

Rapport de recherche

La problématique du suicide en Chaudière-Appalaches : Vers une prévention intégrée et personnalisée à la réalité régionale

Rédigé par :

Rachel Beaubien¹

Chercheurs principaux :

Caroline Duchaine^{1,2,3}, PhD épidémiologie
Roberto Tosti⁴, MD, psychiatre

Co-chercheurs :

Nadine Blanchette Martin^{1,5}
Francine Ferland^{1,5}
Marie-Ève Beauregard²
Stéphane Turcotte⁵
Manon Truchon⁶
Mahée Gilbert-Ouimet^{1,3}
Pascale Lévesque⁷

Collaborateurs :

Édith St-Hilaire²
Élise Legault⁴

Affiliations

1. Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches
2. Direction de santé publique, CISSS de Chaudière-Appalaches
3. Département de sciences de la santé Université du Québec à Rimouski
4. Direction du programme en santé mentale et dépendance, CISSS de Chaudière-Appalaches
5. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches
6. Direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation, CISSS de Chaudière-Appalaches
7. École de psychologie, Université Laval
8. Institut national de santé publique du Québec

Numéro ISBN (version électronique) : 978-2-555-03365-8

Le 10 mars 2026

Résumé

Depuis plusieurs années, le taux de mortalité par suicide en Chaudière-Appalaches est supérieur à la moyenne provinciale. Une caractérisation plus détaillée des cas de suicide dans la région pourrait aider à soutenir la prévention du suicide. L'objectif de ce projet de recherche est de faire une analyse descriptive des cas de décès par suicide survenus en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023.

Les cas de suicide sont décrits à partir des données de la Direction du programme en santé mentale et dépendance (fiches de postvention), des rapports de coroner et de bases de données médico-administratives du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, psychosociales et la fréquentation de certains services ont été analysées à l'aide de tableaux descriptifs, stratifiés selon le sexe/genre¹, l'âge et le profil d'utilisation de certains services du CISSS.

Au total, 359 décès par suicide sont survenus entre janvier 2019 et décembre 2023, dont 81 femmes (23 %) et 278 hommes (77 %). L'âge moyen est de 52 ans, 33 % habitaient dans un milieu rural et 46 % étaient en emploi au moment du décès. Le moyen le plus souvent utilisé par les hommes et les femmes est la pendaison (54 %). Toutefois, les hommes utilisent plus fréquemment les armes à feu (16 %) que les femmes (0 %), tandis que les femmes utilisent plus fréquemment l'intoxication aux médicaments ou aux drogues (25 %) que les hommes (7 %). La majorité des personnes décédées présentaient un trouble de l'humeur, un trouble d'adaptation ou des symptômes dépressifs ou anxieux (70 %). De plus, 19 % présentaient un trouble de la personnalité et 17 % un trouble lié aux substances psychoactives.

Les événements de vie entourant le décès qui sont les plus souvent rapportés pour les personnes de 10 à 69 ans sont la séparation, la maladie, les problèmes financiers et les conflits relationnels. Chez les aînés (70 ans et plus), on retrouve plus spécifiquement la maladie, la perte d'autonomie et le deuil. Plus de la moitié des personnes décédées ont consulté au moins un service dans l'année précédant leur décès (56 %). Le service le plus fréquemment consulté est l'urgence (54 %) suivie de l'hospitalisation (29 %).

Ces informations pourraient contribuer à une meilleure détection du risque suicidaire chez les patients et à soutenir les actions en promotion de la santé mentale et prévention du suicide en Chaudière-Appalaches.

¹ Dans ce rapport, les termes « hommes » et « femmes », ainsi que l'expression « sexe/genre », sont utilisés pour décrire certaines différences observées entre les personnes. La variable mesurée correspond au sexe biologique (femme/homme). Toutefois, au-delà des caractéristiques biologiques, cette mesure est susceptible de refléter, du moins en partie, des caractéristiques liées au genre, telles que les rôles sociaux, les normes, les attentes et les expériences socialement construites qui différencient les femmes et les hommes dans la société québécoise.

