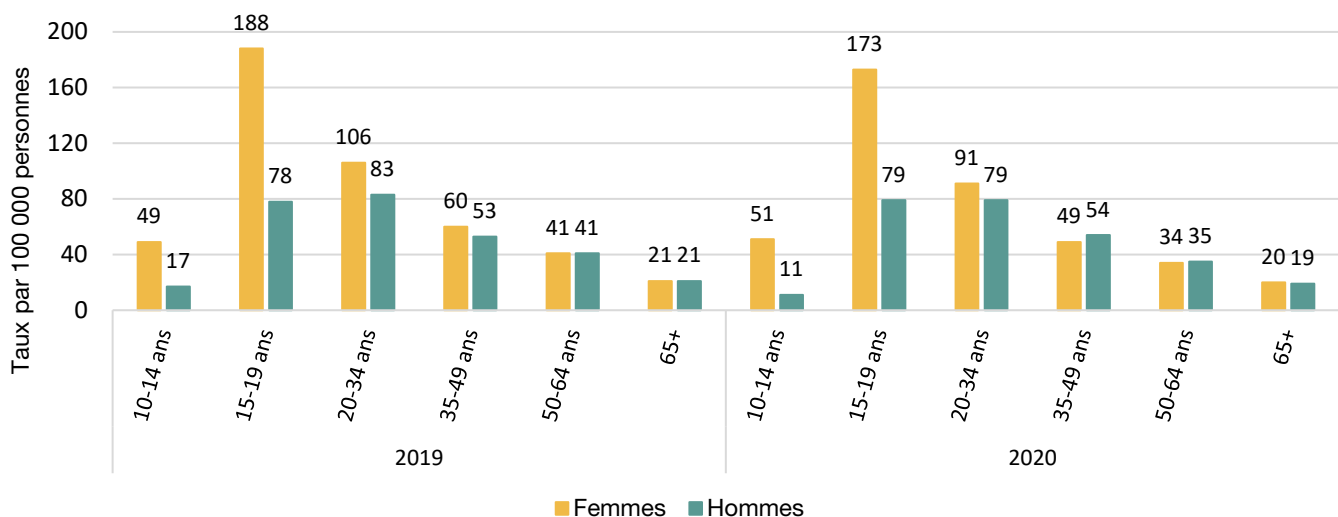
Les résultats sont similaires pour 2020. Les troubles de santé mentale et les problèmes psychosociaux (n = 129 727) représentaient environ 5 % de l'ensemble des visites aux urgences du Québec (n = 2 925 845). Parmi les raisons sous-jacentes à ces visites, 23 % étaient des idées suicidaires et 3 % des tentatives de suicide.

#### 3.2.1 DISTRIBUTION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Les figures 6 et 7 permettent d'examiner pour 2019 et 2020, le taux annuel de visites aux urgences du Québec pour des comportements suicidaires chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge. Ces figures permettent aussi de déterminer si la période de pandémie de la COVID-19 est associée à des changements de distribution pour les comportements suicidaires selon l'âge et le sexe. Distinctement, ce sont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui affichent le taux annuel le plus élevé, et ce autant pour les visites pour les tentatives de suicide (173/100 000 personnes en 2020) que pour les idées suicidaires (1 128/100 000 personnes en 2020).

