

Portrait des comportements suicidaires chez les personnes âgées au Québec

SURVEILLANCE ET VIGIE

AVRIL 2025

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTRICES ET AUTEURS

Maude Gosselin, conseillère scientifique
Pascale Lévesque, conseillère scientifique
Mourad Dahhou, conseiller scientifique
Marc Simard, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Sonia Jean, coordonnatrice scientifique
Nicolas Ribes Turgeon, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Cécile Bardou, Université du Québec à Montréal
Geneviève Gariépy, Agence de la santé publique du Canada
Sylvie Lapierre, Université du Québec à Trois-Rivières
Isabelle Simard, Agence de la santé publique du Canada

RÉVISION

L'Institut national de santé publique désire remercier sincèrement la personne suivante qui a accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent document :

Gisèle Contreras, épidémiologiste
Agence de la santé publique du Canada

La réviseuse a été conviée à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en a pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et la réviseuse ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Isabelle Gagnon, agente administrative
Lyne Théorêt, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Besoin d'aide?

Si vous pensez au suicide ou vous vous inquiétez pour un ou une proche, des intervenants et intervenantes sont disponibles pour vous aider partout au Québec, 24/7.

Téléphone : 1 866 APPELLE (277-3553), Texto : #535 353

Clavardage, informations et outils : www.suicide.ca

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 écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-01125-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Ce rapport de surveillance situe les comportements suicidaires des personnes âgées dans le contexte global de la population adulte du Québec; analyse les tendances à long terme des suicides et des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées; et en brosse un portrait actuel selon diverses caractéristiques sociodémographiques.

Il a été élaboré par une équipe interne à l'INSPQ en collaboration avec plusieurs expertes et experts provenant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) et du milieu universitaire. Il vise à répondre à des besoins de surveillance des comportements suicidaires dans le contexte du vieillissement de la population à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce document s'adresse aux intervenantes et intervenants en prévention du suicide et promotion de la santé, aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, aux décisionnaires de santé publique, de même qu'à la population en général.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VI
MESSAGES CLÉS.....	1
1 SOMMAIRE	2
1.1 Contexte du projet.....	2
1.2 Objectif.....	2
1.3 Données et méthodes	2
1.4 Principaux constats	3
1.5 Conclusion.....	4
2 INTRODUCTION	5
3 DONNÉES ET MÉTHODES	7
3.1 Sources des données et population.....	7
3.2 Définition des cas de suicide et d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide	7
3.3 Variables descriptives	8
3.4 Analyses statistiques	9
3.4.1 Mesures de fréquence	9
3.4.2 Tests statistiques des caractéristiques sociodémographiques des comportements suicidaires (objectifs 1 et 3).....	10
3.4.3 Analyse des tendances des taux (objectif 2)	11
3.4.4 Seuil de signification statistique et intervalles de confiance.....	11
3.4.5 Analyses supplémentaires des années prépandémiques et pandémiques	11
4 RÉSULTATS.....	12
4.1 Objectif 1 : Les personnes âgées parmi les adultes.....	12
4.1.1 Les suicides	12
4.1.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide	15
4.2 Objectif 2 : Les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées à travers le temps	17
4.2.1 Les suicides	17
4.2.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide	19

4.3	Objectif 3 : Portrait actuel des suicides chez les personnes âgées selon diverses caractéristiques sociodémographiques (2017-2021) et des moyens utilisés pour s'enlever la vie (2010-2021).....	20
4.3.1	Les suicides selon les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence.....	20
4.3.2	Les suicides selon la zone géographique de résidence.....	22
4.3.3	Les moyens utilisés pour s'enlever la vie	23
4.4	Analyses supplémentaires des années prépandémiques et pandémiques.....	28
5	DISCUSSION.....	29
6	CONCLUSION.....	34
7	RÉFÉRENCES.....	35
	ANNEXE : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES	40

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Nombre total et taux de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2017-2021.....	14
Tableau 2	Nombre total et taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2018-2022	16
Figure 1	Répartition et nombre de suicides selon l'âge pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, sexes réunis, 2021	12
Figure 2	Taux de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2017-2021	14
Figure 3	Répartition et nombre d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon l'âge pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, sexes réunis, 2022	15
Figure 4	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2018-2022	16
Figure 5	Taux ajusté de suicide selon le sexe et la période pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 1981-1983 à 2020-2021	18
Figure 6	Taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et l'année pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2008 à 2022	19
Figure 7	Taux ajusté de suicide selon le sexe et l'indice de défavorisation matérielle du territoire de résidence pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021	20
Figure 8	Taux ajusté de suicide selon le sexe et l'indice de défavorisation sociale du territoire de résidence pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021	21
Figure 9	Taux ajusté de suicide selon la zone géographique de résidence et le sexe pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021	22
Figure 10	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie selon le sexe pour l'ensemble des suicides chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021	23

Figure 11	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sous-groupe d'âge pour l'ensemble des suicides chez les hommes âgés de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021	24
Figure 12	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sous-groupe d'âge pour l'ensemble des suicides chez les femmes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021	25
Figure 13	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par zone géographique de résidence pour l'ensemble des suicides chez les hommes âgés de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021	27

MESSAGES CLÉS

Les comportements suicidaires dans la population générale font l'objet d'une surveillance régulière à l'échelle provinciale. Ce rapport se concentre sur les suicides et les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ce groupe a généralement été moins étudié quant aux comportements suicidaires, comparativement aux groupes plus jeunes, et forme une part grandissante de la population en raison du vieillissement démographique.

Le suicide chez les personnes âgées au Québec

- En 2021, 224 personnes âgées de 65 ans et plus se sont enlevé la vie, équivalent à près du quart de l'ensemble des suicides chez les adultes de 20 ans et plus. Leur taux de suicide ajusté s'élève à 13,4 suicides par 100 000 personnes au cours des années 2020-2021.
- Le taux de suicide des femmes âgées semble être demeuré stable au cours des quarante dernières années, alors que celui des hommes âgés a connu une baisse. Avec le vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes de 65 ans et plus qui s'enlèvent la vie est toutefois à la hausse.
- Le taux de suicide des hommes âgés est plus élevé que celui des femmes du même âge. Généralement, le taux de suicide des hommes de 65 ans et plus est supérieur à celui des jeunes hommes de 20-34 ans. Une analyse plus détaillée laisse voir des constats spécifiques aux sous-groupes d'âge qui composent ces populations.
- Le taux de suicide est plus élevé chez les hommes âgés qui résident dans des territoires défavorisés sur les plans social et matériel. Le taux de suicide est aussi plus élevé chez les femmes âgées qui résident dans des territoires défavorisés sur le plan social.
- Le taux de suicide est plus haut chez les hommes âgés vivant en milieu rural que chez ceux vivant en milieu urbain.

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées au Québec

- En 2022, 461 hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide (16,1 %) étaient observées chez les personnes âgées.
- Au cours de la vingtaine, les femmes se démarquent par un taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide considérablement plus élevé que celui des hommes, alors que les taux sont similaires chez les hommes et les femmes de 65 à 84 ans. Chez les personnes de 85 ans et plus, le taux des hommes est plus haut que celui des femmes.
- Au cours des 14 dernières années, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées semble avoir augmenté, passant de 16,0 hospitalisations par 100 000 personnes en 2008 à 25,5 en 2022.

1 SOMMAIRE

1.1 Contexte du projet

Le Québec a connu une baisse importante des suicides au cours des dernières décennies. Toutefois, cette baisse n'est pas répartie uniformément selon le sexe et le groupe d'âge. Le taux de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sexes réunis, ne semble pas avoir diminué depuis plusieurs années alors que cette population cumule actuellement plus de 200 suicides annuellement. Avec le vieillissement de la population au Québec, si leur taux de suicide reste à leur niveau actuel, une hausse importante du nombre absolu de suicides chez les personnes âgées est à prévoir. Alors que l'âgisme (discrimination fondée sur l'âge) peut nuire de diverses façons à la santé des personnes âgées, il semble que l'attention portée à la prévention du suicide dans cette population soit plus limitée par rapport à d'autres groupes d'âge (p. ex., en recherche scientifique).

1.2 Objectif

Ce rapport vise à brosser le portrait des comportements suicidaires (suicides et hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide) chez les personnes âgées de 65 ans et plus du Québec en répondant aux objectifs suivants :

1. Situer les comportements suicidaires des personnes âgées dans le contexte global de la population adulte du Québec;
2. Analyser les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées à travers le temps selon le sexe;
3. Brosse un portrait général actuel des suicides et des moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées selon des sous-groupes d'âge, le sexe, la zone géographique de résidence et la défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence.

1.3 Données et méthodes

Les suicides ont été répertoriés à partir de la variable de cause initiale de décès retrouvée dans le fichier des décès du Registre des événements démographiques du Québec pour une période d'analyse s'étendant de 1981 à 2021, soit toute la période couverte par cette source de données. Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été répertoriées à l'aide du code de cause externe de traumatisme à partir du système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour une période d'analyse s'étendant de 2008 à 2022.

Pour situer les comportements suicidaires des personnes âgées dans le contexte global de la population adulte du Québec (objectif 1), les adultes de 20 ans et plus ont été analysés. Pour l'analyse des tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées (objectif 2) et le portrait actuel des suicides chez les personnes âgées (objectif 3), seuls les individus de 65 ans

et plus ont été considérés. Les périodes utilisées varient selon les analyses et regroupent parfois plusieurs années de données ensemble (p. ex., 2017-2021).

Les comportements suicidaires ont été analysés en fonction de la période, l'âge (65 ans et plus ou 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 ans et plus), le sexe, la zone géographique de résidence et les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence.

1.4 Principaux constats

Objectif 1 : Les personnes âgées parmi les adultes

- En 2021, 224 personnes âgées de 65 ans et plus se sont enlevé la vie, équivalent à près du quart de l'ensemble des suicides chez les adultes de 20 ans et plus. Leur taux de suicide ajusté s'élève à 13,4 suicides par 100 000 personnes au cours des années 2020-2021.
- Le taux de suicide des hommes âgés est plus élevé que celui des femmes du même âge. Généralement, le taux des hommes de 65 ans et plus est plus élevé que chez les jeunes hommes de 20-34 ans. Une analyse plus détaillée laisse voir des constats spécifiques aux sous-groupes d'âge qui composent ces populations.
 - Par exemple, dans la période regroupant les années 2017 à 2021, les hommes de 85 ans et plus ont présenté un taux de 25,8 suicides par 100 000 personnes alors que les jeunes hommes de 25-29 ans ont présenté un taux de 18,5 suicides par 100 000 personnes. La différence entre ces deux taux est très près d'être statistiquement significative.
- En 2022, 461 hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide (16,1 %) étaient observées chez les personnes âgées.
- Au cours de la vingtaine, les femmes se démarquent par un taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide considérablement plus élevé que celui des hommes, alors que les taux sont similaires chez les hommes et les femmes de 65 à 84 ans. Chez les personnes de 85 ans et plus, le taux des hommes est plus élevé que celui des femmes.

Objectif 2 : Les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées à travers le temps

- Le taux de suicide des femmes âgées semble être demeuré stable au cours des quarante dernières années, alors que celui des hommes âgés a connu une baisse. Avec le vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes de 65 ans et plus qui s'enlèvent la vie est toutefois à la hausse.
 - La baisse du taux observée chez les hommes âgés se résume à une diminution de 0,8 % par année en moyenne de 1981 à 2021. Toutefois, l'analyse visuelle de la tendance suggère que l'essentiel de la diminution semble s'être opéré vers le début des années 2000 et que le taux se caractérise par une plus grande stabilité au cours de la dernière décennie.

- Au cours des 14 dernières années, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées semble avoir augmenté, passant de 16,0 hospitalisations par 100 000 personnes en 2008 à 25,5 en 2022.
 - Cette tendance se résume à une hausse de 3,0 % par année en moyenne. Or, l'analyse visuelle de la courbe suggère que l'essentiel de la hausse semble s'être opéré dans la première moitié de la période analysée et que les taux se caractérisent par une plus grande stabilité depuis 2017. Les données des années à venir permettront de clarifier si les taux ont atteint un plateau ou s'ils continuent d'augmenter.

Objectif 3 : Portrait actuel des suicides chez les personnes âgées selon diverses caractéristiques sociodémographiques et des moyens utilisés pour s'enlever la vie

- Le taux de suicide est plus élevé chez les hommes âgés qui résident dans des territoires défavorisés sur les plans social et matériel. Le taux de suicide est aussi plus élevé chez les femmes âgées qui résident dans des territoires défavorisés sur le plan social.
- Le taux de suicide est plus haut chez les hommes âgés vivant en milieu rural que chez ceux vivant en milieu urbain.
- Chez les personnes âgées, les trois moyens les plus fréquemment utilisés pour s'enlever la vie sont : 1) la catégorie englobant la pendaison, la strangulation et l'asphyxie; 2) les armes à feu ou explosif; et 3) les intoxications par substances solides ou liquides. Toutefois, ces constats diffèrent selon le sexe et la fréquence d'utilisation de certains moyens fluctue avec l'avancement en âge chez les personnes âgées.

1.5 Conclusion

Les comportements suicidaires demeurent un enjeu de santé publique important dans la population âgée. Ce rapport a permis de mettre en évidence certains sous-groupes de personnes âgées présentant un taux de suicide plus élevé qui pourraient faire l'objet d'une surveillance épidémiologique accrue. Les analyses ont également permis d'établir les principaux moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées. En employant des sous-groupes d'âge plus précis pour caractériser la population hétérogène des personnes âgées, ce rapport permet de dégager des pistes pour mieux orienter les prochaines initiatives de prévention du suicide. Toutefois, de futures analyses sont à envisager.

Avec la légalisation de l'aide médicale à mourir au Québec en 2015 (1) et ses élargissements, d'autres enjeux émergent quant à son impact potentiel sur le suicide et sa prévention (2). Une analyse plus exhaustive des facteurs de risque des comportements suicidaires chez les personnes âgées au Québec est aussi nécessaire afin de clarifier les caractéristiques des sous-groupes à risque et ainsi, de déterminer les leviers d'action potentiels pour agir en prévention dans cette population.

