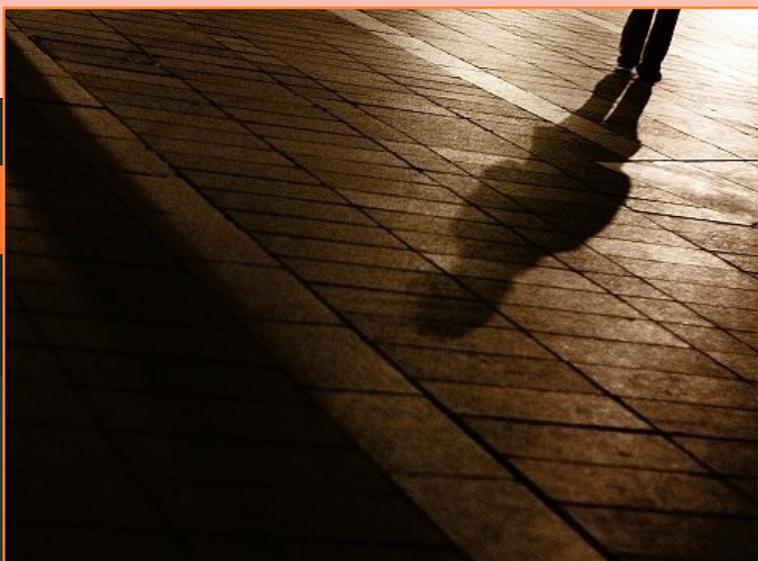


Le suicide en Abitibi-Témiscamingue

Octobre 2015

Portrait statistique



Sommaire

Idées suicidaires et tentatives de suicide	3
Hospitalisation pour tentative de suicide	4
Évolution dans le temps	5
Selon le sexe et l'âge	6
L'Abitibi-Témiscamingue et les territoires des MRC : comparaison avec le reste du Québec	7
Mortalité par suicide.....	11
Évolution dans le temps	11
L'Abitibi-Témiscamingue : comparaison avec le reste du Québec et les autres régions	13
Les territoires des MRC : comparaison avec le reste du Québec.....	15
Selon le sexe et l'âge	17
Selon l'état civil.....	18
Selon le moyen utilisé.....	19
En bref	20

Édition

produite par

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Rédaction

Guillaume Beaulé, agent de recherche
Direction de santé publique

Collaboration

Sylvie Bellot
Direction de santé publique

Muguette Lacerte
Direction de santé publique

Sylvie Théberge
Direction des services multidisciplinaires

Mise en page

Francine Robert
Direction de santé publique

ISBN : 978-2-89391-685-9 (Version imprimée)
978-2-89391-686-6(PDF)

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Le suicide constitue une préoccupation importante pour la santé publique. En plus d'être une cause évitable de décès, il représente en général la conséquence ultime d'une détresse psychologique intense. Un individu est alors à ce point perturbé émotionnellement qu'il ne voit plus d'autres alternatives que la mort afin d'enrayer ses souffrances. De plus, le décès d'une personne par suicide provoque de la désolation dans son entourage immédiat, auprès des membres de la famille, des amis et des collègues de travail. De nombreuses émotions, comme l'impuissance et la culpabilité, accompagnent le questionnement et le désir de comprendre les raisons du geste, rendant le deuil encore plus difficile à réaliser. Ainsi, un seul suicide peut entraîner des impacts directs sur plusieurs dizaines de personnes, souvent des effets indirects sur toute une communauté ou un village.

Ce document présente les données les plus récentes provenant de diverses sources :

- ♦ l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), en ce qui concerne les idées suicidaires et les tentatives de suicide chez les personnes de 15 ans et plus
- ♦ le fichier administratif Med-Écho, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), au sujet des hospitalisations pour tentative de suicide, plus particulièrement les années financières 2009-2010 à 2013-2014
- ♦ le fichier des décès du MSSS, plus particulièrement la période de 2007 à 2011, en ce qui a trait à la mortalité par suicide.

Idées suicidaires et tentatives de suicide

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide reflètent en général la détresse profonde des personnes. Elles demeurent néanmoins des réalités difficiles à mesurer statistiquement, si ce n'est par l'entremise d'enquêtes auprès de la population.

En 2008, selon l'EQSP, 12 % des personnes de 15 ans et plus en Abitibi-Témiscamingue auraient songé sérieusement au suicide **au moins une fois au cours de leur vie**, un résultat significativement supérieur à celui du reste du Québec¹ (10 %). Cela représente environ 14 000 individus. Ce résultat ne varie pas selon le sexe : 12 % chez les hommes et 13 % chez les femmes. Dans les deux cas, la donnée régionale se compare à celle du reste de la province. **Dans les 12 mois précédant l'enquête**, 3 % de la population dans la région aurait eu des idées suicidaires sérieuses, soit environ 3 000 personnes de 15 ans et plus. Ce résultat se compare à celui du reste du Québec (2 %). Aucune variation n'est notée selon le sexe.

Toujours en 2008, parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, plus de la moitié (56 %) ont par la suite consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique. Ce pourcentage régional se compare à celui du reste de la province (53 %), l'écart de 3 points n'étant pas statistiquement significatif. Les hommes ont été moins nombreux à consulter que les femmes, 47 % contre 64 %. Ici également, les résultats régionaux sont comparables à ceux du reste du Québec.

1. Les tests statistiques établissent une comparaison entre la région et le reste du Québec, c'est-à-dire l'ensemble de la province en excluant la région.

Enfin, toujours selon cette enquête² réalisée en 2008, 5 % de la population de la région a déclaré avoir déjà tenté de se suicider **au cours de sa vie**, soit environ 6 000 personnes de 15 ans et plus. Il s'agit d'un résultat comparable à celui du reste du Québec (4 %). La proportion d'hommes (4 %) s'avère un peu plus faible que celle des femmes (7 %). À titre indicatif, 0,5 % de la population du Québec aurait tenté de s'enlever la vie **dans les 12 mois précédant l'enquête**. Ici, la donnée régionale n'est pas présentée en raison de la faible qualité de l'estimation.

Le nombre de tentatives de suicide s'avère supérieur au nombre de décès par suicide. De même, il est plus important chez les femmes que chez les hommes. Cependant, l'évaluation du ratio tentatives/décès, c'est-à-dire le nombre de tentatives de suicide pour un décès par suicide, varie selon les sources³. Chez les hommes par exemple, il pourrait se situer entre 5 et 15 alors que chez les femmes, il oscillerait davantage entre 30 et 65. Dans ce dernier cas, cela voudrait dire qu'il y aurait 65 tentatives de suicide chez les femmes avant qu'un décès ne survienne.

Hospitalisation pour tentative de suicide



À la suite d'une tentative de suicide, il est possible qu'une personne reçoive des soins à l'hôpital, si son état de santé le requiert. La personne peut être traitée à l'urgence. Si c'est le cas, son passage à l'hôpital n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ainsi, une hospitalisation signifie une admission dans un service hospitalier où la personne demeure au moins 24 heures. Les hospitalisations pour tentative de suicide ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des tentatives de suicide.

De plus, une sous-estimation des hospitalisations pour tentative de suicide peut exister en raison de la codification et des pratiques pouvant varier d'un établissement à l'autre. Enfin, il s'agit ici des hospitalisations pour tentative de suicide et non des personnes hospitalisées, un individu pouvant être hospitalisé plus d'une fois pour différentes tentatives au cours d'une même année. En raison de ces limites, les hospitalisations pour tentative de suicide sous-estiment l'ampleur du problème, tout en constituant malgré tout l'une des rares sources de données disponibles pour tenter de cerner le phénomène.