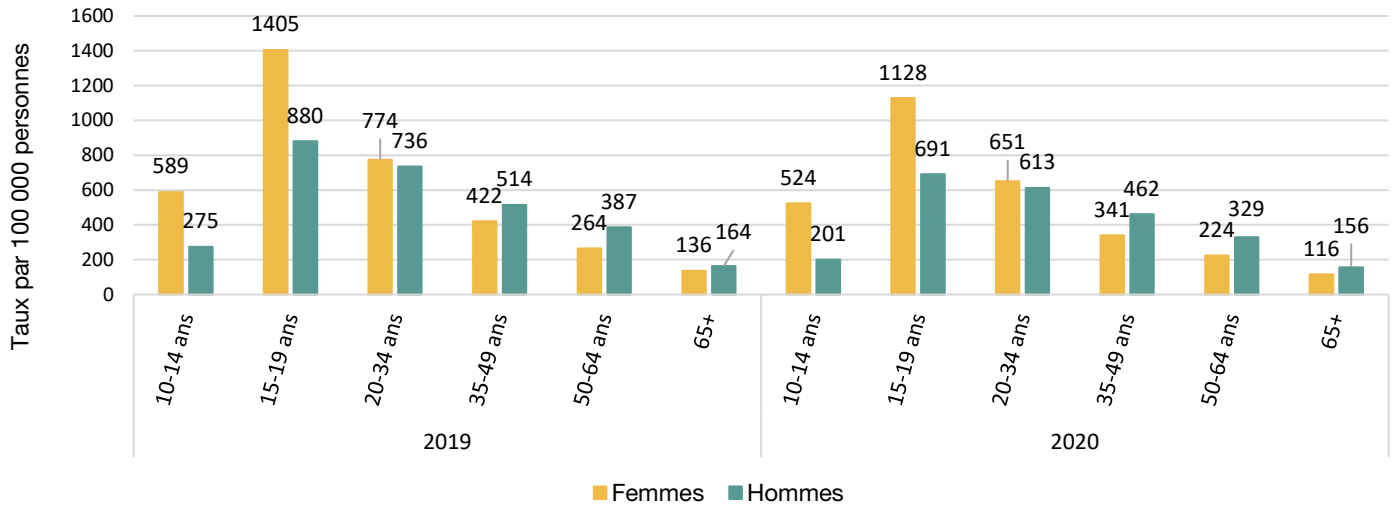
Le taux annuel de visites aux urgences pour des tentatives de suicide diminue avec l'âge pour les hommes et les femmes (2019 et 2020). Les écarts entre les sexes s'amenuisent et à partir de 50 ans, les taux annuels de visites aux urgences pour tentative de suicide chez les hommes et les femmes sont similaires. Pour les idées suicidaires, les hommes de 35 ans et plus présentent des taux annuels de visites aux urgences supérieurs à celui de femme.

**Figure 6 Taux annuel de visites à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes selon l'âge, ensemble du Québec, 2019-2020**



Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2020 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 7 Taux annuel de visites à l'urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes selon l'âge, ensemble du Québec, 2019-2020**



Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2020 / MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.2.2 GRAVITÉ DES VISITES AUX URGENCES EN RAISON DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Pour les visites aux urgences en raison de comportements suicidaires, la proportion de personnes dont la condition de santé représente une menace pour leur vie (niveau 2, voir annexe B) est beaucoup plus élevée que ce qui est observé pour l'ensemble des visites aux urgences (tableau 1). En 2020, cette proportion est de 68 % pour les visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide et de 43 % pour les idées suicidaires, comparativement à 11 % pour les visites aux urgences toutes raisons confondues.

Les comparaisons entre 2019 et 2020 indiquent que la pandémie n'a pas changé la répartition pour la sévérité des visites aux urgences et ce, autant pour l'ensemble des visites que celles en raison de comportements suicidaires.

### 3.2.3 DISTRIBUTION DES VISITES AUX URGENCES POUR COMPORTEMENTS SUICIDAIRES SELON L'ORIENTATION DE DÉPART

Lors de la fin de l'épisode de soin aux urgences, l'état de santé de l'utilisateur peut nécessiter un transfert dans un centre hospitalier. Pour l'ensemble des visites aux urgences, 13 % des usagers ont été transférés en 2020 (tableau 2). Chez les personnes aux urgences en raison de comportements suicidaires, cette proportion est beaucoup plus élevée. Elle est de 26 % chez les personnes aux urgences en raison d'une tentative de suicide et de 21 % chez celles présentées en raison d'idées suicidaires.

Les résultats pour l'année 2019 indiquent que la pandémie n'est pas associée à un changement dans la répartition pour l'orientation de départ, et ce, autant pour l'ensemble des visites aux urgences que celles en raison de comportements suicidaires.

**Tableau 1 Proportion (%) des visites aux urgences selon le niveau de priorisation de la prise en charge, ensemble du Québec, 2019 et 2020**

Niveaux de priorisation selon l'ETG*	Raison de la visite											
	Toutes raisons confondues				Tentatives de suicide				Idées suicidaires			
	2019		2020		2019		2020		2019		2020	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Niveau 1 — Réanimation	31 928	(1)	27 340	(1)	89	(2)	85	(2)	69	(0)	55	(0)
Niveau 2 — Très urgent	405 212	(11)	324 471	(11)	2875	(67)	2 593	(68)	14 769	(42)	12 751	(43)
Niveau 3 — Urgent	1 264 782	(34)	1 031 155	(35)	914	(21)	840	(22)	15 532	(44)	13 039	(44)
Niveau 4 — Moins urgent	1 403 434	(38)	1 079 380	(37)	365	(9)	301	(8)	3951	(11)	3 289	(11)
Niveau 5 — Non urgent	617 620	(17)	458 044	(16)	21	(1)	24	(1)	914	(3)	593	(2)
<b>Total</b>	<b>3 722 976<sup>a</sup></b>	<b>(100)</b>	<b>2 920 391<sup>b</sup></b>	<b>(100)</b>	<b>4264</b>	<b>(100)</b>	<b>3843<sup>c</sup></b>	<b>(100)</b>	<b>35 235</b>	<b>(100)</b>	<b>29 727</b>	<b>(100)</b>

\* ETG : Échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence.