2 INTRODUCTION

Le Québec a connu une baisse importante des suicides au cours des dernières décennies. Depuis le sommet atteint en 1999, le taux de suicide a chuté pour atteindre les niveaux les plus bas depuis 1981, soit la première année de la période d'observation (3). Les efforts déployés en prévention du suicide ont probablement contribué à ces améliorations, notamment la Stratégie québécoise d'action face au suicide (1998), ayant souligné les inquiétudes quant aux comportements suicidaires chez les jeunes. Toutefois, la baisse observée n'est pas répartie uniformément selon le sexe et le groupe d'âge. Par exemple, chez les hommes, cette diminution est plus importante chez les jeunes adultes et les adolescents, comparativement aux individus de 65 ans et plus. En effet, le taux de suicide chez les personnes âgées, sexes réunis, ne semble pas avoir diminué depuis plusieurs années alors que cette population cumule actuellement plus de 200 suicides annuellement, soit plus de 200 décès évitables.

Avec le vieillissement de la population au Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, estimée à près de 20 % en 2021 atteindra près de 25 % en 2030 (4). Dans ce contexte, le maintien des taux de suicide actuels dans cette population pourrait entraîner une hausse importante du nombre absolu de suicides chez les personnes âgées. Ceci souligne l'importance d'une surveillance accrue des suicides dans ce groupe d'âge. Le grand âge peut être accompagné de certains facteurs associés aux comportements suicidaires, incluant la détérioration de l'état de santé physique, les limitations fonctionnelles et l'isolement, pouvant être précipités par certains événements de vie (p. ex., passage à la retraite, deuil) (5,6). Par ailleurs, le haut niveau de létalité associé aux tentatives de suicide chez les personnes âgées peut limiter les fenêtres d'opportunités pour agir en prévention du suicide (7). Des données québécoises récentes (2015-2020) suggèrent que le ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers attribuables aux comportements suicidaires tend à changer au fil de l'âge. Ces données ont relevé un ratio de six hospitalisations et neuf visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide pour chaque suicide chez les adolescents (masculins) de 15-19 ans, mais un ratio d'aussi peu qu'une hospitalisation et une visite aux urgences attribuable aux tentatives de suicide pour chaque suicide chez les hommes âgés de 65 ans et plus (3).

Bien qu'il soit essentiel d'intensifier les efforts de prévention du suicide, il semble que l'attention portée à ce sujet chez les personnes âgées soit plus limitée par rapport aux groupes d'âge plus jeunes, notamment en ce qui concerne la recherche scientifique (8). Une attention ciblée sur ce groupe d'âge apparaît pourtant nécessaire étant donné que les initiatives en prévention du suicide chez les personnes âgées sont différentes de celles utilisées pour prévenir le suicide dans les autres groupes d'âge (8). De plus, l'âgisme, soit la discrimination fondée sur l'âge, doit être pris en compte lors de l'élaboration d'initiatives (7). Les croyances âgistes ont été associées à une moins bonne santé mentale et une diminution de la volonté de vivre chez les personnes âgées (9,10). Certaines études relèvent également une association entre l'âgisme et un accès plus limité aux soins de santé (11,12). L'âgisme semble perpétuer le mythe selon lequel les idées suicidaires sont une réaction normale au vieillissement (perpétué notamment chez les

professionnels (11,13,14)), alors que des études révèlent plutôt que le bien-être émotionnel s'améliore normalement avec l'âge (15,16).

La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte plusieurs cibles à atteindre d'ici 2026 (17). Notamment, la diminution de la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide, la diminution du taux de mortalité par suicide d'au moins 10 %, de même que la diminution du nombre de décès par suicide d'au moins 10 % (17). L'atteinte de ces cibles pourrait être facilitée par une surveillance accrue de la détresse et des comportements suicidaires chez les personnes âgées, qui représentent une part grandissante de la population et qui semblent avoir reçu moins d'attention dans le passé.

L'intérêt porté à la surveillance des comportements suicidaires chez les personnes âgées apparaît nécessaire et opportun. Le présent rapport vise à brosser le portrait des comportements suicidaires chez les personnes âgées (65 ans et plus) du Québec en répondant aux objectifs suivants :

1. Situer les comportements suicidaires des personnes âgées dans le contexte global de la population adulte du Québec;
2. Analyser les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées à travers le temps selon le sexe;
3. Brosse un portrait général actuel des suicides et des moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées selon des sous-groupes d'âge, le sexe, la zone géographique de résidence et la défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence.

3 DONNÉES ET MÉTHODES

3.1 Sources des données et population

Les suicides ont été répertoriés à partir du fichier des décès du Registre des événements démographiques du Québec pour une période d'analyse s'étendant de 1981 à 2021, soit toute la période couverte par cette source de données. La cause initiale du décès indiquée dans le Fichier des décès est codifiée selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) de 1981 à 1999 et selon la dixième révision (CIM-10) pour les années 2000 à 2021. Cette source répertorie les données des suicides des résidentes et résidents du Québec survenus à l'intérieur ou à l'extérieur de la province. Exceptionnellement, les événements des résidentes et résidents québécois survenus au Manitoba de 2013 à 2021 sont exclus. Ces décès représentent probablement un nombre très faible de suicides.

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été répertoriées à partir du système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) du MSSS pour une période d'analyse s'étendant de 2008 à 2022. Cette période a été choisie de façon à considérer toutes les années couvertes par la banque de données tout juste après le passage de la CIM-9 à la version canadienne de la CIM-10 (CIM-10-CA), en 2006. Cette banque de données intègre les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide des résidentes et résidents québécois, incluant celles ayant eu lieu dans les autres provinces canadiennes.

Pour situer les comportements suicidaires des personnes âgées dans le contexte global de la population adulte du Québec (objectif 1), les adultes de 20 ans et plus ont été analysés. Pour l'analyse des tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées (objectif 2) et le portrait général des suicides chez les personnes âgées (objectif 3), seuls les individus de 65 ans et plus ont été considérés.

3.2 Définition des cas de suicide et d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

À partir du fichier des décès mis à jour en mars 2024, les suicides ont été répertoriés à l'aide de la variable de cause initiale de décès. Les codes E950 à E959 ont été utilisés pour les années codifiées selon la CIM-9 et des codes X60 à X84 et Y87.0, pour les années codifiées selon la CIM-10. Un rapport émis par Statistique Canada indique que le passage de la CIM-9 à la CIM-10 le 1^{er} janvier 2000 n'a eu aucune incidence sur le nombre de suicides repérés (18). Les moyens utilisés pour s'enlever la vie, analysés pour la période regroupant les années 2010 à 2021, ont également été catégorisés à l'aide des codes CIM-10 de la façon suivante : intoxications par substances solides ou liquides (X60-X65 et X68-X69), intoxications aux gaz et aux émanations (X66-X67), pendaison, strangulation et asphyxie (X70), noyade (X71), armes à feu ou explosifs (X72-X75), instruments tranchants (X78), saut d'un lieu élevé (X80) et autres moyens (X76-X77, X79, X81-X84, Y87.0).

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été répertoriées à partir du fichier MED-ÉCHO mis à jour en novembre 2023. Les hospitalisations dont le code de cause externe de traumatisme prenait les valeurs X60 à X84 et Y87.0 et présentant un diagnostic de lésion traumatique compris parmi les valeurs S00-T77 ou T79 selon la CIM-10-CA ont été retenues. Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués à cette sélection (voir annexe).

3.3 Variables descriptives

À travers l'ensemble du rapport (objectifs 1, 2 et 3), les comportements suicidaires ont été analysés en fonction de plusieurs variables décrites ci-dessous, incluant la période, l'âge, le sexe, la zone géographique de résidence et les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence.

Période

Les périodes utilisées sont séparées en années civiles (1^{er} janvier au 31 décembre) et varient selon les analyses présentées. Celles visant à caractériser les comportements suicidaires chez les personnes âgées (objectif 3), notamment parmi les adultes (objectif 1), regroupent les cinq années les plus récentes disponibles (suicide : 2017 à 2021; tentative : 2018 à 2022). Ce regroupement d'années avait pour objectif de limiter l'imprécision statistique.

Exceptionnellement, différentes périodes ont été utilisées pour deux analyses : 1) le nombre de suicides et d'hospitalisations attribuables aux tentatives et leur répartition selon l'âge ont été présentés pour l'année la plus récente disponible (suicide : 2021; tentative : 2022) et 2) l'analyse des moyens utilisés pour s'enlever la vie a employé la période regroupant les années 2010 à 2021 afin de limiter d'autant plus l'imprécision statistique. L'analyse des tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées (objectif 2) s'échelonne de 1981 à 2021 pour les suicides et de 2008 à 2022 pour les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide.

Âge

Les sous-groupes d'âge utilisés varient en fonction de l'objectif de chaque analyse, pouvant offrir une vue plus détaillée (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 ans et plus) ou plus générale (65 ans et plus) de la population âgée.

Sexe

Les termes hommes et femmes utilisés tout au long de ce document font référence à la variable « sexe » (homme ou femme) de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui n'est pas une mesure exacte du sexe assigné à la naissance ni de l'identité de genre, mais fait plutôt référence à la mention légale de sexe inscrite à l'état civil.

Zone géographique de résidence

La zone géographique de résidence est une variable basée sur la classification des secteurs statistiques de Statistique Canada. Elle se divise en quatre catégories : 1) région métropolitaine

de recensement (RMR) de Montréal, 2) autres RMR (plus de 100 000 habitants, incluant la RMR de Saguenay, Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Ottawa-Gatineau (partie québécoise) et Drummondville^a), 3) agglomérations urbaines (entre 10 000 et 100 000 habitants) et 4) petites villes/rural. Le milieu urbain est représenté par les trois premières catégories alors que le milieu rural est représenté par la dernière catégorie. Pour attribuer la zone à chaque individu, le code de municipalité du lieu de résidence des individus décédés a été utilisé.

Indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence

Les indices de défavorisation matérielle et sociale sont des approximations de la situation socio-économique des individus (19). Ces indices sont construits à partir de plusieurs indicateurs : l'éducation, l'emploi et le revenu pour la dimension matérielle et le fait de vivre seul, d'être monoparental et d'être séparé, divorcé ou veuf pour la dimension sociale (19). Plutôt que d'être attribués à chaque individu, ces indices sont attribués à chaque aire de diffusion^b (petite unité géographique, désignée ci-après « territoire ») en fonction de la situation socio-économique des individus qui y vivent. Comme ces indices sont attribués selon le territoire où se retrouvent les individus, le code postal du lieu de résidence des individus décédés a été utilisé. Les indices sont divisés en quintile, où le quintile 1 réfère aux individus résidant dans des territoires très favorisés et le quintile 5 réfère à ceux résidant dans des territoires très défavorisés.

3.4 Analyses statistiques

3.4.1 Mesures de fréquence

Proportions

Les proportions (%) ont été utilisées pour décrire la répartition des suicides et des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les adultes selon l'âge (objectif 1) et la répartition des moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées, selon le sexe et l'âge (objectif 3). Une analyse de la répartition des moyens utilisés selon la zone géographique de résidence a été menée plus spécifiquement chez les hommes âgés en guise d'analyse supplémentaire (objectif 3).

Taux bruts et ajustés

Les taux de suicide et d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont exprimés par 100 000 personnes-années. Leur dénominateur est basé sur les estimations et projections de population du Québec (20–22).

^a La RMR de Drummondville fait partie de la liste des RMR établie à partir du recensement de 2021, mais ne fait pas partie de celles établies à partir du recensement de 2011 ou 2016.

^b Certaines aires de diffusion ne se font pas attribuer d'indices de défavorisation pour diverses raisons (p. ex., faible population, présence de ménages collectifs).

Les taux de suicide et d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été analysés selon l'âge parmi l'ensemble des adultes (objectif 1). Chez les personnes âgées, les taux annuels ont également été mesurés, selon le sexe afin d'en analyser les tendances (suicides : de 1981 à 2021; tentatives : de 2008 à 2022) (objectif 2). Finalement, les taux de suicide chez les personnes âgées ont été analysés selon la zone géographique de résidence et les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence (objectif 3). À travers l'ensemble du rapport, les taux mesurés pour des sous-groupes d'âge précis (p. ex., 65-69 ans) sont bruts alors que ceux mesurés pour l'ensemble des personnes âgées (65 ans et plus) sont ajustés selon l'âge. Plus de détails sur les taux et leur ajustement sont indiqués à l'annexe.

3.4.2 Tests statistiques des caractéristiques sociodémographiques des comportements suicidaires (objectifs 1 et 3)

Une régression linéaire a permis d'analyser le nombre de suicides chez les personnes âgées en fonction des années en continu, de 1981 à 2021.

Comme prescrit à l'Infocentre de santé publique du Québec, le test Z (bilatéral) a été privilégié pour faire la comparaison de deux taux. Pour l'analyse des taux de suicide associés aux zones géographiques de résidence, le taux de la zone analysée était comparé au taux du reste du Québec (soit l'ensemble du Québec excluant la zone analysée).

Des régressions de Poisson robuste (23) ont permis d'analyser l'association entre la proportion de suicides par moyen utilisé (p. ex., proportion de suicides par saut d'un lieu élevé) et plusieurs variables indépendantes au sein de modèles univariés distincts : le sexe (figure 10), l'âge en continu (figures 11 et 12) et la zone géographique de résidence (figure 13). Les modèles selon le sexe et la zone géographique de résidence ont également été ajustés pour l'âge traité en trois catégories (65-74, 75-84 et 85 ans et plus) et les valeurs p présentées proviennent des modèles ajustés plutôt qu'univariés. Considérant la longue période utilisée pour l'analyse des moyens employés pour s'enlever la vie (regroupement des années 2010 à 2021), seules les tendances qui apparaissaient visuellement similaires à travers les deux périodes regroupant les années 2010 à 2016 et 2017 à 2021 (augmentation ou diminution de la proportion de suicides par tel moyen avec l'âge/la ruralité) ont été analysées à l'aide de tests statistiques avec les données de la période de 2010 à 2021. La zone géographique de résidence a été traitée comme une variable continue (allant de « RMR de Montréal » à « Petites villes et rural »), mais les résultats obtenus en la traitant de façon dichotomique (urbain et rural) étaient congruents.

Le logiciel SAS Entreprise Guide 7.1 a été utilisé pour mener ces analyses.