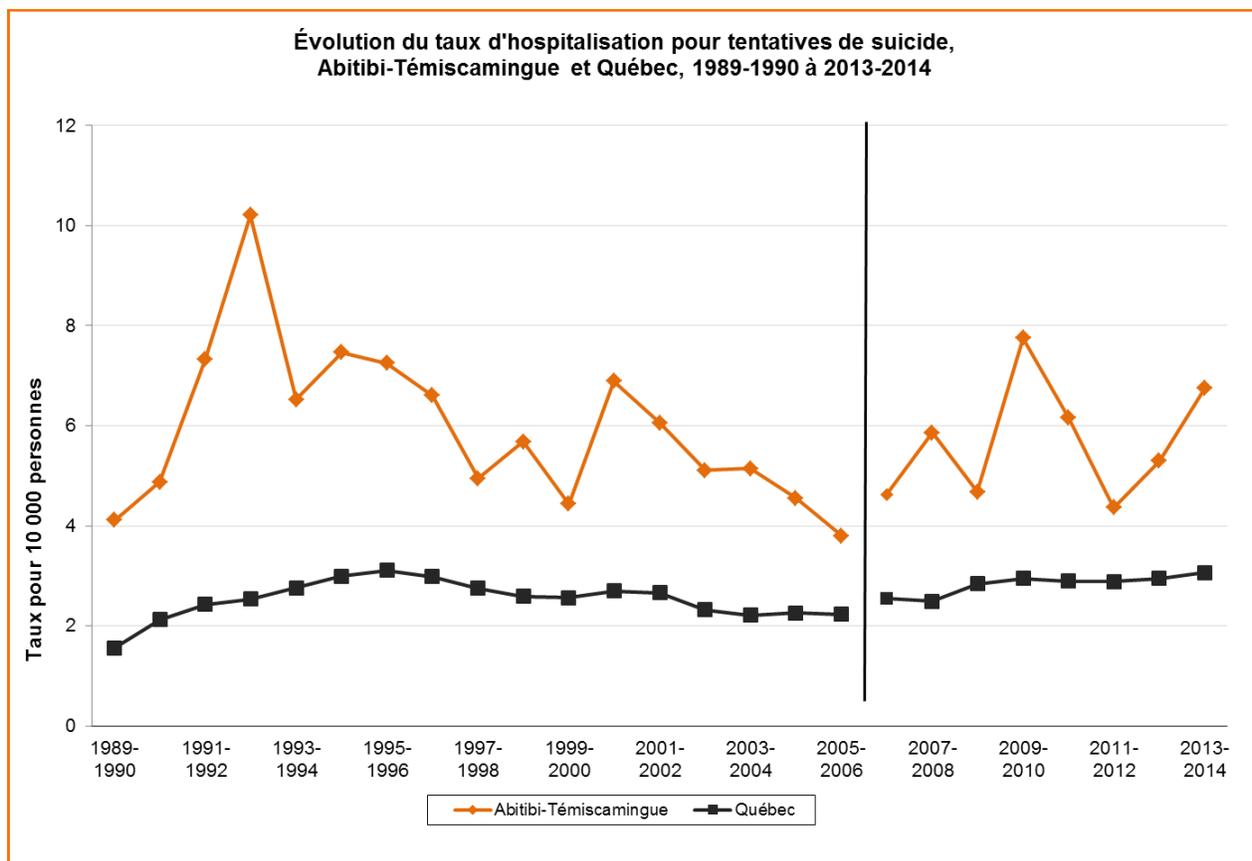
2. Pour plus de détails sur l'EQSP 2008, consultez le document suivant : MSSS (2012). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-202-04F.pdf>

3. Sources consultées : Roy, Philippe, 2008. *La négociation des normes masculines par les hommes en crise suicidaire*, mémoire présenté comme exigence de la maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal (<http://www.archipel.uqam.ca/1194/1/M10511.pdf>) ; Anestis MD, Bryan, 2013. *Means and capacity for suicidal behavior: a comparison of the ratio of suicide attempts and deaths by suicide in the US military and general population*, *Journal of Affective Disorders*, 148 (1).

Évolution dans le temps

De la fin des années 1980 jusqu'au milieu de la décennie 2000, le taux annuel d'hospitalisation pour tentatives de suicide en Abitibi-Témiscamingue a tout d'abord connu une augmentation fulgurante durant quelques années, atteignant un sommet de 10 hospitalisations pour 10 000 personnes en 1992-1993, pour ensuite diminuer graduellement. Ainsi, comme l'illustre la figure 1, il est revenu en 2005-2006 au même point où il se situait une quinzaine d'années plus tôt, à environ 4 hospitalisations pour 10 000 personnes. Depuis 2006-2007, les hospitalisations sont classées en fonction de la 10^e Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), faisant en sorte qu'il est peu recommandé de comparer les données des années suivantes avec celles de la période précédente. De 2006-2007 à 2013-2014, le taux a beaucoup varié annuellement, oscillant entre 4 et 8 hospitalisations pour 10 000 personnes. Il s'avère donc difficile d'en dégager une tendance claire dans la région. Au cours des dernières années, cela représente environ 90 hospitalisations en moyenne annuellement.

Figure 1



Note : Changement de la méthode de classification des hospitalisations en 2006 (représenté par le trait perpendiculaire). Les données des années suivantes ne peuvent être comparées avec celles de la période précédente.

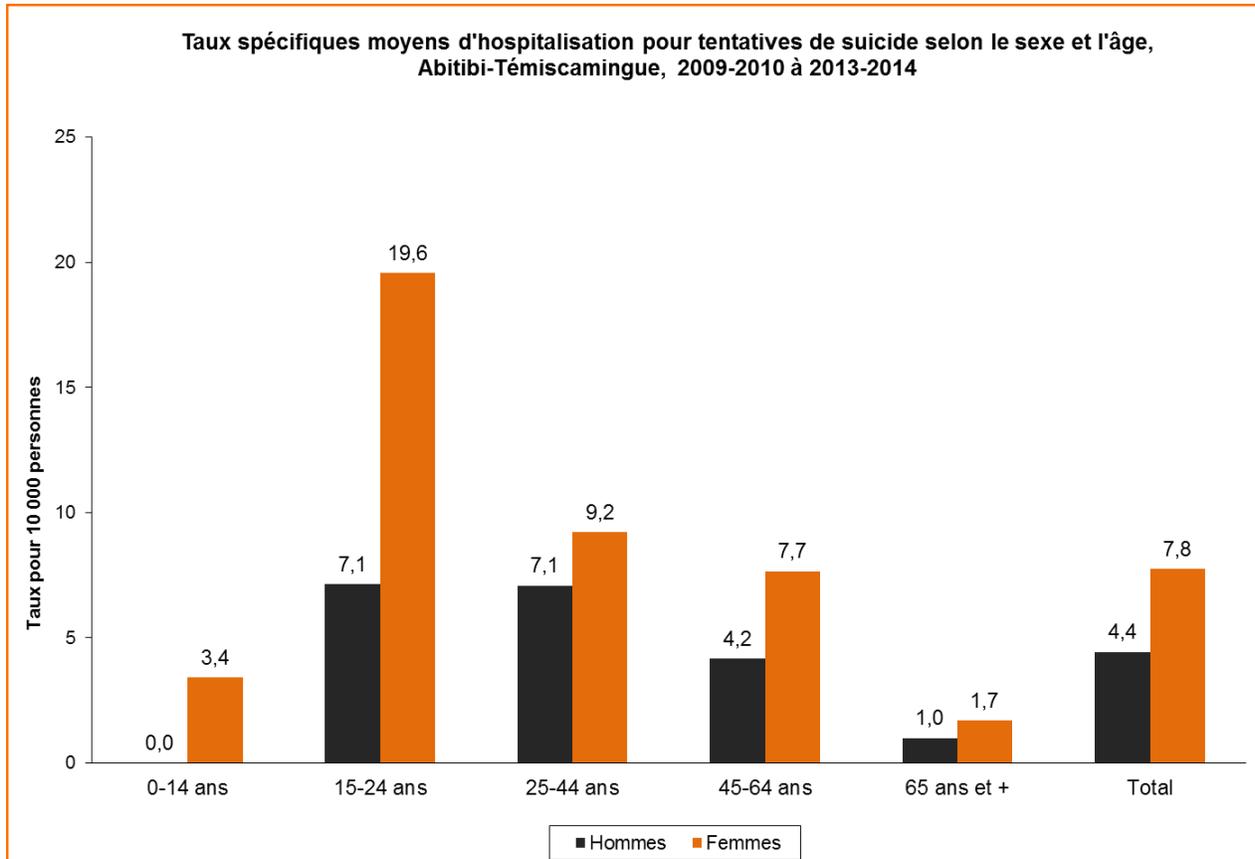
Source : MSSS, fichier Med-Écho, 1989-1990 à 2013-2014, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Au Québec par contre, le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide se montre beaucoup plus stable, variant à peine de 2 à 3 hospitalisations pour 10 000 de la fin des années 1980 jusqu'au milieu de la décennie 2000. Au cours des dernières années disponibles, il s'est maintenu aux environs de 3 pour 10 000. Cela représente en moyenne annuellement un peu plus de 2 300 hospitalisations.

Selon le sexe et l'âge

Pour la période de 2009-2010 à 2013-2014, soit les cinq dernières années disponibles, l'Abitibi-Témiscamingue compte en moyenne annuellement 89 hospitalisations pour tentatives de suicide, soit 33 chez les hommes et 56 chez les femmes. La figure 2 permet d'observer le taux annuel moyen d'hospitalisation en fonction du sexe et du groupe d'âge dans la région pour cette période. Ainsi, dans l'ensemble, le taux se révèle pratiquement deux fois plus élevé chez les femmes (7,8 hospitalisations pour 10 000 femmes) que chez les hommes (4,4 pour 10 000). Cet écart selon le sexe se retrouve dans tous les groupes d'âge. Le plus important apparaît chez les personnes de 15 à 24 ans (19,6 pour 10 000 femmes contre 7,1 pour 10 000 hommes).