<sup>a</sup> 6972 données manquantes.

<sup>b</sup> 5454 données manquantes.

<sup>c</sup> 1 donnée manquante.

Sources : MSSS, SIGDU, 2019 à 2020.

**Tableau 2 Proportion (%) des visites aux urgences selon l'orientation de départ, ensemble du Québec, 2019 et 2020**

Orientation de départ	Raison de la visite											
	Toutes raisons confondues				Tentatives de suicide				Idées suicidaires			
	2019		2020		2019		2020		2019		2020	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Retour à domicile	2 623 290	(70)	2 051 306	(70)	2435	(57)	2129	(55)	22 966	(65)	18 909	(64)
Transfert en CH	437 452	(12)	379 130	(13)	1118	(26)	1013	(26)	7234	(20)	6414	(21)
Autres*	669 206	(18)	495 408	(17)	711	(17)	702	(18)	5035	(15)	4404	(15)
<b>Total</b>	<b>3 729 948</b>	<b>(100)</b>	<b>2 925 843<sup>a</sup></b>	<b>(100)</b>	<b>4264</b>	<b>(100)</b>	<b>3844</b>	<b>(100)</b>	<b>35 235</b>	<b>(100)</b>	<b>29 727</b>	<b>(100)</b>

\* Incluant les transferts autres qu'en centres hospitaliers, les décès, les départs avant prise en charge, les réorientations et les références.

<sup>a</sup> 2 données manquantes.

Sources : MSSS, SIGDU, 2019 à 2020.



## 4 Discussion

### 4.1 Tendance pré-pandémique des visites aux urgences pour des comportements suicidaires

Alors que les visites aux urgences en raison de tentatives de suicide sont en baisse, celles en raison d'idées suicidaires sont en augmentation durant la période de référence (2014-2019). Les raisons pouvant expliquer cette différence entre les deux tendances sont probablement multiples. Il est possible que l'augmentation des consultations aux urgences en raison d'idées suicidaires soit le reflet d'une sensibilisation accrue à chercher de l'aide chez les personnes qui vivent une crise et que cela se traduise également par une diminution des tentatives de suicide. Dans ce contexte, des interventions en prévention du suicide dans les urgences du Québec doivent être maintenues, voire renforcées, car elles permettent de cibler spécifiquement les personnes qui ont des comportements suicidaires et offrent une prise en charge directe par le personnel soignant.

### 4.2 Impact de la pandémie de la COVID-19 sur les visites aux urgences en raison de comportements suicidaires

Les résultats de la vigie suggèrent que les visites aux urgences liées aux comportements suicidaires ont diminué au Québec pendant l'épidémie de COVID-19. Des résultats similaires ont été observés dans les urgences d'autres pays (10-12). Deux hypothèses pourraient expliquer ce phénomène. Il est possible qu'il y ait eu une réelle réduction des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Cependant, il est plus vraisemblable que les idées suicidaires et les tentatives de suicide soient restées inchangées, mais que les diverses craintes liées à la pandémie et les mesures sanitaires mises en place aient découragé les personnes de visiter les urgences (7). Étant donné que les visites aux urgences toutes causes confondues ont également diminué et que les études indiquent que le fardeau des troubles mentaux augmente en raison de la pandémie, la deuxième hypothèse semble plus probable (10). La mise à jour annuelle du portrait sur le suicide au Québec pourra aider à mieux comprendre les effets de la pandémie sur certains comportements suicidaires lorsque les données pour la période 2020-2021 du fichier des décès seront disponibles.

Les données de cette étude ne permettent pas de savoir si les personnes avec des comportements suicidaires ont réussi à trouver du soutien et de l'aide ailleurs que dans les urgences du Québec. Les médias sociaux rapportent toutefois plus d'appels à l'aide dans les centres de prévention du suicide durant la pandémie de la COVID-19 (16,17). Le MSSS rapporte également plus d'appels sur la ligne 1-866 APPELLE.

Les résultats de ce rapport indiquent que le taux mensuel de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires remonte rapidement après les périodes de restrictions sanitaires associées aux différentes vagues de la COVID-19, plus rapidement que pour l'ensemble des visites aux urgences. Dans ce contexte, il semble que l'accès aux services d'urgences en raison de crise suicidaire soit resté un besoin tout au long de la pandémie (mars 2020 à août 2021).