Table des matières

1. Introduction	5
1.1. Contexte	5
1.2. Objectif	5
1.2.1. Objectif général	5
1.2.2. Objectifs spécifiques	6
1.3. Contexte dans lequel s'inscrit le projet	6
2. Recension des écrits	6
2.1. Définitions	6
2.2. Épidémiologie	7
2.3. États des connaissances sur les déterminants du suicide	7
2.3.1. Sexe/genre	7
2.3.2. Âge	8
2.3.3. Héritabilité et antécédents familiaux	9
2.3.4. Facteurs cliniques	9
2.3.5. Événements de vie	9
2.3.6. Déterminants sociaux	10
2.3.7. Facteurs de protection	10
2.4. Fréquentation des services de santé	11
2.5. Intervention et prévention	11
3. Cadre conceptuel	12
4. Méthode	14
4.1. Population et devis d'études	14
4.2. Sources de données	14
4.2.1. Données de la Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)	14
4.2.2. Rapport de coroner	14
4.2.3. Bases de données médico-administratives du CISSS	15
4.3. Collecte de données	16
4.4. Description et interprétation des cas	17
4.4.1. Caractéristiques individuelles	17
4.4.2. Exposition aux facteurs de risque	17
4.4.3. Fréquentation des services	17
4.4.4. Analyses descriptives	17
4.5. Éthique et confidentialité	17
5. Résultats	18
5.1. Caractéristiques générales	18
5.2. Portrait des personnes décédées par suicide selon le sexe/genre	22
5.3. Portrait des personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge	24
5.3.1. Portrait des personnes de 10 à 29 ans	25
5.3.2. Portrait des personnes de 30 à 49 ans	25
5.3.3. Portrait des personnes de 50 à 69 ans	26
5.3.4. Portrait des personnes de 70 ans et plus	26
5.4. Portrait des personnes décédées par suicide selon la fréquentation des services de santé	26
6. Discussion	27
6.1. Fardeau régional	27
6.2. Différences observées entre les sexes/genres	28

6.3. Spécificités selon l'âge	30
6.3.1. Adolescents et jeunes adultes	30
6.3.2. Personnes âgées	31
6.4. Fréquentation des services de santé.....	32
6.5. Forces et limites de cette étude.....	34
7. Conclusion.....	35
Bibliographie	36
Annexe 1 - Fiche de postvention de la Direction du programme en santé mentale et dépendance	45
Annexe 2 - Modèles explicatifs du suicide	46
Annexe 3 - Tableaux supplémentaires.....	47

1. Introduction

1.1. Contexte

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, nationale et régionale, touchant des personnes de tous les âges et de tous les milieux. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'un décès par suicide survient toutes les 40 secondes dans le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2019a). Au Québec, plus de 1000 décès par suicide sont recensés chaque année, ce qui représente non seulement une tragédie humaine, mais aussi un lourd fardeau pour les familles, les proches, les communautés et l'ensemble du système de santé (Levesque & Perron, 2025). Entre 2017 à 2021, le suicide se classait parmi les dix principales causes de décès au Québec et constituait la deuxième cause de mortalité chez les 18 à 39 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2024).

La région de Chaudière-Appalaches est particulièrement concernée par cette problématique. Depuis plusieurs années, elle présente un taux de mortalité par suicide supérieur à la moyenne provinciale (Duchaine & Beauregard, 2023; Levesque & Perron, 2025). Pourtant, la prévalence des principaux facteurs de risque associés au suicide, tels que les troubles anxiodépressifs ou les troubles liés à l'usage de substances, ne semble pas plus élevée dans la région que dans le reste du Québec (Duchaine & Beauregard, 2023). Ce constat soulève des interrogations sur la spécificité du contexte régional. Il est possible que d'autres déterminants, moins documentés dans les enquêtes nationales de surveillance en santé publique, puissent expliquer cette différence, dont les barrières d'accès aux soins, la sous-détection de la détresse psychologique, ou encore des facteurs culturels, sociaux et économiques (Knipe et al., 2022; O'Neill et al., 2018).