Figure 2



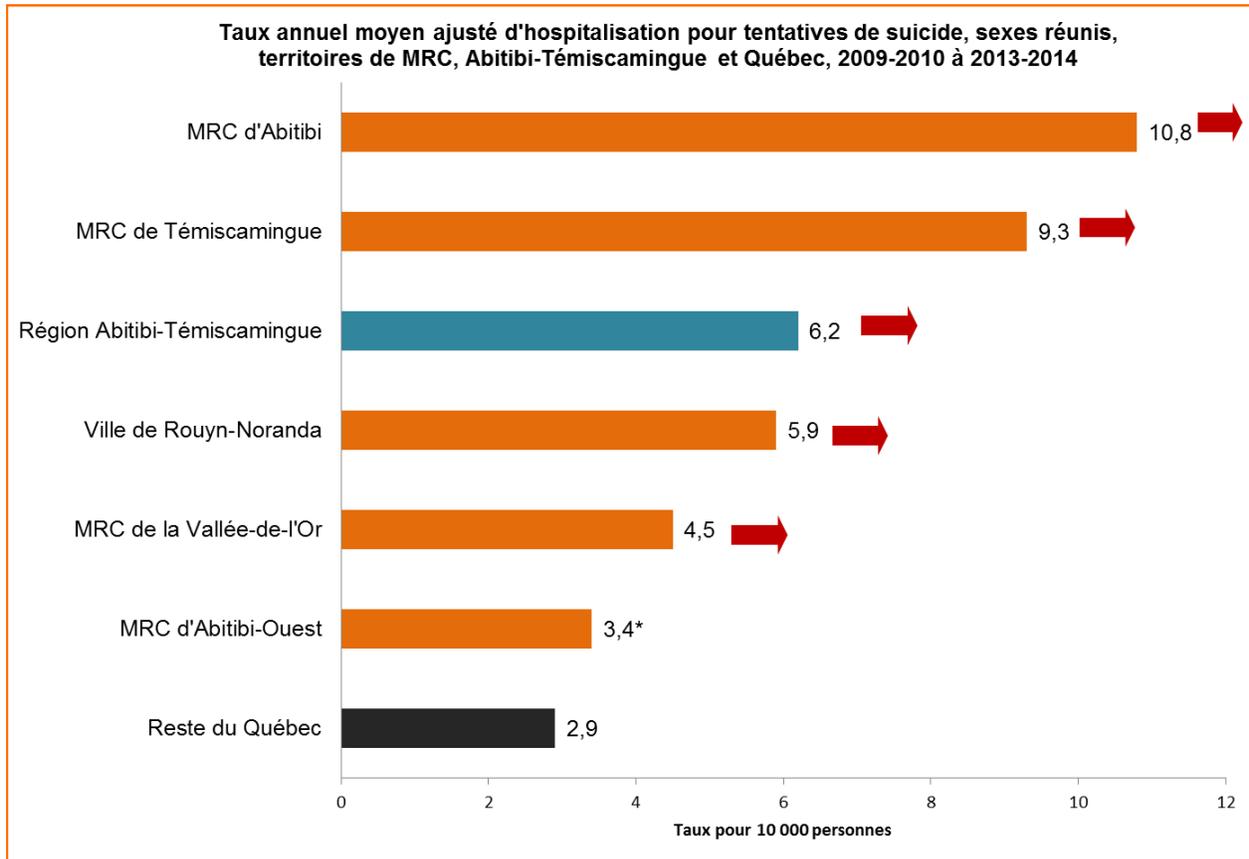
Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2009-2010 à 2013-2014 ; Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations démographiques pour l'année 2011 révisées en février 2015.

C'est également chez les personnes de 15 à 24 ans que le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide s'avère le plus élevé parmi l'ensemble des groupes d'âge. Chez les femmes, il diminue par la suite à 9,2 pour 10 000 chez celles de 25 à 44 ans, puis à 7,7 chez celles de 45 à 64 ans et à 1,7 chez celles de 65 ans et plus. La même tendance se dessine chez les hommes, bien que les valeurs du taux soient moindres (7,1 chez ceux de 25 à 44 ans, 4,2 chez ceux de 45 à 64 ans et 1,0 chez ceux de 65 ans et plus).

L'Abitibi-Témiscamingue et les territoires des MRC : comparaison avec le reste du Québec

Toujours pour la période de 2009-2010 à 2013-2014, le taux annuel moyen⁴ d'hospitalisation pour tentatives de suicide s'élève à 6,2 pour 10 000 personnes en Abitibi-Témiscamingue, un résultat significativement supérieur à celui du reste du Québec (2,9) (voir la figure 3). Autrement dit, toutes proportions gardées, il y a davantage d'hospitalisations pour tentatives de suicide dans la région que dans le reste du Québec pour l'ensemble de la population.

Figure 3



La flèche (⇒) indique que le taux dans le territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

* Attention, estimation de qualité moyenne.

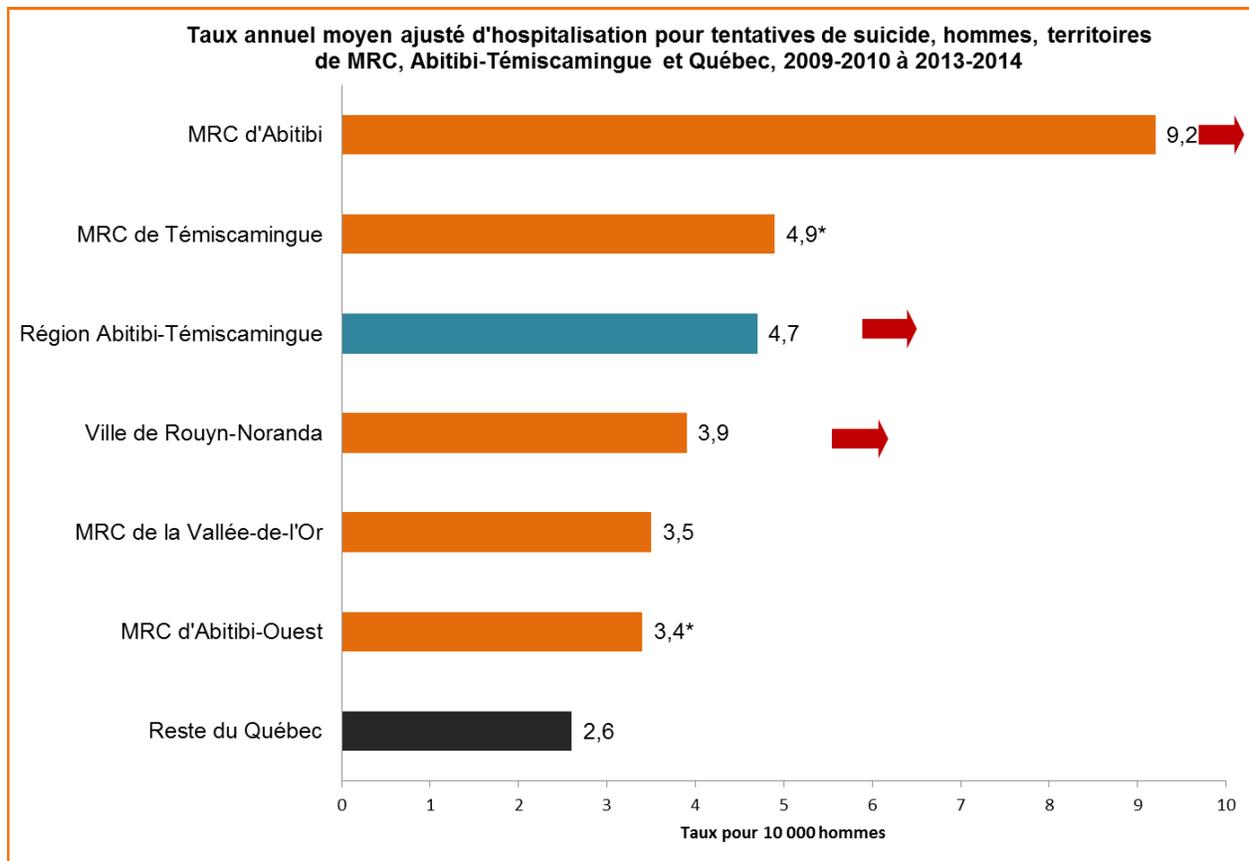
Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2009-2010 à 2013-2014, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

4. L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2006 comme population de référence.

Dans les MRC, comme l'illustre la figure 3, les taux annuels moyens s'avèrent significativement supérieurs à celui du reste du Québec dans presque tous les cas : 10,8 hospitalisations pour 10 000 personnes dans la MRC d'Abitibi, 9,3 au Témiscamingue, 5,9 à Rouyn-Noranda et 4,5 dans la Vallée-de-l'Or. L'exception concerne le taux dans la MRC d'Abitibi-Ouest (3,4), qui ne peut faire l'objet d'une comparaison en raison de la qualité de l'estimation découlant des petits nombres sur le plan statistique. Quant au nombre annuel moyen d'hospitalisations dans les MRC, il se répartit comme suit : 25 à Rouyn-Noranda, 25 dans la MRC d'Abitibi, 19 dans celle de la Vallée-de-l'Or, 13 au Témiscamingue et 7 dans celle d'Abitibi-Ouest.