3.4.3 Analyse des tendances des taux (objectif 2)

Le logiciel *Joinpoint* (version 5.0.2) a été utilisé pour l'analyse des tendances des taux de suicide et d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide (24). Ce programme permet de repérer des cassures au sein d'une tendance (points de jonction), indiquant si celle-ci est mieux représentée par un seul segment linéaire ou encore par plusieurs segments contigus séparés par des points de jonction. La méthode par tests de permutation a été utilisée pour sélectionner le modèle final, notamment pour sa capacité à produire des résultats parcimonieux (25). Les taux annuels ont été transformés selon le modèle log-linéaire afin d'exprimer les changements mesurés en pourcentage. Le changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) est la mesure présentée dans les résultats. Celle-ci résume la tendance observée sur l'ensemble de la période évaluée. Un CAMP positif indique une tendance à la hausse, alors qu'un CAMP négatif indique une tendance à la baisse. Des intervalles de confiance à 95 % ont été estimés pour chaque CAMP. Si les CAMP ne sont pas statistiquement significatifs (dont l'intervalle de confiance inclut la valeur 0), il n'est alors pas possible de conclure à une tendance à la hausse ou à la baisse.

3.4.4 Seuil de signification statistique et intervalles de confiance

Les tests statistiques utilisent un seuil alpha de 5 %, à l'exception des tests associés à la figure 2. Pour ces tests spécifiquement, une correction de Bonferroni a été appliquée afin de tenir compte du grand nombre de tests statistiques envisagés a priori, réduisant ainsi le seuil à 0,006 au lieu de 0,05.

Les intervalles de confiance à 95 % ont été fournis à travers l'ensemble du rapport et permettent de révéler la précision des résultats d'un point de vue statistique. En effet, ils permettent d'illustrer dans quel intervalle la valeur réelle des mesures (proportions/taux) présentées risque de se situer.

3.4.5 Analyses supplémentaires des années prépandémiques et pandémiques

La pandémie pourrait avoir eu un impact ponctuel sur les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées dès 2020. Dans cette situation, les tendances à long terme pourraient être biaisées (26). Pour cette raison, des analyses supplémentaires excluant les années de pandémie de COVID-19 ont été réalisées à l'aide de *Joinpoint* : ces analyses excluent les années 2020 et 2021 pour les suicides et les années 2020, 2021 et 2022 pour les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide. Par ailleurs, les données des années pandémiques ont été analysées séparément afin d'évaluer leur similarité avec celles des années prépandémiques pour la plupart des autres analyses de ce rapport. Ces données ont principalement été analysées de façon sommaire visuellement, sans tests statistiques supplémentaires. Ces analyses exploratoires ne permettent pas de confirmer de façon concluante si la pandémie a eu ou non un impact sur les comportements suicidaires au Québec. Leurs résultats sont mentionnés à titre indicatif.

4 RÉSULTATS

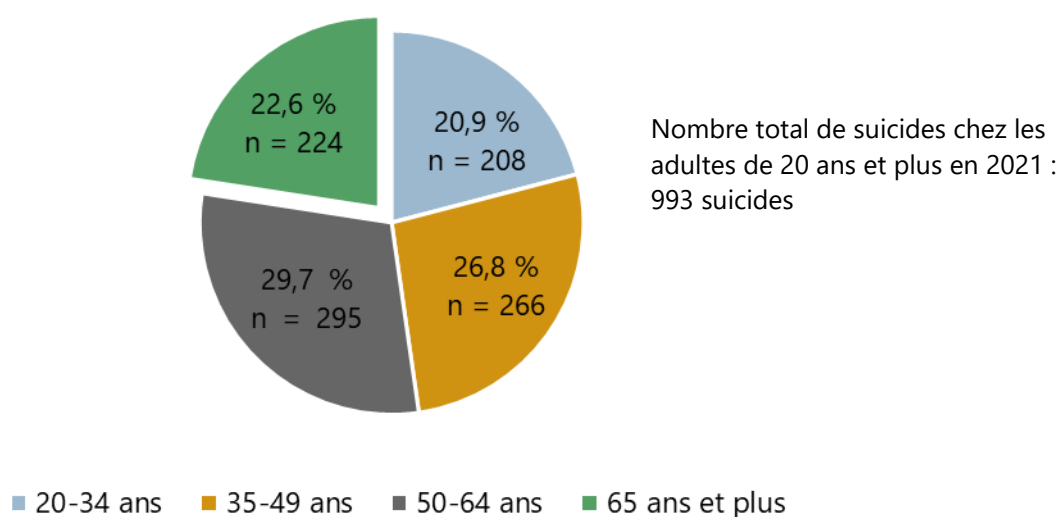
4.1 Objectif 1 : Les personnes âgées parmi les adultes

4.1.1 Les suicides

La figure 1 illustre le nombre et la répartition des suicides selon l'âge chez l'ensemble des adultes du Québec de 20 ans et plus en 2021.

Parmi l'ensemble des suicides chez les adultes en 2021, près du quart (22,6 %) ont eu lieu chez des personnes âgées, soit 224 suicides. Cette situation se distingue de celle observée en 1981, où 93 suicides étaient recensés chez les personnes âgées, représentant 9,6 % des suicides chez les adultes. Le nombre de suicides chez les personnes âgées a augmenté de façon statistiquement significative de 1981 à 2021 ($p < 0,0001$) notamment en raison du vieillissement de la population qui rehausse le nombre de personnes âgées qu'on retrouve dans la population en général.

Figure 1 Répartition et nombre de suicides selon l'âge pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, sexes réunis, 2021



Source : Fichier des décès en 2021, MSSS.

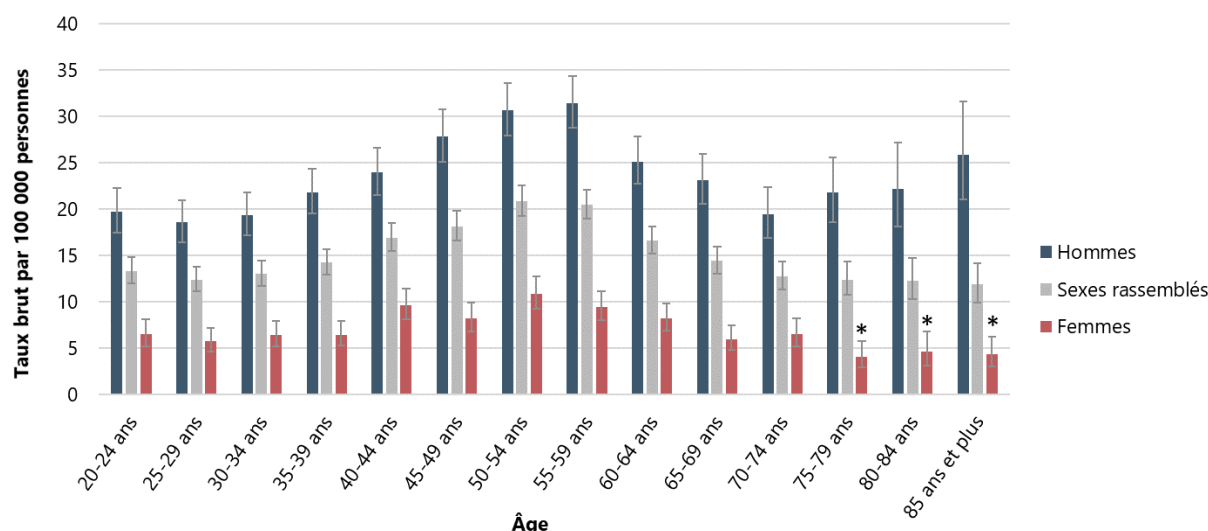
La figure 2, accompagnée du tableau 1, présente le taux de suicide chez les adultes de 20 ans et plus selon les sous-groupes d'âge et le sexe dans la période regroupant les années 2017 à 2021. À travers l'ensemble des sous-groupes d'âge, notamment au grand âge, le taux de suicide est distinctement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Au cours de la période regroupant les années 2017 à 2021, les sous-groupes d'âge des hommes âgés présentent des taux assez élevés qui sont similaires à ceux retrouvés chez les jeunes hommes dans la vingtaine. Certains semblent même présenter un taux qui tend à être plus élevé que chez les jeunes hommes dans la vingtaine, sans toutefois que la différence entre les deux taux soit considérée comme statistiquement significative. Par exemple, les hommes de 85 ans et plus présentent un taux de 25,8 suicides par 100 000 personnes alors que les jeunes hommes de 25-29 ans présentent un taux de 18,5 suicides par 100 000 personnes. Ces deux taux sont très près d'être significativement différents du point de vue statistique ($p = 0,006$; seuil corrigé = 0,006). Comme la population annuelle moyenne d'hommes de 85 ans et plus était près de 4 fois plus petite que celle des 25-29 ans, le nombre annuel moyen de suicides chez les hommes de 85 ans et plus (19 suicides par an) est inférieur à celui retrouvé chez les 25-29 ans (53 suicides par an). À l'inverse, la similarité du taux de suicide des hommes de 65-69 ans par rapport à celui des hommes de 20-24 ans ($p = 0,064$) est à mettre en évidence, comme la population annuelle moyenne estimée de chacun de ces sous-groupes d'âge était très similaire. Ainsi, 51 suicides sont recensés annuellement en moyenne de 2017 à 2021 chez les hommes de 20-24 ans comparativement à 59 suicides chez les hommes de 65-69 ans.

Les taux de suicide de chacun des sous-groupes d'âge des hommes âgés (65-69 ans : 23,1 par 100 000 personnes; 70-74 ans : 19,4; 75-79 ans : 21,8; 80-84 ans : 22,2) sont inférieurs (ensemble des $p < 0,006$) à ceux des hommes dans la cinquantaine (50-54 ans : 30,6; 55-59 ans : 31,4), sauf pour les hommes de 85 ans et plus dont la similarité du taux ne peut être exclue d'un point de vue statistique (p. ex., hommes de 85 ans et plus : 25,8 par 100 000 personnes vs hommes de 55-59 ans : 31,4 par 100 000 personnes; $p = 0,081$, différence non statistiquement significative).

Il importe de souligner que plusieurs sous-groupes d'âges chez les personnes âgées ont un taux de suicide présentant une grande imprécision au sens statistique, témoignée par la grande étendue de leurs intervalles de confiance. Le fait de jumeler des sous-groupes d'âge ensemble peut limiter cette imprécision et permettre de relever certaines différences statistiquement significatives entre les groupes plus larges. Par exemple, le taux brut de décès par suicide des hommes de 65 ans et plus s'élève à 22,0 par 100 000 personnes dans la période regroupant les années 2017 à 2021 alors que celui des hommes de 20-34 ans s'élève à 19,2 par 100 000 personnes, deux taux présentant une différence statistiquement significative ($p = 0,005$). Ces constats sont plus généraux, mais peuvent également être utiles pour la surveillance.

Figure 2 Taux¹ de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2017-2021



¹ Taux brut par 100 000 personnes. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

* Les taux accompagnés d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : Fichier des décès de 2017 à 2021, MSSS | MSSS : Estimations et projections démographiques (version août 2023)

Tableau 1 Nombre total et taux¹ de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2017-2021

Sous-groupe d'âge	Hommes		Femmes		Sexes rassemblés	
	Nb	Taux brut (IC95%)	Nb	Taux brut (IC95%)	Nb	Taux brut (IC95%)
20-24 ans	255	19,7 (17,4-22,2)	78	6,5 (5,2-8,1)	333	13,3 (11,9-14,8)
25-29 ans	266	18,5 (16,4-20,9)	77	5,8 (4,6-7,2)	343	12,4 (11,1-13,8)
30-34 ans	267	19,3 (17,2-21,8)	85	6,4 (5,2-7,9)	352	13,0 (11,7-14,4)
35-39 ans	319	21,8 (19,5-24,3)	91	6,4 (5,2-7,9)	410	14,2 (12,9-15,7)
40-44 ans	343	23,9 (21,5-26,6)	134	9,6 (8,1-11,4)	477	16,9 (15,4-18,5)
45-49 ans	370	27,8 (25,1-30,7)	106	8,2 (6,8-9,9)	476	18,1 (16,6-19,8)
50-54 ans	439	30,6 (27,9-33,6)	153	10,8 (9,3-12,7)	592	20,8 (19,2-22,5)
55-59 ans	503	31,4 (28,8-34,3)	150	9,4 (8,0-11,1)	653	20,5 (19,0-22,1)
60-64 ans	379	25,1 (22,7-27,8)	125	8,2 (6,9-9,8)	504	16,6 (15,2-18,1)
65-69 ans	293	23,1 (20,6-25,9)	78	6,0 (4,8-7,5)	371	14,4 (13,0-15,9)
70-74 ans	199	19,4 (16,9-22,3)	71	6,5 (5,1-8,2)	270	12,7 (11,3-14,4)
75-79 ans	152	21,8 (18,6-25,6)	32	4,0* (2,9-5,7)	184	12,4 (10,7-14,3)
80-84 ans	94	22,2 (18,1-27,2)	25	4,6* (3,1-6,8)	119	12,3 (10,2-14,7)
85 ans et plus	93	25,8 (21,1-31,6)	29	4,3* (3,0-6,2)	122	11,8 (9,9-14,1)

¹ Taux brut par 100 000 personnes.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

IC95% : Intervalle de confiance à 95 %

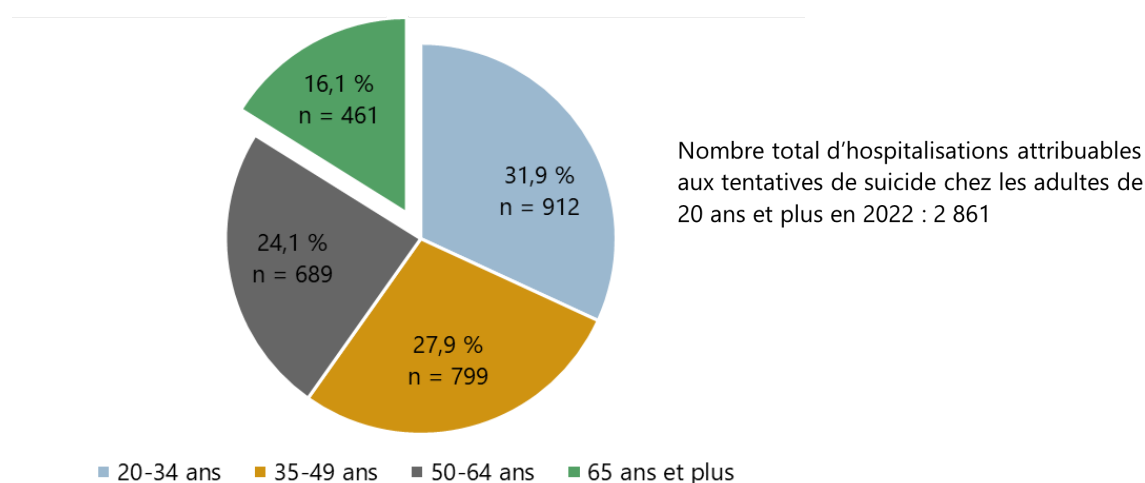
Source : Fichier des décès de 2017 à 2021, MSSS | MSSS : Estimations et projections démographiques (version août 2023).