### 4.3 Caractéristiques des personnes aux urgences pour comportements suicidaires

#### 4.3.1 DISTRIBUTION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Les analyses réalisées à partir du SIGDU indiquent que les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont le groupe d'âge ayant le plus consulté les urgences en raison de crises suicidaires (idéations et tentatives). Elles constituent aussi le groupe avec le taux annuel d'hospitalisation pour tentatives de suicide le plus élevé (15). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette surreprésentation. Il est possible que ce groupe vive plus de crises nécessitant une prise en charge dans les urgences du Québec ou que la détresse et les propos suicidaires des filles soient plus facilement perçus par leurs proches et le milieu de santé. Il se peut également que ce groupe soit davantage soutenu par leurs proches et conduit plus rapidement aux urgences lorsque ces crises se manifestent (19-21).

Bien que les visites aux urgences pour tentatives de suicide soient plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes, il est important de noter qu'avec l'avancement en âge l'écart entre les deux groupes s'amenuise et que les hommes deviennent tout aussi à risque de visiter les urgences pour des tentatives de suicide. Cette répartition s'observe autant en 2019 et qu'en 2020, sans changements apparents associés à la pandémie de COVID-19.

Les visites aux urgences pour idéations suicidaires semblent suivre une tendance légèrement différente. Elles sont globalement plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, chez les adolescents plus spécifiquement, les jeunes femmes sont plus susceptibles de faire une visite aux urgences que les jeunes hommes. Après 35 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se présenter aux urgences pour des idéations suicidaires. Cette tendance est similaire en 2019 et 2020, sans changements apparents associés à la COVID-19.

#### 4.3.2 GRAVITÉ DES VISITES AUX URGENCES EN RAISON DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Le triage aux urgences permet de constater que l'état de santé des personnes avec des comportements suicidaires nécessite souvent une prise en charge rapide. Près de 70 % des personnes se présentant aux urgences en raison d'une tentative de suicide et 42 % en raison d'idée suicidaire sont triées aux niveaux 1 ou 2, ce qui indique que l'intégrité de leur état de santé est menacée et qu'une intervention rapide est nécessaire.

Les données n'indiquent pas de variation dans la priorisation des patients ni dans l'orientation de départ entre 2019 et 2020, suggérant que le patron de visites aux urgences pour comportements suicidaires n'a pas significativement changé avec la pandémie de COVID-19.

#### 4.4 Forces et limites de l'exploitation du SIGDU pour la vigie sur les comportements suicidaires

L'exploitation du Système d'information de gestion des urgences (SIGDU) dans un contexte de vigie présente des avantages importants. Premièrement, elle permet d'approfondir nos connaissances sur les comportements suicidaires (notamment les idées suicidaires) et elle est complémentaire aux bases de données déjà exploitées à l'INSPQ pour la surveillance du suicide au Québec<sup>5</sup>.

Deuxièmement, l'exploitation du SIGDU permet de connaître en temps réel la demande dans les urgences pour des soins en raison de comportements suicidaires et de suivre les variations soudaines qui peuvent survenir dans le temps.

Troisièmement, le SIGDU permet d'examiner l'utilisation des services de santé, et ce, pour l'ensemble de la population. Les études basées sur des données populationnelles constituent un élément important de preuves pour les décideurs en santé publique. Elles peuvent être utilisées pour évaluer l'ampleur d'un problème de santé, identifier les personnes à risque et évaluer l'efficacité des interventions en matière de politique de santé.

Quelques limites du SIGDU sont aussi à mentionner. Les personnes qui se présentent aux urgences à la suite d'idéations suicidaires ou d'une tentative de suicide ne représentent qu'une petite proportion des personnes qui ont des comportements suicidaires. L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008 révèle entre autres que seulement la moitié des personnes qui rapportent avoir eu des idéations suicidaires déclarent avoir consulté un professionnel de la santé à ce sujet.

La codification des comportements suicidaires dans le SIGDU est une autre limite. Contrairement à d'autres traumatismes ou problèmes de santé très spécifique, les comportements suicidaires et plus précisément les idéations suicidaires sont parfois difficiles à identifier. Dans ces circonstances, il est possible que la codification des cas avec ces problématiques ait été saisie sous une autre raison en lien avec la santé mentale telle que dépression ou anxiété. De plus, comme mentionnés précédemment, les cas d'automutilation n'ont pas été pris en considération bien qu'ils soient inclus dans la définition adoptée par l'INSPQ pour les idéations suicidaires.

Finalement, pour cette étude, seule l'année 2019 a été prise en considération comme période de comparaison pré-pandémique. Bien que les taux mensuels de visites aux urgences en raison de comportements suicidaires en 2019 ressemblent aux taux observés entre 2014 et 2018 (voir annexe B), des analyses supplémentaires prenant en considération l'ensemble la période pré-pandémique pourrait être réalisée.

