



Canadian Institute  
For Health Information

Institut canadien  
d'information sur la santé

90, avenue Eglinton Est  
Bureau 300  
Toronto (Ontario)  
M4P 2Y3  
  
(416) 481-2002  
Télécopieur : (416) 481-2950  
www.icis.ca

## Bulletin analytique

Octobre 2004

**Registre national des traumatismes**

**Hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures  
auto-infligées au Canada, 2001-2002**

Le présent bulletin fournit une analyse descriptive des hospitalisations et des décès de patients hospitalisés au Canada à la suite de tentatives de suicide et de blessures auto-infligées. L'analyse s'appuie sur les données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), une base de données administrative de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui saisit des données sur toutes les hospitalisations en soins de courte durée au Canada.

### Remerciements

Le présent bulletin a été préparé par Cassandra Linton, analyste principale. Nous souhaitons remercier Fang Yang pour avoir réalisé les analyses statistiques et Nicole de Guia ainsi que Margaret Keresteci pour avoir révisé les premières ébauches.

La reproduction est autorisée sous réserve d'indication de la source : ICIS.

Le présent bulletin peut être copié et diffusé librement avec la mention appropriée. Des copies supplémentaires sont accessibles à partir du site Web de l'ICIS à

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=services\\_ntr\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_ntr_f).

*Référence suggérée* : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Bulletin analytique du Registre national des traumatismes : Hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada, 2001-2002, Toronto (Ontario), ICIS, 2004.

Les questions et commentaires peuvent être adressés à :

Cassandra Linton

Analyste principale, Traumatismes

Registres cliniques

Institut canadien d'information sur la santé

Tél. : (416) 481-1616, poste 3578

Télec. : (416) 481-2950

Courriel : [Clinton@cihi.ca](mailto:Clinton@cihi.ca)

## 1. Historique

Le suicide et les blessures auto-infligées constituent des incidents graves qui affaiblissent les contributions de la population active, augmentent les factures pour le système de santé et causent le décès. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que le suicide<sup>1</sup> fait environ 873 000 morts par année dans le monde. Divers facteurs ont été associés aux tentatives de suicide ainsi qu'aux décès, entre autres le sexe<sup>2</sup>, la dépression<sup>3</sup>, les maladies chroniques<sup>4,5</sup>, le statut d'emploi<sup>6</sup>, la géographie et l'origine ethnique<sup>7,8</sup>.

En 2001, le Canada a enregistré 3 688 décès par suicide<sup>9</sup>. Cependant, beaucoup plus de tentatives de suicide ont lieu chaque année<sup>2</sup>. L'étude actuelle examine les hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada au cours de l'exercice 2001-2002.

## 2. Méthodes

### 2.1 Source de données et définitions

Le tableau 1 illustre les codes de causes extérieures de traumatisme (codes E) qui identifient les tentatives de suicide et les blessures auto-infligées selon la version 9 de la Classification internationale des maladies (CIM-9). L'analyse s'appuie sur l'étude des personnes sorties de l'hôpital au cours de l'exercice 2001-2002 (du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002) et dont le premier code E enregistré se trouve dans la catégorie suivante :

**Tableau 1 : Codes de cause extérieure (codes E) des tentatives de suicide**

Code E	Définition
E950	Suicide par substances solides ou liquides
E951	Suicide par gaz à usage domestique
E952	Suicide par d'autres gaz ou vapeurs
E953	Suicide par pendaison, strangulation et asphyxie
E954	Suicide par submersion [noyade]
E955	Suicide par armes à feu ou explosifs
E956	Suicide par instrument tranchant ou perforant
E957	Suicide par saut d'un lieu élevé
E958	Suicide par moyens autres et non précisés

Les données sur les hospitalisations présentées dans ce bulletin proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Cette dernière saisit des données sur les patients sortis (congé ou décès) de tous les hôpitaux de soins de courte durée au Canada. La BDMH est une base de données administrative gérée par l'ICIS. On a converti les données soumises au départ à l'ICIS au moyen du système de classification de la CIM-10-CA\* aux codes de la CIM-9, et ce au moyen de tables de conversion créées à l'ICIS. Grâce à cette conversion, on a pu faire des comparaisons nationales au plus petit dénominateur commun puisqu'en 2001, plusieurs provinces et territoires (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba, Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) codifiaient toujours les maladies selon la CIM-9. Dans certains cas où il n'était pas possible de convertir directement un code à l'autre, les tables de conversion s'appuyaient sur la correspondance la plus proche, ce qui pourrait compromettre la comparabilité des données.