4.1.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

La figure 3 illustre le nombre d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez l'ensemble des adultes du Québec de 20 ans et plus et leur répartition selon l'âge en 2022.

En 2022, 461 hospitalisations étaient attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées incluant presque autant d'hospitalisations chez les femmes (244 hospitalisations) que chez les hommes (217 hospitalisations). Ce nombre est moins élevé que celui retrouvé dans les autres groupes d'âge d'adultes, notamment les 20-34 ans, avec 912 hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide.

Figure 3 Répartition et nombre d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon l'âge pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, sexes réunis, 2022

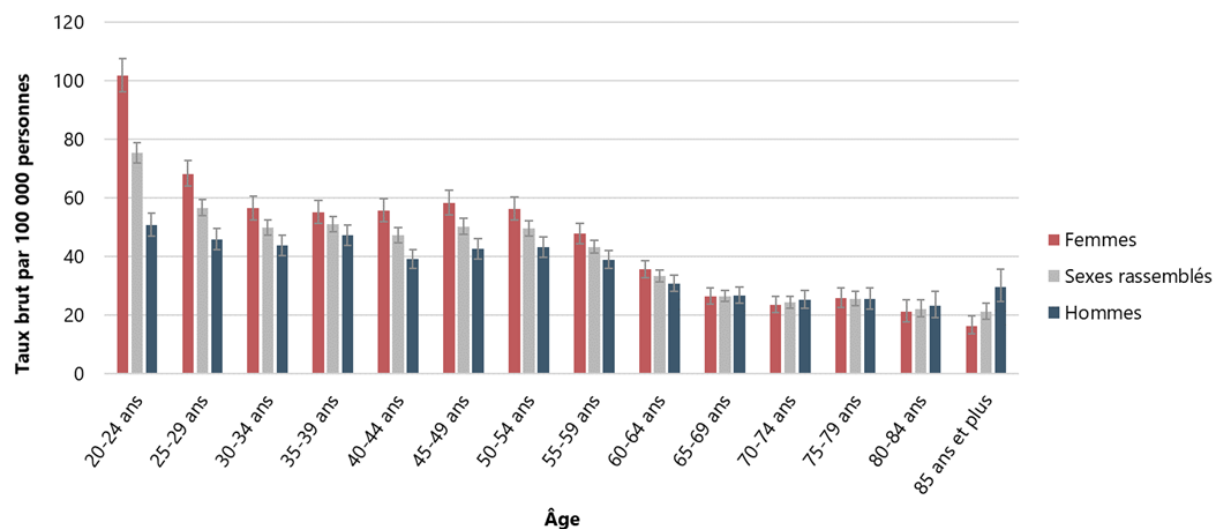


Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2022

La figure 4, accompagnée du tableau 2, présente le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les adultes de 20 ans et plus selon les sous-groupes d'âge et le sexe dans la période regroupant les années 2018 à 2022.

De façon générale, les taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont plus élevés chez les jeunes adultes, et plus bas chez les personnes âgées. Il est important de noter que ce constat ne signifie pas pour autant que les comportements suicidaires sont moins préoccupants chez les personnes âgées, car il est généralement reconnu que leurs tentatives mènent plus souvent à un décès, comparativement aux individus plus jeunes (3,7). Les taux semblent plus élevés chez les femmes que chez les hommes à travers la plupart des sous-groupes d'âge avant la soixantaine. Toutefois, chez les personnes âgées, les taux retrouvés chez les hommes sont similaires à ceux retrouvés chez les femmes. Exceptionnellement, le taux retrouvé chez les hommes de 85 ans et plus est plus élevé que celui retrouvé chez les femmes du même âge ($p < 0,0001$).

Figure 4 Taux¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2018-2022



¹ Taux brut par 100 000 personnes. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2018 à 2022, MSSS | MSSS : Estimations et projections démographiques (version août 2023).

Tableau 2 Nombre total et taux¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les sous-groupes d'âge et le sexe pour l'ensemble des adultes de 20 ans et plus au Québec, 2018-2022

Sous-groupe d'âge	Hommes		Femmes		Sexes rassemblés	
	Nb	Taux brut (IC95%)	Nb	Taux brut (IC95%)	Nb	Taux brut (IC95%)
20-24 ans	651	50,7 (46,9-54,7)	1215	101,7 (96,1-107,5)	1866	75,3 (71,9-78,7)
25-29 ans	663	45,8 (42,5-49,4)	916	68,2 (63,9-72,8)	1579	56,6 (53,9-59,5)
30-34 ans	615	43,6 (40,3-47,2)	758	56,4 (52,5-60,5)	1373	49,9 (47,3-52,6)
35-39 ans	689	47,2 (43,8-50,8)	778	55,0 (51,3-59,0)	1467	51,0 (48,5-53,7)
40-44 ans	573	39,0 (35,9-42,3)	790	55,6 (51,9-59,6)	1363	47,2 (44,7-49,7)
45-49 ans	573	42,6 (39,2-46,2)	759	58,2 (54,2-62,5)	1332	50,2 (47,6-53,0)
50-54 ans	601	43,1 (39,8-46,7)	770	56,2 (52,4-60,3)	1371	49,6 (47,0-52,3)
55-59 ans	615	38,8 (35,9-42,0)	750	47,8 (44,5-51,3)	1365	43,3 (41,0-45,6)
60-64 ans	473	30,8 (28,2-33,7)	551	35,5 (32,7-38,6)	1024	33,2 (31,2-35,3)
65-69 ans	347	26,6 (24,0-29,6)	354	26,4 (23,8-29,3)	701	26,5 (24,6-28,5)
70-74 ans	268	25,3 (22,4-28,5)	264	23,4 (20,7-26,4)	532	24,3 (22,3-26,5)
75-79 ans	188	25,4 (22,0-29,3)	214	25,7 (22,5-29,4)	402	25,6 (23,2-28,2)
80-84 ans	103	23,3 (19,2-28,2)	119	21,1 (17,7-25,3)	222	22,1 (19,4-25,2)
85 ans et plus	111	29,6 (24,6-35,7)	111	16,3 (13,6-19,7)	222	21,1 (18,5-24,0)

¹ Taux brut par 100 000 personnes

IC95% : Intervalle de confiance à 95 %.

Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2018 à 2022, MSSS | MSSS : Estimations et projections démographiques (version août 2023).

4.2 Objectif 2 : Les tendances des comportements suicidaires chez les personnes âgées à travers le temps

4.2.1 Les suicides

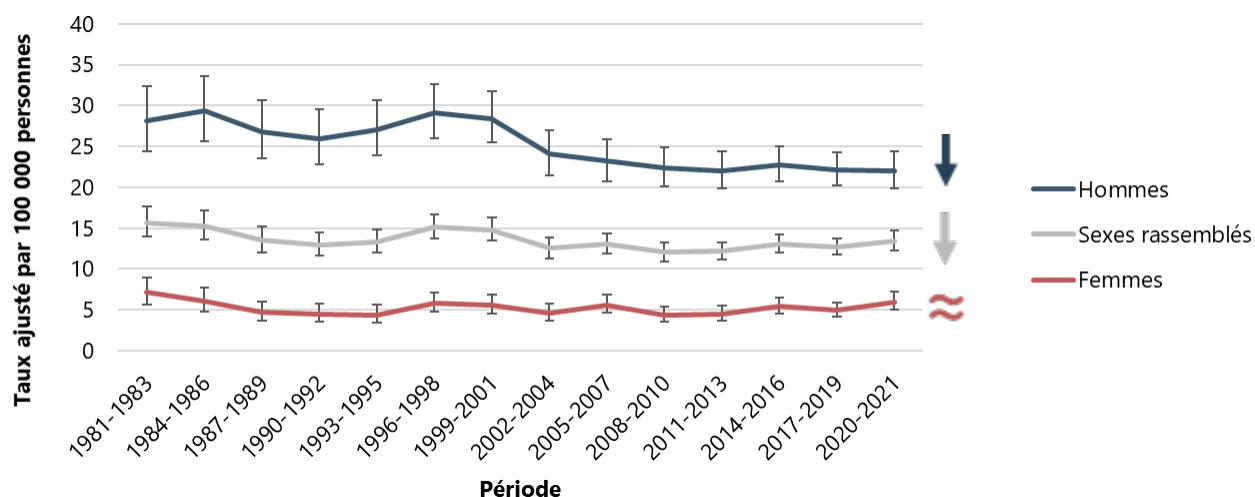
La figure 5 illustre le taux ajusté de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus selon le sexe et les périodes allant des années 1981-1983 jusqu'aux années 2020-2021. Aucun point de jonction n'a été relevé au fil du temps, ce qui indique qu'aucune cassure n'a été repérée dans la tendance.

Chez les hommes, le taux ajusté de suicide était estimé à 28,1 par 100 000 personnes au cours des années 1981-1983 et à 22,0 suicides par 100 000 personnes au cours des années 2020-2021. Cette baisse se résume à une diminution statistiquement significative du taux de 0,84 % par année en moyenne de 1981 à 2021 (changement annuel moyen en pourcentage [CAMP] : -0,84 %; intervalle de confiance à 95 % [IC95%] : -1,11 à -0,52). Toutefois, l'analyse visuelle de la tendance suggère que l'essentiel de la diminution semble s'être opéré vers le début des années 2000 et que le taux se caractérise par une plus grande stabilité au cours de la dernière décennie.

Chez les femmes, le taux ajusté de suicide semble stable durant toute la période de 1981 à 2021. Les taux de suicide sont demeurés autour de 5 par 100 000 personnes tout au long de la période (CAMP [IC95%] : -0,26 % [-0,82 à +0,41], non statistiquement significatif).

En somme, le taux de suicide chez les personnes âgées québécoises (sexes rassemblés) est passé de 15,7 suicides par 100 000 personnes au cours des années 1981-1983 à 13,4 par 100 000 personnes au cours des années 2020-2021. Cette diminution est statistiquement significative (CAMP [IC95 %] : -0,45 % [-0,73 à -0,11]).

Figure 5 Taux ajusté¹ de suicide selon le sexe et la période pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 1981-1983 à 2020-2021



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique. Les flèches (↑↓) et le symbole d'égalité (≈) indiquent si le changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) sur toute la période étudiée se résume à une augmentation (↑), une diminution (↓) ou encore à l'impossibilité de conclure à une tendance à la hausse ou à la baisse (≈), respectivement.

Source : Fichier des décès de 1981 à 2021, MSSS | MSSS : Estimations et projections démographiques (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version août 2023).

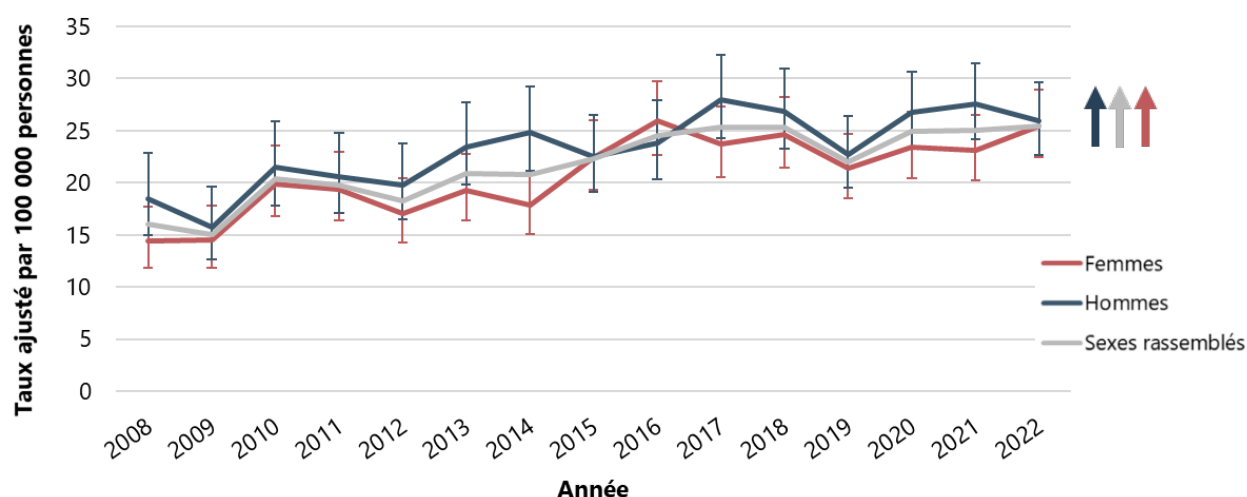
4.2.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

La figure 6 illustre le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées selon le sexe et l'année, de 2008 à 2022. Aucun point de jonction n'a été relevé au fil du temps, ce qui indique qu'aucune cassure n'a été repérée dans la tendance.

Les analyses de tendance laissent voir que le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées semble avoir augmenté au cours des 14 dernières années, tant chez les hommes que chez les femmes. Alors que le taux est passé de 18,3 hospitalisations par 100 000 personnes à 25,8 chez les hommes, de 2008 à 2022 (CAMP [IC95%] : +2,76 % [+1,32 à +4,52]), il est passé de 14,4 hospitalisations par 100 000 personnes à 25,3 chez les femmes au cours de cette même période (CAMP [IC95%] : +3,21 % [+1,14 à +5,70]).

En somme, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées du Québec (sexes rassemblés) est passé de 16,0 hospitalisations par 100 000 personnes en 2008 à 25,5 en 2022, une hausse statistiquement significative (CAMP [IC95%] : +3,04 % [+1,68 à +4,71]). L'analyse visuelle de la tendance suggère que l'essentiel de la hausse semble s'être opéré dans la première moitié de la période analysée et que les taux se caractérisent par une plus grande stabilité depuis 2017. Les données des années à venir permettront de clarifier si les taux ont atteint un plateau ou s'ils continuent d'augmenter.

