

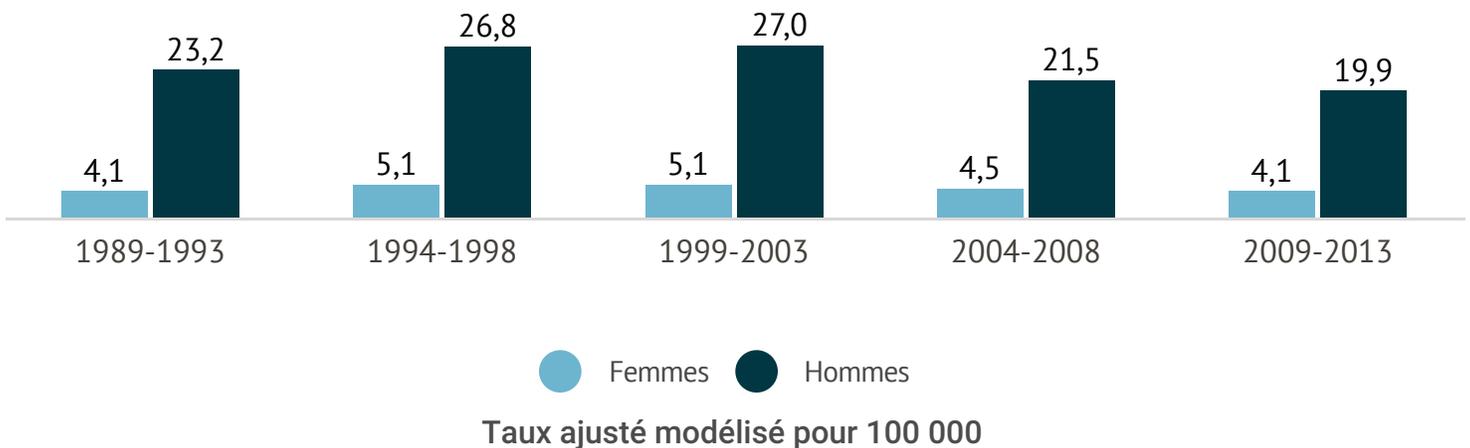
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

La mortalité par suicide

En 2011-2015, le suicide représentait la 9^e cause de décès au Québec et la principale cause de décès d'origine traumatique^{1,2}. En 2014, le Québec affichait une mortalité par suicide plus élevée que celle observée pour la plupart des provinces canadiennes (4^e taux le plus élevé) et pour l'ensemble du Canada (13,3 pour 100 000 vs 11,3)³. Les principaux facteurs de risque sont une tentative de suicide antérieure, la présence de troubles mentaux et l'abus de substances^{4,5,6}. La défavorisation sociale et économique est associée à un risque accru de suicide, particulièrement chez les personnes sans emploi, non mariées ou ayant un faible niveau de scolarité, avec un effet plus marqué chez les hommes.⁷

Au Québec, le suicide diminue depuis le début des années 2000.

Le taux est beaucoup plus élevé chez les hommes.