Chez les hommes (voir la figure 4), le taux régional s'établit à 4,7 hospitalisations pour 10 000 personnes, un résultat significativement supérieur à celui du reste du Québec (2,6). Ce scénario se reproduit en ce qui a trait à la MRC d'Abitibi (9,2) et le territoire de Rouyn-Noranda (3,9). Dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, le taux de 3,5 pour 10 000 se compare à celui du reste de la province. Enfin, au Témiscamingue (4,9) et en Abitibi-Ouest (3,4), aucune comparaison ne peut être effectuée en raison de la qualité des estimations.

Figure 4



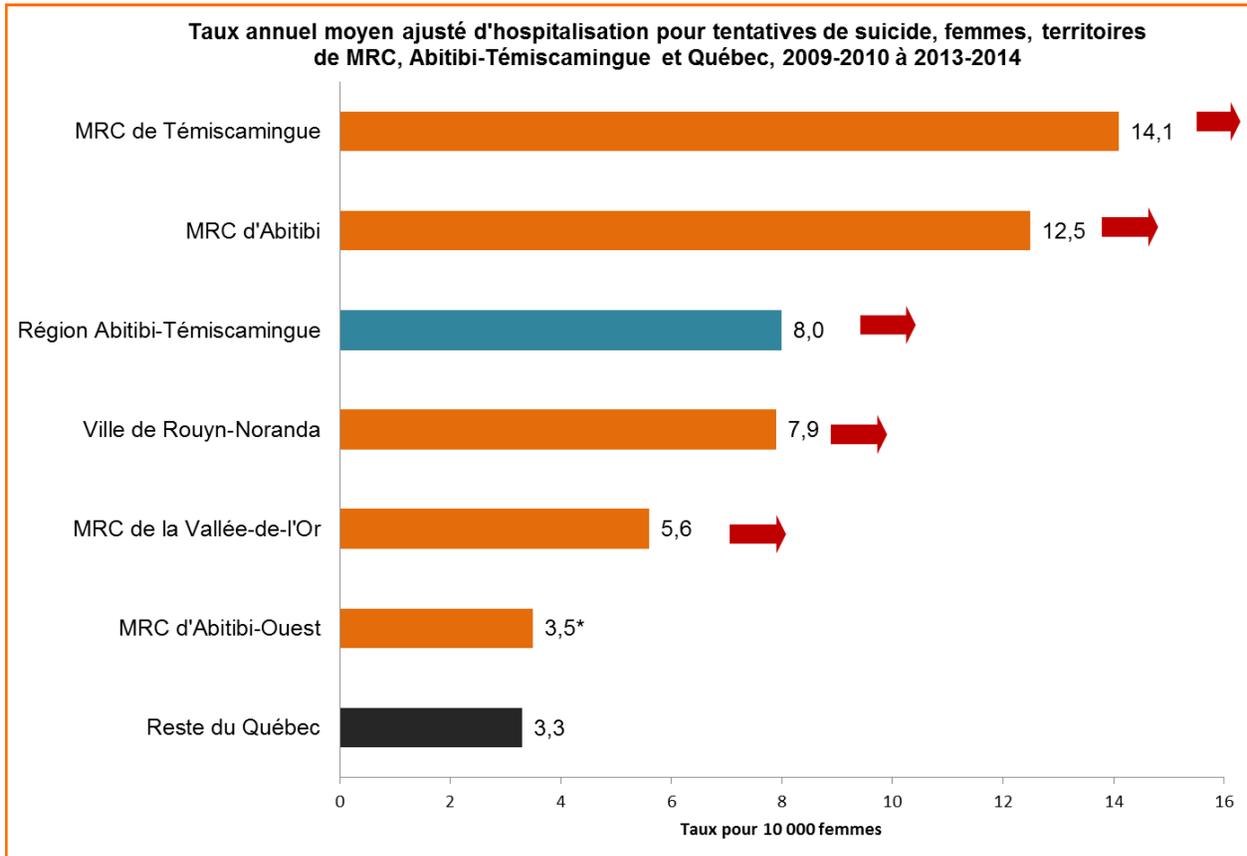
La flèche (⇒) indique que le taux dans le territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

* Attention, estimation de qualité moyenne.

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2009-2010 à 2013-2014, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Chez les femmes, comme l'expose la figure 5, le taux régional se situe à 8,0 hospitalisations pour 10 000 personnes, une valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec (3,3). Les résultats sont aussi supérieurs à celui du reste de la province dans les différentes MRC : Témiscamingue (14,1), Abitibi (12,5), territoire de Rouyn-Noranda (7,9) et de la Vallée-de-l'Or (5,6). Encore une fois, le taux dans la MRC d'Abitibi-Ouest ne peut être comparé en raison de la qualité de l'estimation. Dans l'ensemble, le taux d'hospitalisation s'avère plus élevé chez les femmes que chez les hommes, peu importe le territoire.

Figure 5



La flèche (⇒) indique que le taux dans le territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

* Attention, estimation de qualité moyenne.

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2009-2010 à 2013-2014, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.



Réf. : goodereader.s3.amazonaws.com

Tel que mentionné auparavant au sujet des tentatives de suicide, le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide s'avère lui aussi plus élevé que le nombre de décès par suicide. De même, il existe une différence notable selon le sexe. Chez les hommes de la région, pour la période de 2007 à 2011, le calcul du ratio hospitalisations/décès, c'est-à-dire le nombre d'hospitalisations pour un décès par suicide, s'élève en moyenne à 1,5 hospitalisation pour un décès. Dans l'ensemble de la province, ce ratio est de 1,1. Cela signifie qu'il y a pratiquement autant d'hospitalisations pour tentative que de décès par suicide. La situation chez les femmes diffère. Dans la région, il y a près de 8 hospitalisations (7,6) pour un décès alors qu'au Québec, il est plutôt question d'un ratio de 4,6 pour 1. Ainsi, contrairement aux hommes, les femmes comptent davantage d'hospitalisations pour tentative de suicide.



Réf. : images.fotocommunity.frphotos.com

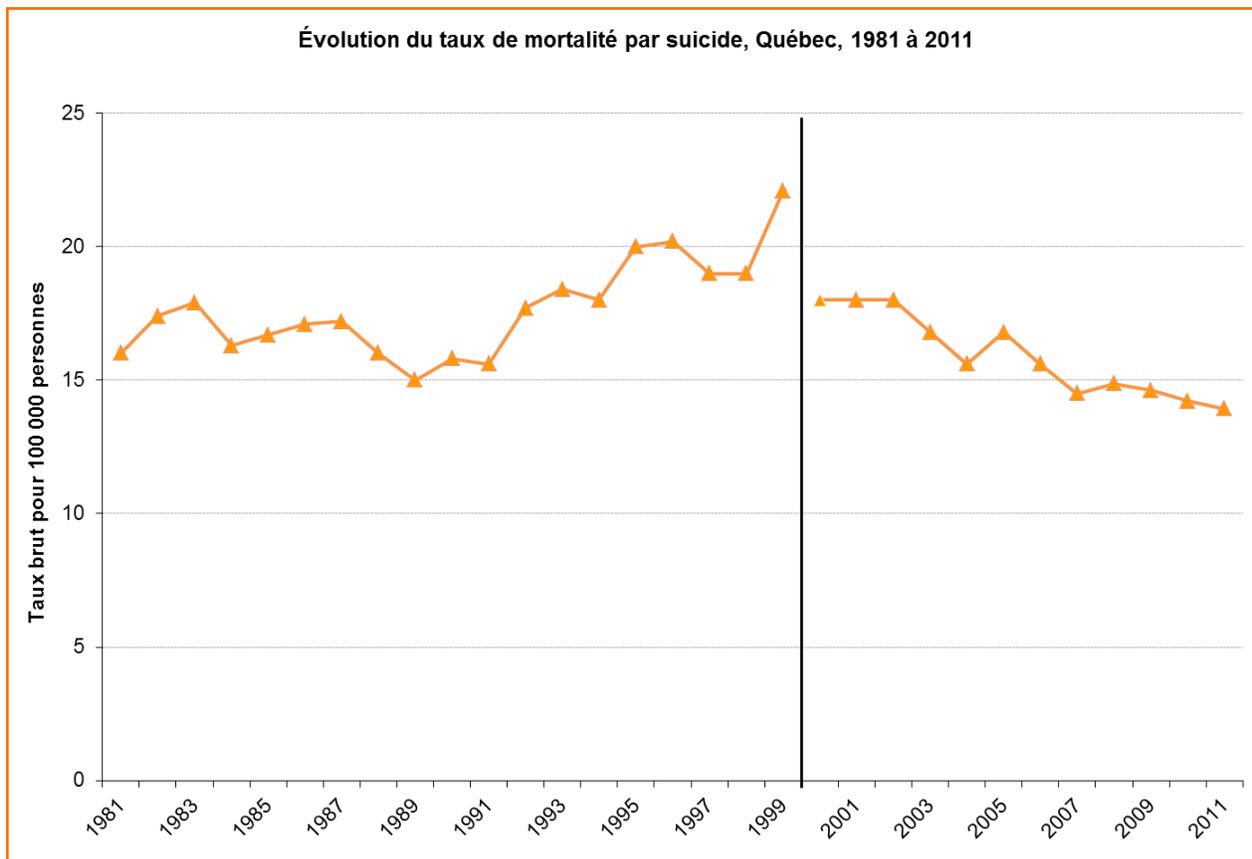
Mortalité par suicide

En général, un décès pouvant s'apparenter à un suicide fait l'objet d'une enquête de la part d'un coroner. Cet exercice permet de confirmer les causes du décès. Néanmoins, la mortalité par suicide peut être quelque peu sous-estimée en raison de décès plus difficiles à analyser, n'ayant pas fait l'objet d'une enquête, ou encore lorsque l'enquête ne peut conclure à un suicide faute de preuves suffisantes, comme une lettre de suicide. Par exemple, cela peut survenir lors d'un accident d'automobile ou encore lors d'un décès lié à une surdose de médicaments.