Figure 6 Taux ajusté¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et l'année pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2008 à 2022



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Les intervalles de confiance à 95 % des taux par sexe ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique. Les flèches (↑↓) indiquent si le changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) sur toute la période étudiée se résume à une augmentation ou une diminution du taux, respectivement.

Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2008 à 2022, MSSS| MSSS : Estimations et projections démographiques (version août 2023).

4.3 Objectif 3 : Portrait actuel des suicides chez les personnes âgées selon diverses caractéristiques sociodémographiques (2017-2021) et des moyens utilisés pour s'enlever la vie (2010-2021)

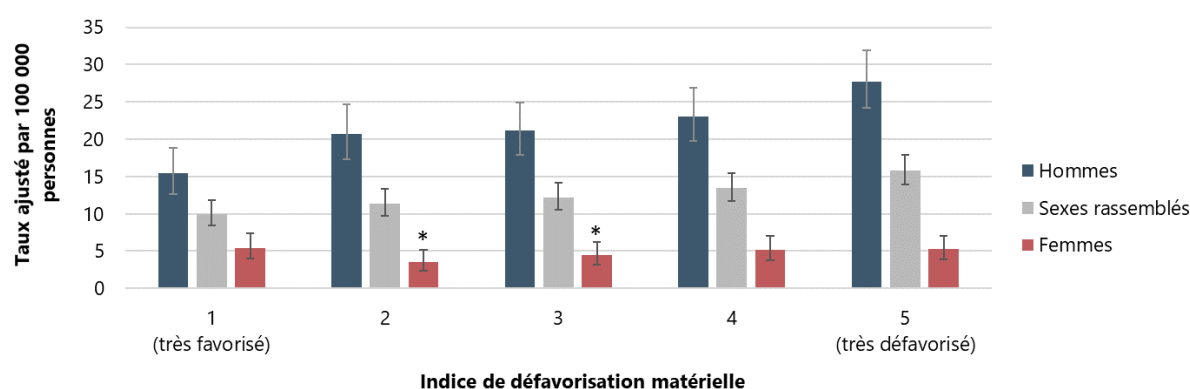
4.3.1 Les suicides selon les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence

La figure 7 présente le taux ajusté de suicide selon l'indice de défavorisation matérielle du territoire de résidence et selon le sexe chez les personnes âgées dans la période regroupant les années 2017 à 2021.

Chez les hommes âgés, le taux de suicide augmente avec l'indice de défavorisation matérielle de leur territoire de résidence. En effet, les hommes résidant dans un territoire plus favorisé (quintile 1) présentent un taux s'élevant à 15,4 suicides par 100 000 personnes alors que les hommes résidant dans un territoire plus défavorisé (quintile 5) présentent un taux s'élevant à 27,7 suicides par 100 000 personnes, une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Chez les femmes âgées, le taux de suicide semble plus stable à travers les quintiles de défavorisation matérielle : les femmes résidant dans un territoire plus favorisé (quintile 1) présentent un taux de suicide qui est similaire à celui retrouvé chez les femmes résidant dans un territoire plus défavorisé (quintile 5), s'élevant respectivement à 5,4 et 5,3 suicides par 100 000 personnes.

Figure 7 Taux ajusté¹ de suicide selon le sexe et l'indice de défavorisation matérielle du territoire de résidence pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

* Les taux de suicide accompagnés d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

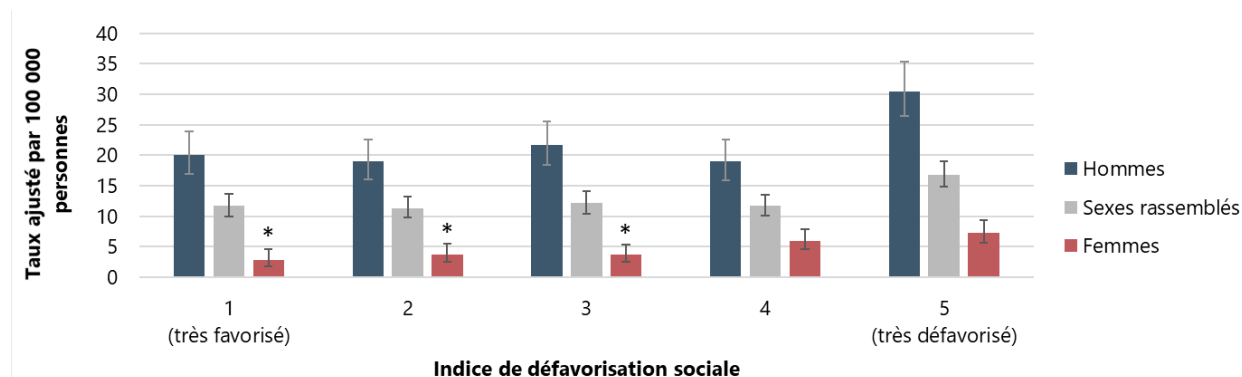
Source : Fichier des décès de 2017 à 2021, MSSS | INSPQ : Population par indice de défavorisation matérielle (2016 : mise à jour janvier 2021 ; 2021 : mise à jour avril 2024).

La figure 8 présente le taux ajusté de suicide selon l'indice de défavorisation sociale du territoire de résidence et selon le sexe chez les personnes âgées dans la période regroupant les années 2017 à 2021.

Chez les hommes âgés, les données suggèrent que le fait de résider dans un territoire très défavorisé sur le plan social (quintile 5) est associé à un taux de suicide plus élevé. Le taux de suicide des hommes âgés qui se retrouvent dans le cinquième quintile (très défavorisé) est estimé à 30,5 suicides par 100 000 personnes alors que celui dans le premier quintile (très favorisé) est estimé à 20,1 suicides par 100 000 personnes, une différence statistiquement significative ($p = 0,0003$).

Chez les femmes âgées, le taux de suicide augmente avec l'indice de défavorisation sociale du territoire de résidence. Les femmes résidant dans un territoire plus favorisé (quintile 1) présentent un taux s'élevant à 2,9 suicides par 100 000 personnes alors que celles résidant dans un territoire plus défavorisé (quintile 5) présentent un taux s'élevant à 7,3 suicides par 100 000 personnes, une différence statistiquement significative ($p = 0,001$).

Figure 8 Taux ajusté¹ de suicide selon le sexe et l'indice de défavorisation sociale du territoire de résidence pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

* Les taux de suicide accompagnés d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : Fichier des décès de 2017 à 2021, MSSS | INSPQ : Population par indice de défavorisation sociale (2016 : mise à jour janvier 2021 ; 2021 : mise à jour avril 2024).

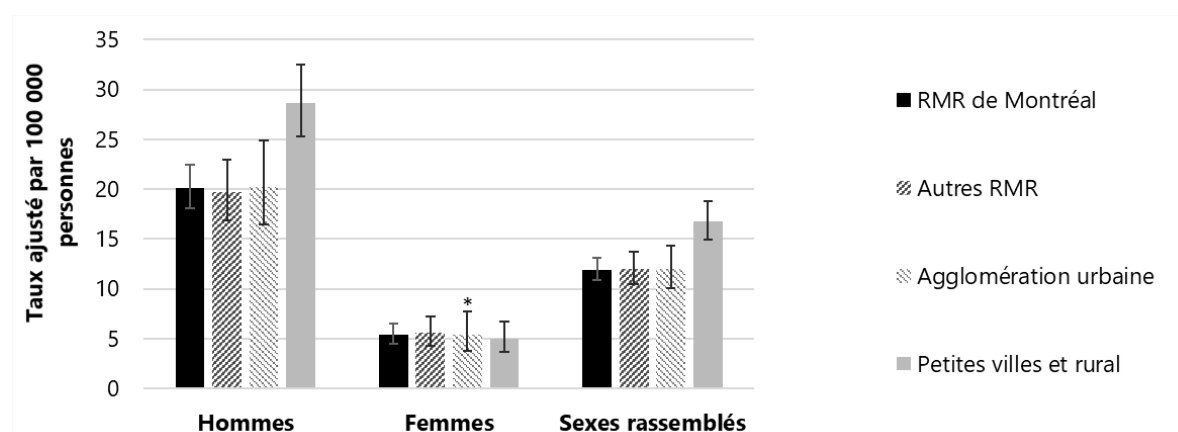
4.3.2 Les suicides selon la zone géographique de résidence

La figure 9 présente le taux ajusté de suicide selon le sexe et la zone géographique de résidence chez les personnes âgées dans la période regroupant les années 2017 à 2021.

Chez les hommes âgés, le taux ajusté de suicide est plus élevé parmi ceux résidant en zone rurale par rapport à ceux résidant dans le reste du Québec ($p < 0,0001$). En effet, leur taux ajusté de suicide en zone rurale s'élève à 28,7 suicides par 100 000 personnes alors qu'il est de 20,1 par 100 000 personnes dans le reste du Québec, soit en zone urbaine. De 2017 à 2021, 254 suicides chez les hommes âgés résidant en milieu rural ont été recensés, soit près du tiers (30,6 %) de l'ensemble des suicides chez les hommes âgés au cours de cette période. À l'inverse, le taux ajusté de suicide chez les hommes résidant dans la RMR de Montréal (20,1 par 100 000 personnes) est plus faible par rapport à celui chez les hommes résidant dans le reste du Québec (23,5 par 100 000 personnes) ($p = 0,029$).

Chez les femmes âgées, le taux ajusté de suicide semble plutôt constant à travers les zones géographiques, contrairement aux hommes âgés. Il se maintient autour de 5 suicides par 100 000 personnes, autant pour les zones urbaines que la zone rurale.

Figure 9 Taux ajusté¹ de suicide selon la zone géographique de résidence et le sexe pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2017-2021



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Les intervalles de confiance à 95 % des taux ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

* Le taux de suicide accompagné d'une étoile (*) présente un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Cette valeur doit être interprétée avec prudence.

RMR : Région métropolitaine de recensement.

Source : Fichier des décès de 2017 à 2021, MSSS | Institut de la statistique du Québec : Estimations annuelles de la population des municipalités du Québec (version janvier 2023).

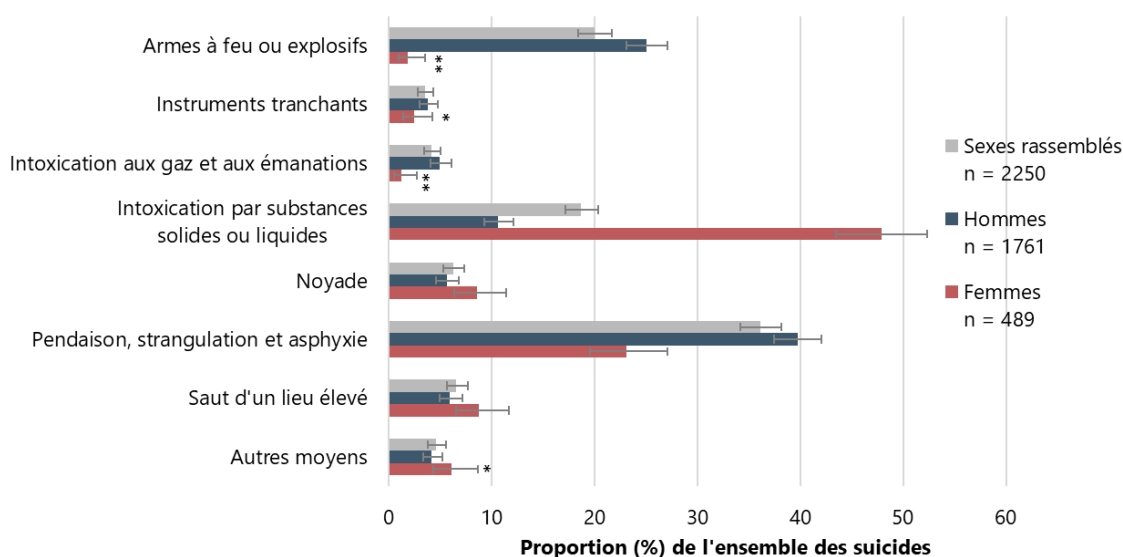
4.3.3 Les moyens utilisés pour s'enlever la vie

Analyse selon l'âge et le sexe

La figure 10 montre la répartition des moyens utilisés pour s'enlever la vie pour l'ensemble des suicides chez les personnes âgées dans la période regroupant les années 2010 à 2021, par sexe. Les figures 11 et 12 présentent les données par sous-groupes d'âge chez les personnes âgées de sexe masculin et féminin, respectivement.

La figure 10 laisse entrevoir que, chez les hommes âgés, les deux catégories de moyens les plus fréquemment utilisées ont été la pendaison^c (39,8 %) et les armes à feu^c (25,0 %). Chez les femmes âgées, l'intoxication par substances solides ou liquides a été le principal moyen utilisé, employé dans près de la moitié des suicides dans cette population (47,9 %). La pendaison^c a été le second moyen le plus fréquemment utilisé chez les femmes (23,1 %). Ainsi, l'utilisation des armes à feu^c pour s'enlever la vie est plus fréquente chez les hommes (25,0 %) que chez les femmes (1,8 %^d) ($p < 0,0001$), alors que l'intoxication par substances solides ou liquides est plus fréquente chez les femmes (47,9 %) que chez les hommes (10,6 %) ($p < 0,0001$).

Figure 10 Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie selon le sexe pour l'ensemble des suicides chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021¹



¹ Les intervalles de confiance à 95 % des proportions ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

*/** Les proportions accompagnées d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence. Les proportions accompagnées de deux étoiles (**) présentent un coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Ces valeurs ne sont présentées qu'à titre indicatif.