Les cas dans la BDMH ne représentent pas nécessairement des personnes uniques puisqu'un patient peut être admis à l'hôpital plus d'une fois au cours d'un exercice. Puisque certaines données ont été arrondies, il est possible que le total des pourcentages ne donne pas 100 %.

### 3. Résultats

#### 3.1 Aperçu

En 2001-2002, le Canada a enregistré 23 112 hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées, soit un taux brut de blessures de 7,42 par 10 000 personnes. En revanche, les données de Statistique Canada font état de 3 688 décès par suicide en 2001<sup>9</sup>, soit une différence de 19 424 tentatives de suicide échouées.

Le tableau 2 montre que la plupart des patients hospitalisés (62 %, n = 14 263) étaient des femmes de 36 ans en moyenne avec une durée moyenne de séjour d'une semaine. Enfin, la plupart des personnes hospitalisées (82 %, n = 18 800) ont regagné leur domicile à la sortie.

**Tableau 2 : Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide, 2001-2002**

	Hospitalisations pour tentatives de suicide
Nombre total de cas	23 112
Taux brut par 10 000 personnes*	7,42
Femmes (%)	14 263 (62 %)
Âge (années)	
Moyen (écart-type)	35,5 (14,9)
Médian	35,0
Durée du séjour (jours)	
Nombre total de jours	169 235
Moyenne (écart-type)	7,3 (14,9)
Médiane	3,0
Décès à l'hôpital (%)	324 (1 %)
État à la sortie (% des patients sortis vivants)**	
Domicile (incluant soutien)	18 800 (82 %)
Autre établissement de soins de courte durée	2 211 (10 %)
Sortie malgré avis médical	1 317 (6 %)
Soins de longue durée	91 (0,4 %)
Transférés à un autre établissement	369 (2 %)

\* Le dénominateur utilisé pour calculer le taux non-corrigé est l'estimation démographique du 1<sup>er</sup> octobre 2001 de Statistique Canada.

\*\* Le dénominateur est le nombre de cas sortis vivants.

Les hospitalisations pour tentatives de suicide affichaient une plus grande proportion de femmes (61,7 %, IC 95 % de 61,1 % à 62,4 %) que tous les autres types de traumatismes combinés (47,1 %, IC 95 %, de 46,9 % à 47,3 %). L'âge moyen était également inférieur (35,5 ans, IC 95 %, de 35,3 à 35,7) par rapport à tous les autres traumatismes (51,8 ans, IC 95 %, de 51,7 à 51,9) et la durée du séjour à l'hôpital était plus courte (7,3 jours, IC 95 %, de 7,1 à 7,5) que pour tous les autres traumatismes (9,8 jours, IC 95 % de 9,7 à 9,9). De plus, une plus grande proportion des personnes sorties vivantes de l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide avaient quitté sur avis médical contraire (6 %, n = 1 317) par rapport à tous les autres traumatismes (1 %, n = 1 629).

### 3.2 Analyse des tendances

Comme le montre la figure 1, le taux ajusté selon l'âge des hospitalisations pour tentatives de suicide est resté relativement stable de 1998-1999 à 2000-2001, avec une légère baisse en 2001-2002. Le taux d'hospitalisations ajusté selon l'âge en 2001-2002 était de 7,6 par 10 000 personnes, soit une baisse de 1 % par rapport à celui enregistré en 1998-1999 (7,7 par 10 000 personnes).