Il importe d'identifier comment améliorer la surveillance du risque suicidaire, afin de mieux comprendre les tendances et d'intervenir en amont. Il convient aussi de s'interroger sur les raisons qui expliquent les taux de suicide élevés observés dans la région. Enfin, parmi l'ensemble des facteurs associés au suicide, il est nécessaire d'identifier ceux sur lesquels il est possible d'agir par des politiques publiques et des programmes de prévention pour réduire le risque et soutenir les populations les plus vulnérables.

Produire des connaissances sur les profils et les parcours des personnes concernées devient important pour orienter les actions de prévention et adapter les stratégies d'intervention aux réalités régionales. Cela suppose une meilleure compréhension des caractéristiques individuelles, de l'exposition aux facteurs de risque, de l'utilisation des services et des trajectoires de soins des personnes décédées par suicide. Or, à ce jour, il n'existe pas de données nationales ou régionales sur l'utilisation des soins et services par ces personnes pour appuyer les actions de santé publique. Le présent projet répond à un besoin exprimé par les directions concernées par cette problématique afin d'enrichir les connaissances et de mieux outiller les interventions en prévention du suicide dans la région de Chaudière-Appalaches.

1.2. Objectif

1.2.1. Objectif général

Ce projet avait pour objectif général de recenser et de décrire tous les cas de décès par suicide survenus en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023, dans le but de mieux comprendre les facteurs associés à ces cas pour soutenir l'adaptation des actions de prévention au contexte régional.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Construire et compléter une base de données de tous les cas de suicide survenus dans la région entre 2019 et 2023 à partir de sources multiples.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces personnes décédées.
- Décrire leur exposition à certains facteurs de risques (problème de santé, facteurs psychosociaux, consommation de substances psychoactives, etc.).
- Documenter l'utilisation de certains services de santé.
- Produire un rapport synthèse descriptif.

1.3. Contexte dans lequel s'inscrit le projet

Ce projet de recherche s'inscrit dans une démarche de santé publique visant à informer les acteurs de la santé et la population sur l'état de santé et ses déterminants, afin de soutenir l'organisation des services et la mise en place de conditions favorables à la santé. Il répond à la nécessité de mieux caractériser les cas de décès par suicide dans la région afin d'améliorer les interventions en promotion de la santé mentale, prévention du suicide et évaluation du risque suicidaire en clinique.

Ainsi, ce projet permettra de créer une base de données pour enrichir les connaissances sur les déterminants du suicide en Chaudière-Appalaches. Le projet s'inscrit dans un effort plus large pour réduire le taux de mortalité par suicide de 10 % d'ici 2026 en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 « Rallumer l'espoir » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

2. Recension des écrits

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de son ampleur et de ses répercussions humaines, sociales et économiques (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Sur le plan épidémiologique, il représente l'une des principales causes de décès prématurés évitables à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Aucune région ni aucun groupe d'âge n'est épargné, bien que certains groupes de la population présentent une vulnérabilité accrue, tel que les personnes souffrant de troubles de santé mentale ou de troubles liés à l'usage de substances, les personnes marginalisées, les hommes en situation de grande détresse psychologique, les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, les victimes d'abus ou de négligence dans l'enfance ou les personnes vivant des événements stressants (Knipe et al., 2022; Nock et al., 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