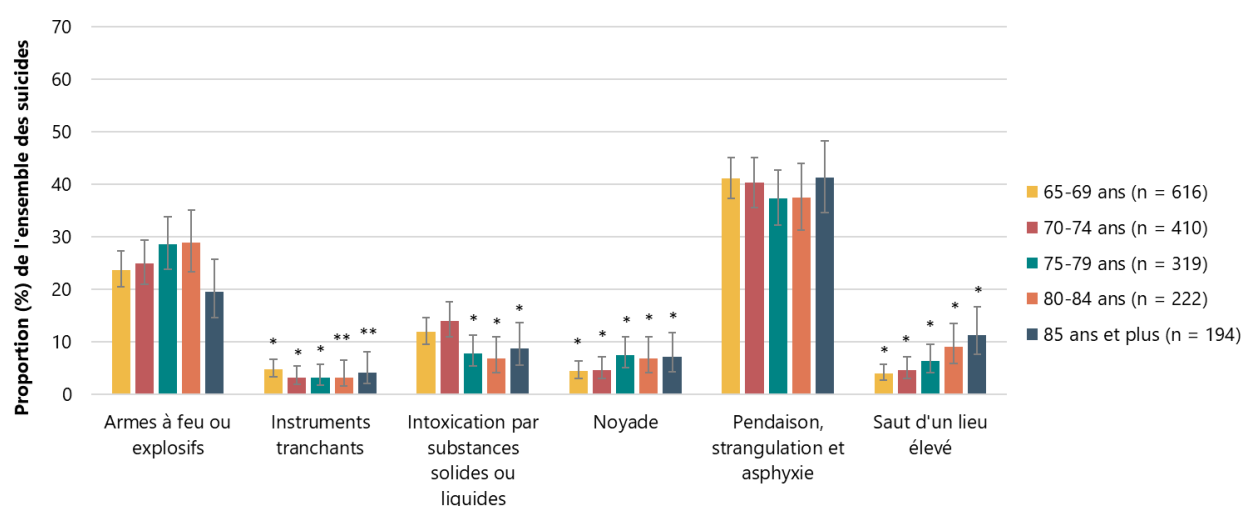
Source : Fichier des décès de 2010 à 2021, MSSS.

^c Pour simplifier, le terme « pendaison » utilisé dans la section des résultats englobe la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. Le terme « armes à feu » englobe les armes à feu ou explosifs.

^d Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Chez les hommes âgés (figure 11), la pendaison^e semble être un moyen utilisé fréquemment à travers tous les sous-groupes d'âge, tant chez les plus jeunes (65-69 ans : 41,1 %) que chez les plus âgés (85 ans et plus : 41,2 %). Les armes à feu^e s'inscrivent également comme un moyen fréquemment utilisé à travers les différents sous-groupes d'âge chez les hommes âgés. Le saut d'un lieu élevé est un moyen choisi de plus en plus avec l'avancement en âge ($p < 0,0001$), représentant 3,9 %^f des suicides pour les 65-69 ans puis passant à 11,3 %^f des suicides chez les 85 ans et plus.

Figure 11 Répartition (%) des moyens utilisés¹ pour s'enlever la vie par sous-groupe d'âge pour l'ensemble des suicides chez les hommes âgés de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021²



¹ Les moyens « Intoxication aux gaz et aux émanations » et « Autres moyens » ne sont pas présentés pour des raisons de confidentialité.

² Les intervalles de confiance à 95 % des proportions ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

*/** Les proportions accompagnées d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence. Les proportions accompagnées de deux étoiles (**) présentent un coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Ces valeurs ne sont présentées qu'à titre indicatif.

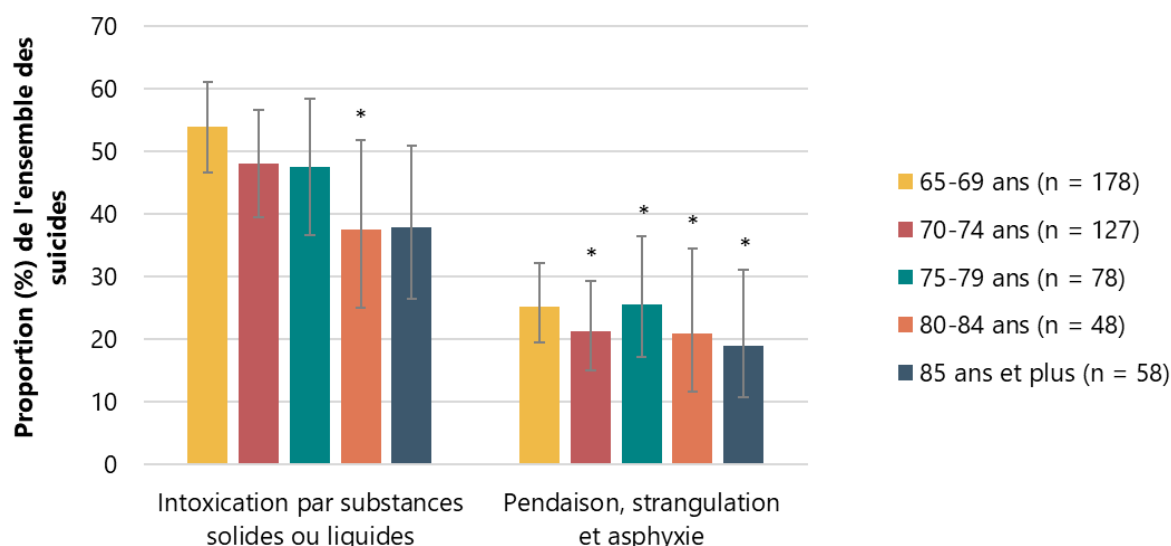
Source : Fichier des décès de 2010 à 2021, MSSS.

^e Pour simplifier, le terme « pendaison » utilisé dans la section des résultats englobe la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. Le terme « armes à feu » englobe les armes à feu ou explosifs.

^f Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Chez les femmes âgées (figure 12), la proportion de suicides par intoxication aux substances solides ou liquides est assez élevée à travers l'ensemble des sous-groupes d'âge, bien que la proportion semble diminuer avec leur avancement en âge ($p = 0,024$). À l'inverse, le saut d'un lieu élevé (non présenté) est un moyen choisi davantage avec l'avancement en âge ($p = 0,009$), passant de 6,7 %^g des suicides pour les femmes de 65-69 ans à 13,8 %^h des suicides chez les 85 ans et plus.

Figure 12 Répartition (%) des moyens utilisés¹ pour s'enlever la vie par sous-groupe d'âge pour l'ensemble des suicides chez les femmes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021²



¹ Plusieurs moyens ne sont pas présentés pour des raisons de confidentialité ou par manque de précision statistique.

² Les intervalles de confiance à 95 % des proportions ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

* Les proportions accompagnées d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : Fichier des décès de 2010 à 2021, MSSS.

^g Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

^h Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Analyse selon la zone géographique de résidence

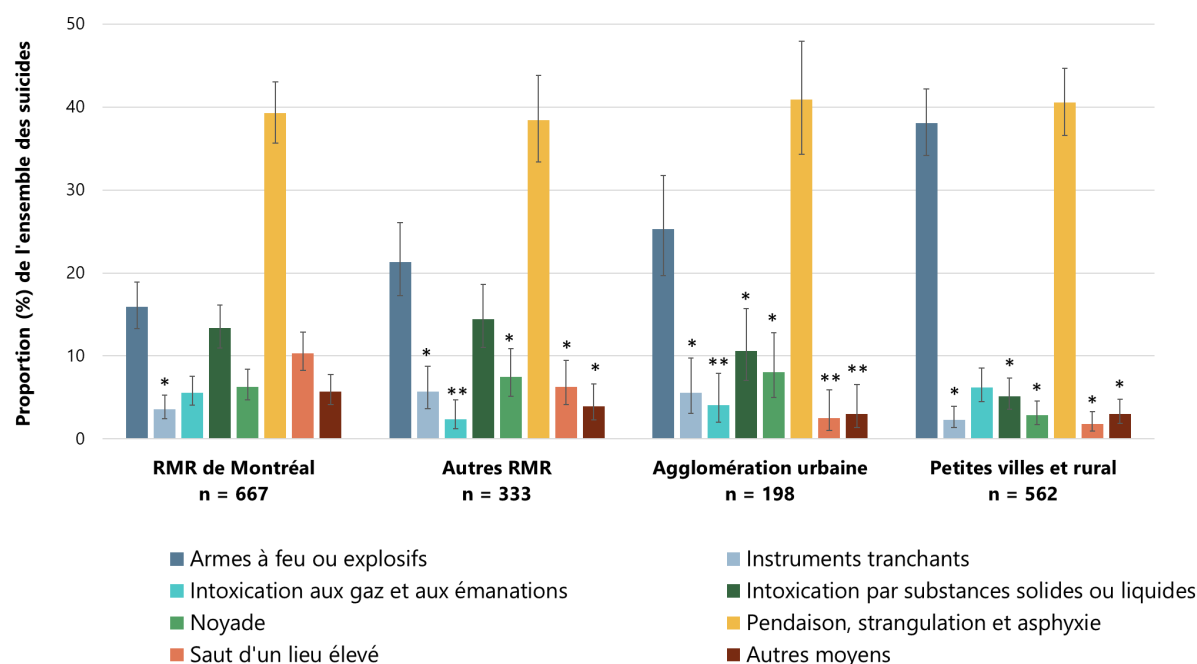
Comme la figure 9 a pu illustrer une différence de taux ajusté de suicide chez les hommes âgés selon la zone géographique de résidence, une analyse supplémentaire a été menée afin d'évaluer la répartition des moyens utilisés pour s'enlever la vie dans la période regroupant les années 2010 à 2021 par zone (figure 13).

Chez les hommes âgés, la pendaisonⁱ demeure un moyen fréquemment utilisé à travers l'ensemble des zones géographiques. En interprétant les catégories de zones géographiques de résidence comme un continuum (allant du moins rural [RMR de Montréal] au plus rural [petites villes et rural]), la proportion de suicides par armes à feuⁱ augmente avec la ruralité ($p < 0,0001$). En effet, les armes à feuⁱ sont liées à près de 15,9 % des suicides chez les individus résidant dans la RMR de Montréal comparativement à 38,1 % des suicides chez les individus résidant en zone rurale. Ainsi, parmi l'ensemble des 1761 suicides chez les hommes âgés de 65 ans et plus au Québec, de 2010 à 2021, 214 (12,2 %) se sont faits par armes à feuⁱ par des individus résidant en zone rurale. À l'inverse, la proportion de suicides par saut d'un lieu élevé diminue avec la ruralité ($p < 0,0001$), passant de 10,3 % des suicides chez les individus résidant dans la RMR de Montréal, à 1,8 %^j des suicides chez les individus résidant en zone rurale. La proportion de suicides par intoxication aux substances solides ou liquides est également plus basse en milieu rural qu'en milieu urbain ($p < 0,0001$).

ⁱ Pour simplifier, le terme « pendaison » utilisé dans la section des résultats englobe la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. Le terme « armes à feu » englobe les armes à feu ou explosifs.

^j Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Figure 13 Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par zone géographique de résidence pour l'ensemble des suicides chez les hommes âgés de 65 ans et plus au Québec, 2010-2021¹



¹ Les intervalles de confiance à 95 % des proportions ont été conservés afin de montrer la précision des résultats au sens statistique.

*/** Les proportions accompagnées d'une étoile (*) présentent un coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Ces valeurs doivent être interprétées avec prudence. Les proportions accompagnées de deux étoiles (**) présentent un coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Ces valeurs ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source : Fichier des décès de 2010 à 2021, MSSS.

4.4 Analyses supplémentaires des années prépandémiques et pandémiques

Les périodes analysées pour répondre aux objectifs incluent la pandémie de COVID-19. Même s'il est impossible de conclure que cette pandémie n'a eu aucun impact sur les comportements suicidaires, il semble que plusieurs constats relevés à travers les objectifs 1 et 3 de ce rapport peuvent également être relevés tant pour la période prépandémique (avant 2020) que pour la période pandémique (2020-2021 [suicides] ou 2020-2022 [tentatives]) à partir de l'analyse visuelle des données. Par exemple :

- Le taux de suicide des hommes âgés semble plus élevé que celui des femmes du même âge;
- Le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide des hommes semble comparable à celui des femmes pour la majorité des sous-groupes d'âge chez les personnes âgées;
- Le taux de suicide semble plus élevé chez les hommes âgés résidant dans des territoires défavorisés sur les plans matériel et social;
- Le taux de suicide semble plus élevé chez les femmes âgées résidant dans des territoires défavorisés sur le plan social;
- Le taux de suicide semble plus haut chez les hommes âgés vivant en milieu rural que chez ceux vivant en milieu urbain.

De plus, les tendances observées au sein de l'objectif 2 demeurent semblables même lorsque la période pandémique est retirée des analyses.

5 DISCUSSION

Suicide

Les résultats du présent rapport ont permis de faire un premier portrait détaillé des comportements suicidaires chez les personnes âgées au Québec. Les tendances temporelles tout comme les croisements des variables sociodémographiques intégrées dans ce rapport de surveillance permettent de décrire de façon détaillée les comportements suicidaires pour ce groupe d'individus.

Au cours des années 2020-2021, le taux de suicide ajusté chez les personnes âgées québécoises (sexes rassemblés) s'élevait à 13,4 suicides par 100 000 personnes. De façon générale, les tendances des taux de suicide chez les personnes âgées à travers le temps varient selon le sexe. Les femmes âgées du Québec ont présenté un taux qui semble stable depuis 1981. Chez les hommes âgés, le taux de suicide a connu une baisse au cours des quarante dernières années, bien qu'il semble visuellement plus stable dans la dernière décennie. En parallèle, une étude canadienne a déjà fait ressortir que le taux de suicide chez les hommes de 65-74 ans avait diminué de 1981 à 2004 et avait été stable de 2004 à 2017 (27). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la diminution observée du taux de suicide, notamment la stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie » de 1998 ou l'instauration de politiques socio-économiques favorables aux personnes âgées (28,29). Également, la loi sur l'aide médicale à mourir au Québec (entrée en vigueur en décembre 2015 (1)), accompagnée de la promotion médiatique du droit de mourir dans la dignité, pourrait avoir influencé l'attitude des personnes âgées quant à la mort de différentes façons (2,30,31). Des études québécoises sont nécessaires pour déterminer si ces éléments pourraient avoir eu un impact, à la hausse ou à la baisse, sur le taux de suicide et ses tendances au fil du temps.