<sup>5</sup> MED-ÉCHO (MSSS) pour les hospitalisations en raison d'une tentative de suicide. Fichier des décès et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour les décès par suicide.

## 5 Conclusion

Les urgences du Québec sont un accès important pour recevoir des services de santé lors de crise suicidaire. En effet, en 2019, 4 264 personnes ont consulté en raison d'une tentative de suicide et 35 235 en raison d'idées suicidaires.

La pandémie de la COVID-19 semble avoir un effet dissuasif sur les visites aux urgences à certaines périodes de 2020-2021. Dans ces circonstances, est-ce que les personnes qui utilisent cet accès de santé lors de crises suicidaires ont reçu ailleurs les soins nécessaires pour passer à travers cette crise ? Pour répondre à cette question, il pourrait être pertinent dans une prochaine étape d'interroger les centres d'appels et les organismes communautaires œuvrant pour la prévention du suicide. Pour l'instant, plusieurs études indiquent que le nombre de suicides n'a pas augmenté durant la pandémie (18). Les interventions axées sur la santé mentale et la prévention du suicide mises en place par les instances gouvernementales telles que des fiches-conseils pour affronter sagement les événements entourant l'épidémie de la COVID-19 ou l'élaboration de pistes d'actions pour prévenir la violence conjugale durant le confinement pourraient avoir aidé les personnes en situation de vulnérabilité. Des études indiquent également que dans certains contextes, il y a eu un renforcement du noyau familial et communautaire durant la pandémie, ce qui a pu contribuer à soutenir les personnes avec des comportements suicidaires. De plus, les intervenants en prévention du suicide signalent que les centres de crise ont été beaucoup sollicités durant la pandémie et qu'ils ont contribué à soutenir la population dans les moments difficiles (16,17).

Bien que plusieurs alternatives aux urgences contribuent à soutenir la population québécoise lors de crises suicidaires, il est nécessaire de maintenir le soutien en santé mentale pour ceux et celles qui préconisent cet accès. Il est important que la population sache que des mesures de prévention et de contrôle des infections sont en place dans ces milieux pour assurer la sécurité, que les services en santé mentale sont disponibles malgré la pandémie et qu'il ne faut pas hésiter à se rendre à l'hôpital lorsqu'une personne est en détresse.

Il est fort possible que les impacts de la COVID-19 sur les comportements suicidaires et l'utilisation des services se manifestent plusieurs mois après la fin de la période la plus critique de la pandémie. Dans cette perspective, il serait souhaitable de maintenir dans les prochaines années des activités de vigie et de surveillance soutenue de l'évolution des décès par suicide, mais aussi des visites aux urgences pour tentatives de suicide ou idéations suicidaires au Québec, et ce, dans le but de comprendre les conséquences à long terme de la pandémie et mettre en place des mesures plus réactives de soutien (7,11).