2.1. Définitions

Le terme *suicide* désigne l'acte de mettre délibérément fin à sa propre vie (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Il s'agit d'un comportement complexe, influencé par une interaction de facteurs psychologiques, sociaux, biologiques et environnementaux (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Le suicide s'inscrit dans un continuum de comportements allant des idéations suicidaires, à la planification, jusqu'aux tentatives et, dans certains cas, au décès (Association de santé publique du Canada, 2024; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Ce continuum est difficile à mesurer avec précision en raison de la sous-déclaration, de la stigmatisation sociale ou des limites des systèmes d'enregistrement (Knipe et al., 2022; Nock et al., 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Par ailleurs, la définition même de ce qui constitue un comportement suicidaire, notamment l'inclusion des idées suicidaires, fait toujours l'objet de débats conceptuels et cliniques

(Organisation mondiale de la Santé, 2014; Turecki et al., 2019). Bien que les pensées suicidaires constituent un indicateur important de la détresse psychologique, elles ne mènent pas nécessairement à une tentative ou à un passage à l'acte. Inversement, certaines personnes ayant des comportements suicidaires n'auront pas nécessairement exprimé de telles pensées (Knipe et al., 2022).

L'OMS estime qu'environ 20 tentatives de suicide sont commises pour chaque décès (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Cependant, cette estimation repose sur des données autodéclarées issues d'enquêtes populationnelles internationales, ce qui laisse supposer que le fardeau réel du comportement suicidaire est probablement sous-estimé en raison des biais de déclaration (Franklin et al., 2017; OMS, 2021).

2.2. Épidémiologie

Entre 1990 et 2022, le taux de mortalité par suicide a diminué de manière significative dans le monde, passant de 14,9 à 9,0 décès pour 100 000 personnes (Davis Weaver et al., 2025). L'âge moyen au moment du décès par suicide est plus élevé aujourd'hui que par le passé dans le monde, passant de 42,6 ans en 1990 à 47,0 ans en 2021 (Davis Weaver et al., 2025). Bien que le taux de mortalité par suicide standardisé selon l'âge ait diminué à l'échelle mondiale, il existe une grande variabilité entre les régions (Levesque & Perron, 2025; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Au Québec, le taux de mortalité par suicide, standardisé pour l'âge, s'élevait à 13,2 décès pour 100 000 personnes en 2022 avec un intervalle de confiance à 95 % (IC95) de 12,4–14,1 (Levesque & Perron, 2025). Ce taux est en diminution constante depuis 2004, avec une baisse annuelle moyenne estimée à 1,3 % (Levesque & Perron, 2025). Il demeure toutefois trois fois plus élevé chez les hommes 20,0 (IC95 : 18,4–21,7) que chez les femmes 6,5 (IC95 : 5,7–7,4) (Levesque & Perron, 2025). Certaines régions du Québec présentent des taux de suicide supérieurs à la moyenne provinciale. C'est le cas de Chaudière-Appalaches, où le taux de mortalité par suicide, standardisé pour l'âge, était en moyenne de 17 décès pour 100 000 personnes entre 2015 et 2019 (Duchaine & Beauregard, 2023).

Dans ce contexte, la surveillance continue des suicides et des tentatives de suicide constitue un outil indispensable pour identifier les facteurs associés au suicide et orienter les interventions, tant à l'échelle régionale que nationale (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Cette surveillance pourrait être enrichie par des données permettant une compréhension fine des populations à risque, des trajectoires de vie, et des facteurs de risques et de protection (Favril et al., 2022).

2.3. États des connaissances sur les déterminants du suicide

2.3.1. Sexe/genre

Les femmes² présentent des taux plus élevés d'idéations et de comportements suicidaires non mortels comparativement aux hommes. En revanche, le taux de mortalité par suicide est généralement 2 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les pays à revenus élevés (Franklin et al., 2017; Organisation mondiale

² Dans ce rapport, les termes « hommes » et « femmes », ainsi que l'expression « sexe/genre », sont utilisés pour décrire certaines différences observées entre les personnes. La variable mesurée correspond au sexe biologique (femme/homme). Toutefois, au-delà des caractéristiques biologiques, cette mesure est susceptible de refléter, du moins en partie, des caractéristiques liées au genre, telles que les rôles sociaux, les normes, les attentes et les expériences socialement construites qui différencient les femmes et les hommes dans la société québécoise.