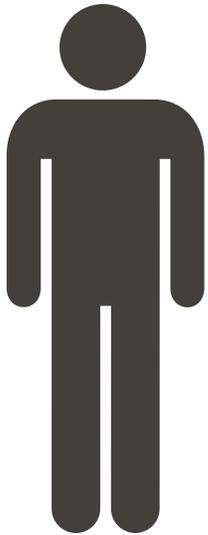
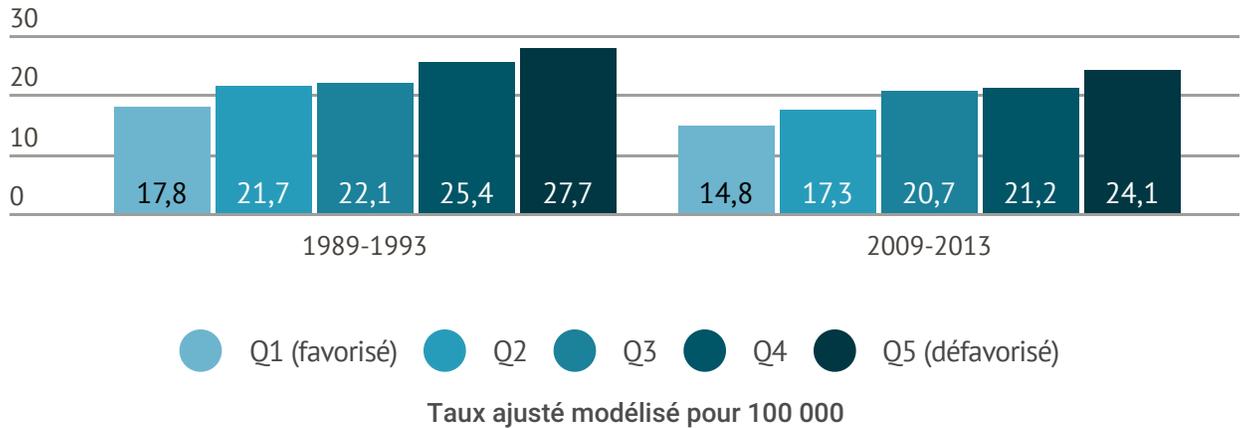
Le Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ)

À l'instar de plusieurs pays, le Québec s'est doté d'une stratégie et d'indicateurs pour recueillir de l'information permettant le suivi des inégalités sociales de santé (ISS). C'est dans ce cadre que le SSISSQ a été mis en place. Les mesures d'inégalité proposées pour les indicateurs de santé retenus dans le système permettent de dresser un portrait actuel des ISS et d'en faire le suivi systématique dans le temps pour l'ensemble du Québec, des zones géographiques et des régions sociosanitaires. Ces informations peuvent notamment être utilisées pour soutenir l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique visant à réduire les ISS ou à améliorer l'état de santé de la population.

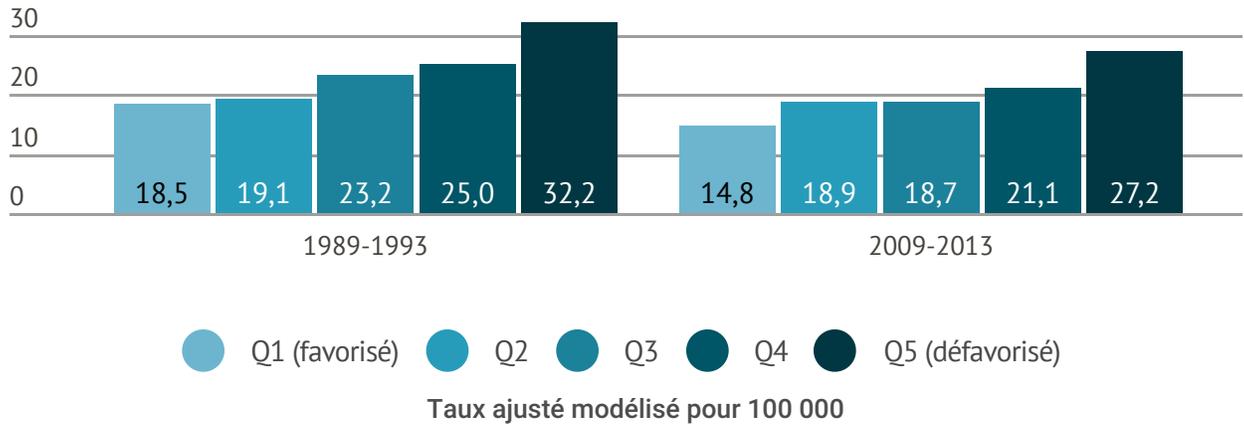
LA MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

La mortalité par suicide augmente avec la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale en 1989-1993 et en 2009-2013. Une diminution de la mortalité par suicide entre les deux périodes est cependant observée chez les hommes.