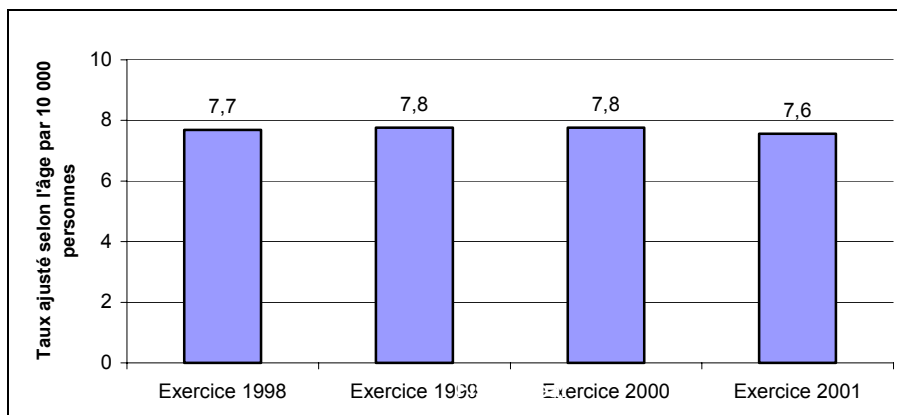


Figure 1 : Taux de tentatives de suicide ajusté selon l'âge par 10 000 personnes, selon l'exercice\*

\*Les taux ont été directement normalisés selon l'âge au moyen du recensement de la population canadienne de 1991 en tant que population standard. Nombre d'habitants selon les estimations de Statistique Canada.

### 3.3 Analyse de l'âge et du sexe

La figure 2 illustre les hospitalisations pour tentatives de suicide selon l'âge et montre que la proportion la plus élevée des patients avaient de 15 à 19 ans (145, n = 3 158), puis de 35 à 39 ans (14 %, n = 3 133). Les hospitalisations ont ensuite baissé nettement chez les patients de 50 ans et plus, qui représentaient 16 % seulement (n = 3 614) de toutes les hospitalisations pour tentatives de suicide.

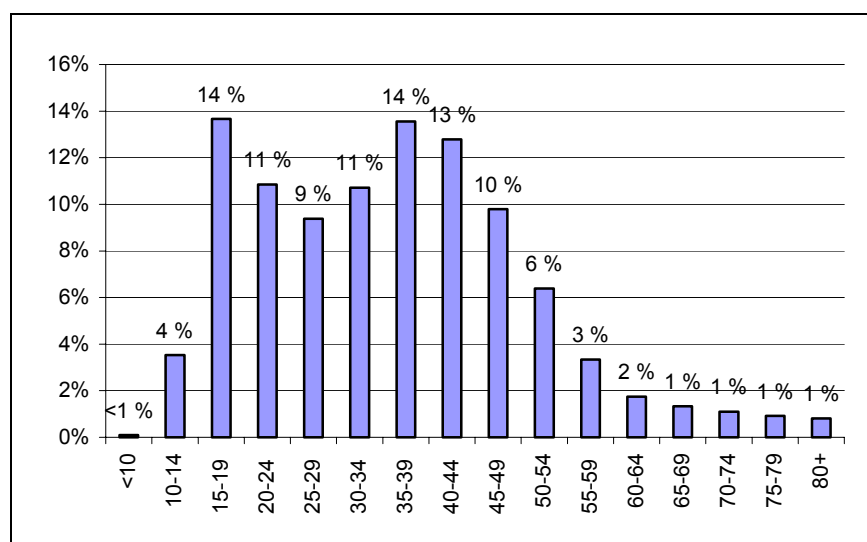


Figure 2 : Hospitalisations pour tentatives de suicide, selon l'âge, 2001-2002

Comme le montre la figure 3, les hospitalisations pour tentatives de suicide chez les femmes ont atteint un sommet entre 15 et 19 ans (16 %, n = 2 342) et chez les hommes, entre 35 et 39 ans (15 %, n = 1 293). De plus, la proportion des hommes était supérieure à celle des femmes dans presque tous les groupes d'âge de 20 ans et plus.