de la Santé, 2014; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Turecki et al., 2019). Au Canada, les hommes représentent 75 % des décès par suicide (Association de santé publique du Canada, 2024). Ces différences de sexe/genre dans les comportements suicidaires s'expliqueraient en partie par des différences dans les normes de genre, les stratégies d'adaptation au stress, les méthodes de gestion des conflits, les schémas de consommation d'alcool, la disponibilité des moyens létaux et l'accès aux soins en santé mentale (Chandler, 2019; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012).

Les hommes utilisent des moyens de suicide plus violents et plus létaux, tels que les armes à feu, alors que les femmes optent plus souvent pour des méthodes moins létales, comme l'intoxication médicamenteuse (Callanan & Davis, 2012; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021). Le processus menant au suicide est souvent plus court chez les hommes (Chandler, 2019). Ils passent plus rapidement des pensées suicidaires à l'acte, ce qui laisse moins de temps pour l'intervention et le soutien (Hawton, Knipe, & Pirkis, 2024). De plus, les hommes ont moins tendance à demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale (Richardson, Robb, & O'Connor, 2021). Cette réticence, souvent liée à des normes sociales de masculinité valorisant l'autonomie et la force, entraîne une sous-utilisation des services de santé mentale et une sous-détection des troubles dépressifs (Niederkrötenhaler et al., 2014; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021).

2.3.2. Âge

Les taux de suicide varient de manière significative selon les groupes d'âge (Association de santé publique du Canada, 2024; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Ils sont généralement plus faibles chez les jeunes de moins de 15 ans, mais augmentent à partir de l'adolescence (Association de santé publique du Canada, 2024). Bien que les comportements suicidaires soient généralement moins létaux chez les jeunes, les idées suicidaires et les tentatives sont fréquentes (Levesque & Perron, 2025).

Le suicide représente aujourd'hui l'une des principales causes de décès chez les adolescents et les jeunes adultes dans de nombreux pays, y compris au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2024). Parmi les facteurs de risque associés à cette tranche d'âge, on retrouve la dépression, l'abus d'alcool, les troubles de santé mentale, un comportement antisocial, les abus sexuels et physiques pendant l'enfance, les conflits familiaux et de mauvaises relations avec les pairs (O'Neill et al., 2018; OMS, 2021; Patton et al., 2016; Picazo-Zappino, 2014).

Certains décès par suicide surviennent en grappes (ou en série), notamment chez les jeunes, en raison d'un effet de contagion sociale. Ce phénomène, bien que relativement rare, pourrait expliquer jusqu'à 1 à 2 % des suicides dans cette tranche d'âge (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Turecki et al., 2019). Quant à l'accès aux services de santé, les adolescents et les jeunes adultes rapportent de nombreux besoins non satisfaits et rencontrent divers obstacles à l'obtention de soins (Renaud et al., 2014).

Les besoins non comblés les plus fréquents concernent les dépressions ou les troubles liés à l'usage de substances, pour lesquels environ la moitié des jeunes qui auraient nécessité des services n'en ont pas reçu (soit par absence de demande, par absence de référence, ou par manque de service) (Renaud et al., 2014). Des difficultés sont également observées au niveau de la coordination et de la continuité des soins de santé mentale, ainsi que dans l'orientation vers les services spécialisés. Dans plusieurs cas, les jeunes ne semblent pas dirigés vers les services appropriés, soit parce que les signes de détresse n'ont pas été reconnus à temps par les intervenants de soins primaires, soit parce qu'ils ne se sont pas eux-mêmes manifestés (Renaud et al., 2014). De plus, la psychiatrie demeure une spécialité difficile d'accès et les délais d'attente prolongés représentent un obstacle majeur pour les jeunes présentant des vulnérabilités (Renaud et al., 2014).

Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, les taux observés sont élevés et sont en hausse dans la majorité des régions du monde (Davis Weaver et al., 2025). Cette vulnérabilité accrue est souvent associée à l'isolement social, aux maladies chroniques, à la perte de proches, à la douleur physique, à la dépression non diagnostiquée ou encore à une perception d'être un fardeau pour les autres (O'Neill et al., 2018). Les tentatives de suicide dans cette tranche d'âge sont aussi généralement plus létales, les moyens utilisés étant plus violents et la détermination plus grande (O'Neill & O'Connor, 2020).

2.3.3. Héritabilité et antécédents familiaux

On sait depuis plus de 30 ans que les comportements suicidaires tendent à se regrouper au sein des familles (Brent et al., 1996; Brent et al., 2004). Cependant, ce n'est que récemment, grâce à de grandes études de cohorte, que des données ont confirmé l'héritabilité partielle du suicide. Ces recherches montrent que le suicide et les tentatives de suicide peuvent se transmettre de manière indépendante des troubles psychopathologiques (McGirr et al., 2009; O'Neill et al., 2018). Des recherches ont souligné le rôle potentiel de mécanismes neurobiologiques, notamment la dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, impliqué dans la réponse neuroendocrinienne au stress, ainsi que des altérations de la transmission neuronale sérotoninergique (Brezo et al., 2010; Steinberg & Mann, 2020; Turecki, 2014).

Ces éléments soutiennent l'idée que certaines personnes présentent une prédisposition neurobiologique à réagir de manière plus intense ou désorganisée face aux événements de vie stressants (Turecki et al., 2019). Bien que plusieurs études aient mis en évidence des associations entre les comportements suicidaires et certaines variantes génétiques, la portée clinique et la généralisation de ces résultats demeurent limitées (Knipe et al., 2022).

2.3.4. Facteurs cliniques

Cliniquement, les troubles de santé mentale sont fortement associés au suicide (Favril et al., 2022). Il est estimé qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide présentaient un trouble de santé mentale identifiable, tel que la dépression majeure, les troubles d'usages de substances ou les troubles de personnalité (Favril et al., 2022; Olfson, Blanco, & Marcus, 2016; Padmanathan et al., 2020; Sher & Oquendo, 2023; Too et al., 2019; Turecki & Brent, 2016). Les femmes décédées par suicide sont généralement plus nombreuses que les hommes à avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale et cette proportion tend à augmenter avec l'âge (Ahmedani et al., 2014; Knipe et al., 2022; O'Neill et al., 2018).

De plus, certains traits de personnalité, comme le neuroticisme et des facteurs psychologiques, telle que l'impulsivité, sont associés à une vulnérabilité accrue au suicide (O'Connor & Nock, 2014). Les antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation sont des facteurs de risque de suicide bien documentés (Favril et al., 2022). En outre, la présence de douleur physique chronique est aussi associée à une probabilité plus élevée de tentative de suicide comparativement aux personnes ne rapportant pas ce type de douleur (Knipe et al., 2022; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021). Cependant, la force de ces associations varie selon les contextes et les méthodes utilisées dans les études (Favril et al., 2023; Turecki et al., 2019).

2.3.5. Événements de vie

Les idées et les comportements suicidaires peuvent émerger en réponse à des facteurs de stress importants ou à des expériences de vie difficiles (Organisation mondiale de la Santé, 2014; Tousignant et al., 2022). La rupture d'une relation amoureuse, l'intimidation, la discrimination, les difficultés liées à l'identité sexuelle ou de genre, culturelle ou personnelle, ainsi que l'exposition à des traumatismes, tels que les abus, les pertes majeures, les conflits armés ou les catastrophes peuvent tous agir comme élément déclencheur (Ásgeirsdóttir et al., 2018; Knipe et al., 2022;

Turecki et al., 2019). L'isolement social est également reconnu comme un facteur de risque de plus en plus important, contribuant à la détresse psychologique et au désespoir pouvant mener au suicide (Motillon-Toudic et al., 2022). Des difficultés relationnelles ont été associées à bon nombre de ces décès, en particulier chez les hommes de moins de 40 ans (O'Neill et al., 2018). Les traumatismes vécus durant l'enfance sont particulièrement associés à un risque élevé de pensées et de comportements suicidaires (Angelakis, Gillespie, & Panagioti, 2019).