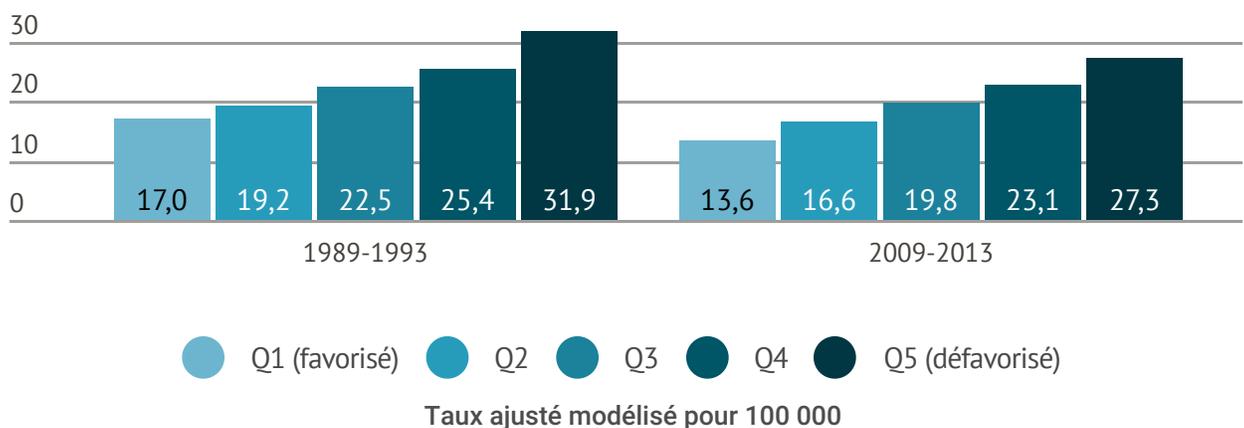
Défavorisation matérielle



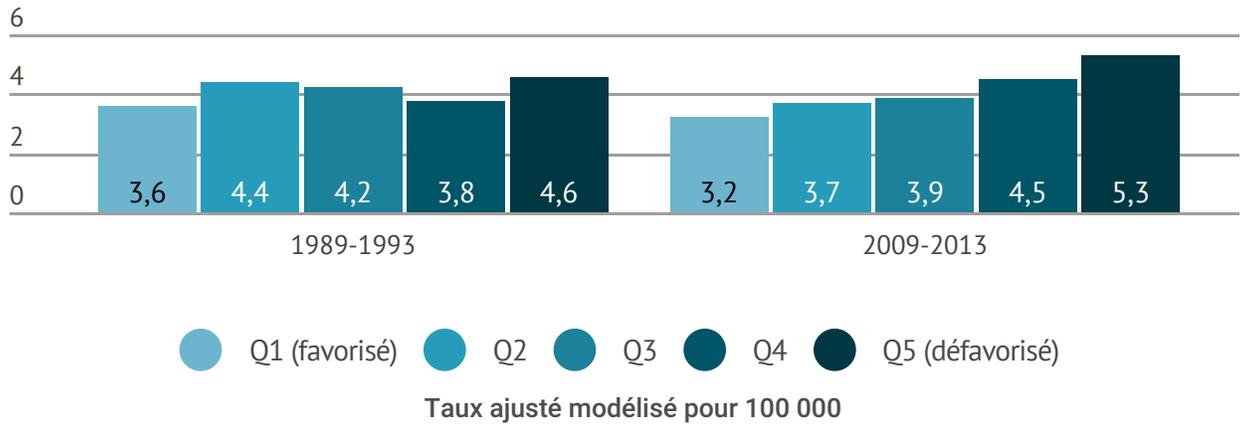
Défavorisation sociale



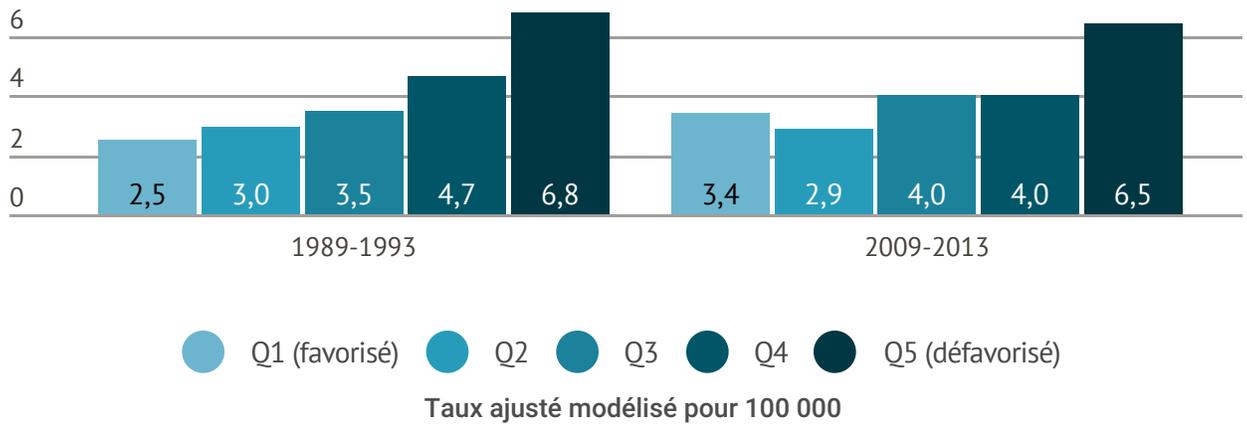
Défavorisation matérielle et sociale



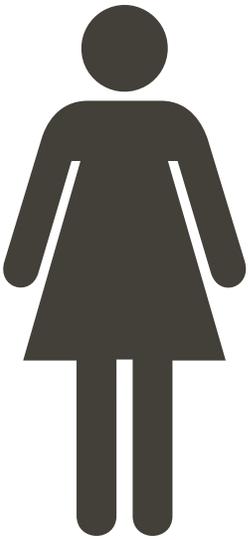
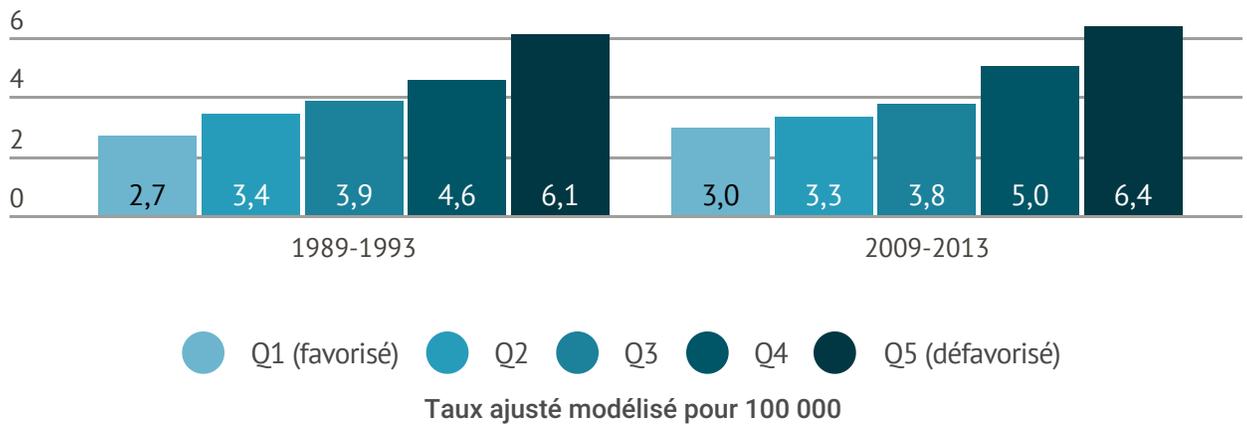
Défavorisation matérielle



Défavorisation sociale



Défavorisation matérielle et sociale



LES INÉGALITÉS SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

Fraction attribuable dans la population



32%

C'est la réduction potentielle des décès par suicide si l'ensemble des hommes avait le taux de mortalité par suicide du groupe le plus favorisé, en 2009-2013.