De façon générale, le taux de suicide des hommes de 65 ans et plus est plus élevé que chez les jeunes hommes de 20-34 ans. Une analyse plus détaillée laisse également voir des constats spécifiques aux sous-groupes d'âge qui composent ces populations. Par exemple, au cours de la période regroupant les années 2017 à 2021 au Québec, les hommes de 85 ans et plus ont présenté un taux de suicide de 25,8 suicides par 100 000 personnes alors que les jeunes hommes de 25-29 ans ont présenté un taux de 18,5 suicides par 100 000 personnes, deux taux très près d'être significativement différents du point de vue statistique. Le nombre d'années potentielles de vie perdues lors d'un suicide chez un jeune est particulièrement élevé, soulignant l'importance de maintenir et de renforcer les efforts de prévention du suicide chez les jeunes, comme chez les âgés. Les hommes de 85 ans et plus représentent un faible nombre de suicides actuellement. Toutefois, ils devront faire l'objet d'une surveillance accrue à l'avenir si leur taux de suicide demeure élevé, comme ils constituent un sous-groupe de la population qui se démarque par la rapidité de sa croissance au Canada (32). Au Québec, alors que les 85 ans et plus (sexes rassemblés) représentaient 2,6 % de la population totale en 2021, il est estimé qu'ils représenteront 7,2 % de la population en 2061 et le quart des personnes âgées (33,34).

Les hommes présentent un taux de suicide plus élevé que les femmes, tout au long de l'âge adulte (35,36). Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette différence, notamment la létalité des moyens utilisés pour s'enlever la vie, qui diffèrent selon le sexe (28). À travers la littérature, on relève également que certaines habitudes (p. ex., l'expression des émotions/souffrances, la recherche d'aide) favorables au repérage d'un risque suicidaire, à l'obtention d'aide au moment opportun et la mise en œuvre d'interventions de prévention peuvent contribuer à expliquer le taux de suicide plus faible des femmes, alors que les normes sociales masculines assimilées par les hommes peuvent les rendre plus à risque de suicide (37,38).

Les hommes résidant dans un territoire très défavorisé sur les plans matériel ou social présentent un taux de suicide plus élevé. Chez les femmes, le taux de suicide est plus élevé chez celles résidant dans un territoire très défavorisé sur le plan social, alors qu'il est semblable à travers les différents indices de défavorisation matérielle. Des données québécoises ont déjà montré que la mortalité par suicide dans la population générale semblait augmenter avec les indices de défavorisation matérielle et sociale du territoire de résidence chez les hommes et les femmes (39). Toutefois, d'autres données québécoises ont relevé la similarité entre le taux de suicide du premier et celui du dernier quintile de défavorisation matérielle du territoire de résidence chez les femmes âgées pour la plupart des périodes évaluées (40), ou encore l'absence d'association entre l'indice de défavorisation matérielle du territoire de résidence et le suicide chez les femmes adultes (25 ans et plus) (41). Cette dernière étude soulignait toutefois que certains aspects de la défavorisation matérielle (p. ex., revenu, statut d'emploi) mesurés de façon individuelle (plutôt que sous forme d'indice territorial, tel que celui utilisé dans notre rapport) étaient associés au suicide même chez les femmes (41). Ce constat justifie l'intérêt de poursuivre la surveillance chez les femmes défavorisées sur le plan matériel. (6,42).

Les hommes âgés vivant en milieu rural représentent aussi un sous-groupe devant faire l'objet d'une surveillance accrue considérant leur taux de suicide élevé comparativement à celui retrouvé en milieu urbain. À l'inverse, le taux ne semble pas différer selon la zone géographique de résidence chez les femmes âgées. De tels écarts entre les milieux urbains et ruraux ont été observés dans une méta-analyse s'intéressant à la population générale (43). Dans la littérature, plusieurs hypothèses expliqueraient le risque accru de suicide en milieu rural. Parmi celles-ci figurent l'accès plus limité aux soins de santé mentale, le stigma associé aux conditions de santé mentale ou encore le fait qu'on y retrouve davantage de communautés agricoles/fermières, ces métiers étant caractérisés par un stress élevé (p. ex., lié aux imprévus liés à la nature, la difficulté à concilier le travail, la vie familiale et les loisirs, la fluctuation des revenus, l'endettement) et un risque suicidaire élevé (44–46). On mentionne également le plus grand accès aux moyens létaux pour s'enlever la vie (p. ex., les armes) en milieu rural (47). Cette dernière hypothèse semble concorder avec les résultats de notre rapport, la proportion de suicides par armes à feu ou explosifs chez les hommes âgés augmentant considérablement avec la ruralité de leur zone géographique de résidence.

Les moyens utilisés par les personnes âgées pour s'enlever la vie diffèrent également selon le sexe. Au cours de la période regroupant les années 2010 à 2021, la pendaison, la strangulation et l'asphyxie (39,8 % des suicides) et les armes à feu ou explosifs (25,0 %) sont les deux catégories de moyens ayant été les plus fréquemment utilisées pour s'enlever la vie chez les hommes âgés. Ce constat concorde avec celui qui émerge lors de l'analyse des suicides chez les hommes dans la population générale québécoise tous âges confondus au cours des années 2019-2021, pour qui ces moyens ont été utilisés dans 56,6 % et 14,2 % des suicides, respectivement (48). Au premier coup d'œil, les suicides par armes à feu ou explosifs apparaissent d'ailleurs plus communs chez les hommes âgés (25,0 %) que chez les hommes dans la population générale (14,2 %), un constat ayant déjà été relevé à l'échelle du Canada (49). Bien que les données québécoises récentes indiquent que la pendaison, la strangulation et l'asphyxie représentent la catégorie de moyens la plus fréquemment utilisée chez les femmes dans la population générale (47,5 % des suicides, tous âges confondus), notre rapport suggère que pour la période regroupant les années 2010 à 2021, les femmes âgées l'ont utilisée moins fréquemment (23,1 % des suicides) que l'intoxication par substances solides ou liquides (47,9 %) (48). En effet, un précédent rapport a également pu démontrer que dans la province du Québec, seulement 15 % des suicides chez les femmes de 20-34 ans au cours des années 2011-2015 se sont fait par intoxication par substances solides ou liquides, alors que cette proportion était estimée à 46 % chez les femmes de 65 ans et plus (50).

En analysant plus spécifiquement les moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées selon l'âge, certains constats et tendances ressortent. La proportion de suicides par pendaison, strangulation et asphyxie et celle par armes à feu ou explosifs demeure élevée parmi les différents sous-groupes d'âge chez les hommes âgés tout comme celle par intoxication par substances solides ou liquides chez les femmes âgées, en particulier pour les sous-groupes plus jeunes d'âgés. Ce dernier constat peut paraître contradictoire, considérant le plus grand usage de médicaments chez les femmes âgées plus âgées, par rapport aux plus jeunes (51). À l'inverse, le saut d'un lieu élevé a été un moyen utilisé plus fréquemment avec l'avancement en âge chez les personnes âgées. L'analyse spécifique des moyens utilisés chez les hommes âgés selon la zone géographique de résidence laissait aussi voir que ce moyen était utilisé plus souvent chez les individus résidant en milieu urbain, un constat possiblement en lien avec une plus grande accessibilité à des bâtiments élevés pour les personnes âgées en milieu urbain qu'en milieu rural (52,53). Par ailleurs, certaines études australiennes s'intéressant aux personnes âgées ont relevé d'autres constats (54,55), notamment une diminution avec l'âge de la proportion de suicides par armes à feu et explosifs chez les personnes âgées (sexes rassemblés) ou encore une hausse de la proportion de suicide par noyades (55). Peu de données canadiennes renseignent sur les moyens utilisés pour s'enlever la vie selon l'âge et le sexe chez les personnes âgées, rendant ainsi difficiles les comparaisons avec nos résultats.

Hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Les taux d'hospitalisation attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées sont similaires entre les hommes et les femmes, à l'exception des hommes de 85 ans et plus qui présentent un taux plus élevé que les femmes du même âge. Ce résultat est également constaté à partir des données canadiennes (56).

Le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées semble généralement avoir augmenté au fil du temps, chez les hommes comme chez les femmes. Une plus grande stabilité des taux depuis 2017 est possible, mais devra être confirmée ou infirmée à l'aide des données des années à venir. Le taux semble également avoir augmenté dans la population générale au Québec chez les femmes de 2009 à 2022, alors que les hommes tendent à avoir retrouvé un taux similaire au début et à la fin de cette période (48). Il est possible qu'une diminution de la sous-estimation des hospitalisations attribuables aux tentatives soit en partie responsable de cette tendance. En effet, l'année financière 2009 a été marquée par la mise en vigueur d'une modification des règles de codage en CIM-10-CA pour tentatives de suicide qui élargissait l'entrée des causes externes (57). Ce changement pourrait potentiellement contribuer à expliquer une partie de la hausse du taux observée en 2010. Toutefois, une réelle hausse des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées est possible, auquel cas les causes seraient à explorer.

Le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide apparaît généralement plus bas chez les personnes âgées par rapport aux autres groupes d'âge chez les adultes. Les tentatives de suicide au grand âge sont généralement caractérisées par une forte détermination à mourir et une tendance à effectuer le geste de façon à ne pas être interrompu et secouru (7). De façon générale, les personnes âgées semblent également choisir des moyens plus létaux, surtout les hommes (7). Ainsi, même s'il peut paraître rassurant que leur taux semble plus bas par rapport aux adultes plus jeunes, il importe de considérer le haut niveau de létalité associé à leurs tentatives. Ce haut niveau de létalité laisse d'ailleurs moins d'opportunités de mettre en place des interventions de prévention du suicide en cas de tentative, celles-ci se concluant plus souvent par un décès.

Idées suicidaires

Les idées suicidaires n'ont pas été évaluées dans ce rapport puisque les banques de données utilisées pour les analyses ne permettent pas de les répertorier adéquatement. Dans la littérature, certains chercheurs relèvent que les personnes âgées ont moins tendance à rapporter leurs idées suicidaires par rapport aux plus jeunes ou encore que leur risque suicidaire peut être difficile à établir (28,58). Ceci suggère que la prévention des comportements suicidaires ne peut se limiter strictement à l'évaluation des idées suicidaires, surtout chez les personnes âgées.

Forces et limites

Ce rapport se distingue par son approche populationnelle, par son accent mis sur l'analyse des personnes âgées et par l'utilisation de sous-groupes d'âge fins pour approfondir la description de cette population hétérogène. Le regroupement de plusieurs catégories de variables (p. ex., années, sous-groupes d'âge) a pu rehausser la puissance statistique des analyses, qui était initialement plus limitée en raison du nombre parfois très faible de suicides ou d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide pour certaines catégories évaluées.

Certaines limites sont à considérer pour la juste interprétation des résultats. Notamment, il est possible que les suicides soient sous-estimés (59). Plutôt que d'être perçus comme une lésion auto-infligée intentionnelle, ils peuvent parfois se voir classés comme un accident, notamment (28,60). Par exemple, il peut être difficile de déterminer l'intention d'une personne âgée qui décède par une intoxication aux médicaments prescrits, comme le décès peut être perçu comme un accident plutôt que le résultat d'un plan suicidaire déguisé (7,28). En ce sens, une sous-estimation accrue des suicides chez les femmes est possible considérant leur tendance à utiliser ce moyen pour lequel l'intention est moins claire (38). De façon similaire, une personne âgée qui cesse volontairement de s'alimenter, de boire ou de prendre ses médicaments essentiels dans le but de mourir n'est pas nécessairement reconnue comme un cas de suicide (28,61). Certains chercheurs rapportent également que les décès des personnes âgées tendent à être examinés moins en profondeur que chez les jeunes, rehaussant alors le risque qu'ils ne soient pas catégorisés comme un suicide (60,62). Pour l'analyse des moyens utilisés pour s'enlever la vie, il importe de garder en tête que plusieurs moyens peuvent avoir été utilisés pour un même suicide, bien qu'un seul de ceux-ci ait été considéré dans nos analyses.

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont aussi susceptibles d'être sous-estimées. Une étude a suggéré que seulement 46 % de l'ensemble des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ayant eu lieu en 2009-2010 dans deux hôpitaux de Montréal étaient codifiées avec les codes CIM-10 de lésion auto-infligée (X60-X84, Y87.0) (63). Or, ces codes sont souvent utilisés pour repérer les tentatives de suicide à partir des banques médico-administratives, comme ce fut le cas pour ce présent rapport (35,63). Par ailleurs, les tentatives de suicide ne mènent pas systématiquement à une hospitalisation. Il est possible qu'un individu fasse une tentative et qu'il ne se dirige pas vers l'hôpital ensuite. De plus, plusieurs facteurs outre l'état de santé des patients (p. ex., disponibilité des ressources, pratiques médicales) peuvent faire varier la probabilité qu'un individu soit hospitalisé.

Finalement, certains territoires ne se voient pas attribuer d'indices de défavorisation matérielle et sociale, notamment en présence de ménages collectifs (p. ex., résidences pour personnes âgées, hôpitaux). Les individus résidant dans ces territoires ont une valeur manquante pour l'indice de défavorisation. Ce faisant, les données présentées pour cette variable (où figurent uniquement les individus sans valeur manquante) reflètent plus fidèlement la situation des personnes âgées ne vivant pas en ménages collectifs.

6 CONCLUSION

Au cours des années 2020-2021 au Québec, le taux de suicide ajusté de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, sexes réunis, s'élève à 13,4 suicides par 100 000 personnes. En 2021, 224 suicides ont été recensés dans cette population, équivalent à près du quart de l'ensemble des suicides chez les adultes de 20 ans et plus. Malgré la diminution du taux de suicide chez les hommes âgés au cours des 40 dernières années, le nombre de suicides chez les personnes âgées est à la hausse en raison du vieillissement de la population. Le taux de suicide des hommes âgés est plus élevé que celui des femmes du même âge et est généralement supérieur à celui des jeunes hommes de 20-34 ans. Une analyse plus détaillée a d'ailleurs permis de ressortir des constats spécifiques aux sous-groupes d'âge qui composent ces populations. De plus, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées semble avoir augmenté au cours des 14 dernières années, tant chez les hommes que chez les femmes. Les comportements suicidaires demeurent ainsi un enjeu de santé publique important dans la population âgée.

Ce rapport a permis de mettre en évidence certains sous-groupes de personnes âgées présentant un taux de suicide plus élevé, incluant les hommes vivant en milieu rural et ceux résidant dans des territoires plus défavorisés sur les plans matériel ou social. Les femmes âgées résidant dans des territoires défavorisés sur le plan social présentent elles aussi un taux de suicide plus élevé. Tous les sous-groupes d'âge parmi les personnes âgées requièrent une surveillance. Parmi eux figurent les hommes de 85 ans et plus, surtout si leur taux de suicide se maintient au niveau actuel, car une croissance démographique rapide est attendue pour ce sous-groupe (32). Les analyses ont également permis d'établir les principaux moyens utilisés pour s'enlever la vie chez les personnes âgées. Chez les femmes âgées, ce sont les intoxications par substances solides ou liquides, tandis que chez les hommes âgés, les deux catégories de moyens les plus fréquemment utilisées incluent : 1) la pendaison, la strangulation et l'asphyxie; 2) les armes à feu ou explosifs, particulièrement chez ceux résidant en milieu rural. En employant des sous-groupes d'âge plus précis pour caractériser la population hétérogène des personnes âgées, ce rapport permet de dégager des pistes pour mieux orienter les prochaines initiatives de prévention du suicide.