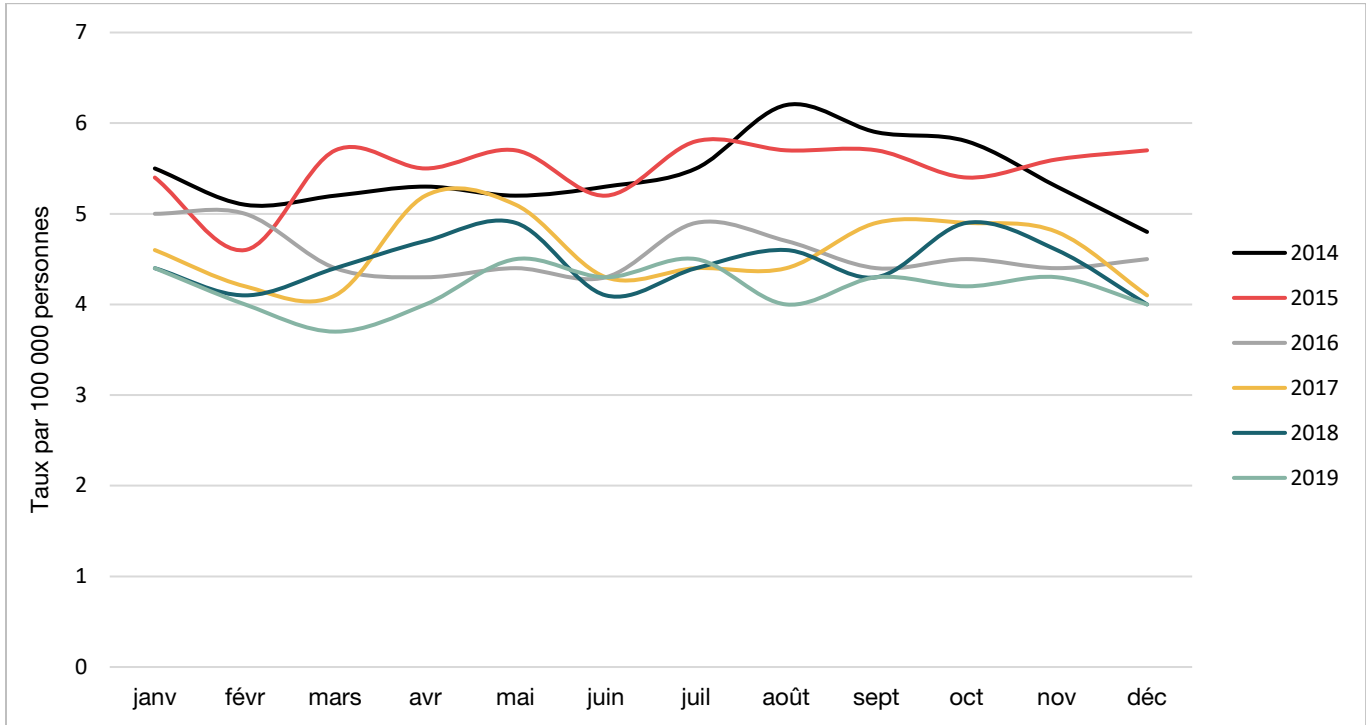
## Références

1. World Health Organization. Mental health and COVID-19. [En ligne]. 2020. Disponible : <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>
2. Levesque P, Roberge M-C. Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 2020;17.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 14 mars 2020;395(10 227):912-20.
4. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav*. 2020;4(5):460–471.
5. Levesque P, Pelletier É, Perron P-A. Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2020 p. 25.
6. MSSS. Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences (SIGDU). Direction générale des services de santé et; avr 2021 p. 157.
7. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. Genève : Organisation mondiale de la santé; p. 93.
8. [En ligne]. INSPQ. Rapport québécois sur la violence et la santé; [cité le 12 oct 2021]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebécois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/definitions>
9. Cleveland RB, Cleveland WS, McRae JE, Terpenning I. STL : A seasonal-trend decomposition. *J Stat*. 1990;6(1):3–73.
10. Haynes K, Fearnhead P, Eckley IA. A computationally efficient nonparametric approach for changepoint detection. *Stat Comput*. 2017;27(5):1293–1305.
11. Carrasco JP, Herraiz B, Sanchez LO, Luengo A, Fusalba OR, Aguilar EJ. COVID-19 lockdown influence in the psychiatric emergencies: Drastic reduction and increase in severe mental disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;14(2):117-8.
12. Ougrin D. Debate: Emergency mental health presentations of young people during the COVID-19 lockdown. *Child Adolesc Ment Health*. sept 2020;25(3):171-2.
13. Di Lorenzo R, Frattini N, Dragone D, Farina R, Luisi F, Ferrari S, et coll. Psychiatric Emergencies During the Covid-19 Pandemic: A 6-Month Observational Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 3 juin 2021;17:1763-78.
14. Hawton K, Casey D, Bale E, Brand F, Ness J, Waters K, et al. Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: Comparative trend analysis of hospital presentations. *J Affect Disord*. 2021;282:991–995.
15. Chen S, Jones PB, Underwood BR, Moore A, Bullmore ET, Banerjee S, et al. The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough, UK. *J Psychiatr Res*. déc 2020;131:244-54.
16. Paré, Isabelle. 20 % plus d'appels à l'aide dans les centres de prévention du suicide. *Le Devoir*. Octobre 2020;
17. Belisle, Alexie André. Hausse de l'anxiété dans la population, selon les centres de crise de l'Est-du-Québec. *Radio-Canada*. 8 juin 2020;
18. Pascale Levesque, Brian Mishara, Paul-André Perron. Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec; p. 51.
19. Kerr DCR, Preuss LJ, King CA. Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 1 févr 2006;34(1):99-110.

20. Vaux A. Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *J Soc Issues*. 1985;41(1):89-110.
21. Pikó B. Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *Br J Health Psychol*. 1998;3(4):333-44.
22. Plemmons G, Hall M, Doupnik S, Gay J, Brown C, Browning W, et coll. Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008–2015. :12.
23. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Trends in US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-inflicted Injury, 1993–2008. *Gen Hosp Psychiatry*. sept 2012;34(5):557-65.
24. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 1 juill 2021;8(7):579-88.
25. Niederkrotenthaler T, Gunnell D, Arensman E, Pirkis J, Appleby L, Hawton K, et al. Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*. 1 sept 2020;41(5):321-30.