31%

C'est la réduction potentielle des décès par suicide si l'ensemble des femmes avait le taux de mortalité par suicide du groupe le plus favorisé, en 2009-2013.

Nombre de cas attribuables dans la population



Pour les hommes, cela correspondrait à une diminution de

plus de 260 suicides annuellement.



Pour les femmes, cela correspondrait à une diminution de

75 suicides annuellement.

Différence



En 2009-2013, on note **14 décès par suicide (pour 100 000)** de plus chez les hommes issus de milieux défavorisés que chez les hommes favorisés.



En 2009-2013, on note **3 décès par suicide (pour 100 000)** de plus chez les femmes issues de milieux défavorisés que chez les femmes favorisées.



2,0

Groupe défavorisé (Q5)

1

Groupe favorisé (Q1)

En 2009-2013, la mortalité par suicide des hommes défavorisés est 2 fois celle des hommes favorisés.



2,2

Groupe défavorisé (Q5)

1

Groupe favorisé (Q1)

En 2009-2013, la mortalité par suicide des femmes défavorisées est 2 fois celle des femmes favorisées.



Pourcentage tiré de l'indice de concentration



10%

En 2009-2013, on note une concentration de la mortalité par suicide chez les hommes défavorisés. L'excédent observé est égal à 10 % des décès par suicide dans l'ensemble de la population masculine.



12%

En 2009-2013, on note une concentration de la mortalité par suicide chez les femmes défavorisées. L'excédent observé est égal à 12 % des décès par suicide dans l'ensemble de la population féminine.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE MORTALITÉ PAR SUICIDE ONT-ELLES AUGMENTÉ ?



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales de mortalité par suicide, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 1989-1993 et 2009-2013 de ces inégalités selon la défavorisation matérielle et sociale et ce, peu importe la mesure d'inégalité utilisée, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Cela suggère que les inégalités persistent dans le temps.

QUEL SERAIT L'IMPACT D'UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE MORTALITÉ PAR SUICIDE?

Les résultats présentés ici montrent que des progrès dans la lutte au suicide sont toujours possibles. Par exemple, en ayant pour cible le taux de mortalité par suicide des hommes les plus favorisés (13,6 pour 100 000 en 2009-2013), il serait possible de diminuer le taux de mortalité par suicide de l'ensemble des hommes de 30 %, soit de 19,9 à 13,6 décès pour 100 000 personnes. Chez les femmes, cette diminution atteindrait 25 % (4,1 à 3,0 pour 100 000).

À RETENIR

- ✓ Au Québec en 2009-2013, des inégalités de mortalité par suicide sont observées selon la défavorisation matérielle et sociale.
- ✓ Les inégalités sociales de mortalité par suicide ont persisté entre 1989-1993 et 2009-2013 pour l'ensemble du Québec.
- ✓ Les taux de mortalité plus élevés observés dans les groupes les plus défavorisés indiquent un potentiel de réduction de la mortalité par suicide pour l'ensemble de la population.

Source de données

Infocentre de santé publique du Québec, Onglet du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique), Inégalités sociales de santé. Consulté le 19 novembre 2018.

Références

¹ Infocentre de santé publique (2018). Répartition des principales causes de décès [Fichiers de données]. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec.

² Infocentre de santé publique (2018). Répartition des principales causes de décès par traumatismes [Fichiers de données]. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec.