Évolution dans le temps

Au Québec, dans les années 1980, le taux annuel de mortalité par suicide s'est maintenu entre 15 et 18 décès pour 100 000 personnes (voir la figure 6). Dans les années 1990, il a connu une hausse marquée, atteignant un sommet de 22 pour 100 000 en 1999. Depuis l'année 2000, le taux a subi une diminution quasi-constante, pour se situer à 14 décès pour 100 000 en 2011, la valeur la plus basse enregistrée au cours des trente dernières années.

Figure 6



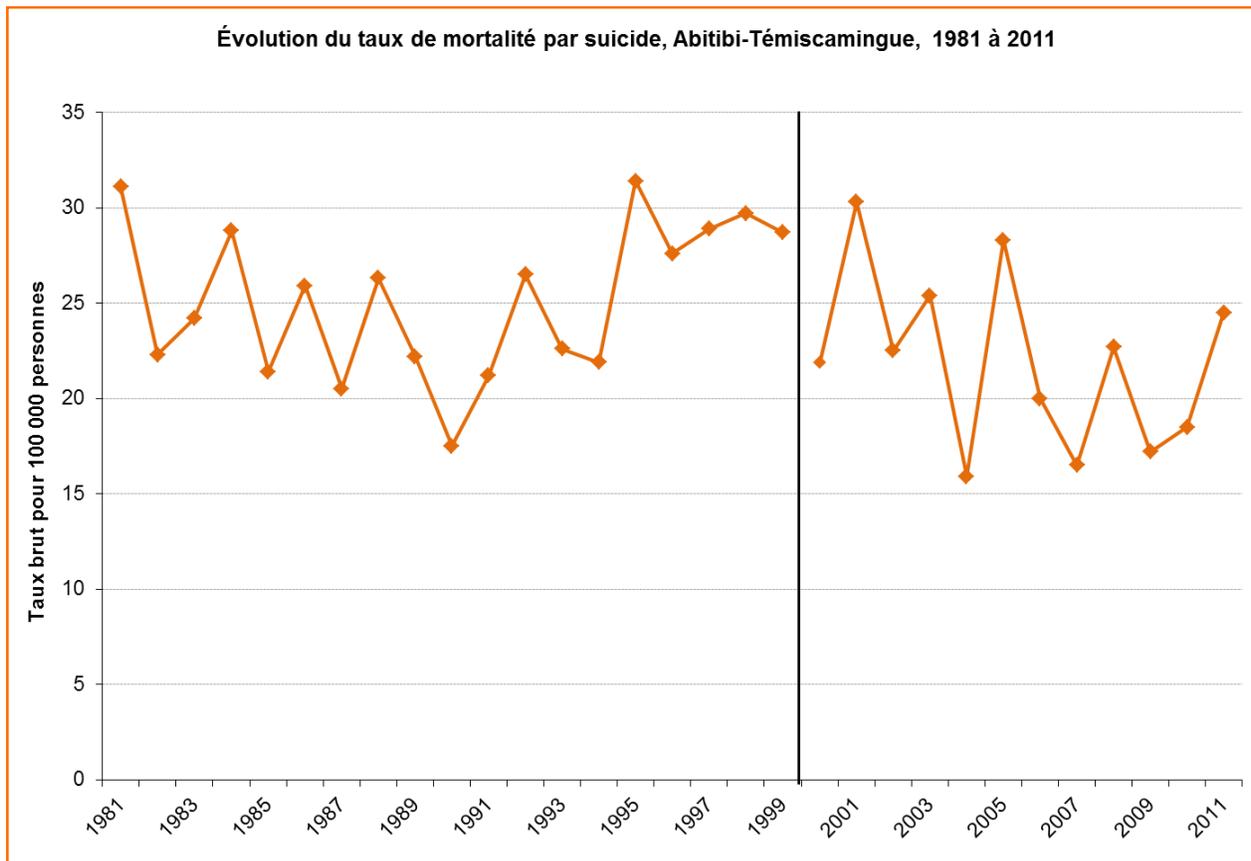
Note : Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire). Toutefois, selon une étude de Statistique Canada, la mortalité par suicide représente l'une des rares causes de décès non affectée par le passage de la neuvième à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM).

Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 2011, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Pour sa part, le nombre annuel de décès par suicide a varié au Québec de 1 000 à 1 200 dans les années 1980. Dans les années 1990, il a augmenté pour atteindre un peu plus de 1 600 en 1999. Dans la décennie 2000, il est revenu à des valeurs plus près de 1 100 à 1 200.

En Abitibi-Témiscamingue, les tendances historiques s'avèrent plus difficiles à identifier qu'au Québec en raison de la variabilité du taux annuel de mortalité par suicide, phénomène qui découle des petits nombres en cause sur le plan statistique. Dans les années 1980, comme l'illustre la figure 7, le taux a beaucoup fluctué, oscillant de 21 à 31 décès par 100 000 personnes. Comme au Québec, les années 1990 ont été caractérisées dans la région par une augmentation un peu plus soutenue, le taux se maintenant autour de 30 pour 100 000 dans les dernières années de cette décennie. Enfin, la décennie 2000 a marqué le retour des grandes variations, avec un sommet de 30 en 2001 et un plancher de 16 en 2004. En 2011, le taux se situait à 25 pour 100 000.

Figure 7



Note : Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire). Toutefois, selon une étude de Statistique Canada, la mortalité par suicide représente l'une des rares causes de décès non affectée par le passage de la neuvième à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM).

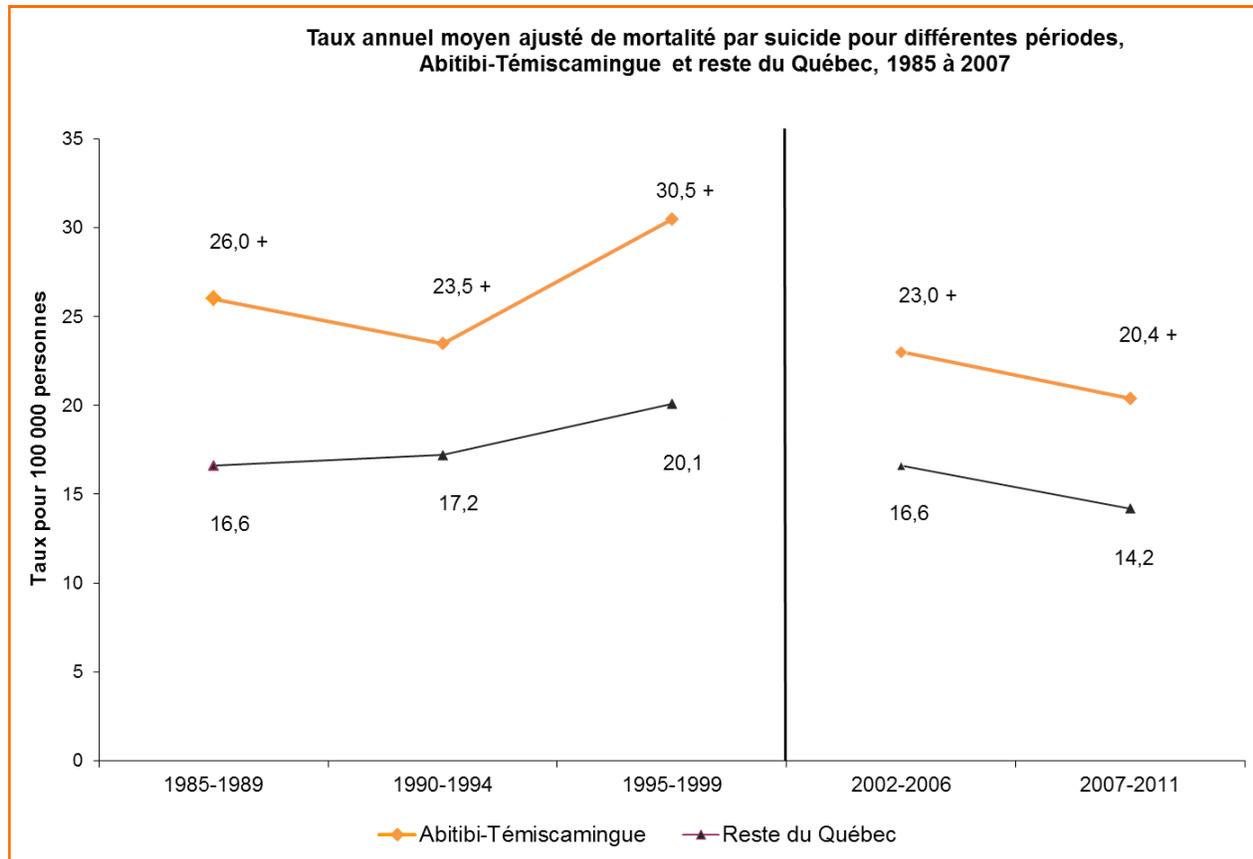
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 2011, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

En termes de nombre annuel de décès par suicide, la région en a enregistré dans les années 1980 entre 30 et 40. Dans les années 1990, il se situait davantage entre 40 et 50. Enfin, dans la décennie 2000, ce nombre annuel s'est rapproché davantage de la trentaine.