Alors que l'ensemble de ces constats peuvent aider à clarifier les interventions de prévention du suicide à mettre en place, de futures analyses sont à envisager. Avec la légalisation de l'aide médicale à mourir au Québec en 2015 (1) et ses élargissements, d'autres enjeux émergent quant à son impact potentiel sur le suicide et sa prévention (2). Cette question apparaît particulièrement pertinente pour les personnes âgées, qui constituent la grande majorité des personnes ayant recours à ce soin (64). Une analyse plus exhaustive des facteurs de risque de suicide et d'hospitalisation attribuables aux tentatives de suicide chez les personnes âgées au Québec est aussi nécessaire afin de clarifier les caractéristiques des sous-groupes à risque et ainsi, de déterminer les leviers d'action potentiels pour prévenir les comportements suicidaires dans cette population.

7 RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. À propos de l'aide médicale à mourir [Internet]. 2016 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/apropos-about.html>
2. Association québécoise de prévention du suicide. Aide médicale à mourir et prévention du suicide [Internet]. Québec, QC; 2021 [cité 23 mai 2024] p. 33. Disponible sur: https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_175681&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
3. Lévesque P, Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec: portrait 2023 [Internet]. Québec: Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2023 [cité 11 sept 2023] p. 57. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3294>
4. Institut national de santé publique du Québec. Population âgée de 65 ans et plus [Internet]. 2015 [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-65-ans-plus>
5. Fassberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94.
6. Chattun MR, Amdanee N, Zhang X, Yao Z. Suicidality in the geriatric population. *Asian J Psychiatr*. 2022;75:103213.
7. De Leo D, Giannotti AV. Suicide in late life: A viewpoint. *Prev Med*. 2021;152:106735.
8. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(11):1801-24.
9. Nelson TD. Promoting healthy aging by confronting ageism. *Am Psychol*. 2016;71(4):276-82.
10. Global Report on Ageism [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>
11. Gagnon L, Savoie A. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés: Préparons l'avenir avec nos aînés [Internet]. Québec: Ministère de la Famille et des Aînés; 2008 [cité 11 sept 2023] p. 161. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002196/>
12. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):e0220857.
13. Van Orden K, Deming C. Late-Life Suicide Prevention Strategies: Current Status and Future Directions. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:79-83.

14. Van Orden KA, O'Riley AA, Simning A, Podgorski C, Richardson TM, Conwell Y. Passive Suicide Ideation: An Indicator of Risk Among Older Adults Seeking Aging Services? *Gerontologist*. 2015;55(6):972-80.
15. Carstensen LL, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ersner-Hershfield H, Samanez-Larkin GR, et al. Emotional Experience Improves With Age: Evidence Based on Over 10 Years of Experience Sampling. *Psychol Aging*. 2011;26(1):21-33.
16. Carstensen LL, Shavit YZ, Barnes JT. Age Advantages in Emotional Experience Persist Even Under Threat From the COVID-19 Pandemic. *Psychol Sci*. 2020;31(11):1374-85.
17. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Rallumer l'espoir: Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 [Internet]. Québec; 2022 p. 70. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
18. Geran L, Tully P, Wood P. Statistique Canada. 2005. Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84-548-x/2005001/4078905-fra.htm#:~:text=Le%20rapport%20provisoire%20de%20comparabilit%C3%A9%20des%20Causes%20externes%20de%20morbidity%C3%A9,%C3%A9quivalent%20de%20la%20CIM%20%2D9>
19. Azevedo Da Silva M, Gravel N, Sylvain-Morneau J, Blaser C, Gamache P, Hamel D. Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021 [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2024 p. 25. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-04/3476-indice-defavorisation-materielle-sociale-2021.pdf>
20. Institut de la statistique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 2016 [cité 22 juill 2024]. Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux - Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>
21. Institut de la statistique du Québec [Internet]. 2020 [cité 24 juill 2024]. Population et structure par âge et genre – Municipalités. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-municipalites>
22. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2024 [cité 24 juill 2024]. Indice de défavorisation matérielle et sociale. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>
23. Talbot D, Mésidor M, Chiu Y, Simard M, Sirois C. An Alternative Perspective on the Robust Poisson Method for Estimating Risk or Prevalence Ratios. *Epidemiology*. 2023;34(1):1-7.
24. Joinpoint Regression Program, Version 5.0.2. Mai 2023; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute.
25. Kim HJ, Chen HS, Midthune D, Wheeler B, Buckman DW, Green D, et al. Data-driven choice of a model selection method in joinpoint regression. *J Appl Stat*. 2022;50(9):1992-2013.

26. National Cancer Institute. Joinpoint Help System: Exclude Data Points (COVID Outlier). [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/input-file-tab/independent-variable-1/exclude-last-data-point-covid-outlier>
27. Varin M, Orpana HM, Palladino E, Pollock NJ, Baker MM. Trends in Suicide Mortality in Canada by Sex and Age Group, 1981 to 2017: A Population-Based Time Series Analysis: Tendances de la mortalité par suicide au Canada selon le sexe et le groupe d'âge, 1981 - 2017: Une analyse de séries chronologiques dans la population. *Can J Psychiatry*. 2021;66(2):170-8.
28. De Leo D, Arnautovska U. Prevention and Treatment of Suicidality in Old Age. In: *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. Malden, MA: John Wiley & Sons; 2011. p. 309-28.
29. Mercier G, St-Laurent D. Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie [Internet]. 1998 [cité 13 mai 2024] p. 86. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf
30. Girma S, Paton D. Is assisted suicide a substitute for unassisted suicide? *Eur Econ Rev*. 2022;145:104113.
31. Fruhstorfer C, Kelly M, Spiegel L, Baylis PJ, Dembo J, Wiebe E. Patient experiences with requests for medical assistance in dying. *Can Fam Physician*. 2024;70(1):41-7.
32. Statistique Canada [Internet]. 2022 [cité 10 mai 2024]. Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021. Disponible sur: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-X2021004-fra.cfm>
33. Aubé D, Souffez K. Institut national de santé publique du Québec. 2016 [cité 24 mai 2024]. Le vieillissement au Québec. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>
34. Ministère de la famille. Les aînés du Québec: Quelques données récentes [Internet]. Gouvernement du Québec; 2018 [cité 23 mai 2024] p. 23. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
35. Skinner R, McFaull S, Draca J, Frechette M, Kaur J, Pearson C, et al. Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15). *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2016;36(11):243-51.
36. Agence de la santé publique du Canada. Gouvernement du Canada. 2022 [cité 14 nov 2023]. Suicide in Canada: Key Statistics (infographic). Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html>
37. King K, Dow B, Keogh L, Feldman P, Milner A, Pierce D, et al. "Is Life Worth Living?": The Role of Masculinity in the Way Men Aged Over 80 Talk About Living, Dying, and Suicide. *Am J Mens Health*. 2020;14(5):1557988320966540.

38. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord.* 2012;138(1):19-26.
39. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2018 [cité 27 mai 2024]. Inégalités sociales de santé - La mortalité par suicide. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/la-mortalite-par-suicide>
40. Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990–2005. *Public Health.* 2010;124(2):78-85.
41. Burrows S, Auger N, Gamache P, St-Laurent D, Hamel D. Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: A prospective study. *BMC Public Health.* 2011;11:577.
42. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;127:193-211.
43. Barry R, Rehm J, de Oliveira C, Gozdyra P, Kurdyak P. Rurality and Risk of Suicide Attempts and Death by Suicide among People Living in Four English-speaking High-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2020;65(7):441-7.
44. Purc-Stephenson R, Doctor J, Keehn JE. Understanding the factors contributing to farmer suicide: a meta-synthesis of qualitative research. *Rural Remote Health.* 2023;23(3):1-11.
45. Hirsch JK, Cukrowicz KC. Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *J Rural Ment Health.* 2014;38(2):65-78.
46. Roy P, Tremblay G. L'expérience du stress chez les agriculteurs: Une analyse du genre masculin. *Nouvelles pratiques sociales.* 2016;27(2):236-52.
47. Casant J, Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5):2669.
48. Lévesque P, Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec: portrait 2024 [Internet]. Québec: Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2024 p. 71. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-02/3451-comportements-suicidaires-au-Qu%C3%A9bec-portrait-2024.pdf>
49. Navaneelan T. Statistique Canada. [cité 20 févr 2024]. Suicide rates: An overview. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>
50. Lévesque P, Beauregard M, Perron L. Les suicides au Québec: portrait des moyens utilisés pour s'enlever la vie. 2019 p. 32.
51. Gosselin E, Simard M, Dubé M, Sirois C. Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016 [Internet]. 2020 [cité 1 juin 2024] p. 12. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2679_portrait_polypharmacie_aines_quebecois.pdf

52. Abrams RC, Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC. Preference for Fall From Height as a Method of Suicide by Elderly Residents of New York City. *Am J Public Health*. 2005;95(6):1000-2.
53. Lin JJ, Lu TH. Association Between the Accessibility to Lethal Methods and Method-Specific Suicide Rates. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1074-9.
54. Koo YW, Kölves K, de Leo D. Profiles by suicide methods: an analysis of older adults. *Aging Ment Health*. 2019;23(3):385-91.
55. Koo YW, Kölves K, Leo DD. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(8):1297-306.
56. Mahinpey N, Pollock NJ, Liu L, Contreras G, Thompson W. Self-harm and rurality in Canada: an analysis of hospitalization data from 2015 to 2019. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;1-10.
57. Équipe de pilotage MSSS-RAMQ. Directive de codage, Tentatives de suicide (20.1) Chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98). 2009 p. 6.
58. Fiske A, O’Riley AA. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):123-30.
59. Thibodeau L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle : perspectives sociodémographiques et macroéconomiques [Internet]. Université de Montréal; 2015. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12329/Thibodeau_Lise_2015_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
60. Snowdon J, Choi N. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*. 2020;15:1-8.
61. De Leo D. Late-life suicide in an aging world. *Nat Aging*. 2022;2(1):7-12.
62. Walter SJ, Bugeja L, Spittal MJ, Studdert DM. Factors predicting coroners’ decisions to hold discretionary inquests. *CMAJ*. 2012;184(5):521-8.
63. Rahme E, Low NCP, Lamarre S, Daneau D, Habel Y, Turecki G, et al. Correlates of Attempted Suicide from the Emergency Room of 2 General Hospitals in Montreal, Canada. *Can J Psychiatry*. 2016;61(7):382-93.
64. Santé Canada. Gouvernement du Canada. 2023 [cité 13 mai 2024]. Quatrième rapport annuel sur l’aide médicale à mourir au Canada 2022. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2022.html>
65. Institut national de santé publique du Québec. Portail de l’Infocentre [Internet]. 2022 [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.infocentre.inspq.qc.ca/>

ANNEXE : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Définition des cas d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été répertoriées à partir du fichier MED-ÉCHO mis à jour en novembre 2023. Les hospitalisations qui présentaient un code de cause externe de traumatisme prenant les valeurs X60 à X84 et Y87.0 et qui présentaient aussi un diagnostic de lésion traumatique compris parmi les valeurs S00-T77 ou T79 selon la CIM-10-CA ont été retenues. Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués à cette sélection. Les hospitalisations suivantes ont été incluses :

- des soins physiques de courte durée;
- des soins psychiatriques de courte durée;
- des soins de longue durée en unité de courte durée.

Ont été exclu(e)s :

- les hospitalisations en chirurgie d'un jour;
- les hospitalisations en soins de longue durée;
- les soins post-mortem;
- les transferts et les réadmissions pour un même événement traumatique;
- les hospitalisations attribuables aux complications dues à des actes chirurgicaux et à des soins médicaux;
- les séquelles de traumatismes ou d'empoisonnements;
- les hospitalisations associées à une cause extérieure sans qu'un diagnostic de blessure soit inscrit en diagnostic principal ou secondaire;
- les hospitalisations dont le diagnostic principal provient de la Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé (codes Z en CIM-10-CA).

Davantage d'informations sur chacune des exclusions énumérées sont inscrites dans la fiche associée à l'indicateur « Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme » sur le portail de l'Infocentre de santé publique (65).

Méthodologie pour le calcul des taux bruts et ajustés

L'ajustement des taux selon l'âge est réalisé dans le but de permettre la comparaison des taux entre des groupes (p. ex., selon le sexe, à travers le temps, etc.) qui n'ont pas nécessairement la même structure d'âge. Dans le cadre de ce rapport, la standardisation directe a été faite selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011, agissant à titre de population de référence. Pour l'analyse des taux de suicide ajustés, la structure d'âge privilégiée était à deux catégories (65-74 et 75 ans et plus). Ainsi, les taux ajustés consistent en la somme

des taux spécifiques à chaque groupe d'âge, pondérés selon la distribution de ces groupes d'âge dans la population de 2011. Cette structure d'âge relativement simple menait à des résultats similaires à ceux obtenus avec des structures d'âge plus complexes testées à travers l'ensemble des analyses (65-69, 70-74, 75-79 et 80 ans et plus ou 65-74, 75-84 et 85 ans et plus testé uniquement pour les analyses selon l'indice de défavorisation du territoire de résidence). Pour l'analyse des taux ajustés d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide, la structure d'âge suivante a été utilisée, étant celle préconisée à l'Infocentre : 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 et 90 ans et plus.

Lorsque les taux ont été mesurés sur une période de plus d'une année, la somme des populations annuelles est utilisée au dénominateur. Cette somme représente une estimation du nombre total de personnes-années sur l'ensemble de la période évaluée. À titre d'exemple, voici le calcul du taux de suicide chez les individus de 65-69 ans au cours des années 2020-2021 :

$$\frac{\text{Nombre de suicides recensés chez les 65 à 69 ans en 2020 et en 2021}}{\text{Population de 65 à 69 ans au Québec en 2020} + \text{Population de 65 à 69 ans au Québec en 2021}} \times 100\,000$$

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