# Annexe A Taux mensuel de visite à l'urgence pour tentatives de suicide, 2014 à 2019

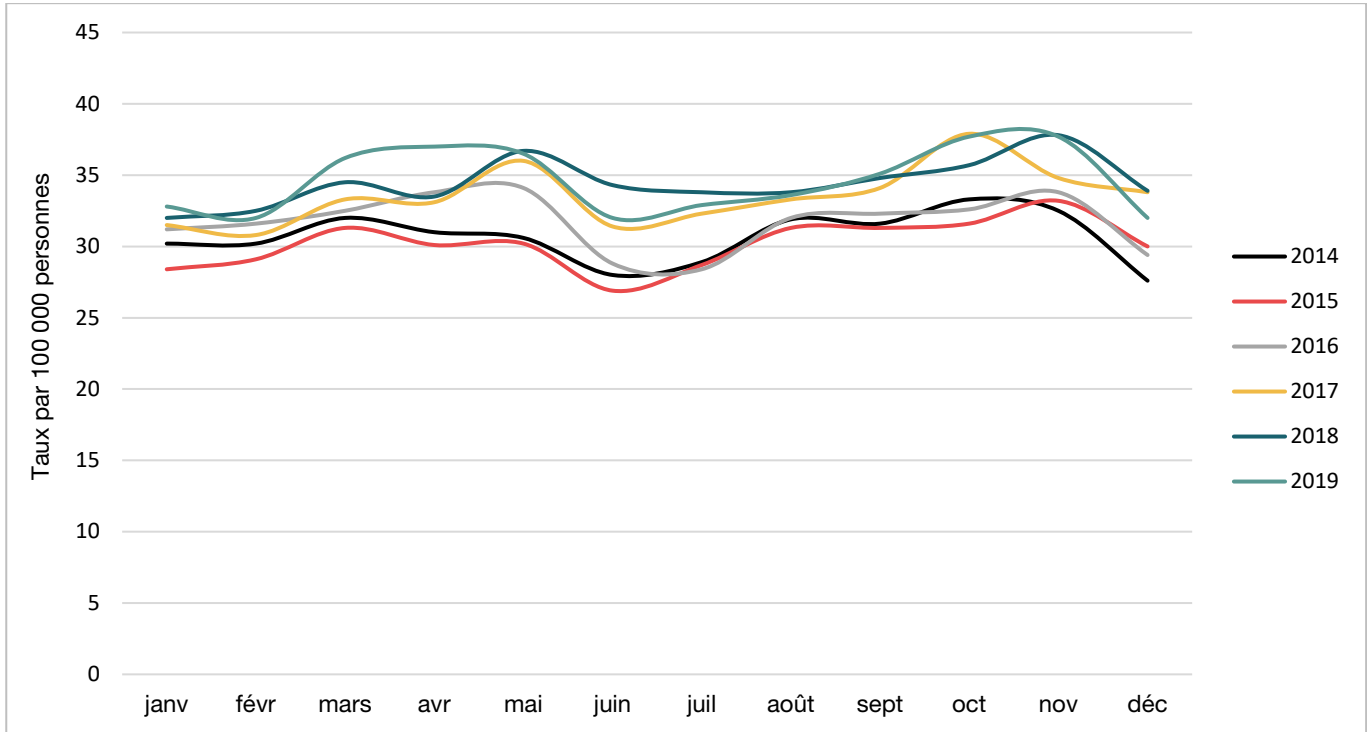
Taux mensuel de visite à l'urgence pour tentatives de suicide, 2014 à 2019



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2021/MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

## Annexe B Taux mensuel de visite à l'urgence pour idées suicidaires, 2014 à 2019

### Taux mensuel de visite à l'urgence pour idées suicidaires, 2014 à 2019



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2021/MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

## Annexe C Niveaux de priorisation selon l'ETG

Niveaux de priorisation selon l'ETG*	
Niveau 1 — Réanimation	La condition du patient représente une menace imminente pour sa vie et met sa survie en danger.
Niveau 2 — Très urgent	La condition du patient représente une menace potentielle pour sa vie.
Niveau 3 — Urgent	La condition du patient est liée à une maladie aiguë et sévère qui peut mettre sa vie en danger.
Niveau 4 — Moins urgent	La condition du patient est liée en une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie.
Niveau 5 — Non urgent	La condition du patient s'apparente à une maladie mineure ou chronique qui ne présente aucun risque de détérioration.

\* ETG : Échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence.