L'Abitibi-Témiscamingue : comparaison avec le reste du Québec et les autres régions

L'utilisation d'un taux moyen ajusté sur une période de cinq ans facilite l'analyse historique des données de l'Abitibi-Témiscamingue en réduisant les variations, tout en permettant d'établir des comparaisons avec le reste du Québec. La figure 8 illustre l'évolution du taux annuel moyen dans la région et dans le reste du Québec.

Figure 8



Note : Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire). Toutefois, selon une étude de Statistique Canada, la mortalité par suicide représente l'une des rares causes de décès non affectée par le passage de la neuvième à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM).

+ : valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec.

Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 2011, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Autant en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste du Québec, une augmentation du taux est observée du milieu des années 1980 jusqu'à la fin des années 1990. Dans la décennie 2000, une baisse est plutôt enregistrée dans les deux territoires. De plus, il est clair que peu importe la période étudiée, le taux régional demeure significativement plus élevé que celui dans le reste du Québec. De 2007 à 2011, il s'établit à 20,4 décès pour 100 000 personnes alors que dans le reste du Québec, il se situe à 14,2 pour 100 000.

Comme l'indique le tableau 1, l'Abitibi-Témiscamingue ne constitue pas la seule région au Québec ayant un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du reste de la province de 2007 à 2011. En effet, sept autres régions se retrouvent dans la même situation, soit le Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, la Côte-Nord, l'Estrie, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les Laurentides et la Mauricie Centre-du-Québec. Dans ces régions, le taux varie de 16 à 21 décès pour 100 000. Quatre autres régions ont un taux comparable à celui du reste du Québec, soit la Capitale-Nationale, Lanaudière, l'Outaouais et le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Enfin, seulement trois régions ont enregistré un taux significativement inférieur à celui du reste de la province. Il s'agit de zones plus urbaines, soit Laval, la Montérégie et Montréal, où le taux varie de 11 à 13 pour 100 000.

Tableau 1
Mortalité par suicide selon les régions du Québec, 2007 à 2011

	Régions (par ordre alphabétique)	Taux
Régions dont le taux de mortalité par suicide est <u>significativement supérieur</u> à celui du reste du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Abitibi-Témiscamingue ◆ Bas-Saint-Laurent ◆ Chaudière-Appalaches ◆ Côte Nord ◆ Estrie ◆ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ◆ Laurentides ◆ Mauricie Centre-du-Québec 	Varié de 16 à 21 décès pour 100 000 personnes selon la région
Régions dont le taux de mortalité par suicide est <u>comparable</u> à celui du reste du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capitale-Nationale ◆ Lanaudière ◆ Outaouais ◆ Saguenay-Lac-Saint-Jean 	Varié de 15 à 16 décès pour 100 000 personnes selon la région
Régions dont le taux de mortalité par suicide est <u>significativement inférieur</u> à celui du reste du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Laval ◆ Montérégie ◆ Montréal 	Varié de 11 à 13 décès pour 100 000 personnes selon la région

Note : Nunavik et Nord-du-Québec, données non présentées en raison de la faible qualité des estimations.

Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Les territoires des MRC : comparaison avec le reste du Québec

Dans la région, la trentaine de décès par suicide enregistrée en moyenne chaque année au cours de la période de 2007 à 2011 se répartissent dans les différents territoires de MRC, comme le présente le tableau 2. Ainsi, une dizaine de décès surviennent chaque année dans la Vallée-de-l'Or, 7 à Rouyn-Noranda, 5 en Abitibi-Ouest, 5 dans la MRC d'Abitibi et enfin moins de 5 au Témiscamingue.

Tableau 2
Nombre annuel moyen de décès par suicide selon les territoires de MRC, Abitibi-Témiscamingue, 2007 à 2011

Territoire de MRC	Nombre moyen
Vallée-de-l'Or	10
Ville de Rouyn-Noranda	7
Abitibi-Ouest	5
Abitibi	5
Témiscamingue	<5
Région Abitibi-Témiscamingue	29

La somme des parties diffère du total en raison de l'arrondissement des nombres.

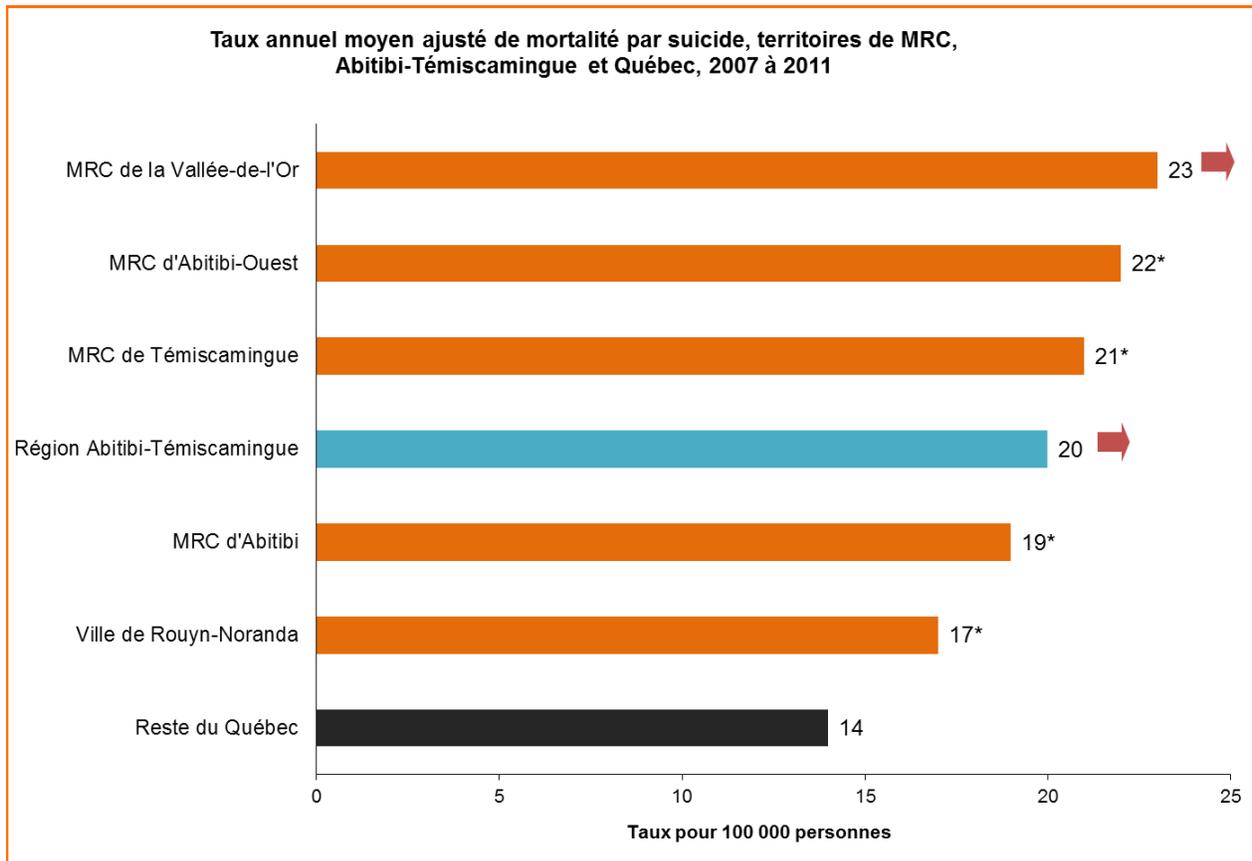
Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011.