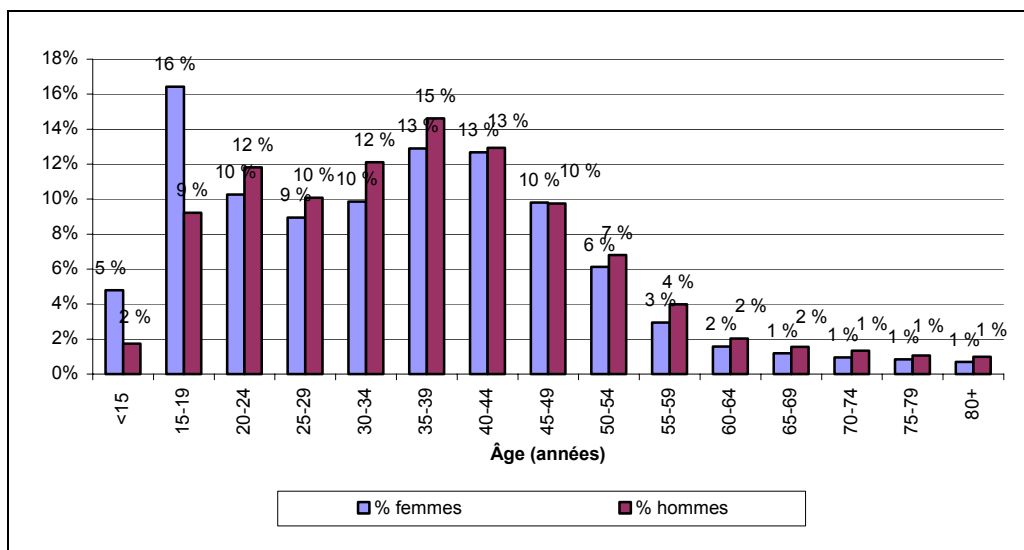
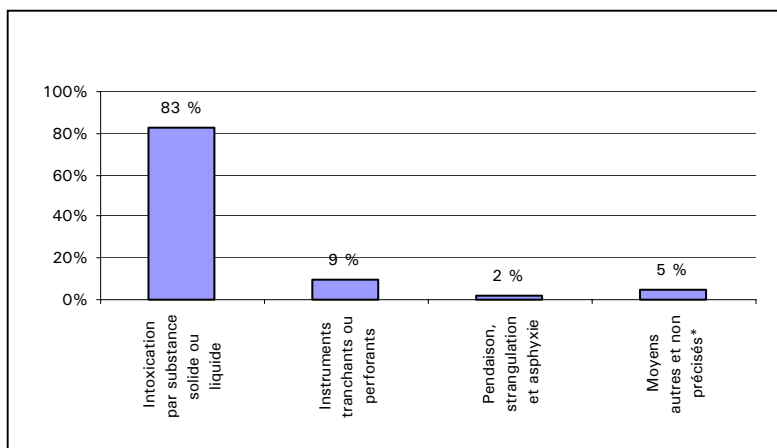


Figure 3 : Hospitalisations pour tentatives de suicide selon le sexe et l'âge, 2001-2002

Comme le montre l'annexe A, parmi les personnes hospitalisées pour tentatives de suicide, les femmes ont affiché un taux normalisé selon l'âge par 10 000 personnes (9,3, IC 95 %, de 9,1 à 9,4) supérieur à celui des hommes (5,8, IC 95 %, de 5,7 à 5,9). En moyenne, les femmes (7,0 jours, IC 95 %, de 6,8 à 7,2) sont restées à l'hôpital moins longtemps que les hommes (7,8 jours, IC 95 %, de 7,5 à 8,2) et étaient plus jeunes (34,5 ans, IC 95 %, de 34,2 à 34,7) qu'eux (37,1 ans, IC 95 %, de 36,8 à 37,4). Enfin, les femmes ont été plus nombreuses à regagner leur domicile, y compris avec des services de soutien à domicile, (84 %, n = 11 847) que les hommes (80 %, n = 6 953).