2.3.6. Déterminants sociaux

Plusieurs déterminants sociaux sont fortement liés au risque suicidaire (Knipe et al., 2022). À l'échelle individuelle, le fait d'être célibataire, divorcé ou séparé augmente le risque, en particulier chez les hommes (Knipe et al., 2022; Kposowa, 2003). Le deuil, notamment la perte d'un proche par suicide, représente également un facteur de risque important (Maple et al., 2017). De plus, certaines conditions familiales et communautaires aggravent la vulnérabilité au suicide. Parmi celles-ci, on retrouve un faible niveau de scolarité des parents, l'exposition à la violence, la forte consommation d'alcool dans le foyer et les expériences d'adversité dans l'enfance (Angelakis, Gillespie, & Panagioti, 2019; Brezo et al., 2008; Johnson et al., 2002; Landberg, 2008). L'exposition à ces déterminants sociaux distaux peut augmenter la vulnérabilité au stress (Turecki et al., 2019).

Des déterminants socioéconomiques, comme un faible niveau de scolarité, la précarité d'emploi, le chômage, le logement inadéquat, l'insécurité alimentaire sont fortement associés à une détresse psychologique et à un risque suicidaire accru (Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Windsor-Shellard & Gunnell, 2019). Par ailleurs, les récessions économiques, la pauvreté et la privation sociale exacerbent ces vulnérabilités, en limitant les ressources matérielles et psychosociales disponibles pour faire face aux difficultés (Burrows et al., 2011; Chang et al., 2013; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Les normes de genre ainsi que la stigmatisation ou la discrimination à l'encontre de certains groupes sociaux marginalisés, comme les personnes LGBTQ+, les minorités ethniques ou les personnes en situation d'itinérance, constituent également des facteurs sociaux amplifiant le risque de suicide (Chang, Yip, & Chen, 2019; King et al., 2008). À un niveau sociétal plus large, la facilité d'accès à des moyens létaux, tels que les armes à feu ou les lieux propices aux sauts, représente un facteur de risque important (Mann, Michel, & Auerbach, 2021; Pritchard et al., 2023).

La pandémie de Covid-19 et les efforts déployés pour atténuer sa propagation ont exacerbé les problèmes de santé mentale et la détresse psychologique (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). Cette pandémie a été associée à une augmentation de l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 34 ans (Dubé et al., 2024; Dubé et al., 2021). Toutefois, les taux de décès par suicide ne semblent pas avoir augmenté de manière significative pendant la pandémie (da Cunha Varella et al., 2024; Dubé et al., 2024; McIntyre et al., 2021; Yan et al., 2023). Une surveillance continue des populations est nécessaire pour mesurer et prévenir les impacts de la pandémie, à moyen et long terme, sur le risque suicidaire (Gunnell et al., 2020; Knipe et al., 2022).

En outre, les changements climatiques représentent une menace émergente dans le domaine de la santé mentale (Clayton, 2021; Haines & Ebi, 2019). L'augmentation des événements météorologiques extrêmes, tels que la sécheresse, les vagues de chaleur ou les inondations, entraîne des pertes humaines, économiques et sociales susceptibles d'aggraver la détresse psychologique et le risque suicidaire des populations exposées (Berry & Schnitter, 2022).