Réf. : franieblues.f.r.pic.centerblog.net.gif

En raison de ces petits nombres annuels moyens, sur le plan statistique, il s'avère plus difficile d'établir des comparaisons entre les MRC de la région et le reste du Québec. Comme l'illustre la figure 9, outre le territoire de la Vallée-de-l'Or où le taux est significativement plus élevé que dans le reste de la province (23 décès par suicide pour 100 000 personnes comparativement à 14 pour 100 000), aucune comparaison n'est possible techniquement pour les quatre autres territoires de MRC : Abitibi-Ouest (22 pour 100 000), Témiscamingue (21), Abitibi (19) et Ville de Rouyn-Noranda (17). Il faut également utiliser ces données avec prudence en raison de la qualité des estimations.

Figure 9



La flèche (⇒) indique que le taux dans le territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

* Attention, estimation de qualité moyenne.

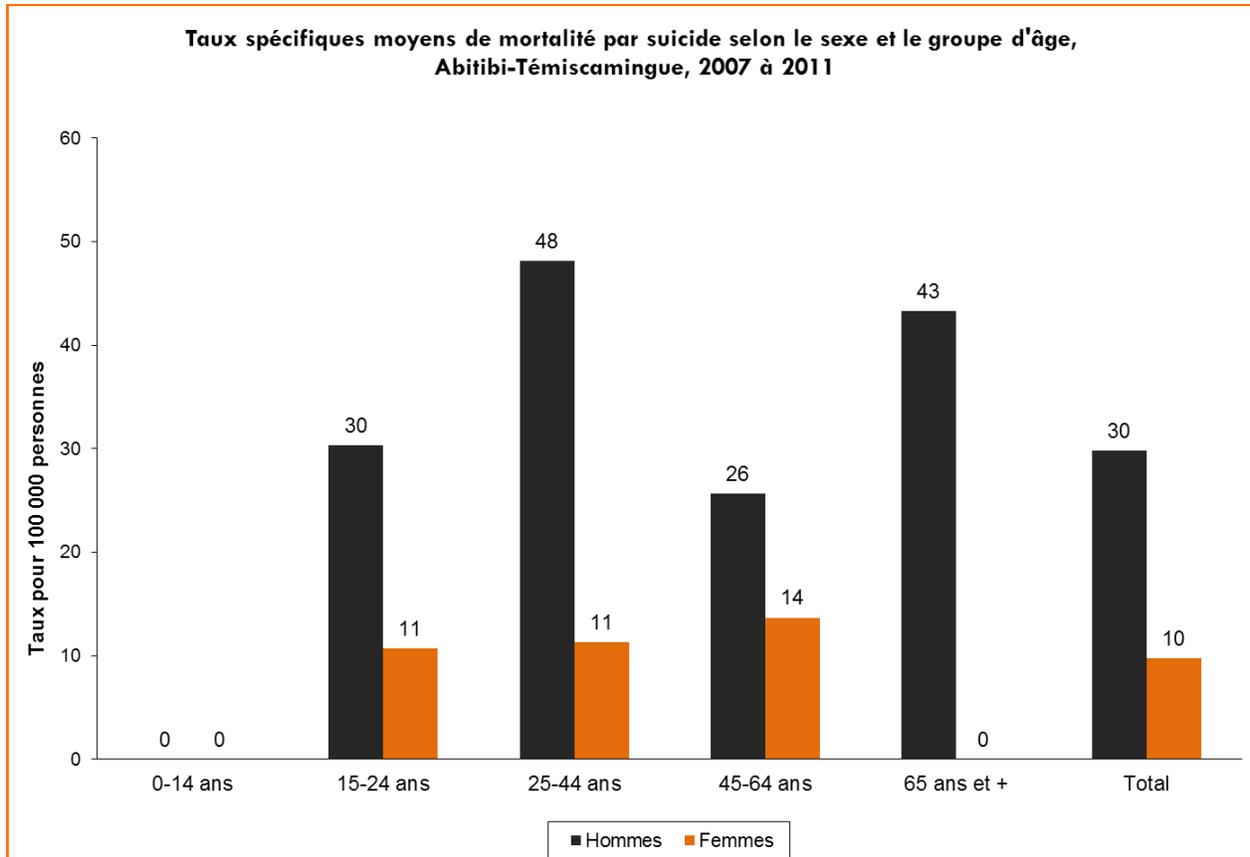
Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Selon le sexe et l'âge

Depuis plusieurs années, les décès par suicide s'avèrent beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, peu importe la région ou le territoire. La plus récente période analysée n'y fait pas exception. En effet, au Québec comme dans la région, les hommes représentent environ trois décès par suicide sur quatre.

L'analyse des taux spécifiques moyens selon le sexe et l'âge pour la période de 2007 à 2011 confirme la tendance. Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue, le taux est dans l'ensemble trois fois plus élevé chez les hommes (30 décès pour 100 000) que chez les femmes (10 pour 100 000), tel que l'expose la figure 10. Cet écart selon le sexe existe, peu importe le groupe d'âge.

Figure 10



Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations pour l'année 2009 produites en février 2015.

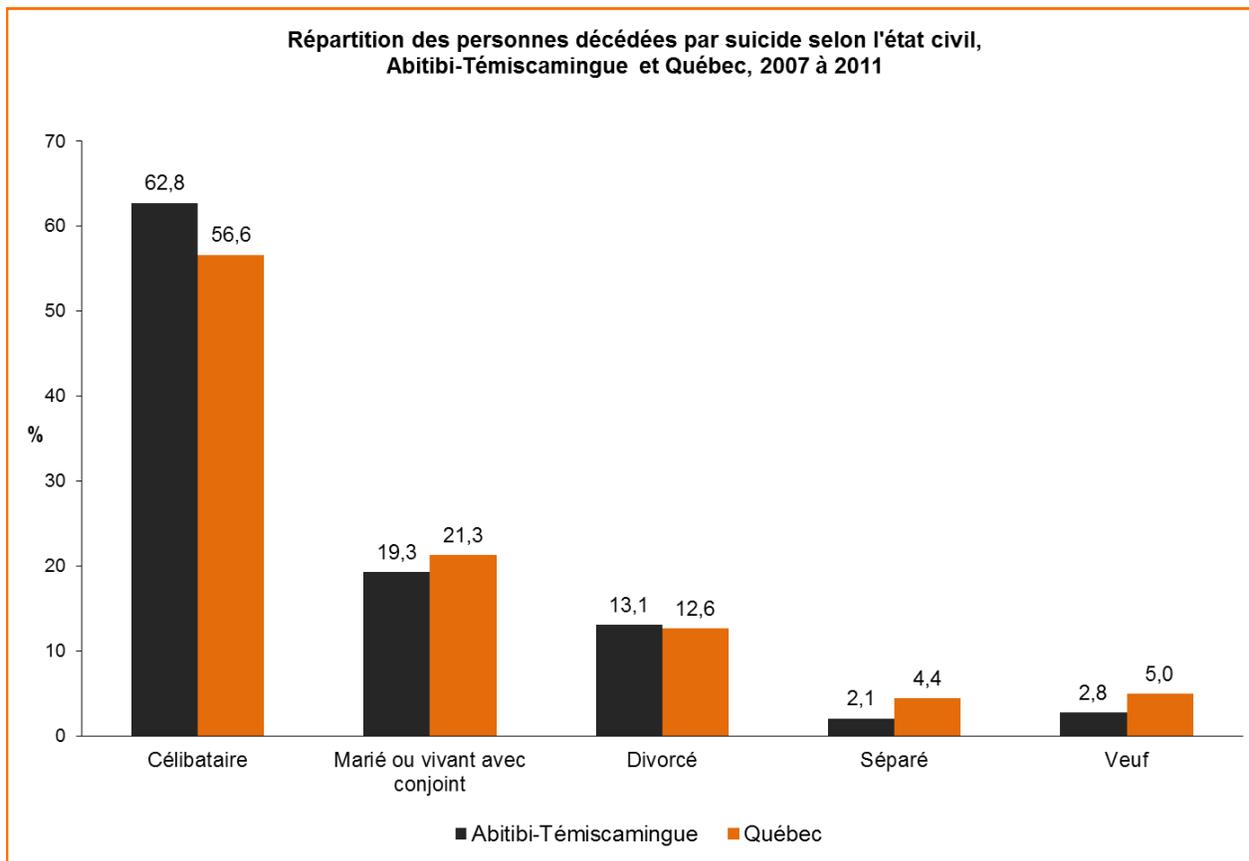
Chez les hommes, aucun décès n'a été enregistré chez les moins de 15 ans. Chez ceux de 15 à 24 ans, le taux se situe à 30 pour 100 000. Il grimpe à 48 chez ceux de 25 à 44 ans, la valeur la plus élevée dans les différents groupes d'âge. Chez les hommes de 45 à 64 ans, il s'établit à 26, alors qu'il monte à nouveau jusqu'à 43 chez ceux de 65 ans et plus. Chez les femmes, le taux varie peu selon le groupe d'âge, de 11 à 14 pour 100 000. Chez ces dernières, aucun décès n'a été répertorié chez les moins de 15 ans, de même que chez celles de 65 ans et plus.