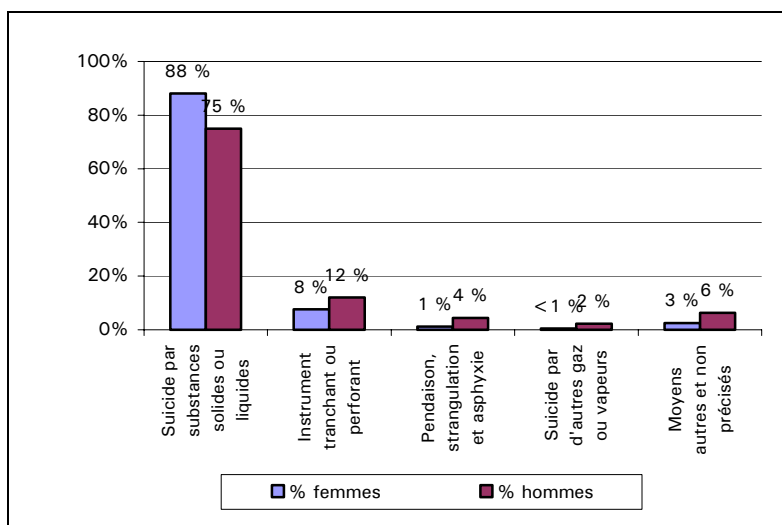
### 3.4 Moyen de tentatives de suicide

La figure 4 montre que le principal moyen de tentative de suicide des cas hospitalisés était l'intoxication par une substance solide ou liquide (83 %, n = 19 203). Cette catégorie comprend l'intoxication par des analgésiques, des antipyrétiques, des antirhumatismaux, des barbituriques, des tranquillisants, des produits chimiques d'agriculture ou d'horticulture, des substances corrosives et caustiques, de l'arsenic ainsi que des drogues, des médicaments et des substances solides ou liquides autres et non précisés. Venaient ensuite les instruments tranchants ou perforants (9 %, n = 2 164) et la pendaison, la strangulation et l'asphyxie (2 %, n = 554).



**Figure 4 : Moyens de tentatives de suicide au Canada, 2001-2002**  
\* Voir le tableau 1 sur les catégories incluses dans « Moyens autres et non précisés »

L'intoxication par une substance solide ou liquide était le principal moyen des tentatives de suicide des femmes et des hommes, bien que son taux était supérieur chez les femmes (88 %, n = 12 571) que chez les hommes (75 %, n = 6 632). Le pourcentage d'hommes était plus élevé en ce qui a trait à tous les autres principaux moyens de tentatives de suicide menant à une hospitalisation (figure 5).



**Figure 5 : Cause de l'hospitalisation pour tentatives de suicide, Canada, 2001-2002**

### 3.5 Tentatives de suicide selon la province et le territoire

La figure 6 montre une importante variation provinciale et territoriale dans les taux normalisés selon l'âge des tentatives de suicide menant à l'hospitalisation. Les territoires ont affiché le taux le plus élevé (19,3 par 10 000 personnes, IC 95 % de 16,5 à 22,0) et le Québec, le plus faible (4,6 par 10 000 personnes, IC 95 % de 4,4 à 4,8). Toutefois, il faut interpréter les données des territoires avec prudence en raison des faibles valeurs.