³ Outil de données sur les inégalités en santé, Agence de la santé publique du Canada, En ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/data-tool/?l=fra>, consulté le 6 septembre 2018.

⁴ Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. et Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(37). doi: 10.1186/1471-244X-4-37.

⁵ Hawton, K. et van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X

⁶ Organisation mondiale de la Santé (2014). Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1

⁷ Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., St-Laurent, D. et Hamel, D. (2011). Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: a prospective study. *BMC Public Health*, 11, 577. doi: 10.1186/1471-2458-11-577.

Citation suggérée

Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé au Québec - La mortalité par suicide, sur le site Santéscope. Consulté le [date].

Mis à jour le 12 décembre 2018



Notes méthodologiques

Choix éditoriaux

Afin d'exposer les inégalités les plus importantes, nous avons choisi de n'illustrer que les mesures pour lesquelles la présence d'inégalité est statistiquement significative et ce, uniquement pour la période la plus récente.

Dans un esprit de synthèse, nous avons également choisi de ne présenter que les mesures d'inégalité selon l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale. Les données des mesures d'inégalité selon la dimension matérielle et selon la dimension sociale sont toutefois disponibles sur le portail de l'Infocentre de santé publique.

Il est également possible d'étudier et de suivre les inégalités sociales de mortalité par suicide à d'autres échelles géographiques que celle de l'ensemble du Québec, soit pour les 4 grandes zones géographiques (disponibles à l'Infocentre de santé publique) mais aussi à l'échelle des provinces canadiennes (<https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx>).

L'indice de défavorisation matérielle et sociale

Chaque décès par suicide a été associé à un indice de défavorisation, exprimant le niveau moyen de désavantage socioéconomique des personnes habitant le voisinage immédiat de la personne décédée². L'indice compte une dimension matérielle et une dimension sociale. La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, alors que la dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté. Sur l'une et l'autre dimension, la population du Québec a été répartie en groupes de 20 % (quintiles — Q), du groupe le plus favorisé (Q1) au groupe le plus défavorisé (Q5). Les variations de la mortalité par suicide sont suivies séparément selon les quintiles de défavorisation matérielle, les quintiles de défavorisation sociale et les deux formes de défavorisation simultanément (l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale).

Les taux ajustés modélisés

La modélisation statistique a été utilisée afin de contrôler pour certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la zone géographique et l'une ou l'autre forme de l'indice de défavorisation (s'il y a lieu) lors de la comparaison temporelle des taux de mortalité par suicide. Pour plus de détails sur le calcul des taux ajustés modélisés, consultez le Cadre méthodologique du Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec [SSISSQ]³.

Les mesures d'inégalité

Les mesures d'inégalité du SSISSQ sont complémentaires et présentent de l'information sur les différents aspects des inégalités. Pour plus de détails sur les mesures d'inégalité, consultez l'[Aide-mémoire pour l'utilisation des mesures d'inégalité du SSISSQ](#).

Distinction entre les données du SSISSQ et celles des publications de l'INSPQ

Les données sur les ISS diffusées dans cette synthèse peuvent différer ou être moins récentes que celles présentées dans d'autres publications pour plusieurs raisons. Une période minimale de trois années est d'abord nécessaire à la production d'estimations fiables utilisées dans le calcul des mesures d'inégalité. Ensuite, ces périodes doivent être centrées sur les versions de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (ex. 1991, 1996, etc.). Finalement, notre modélisation requiert l'utilisation de banques de données complètes qui sont accessibles plus tard que les banques provisoires exploitables dans d'autres analyses.

Références

¹ Infocentre de santé publique (2017). Inégalités sociales de santé: Mortalité par suicide [Fiche indicateur]. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec, version de décembre 2017.

² Pampalon R., Hamel D., Gamache P., Raymond G. (2009). *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada*. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4):199-213.

³ INSPQ (2018). Cadre méthodologique du SSISSQ, Version 2, BIESP, 141 p.