IMPORTANT : Comme pour l'analyse des données par MRC, l'interprétation des résultats selon le sexe et l'âge nécessite une certaine prudence en raison des petits nombres en cause, sur le plan statistique. À ce niveau de détails (sexe et âge), l'ajout ou le retrait d'un seul décès entraîne des écarts importants dans les taux de mortalité et peut donc altérer l'analyse de l'ensemble du portrait. À titre indicatif, il est à noter que le nombre annuel moyen de décès par suicide dans la région en fonction du sexe et de groupe d'âge varie de aucun chez les personnes de moins de 15 ans à 9 chez les hommes de 25 à 44 ans.

Selon l'état civil

Toujours pour la période de 2007 à 2011, près des deux tiers (63 %) des personnes décédées par suicide en Abitibi-Témiscamingue étaient célibataires (voir la figure 11). Près d'une personne sur cinq (19 %) était mariée ou vivant avec un conjoint, alors qu'une sur huit (13 %) était divorcée. Enfin, une minorité de personnes étaient séparées (2 %) ou veuves (3 %). Ces proportions régionales se comparent sensiblement à celles observées dans l'ensemble du Québec. À première vue, une grande majorité (80 %) des personnes décédées par suicide étaient donc seules (célibataires, divorcées, séparées ou veuves). Néanmoins, l'état civil ne permet pas d'évaluer la capacité de soutien du réseau social des individus. Autrement dit, certains peuvent vivre seuls, mais avoir tout de même accès à un réseau de connaissances actif pour de l'aide lors de moments difficiles.

Figure 11



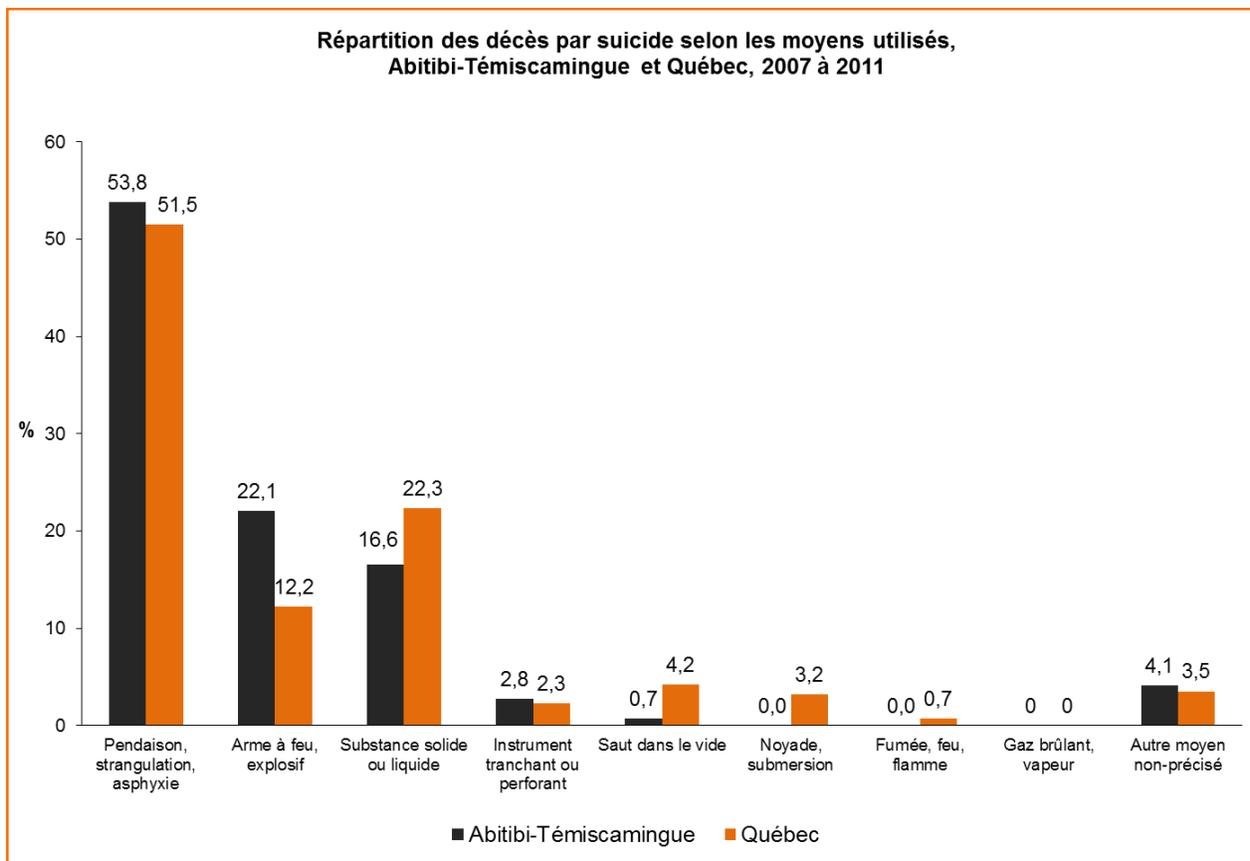
Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011.

Selon le moyen utilisé

Tel qu'observé au cours des années précédentes, les trois moyens les plus utilisés pour se suicider dans la région (voir la figure 12) de 2007 à 2011 ont été la pendaison-strangulation-asphyxie (54 %), les armes à feu (22 %) et les substances solides ou liquides⁵ (17 %). En ce qui concerne les autres moyens, soit les instruments tranchants ou perforants, les sauts dans le vide, les noyades, la fumée ou le feu, le gaz ou la vapeur, ils représentent de 0 à 3 % des moyens utilisés.

Au Québec, la pendaison-strangulation-asphyxie a été la cause d'un décès par suicide sur deux (52 %). Par contre, contrairement à l'Abitibi-Témiscamingue, les substances solides ou liquides arrivent au deuxième rang (22 %) et les armes à feu au troisième rang (12 %). Il semble donc que les armes à feu soient encore plus utilisées dans la région que dans l'ensemble du Québec, quoiqu'elles ne constituent pas le principal moyen utilisé.

Figure 12



Source : MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011.

5. Comme les médicaments.

En bref

Idées suicidaires et tentatives de suicide

- en 2008, environ une personne sur huit dans la région a déclaré avoir songé sérieusement au suicide au moins une fois au cours de sa vie, une proportion plus élevée que dans le reste du Québec
- en 2008, parmi les personnes de la région ayant eu des idées suicidaires au cours de leur vie, plus de la moitié ont par la suite consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique, les femmes ayant été plus nombreuses que les hommes à le faire
- en 2008, 5 % de la population de la région a déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de sa vie

Hospitalisation pour tentative de suicide

- le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide est plus élevé dans la région que dans le reste du Québec
- en Abitibi-Témiscamingue, le taux s'avère deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, touchant particulièrement le groupe des 15 à 24 ans
- à l'exception de la MRC d'Abitibi-Ouest, tous les autres territoires de la région ont enregistré des taux d'hospitalisation plus élevés comparativement au reste du Québec

Mortalité par suicide

- dans la région comme au Québec, le taux de mortalité par suicide a diminué au cours de la décennie 2000
- toutefois, le taux en Abitibi-Témiscamingue est demeuré significativement supérieur à celui du reste du Québec
- de 2007 à 2011, la région a enregistré en moyenne annuellement une trentaine de décès par suicide, dont les trois quarts étaient des hommes
- une majorité de personnes décédées par suicide était célibataire, alors qu'une sur cinq était en couple
- la pendaison-strangulation-asphyxie et les armes à feu ont constitué les deux principaux moyens utilisés dans la région

La tendance à la baisse amorcée au début de la décennie 2000 se poursuit autant en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec, en ce qui concerne les décès par suicide. Néanmoins, le taux régional continue d'être supérieur à celui du reste de la province. La prévention demeure donc essentielle. Celle-ci ne doit pas seulement consister à faire connaître les services à utiliser, comme la ligne d'intervention téléphonique, lors d'une crise suicidaire (idées suicidaires, tentative de suicide). Elle doit également se traduire par le soutien et l'accompagnement des personnes en détresse avant qu'elles ne développent des idées suicidaires. À ce chapitre, le service téléphonique Info-social (811) est disponible dans la région depuis le mois d'avril 2015. Les citoyens peuvent ainsi contacter des intervenants pour différents problèmes comme l'anxiété, le deuil, les dépendances, des difficultés conjugales ou de la violence.

De plus, si les hommes et les personnes de 25 à 44 ans représentent toujours des groupes plus à risque, en raison du nombre élevé de décès par suicide, l'investissement de ressources dans l'intervention préventive auprès de ceux-ci ne doit pas se faire au détriment d'autres groupes comme les femmes, les plus jeunes et les aînés.

Il faut rappeler qu'un suicide est un décès évitable, ayant un impact (souffrance, impuissance, incompréhension, ...) dans la famille immédiate de la victime, mais aussi dans son milieu de travail, sa communauté, son village...



Réf. : p7.storage.canalblog.com

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 