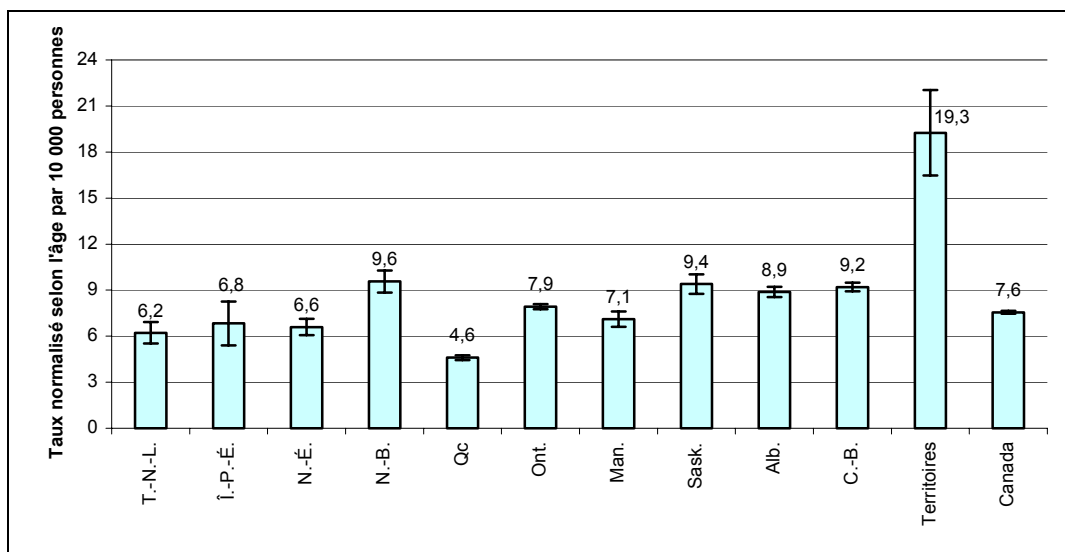


Figure 6 : Taux normalisé selon l'âge des hospitalisations pour tentatives de suicide, selon la province, 2001-2002\* +

\*Les taux ont été directement normalisés selon l'âge au moyen du recensement de la population canadienne de 1991 en tant que population standard. Nombre d'habitants selon les estimations de Statistique Canada.

+ « I » représente des intervalles de confiance de 95%.

Le pourcentage des femmes variait selon la province, de 79 % au Yukon à 56 % en Nouvelle-Écosse. Terre-Neuve-et-Labrador a affiché la plus longue durée moyenne du séjour (11 jours) et le Nunavut, la plus courte (2 jours). Enfin, l'âge moyen variait de 38 ans au Québec à 27 ans au Nunavut. D'autres comparaisons provinciales et territoriales se trouvent à l'annexe B.

### 3.6 Mois durant lesquels les blessures ont lieu

La plus grande proportion des hospitalisations pour tentatives de suicide a eu lieu en mai (8,8 %, n = 2 027), puis en juillet (8,6 %, n = 1 996) et en avril (8,6 %, n = 1 986) [figure 4]. La plus petite proportion a eu lieu en février (7,9 %, n = 1 834) et en décembre (7,8 %, n = 1 814).

#### **4. Résumé et limites**

En 2001-2002, le Canada a enregistré 23 112 hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées, soit 7,4 hospitalisations par 10 000 personnes. Ce chiffre correspond à 169 235 jours passés dans des hôpitaux de soins de courte durée, une moyenne d'une semaine d'hospitalisation.

L'étude n'a pas examiné les suicides, mais plutôt les tentatives de suicide. L'épidémiologie des suicides varie de celle des tentatives de suicide, principalement en raison de différences entre les sexes. Les données de Statistique Canada<sup>9</sup> montrent que 3 688 suicides ont eu lieu en 2001. Selon les résultats de la présente étude, la plupart des victimes étaient des hommes (78 %, n = 2 869). Le principal moyen utilisé était la pendaison, la strangulation et l'asphyxie chez les hommes (43 %, n = 1 230) et l'intoxication chez les femmes (45 %, n = 366). Ces données montrent également des différences associées à l'âge entre les suicides et les tentatives de suicide. La proportion la plus élevée des victimes de suicide dont on connaît l'âge (3 233) avaient entre 45 et 49 ans (14 %, n = 457)<sup>9</sup>. À l'opposé, la proportion la plus élevée des patients ayant tenté de se suicider avaient entre 15 et 19 ans (14 %, n = 3 158). Par contre, ce dernier groupe d'âge ne représentait que 6 % des suicides.

Langlois et Morrison<sup>2</sup> ont étudié les suicides et les tentatives de suicide chez les Canadiens de 10 ans et plus en 1998. Les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et de la Base de données sur la morbidité hospitalière ont servi à l'analyse. À l'instar de l'étude actuelle, celle-ci a permis de conclure que les taux normalisés selon l'âge des hospitalisations pour tentatives de suicide étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes et que celles-ci posaient cet acte à un âge plus jeune (de 15 à 19 ans) que les hommes (de 20 à 29 et de 30 à 44 ans). À l'opposé, ces chercheurs ont constaté que le taux de suicide des hommes était presque quatre fois supérieur à celui des femmes et que le nombre de ces femmes atteignait un sommet à un âge plus avancé (de 45 à 49 ans chez les femmes contre 30 à 44 ans chez les hommes). Dans les deux études, on a conclu que l'intoxication était le principal moyen des tentatives de suicide menant à une hospitalisation, sauf que Langlois et Morrison ont montré que l'asphyxie (pendaison, strangulation) était le principal moyen de suicide.