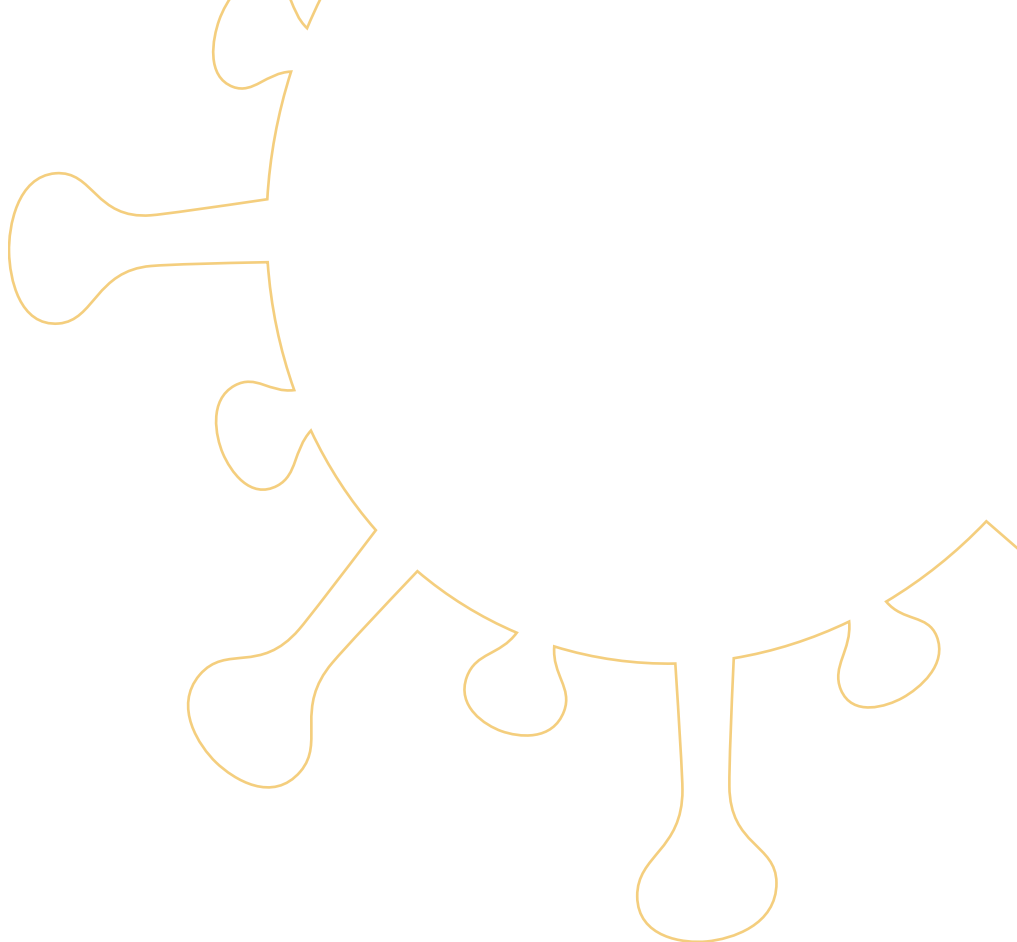
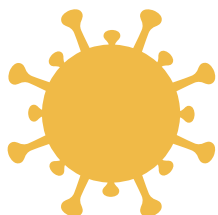
Le niveau gravité des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires a été estimé à l'aide de la variable priorité du triage et type d'orientation de l'utilisateur à son départ. Les personnes qui entrent aux urgences sont évaluées selon l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG). Cette échelle vise la priorisation de la prise en charge des patients en fonction du caractère urgent de leur état et l'intervention en temps opportun. L'échelle de triage comporte cinq niveaux, le premier étant le plus urgent et exige une réanimation tandis que le cinquième est non urgent et les risques de détérioration pour la santé sont nuls. L'assignation du niveau de triage est fondée sur la présentation usuelle d'un problème clinique particulier, mais elle n'est pas entièrement déterminée par les symptômes du patient.

L'expérience et l'intuition du professionnel (est-ce que le patient a l'air malade ?) ainsi que d'autres informations qui sont des indices de gravité (signes vitaux, échelle de douleur, symptômes associés) peuvent aussi contribuer à la prise de décision. La variable type d'orientation de l'utilisateur à son départ permet de savoir si l'état de santé de l'utilisateur à l'urgence nécessite une hospitalisation. Sans être une variable sur la gravité des blessures, cette variable indique que l'utilisateur nécessite des soins plus importants que ceux délivrés aux urgences ou une surveillance accrue de son état de santé.





Centre d'expertise  
et de référence



[www.inpsq.qc.ca](http://www.inpsq.qc.ca)

*Institut national  
de santé publique*

**Québec**