Enfin, la présente étude a montré une importante variation provinciale et territoriale : une différence presque quadruple entre le taux normalisé selon l'âge le plus élevé dans les territoires et le plus faible au Québec. Langlois et Morrison ont également constaté que le Québec enregistrerait le plus faible taux d'hospitalisation. Pourtant, ils ont également constaté que les taux de suicide élevés dans cette province l'ont classé au deuxième rang après les territoires.



Les résultats indiqués dans la présente étude pourraient sous-estimer le nombre réel d'hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées. Une étude réalisée par Rhodes et coll.<sup>10</sup> a révélé que l'utilisation des codes E, comme ceux qui ont été utilisés dans la présente étude, sous-estimait la prévalence de l'intoxication intentionnelle par au moins 63 % par rapport à une évaluation par un médecin formé à cette fin. Cette situation est attribuable au fait que l'intoxication est classée dans la catégorie non intentionnelle ou non précisée plutôt que d'être attribuée à la tentative de suicide. Selon la présente étude, l'intoxication intentionnelle était le principal moyen utilisé dans les tentatives de suicide et les blessures auto-infligées. Il est ainsi possible que le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada soit supérieur au nombre déclaré dans le présent document.

## 5. Références

1. Organisation mondiale de la Santé, « Mental Health » (en ligne). Consulté le 26 août 2004. Internet : <URL:[http://www.who.int/mental\\_health/en](http://www.who.int/mental_health/en)>.
2. S. Langlois et P. Morrison, « Suicide Deaths and Suicide Attempts », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2 (2002), p. 9-22.
3. J. Wang, J. Hughes, G. T. Murphy, J. A. Rigby, et D. B. Langille, « Suicidal Behaviours Among Adolescents in Northern Nova Scotia », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 3 (2003), p. 207-211.
4. H. Quan, J. Arboleda-Florez, G. H. Fick, H. L. Stuart et E. J. Love, « Association Between Physical Illness and Suicide Among the Elderly », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 37, n° 4 (2002), p. 190-197.
5. D. N. Juurlink, N. Herrmann, J. P. Szalai, A. Kopp et D. A. Redelmeier, « Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly », *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, n° 11 (2004), p. 1179-1184.
6. A. Kraut et R. Walld, « Influence of Lack of Full-Time Employment on Attempted Suicide in Manitoba, Canada », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 29, n° 1 (2003), p. 15-21.
7. S. Isaacs, S. Keogh, C. Menard et J. Hockin, « Suicide in the Northwest Territories: A Descriptive Review », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n° 4 (1998), p. 152-156.
8. E. C. Malenfant, « Suicide in Canada's Immigrant Population », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 2 (2004), p. 9-17.
9. Statistique Canada, CANSIM online database: Table 102-0540 (en ligne). Consulté le 30 août 2004. Internet : <URL: <http://www.statcan.ca/english/freepub/84-208-XIE/2001/tables.htm>>.
10. A. E. Rhodes, P. S. Links, D. L. Streiner, I. Dawe, D. Cass et S. Janes, « Do Hospital E-Codes Consistently Capture Suicidal Behaviour? » *Maladies chroniques au Canada*, vol. 23 n° 4 (2002), p. 139-145.

**Annexe A : Caractéristiques des hospitalisations pour tentatives de suicide, selon le sexe, 2001-2002**

	Femmes	Hommes	Total
Nombre total de cas (total en %)	14 263 (62 %)	8 849 (38 %)	23 112
Taux normalisé selon l'âge par 10 000 personnes** (CI 95 %)	9,3 (9,1-9,4)	5,8 (5,7-5,9)	7,6 (7,5-7,7)
Âge (années)			
Moyen (écart-type)	34 (14,9)	37 (14,6)	35,5 (14,9)
Médian	34	36,0	35,0
Durée du séjour (jours)			
Moyenne (écart-type)	7 (13,7)	8 (16,6)	7,3 (14,9)
Médiane	2	3	3,0
Décès à l'hôpital (%)	118 (1 %)	206 (2 %)	324 (1 %)
État à la sortie (% des patients sortis vivants)*			
Domicile (incluant avec soutien)	11 847 (84 %)	6 953 (80 %)	18 800 (82 %)
Autre établissement de soins de courte durée	1 267 (9 %)	944 (11 %)	2 211 (10 %)
Sortie malgré avis médical	765 (5 %)	552 (6 %)	1 317 (6 %)
Soins de longue durée	47 (0,3 %)	44 (1 %)	91 (0,4 %)
Transférés à un autre établissement	219 (2 %)	150 (2 %)	369 (2 %)

\* Le dénominateur est le nombre de cas (hommes et femmes) sortis vivants.

\*\* Remarque : Les taux ont été directement normalisés selon l'âge au moyen du recensement de la population canadienne de 1991 en tant que population standard. Nombre d'habitants selon les estimations de Statistique Canada.

## Annexe B : Pourcentage de femmes, âge moyen et DDS selon la province, hospitalisations pour tentatives de suicide, 2001-2002

Province	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Nun.	Yn	Canada
<b>Nombre d'hospitalisations</b>	317	91	601	706	3 425	9 344	783	878	2 728	4 049	76	57	57	23 112
Total en pourcentage	1,4	0,4	2,6	3,1	14,8	40,4	3,4	3,8	11,8	17,5	0,3	0,2	0,2	100,0
<b>Taux normalisés selon l'âge (par 10 000 personnes)**</b>	6,2	6,8	6,6	9,6	4,6	7,9	7,1	9,4	8,9	9,2	19,25*			7,6
Limite inférieure de l'IC de 95 %	5,5	5,4	6,1	8,8	4,4	7,8	6,6	8,8	8,5	8,9	16,47*			7,5
Limite supérieure de l'IC de 95 %	6,9	8,3	7,1	10,3	4,8	8,1	7,6	10,0	9,2	9,5	22,03*			7,7
<b>Sexe</b>														
Nombre de femmes	200	59	336	417	1 983	5 867	522	533	1 635	2 578	54	34	45	14 263
Pourcentage de femmes	63,1	64,8	55,9	59,1	57,9	62,8	66,7	60,7	59,9	63,7	71,1	59,6	78,9	61,7
<b>Âge (années)</b>														
Moyen	34,6	35,5	35,7	36,2	37,9	35,8	32,7	31,3	33,9	35,3	28,5	26,8	36,1	35,5
Écart-type	15,3	15,9	14,7	14,1	14,9	14,9	15,1	13,9	14,3	15,0	10,9	10,5	12,8	14,9
Médian	34,0	35,0	35,0	36,0	38,0	36,0	30,0	30,0	33,0	34,0	26,5	24,0	39,0	35
<b>Durée du séjour (jours)</b>														
Moyenne	10,5	8,3	7,5	8,1	9,2	6,7	7,7	5,8	8,9	6,1	2,9	1,6	4,3	7,3
Écart-type	20,0	10,7	16,5	15,2	18,8	12,7	19,0	11,3	15,6	14,4	3,2	1,0	6,3	14,9
Médiane	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0	2,0	3
<b>Principal moyen des tentatives de suicide</b>														
Suicide par substances solides ou liquides (E950) (%)	91	91	84	84	75	86	80	86	81	84	83	82	77	83

\* Remarque : Les territoires sont regroupés pour calculer les taux normalisés selon l'âge en raison des cellules à faible valeur.

\*\* Remarque : Les taux ont été directement normalisés selon l'âge au moyen du recensement de la population canadienne de 1991 en tant que population standard. Nombre d'habitants selon les estimations de Statistique Canada.