2.3.7. Facteurs de protection

À l'inverse, plusieurs facteurs de protection peuvent atténuer ce risque. Chez les femmes, la présence de jeunes enfants dans le ménage semble exercer un effet protecteur (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003). Un bon soutien social

et communautaire, un réseau de proches supportant, un sentiment d'appartenance, l'accès aux services de santé mentale et des habilités d'adaptation et de résolution de problèmes sont des leviers d'actions importants (Mann, Michel, & Auerbach, 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Van Orden et al., 2010). Les interventions centrées sur la santé mentale ne permettent pas à elles seules de prévenir tous les suicides.

Toutefois, améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les milieux à faible revenu, représente une composante importante des efforts de prévention (Davis Weaver et al., 2025; Witt et al., 2021). L'intégration des soins de santé mentale dans les systèmes de santé primaire peut améliorer l'accès et réduire la stigmatisation, en rendant les services plus accessibles aux populations mal desservies (Sher & Oquendo, 2023).

2.4. Fréquentation des services de santé

Plusieurs études montrent que la majorité des personnes décédées par suicide avaient eu un contact avec le système de santé dans l'année précédant leur décès, principalement dans un contexte de soins primaires plutôt qu'en santé mentale (Ahmedani et al., 2014; Luoma, Martin, & Pearson, 2002; Stene-Larsen & Reneflot, 2017; Vasiliadis, Lamoureux-Lamarche, & Guerra, 2017; Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). Une revue systématique de 44 études a révélé que 80 % des personnes décédées avaient consulté un professionnel de soins primaires au cours de l'année précédant leur décès et 45 % l'avaient fait dans le mois précédant le décès (Stene-Larsen & Reneflot, 2017).

Par ailleurs, une autre étude longitudinale menée aux États-Unis indique que, parmi les personnes qui avaient eu au moins un contact avec le système de santé dans l'année précédant leur décès, la moitié n'avait reçu aucun diagnostic de trouble de santé mentale (Ahmedani et al., 2014). Une autre étude indique également que seuls 18,3 % des personnes décédées par suicide avaient eu un contact avec les services psychiatriques dans l'année précédant leur décès (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). De plus, parmi les personnes décédées par suicide, les femmes et les personnes âgées de plus de 50 ans présentaient des taux de fréquentation des services de santé plus élevés que les hommes et les plus jeunes (Ahmedani et al., 2014; Walby, Myhre, & Kildahl, 2018).

Les résultats présentés soulignent à la fois le potentiel de détection précoce dans les milieux de soins et les difficultés à évaluer le risque suicidaire. Dans cette optique, les soins de première ligne apparaissent comme un levier pour la prévention (Alemu et al., 2024; Deligiannidis, 2017). Des interventions visant à former les professionnels de soins à reconnaître les signes de détresse psychologique et à mieux diagnostiquer des troubles, tels que la dépression majeure, ont permis de réduire les taux de suicide (Mann, Michel, & Auerbach, 2021). Il en est de même pour des approches simples de suivi post-contact, comme l'envoi de cartes postales, qui montrent également une efficacité pour diminuer les tentatives de suicide (Mann et al., 2021).

Bien que les données sur la fréquentation des services de soins et de santé dans l'année précédant le décès par suicide soient disponibles, les trajectoires de soins en amont du suicide demeurent mal comprises et d'autres études sont nécessaires.

2.5. Intervention et prévention

Du point de vue de la gestion et de la prévention, les facteurs de risque les plus importants sont ceux qui sont modifiables. Les stratégies de prévention du suicide peuvent se répartir selon les trois niveaux habituellement reconnus, soient universelles, sélectives et indiquées (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Les interventions universelles incluent la promotion de la santé mentale, la sensibilisation aux troubles de santé mentale et au suicide, la restriction de l'accès aux moyens de suicide et une couverture médiatique responsable en lien avec le suicide

(ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). La restriction de l'accès aux moyens est d'ailleurs considérée comme une mesure efficace de prévention (Hawton, Knipe, & Pirkis, 2024). Par exemple, la restriction de l'accès aux armes à feu au Québec a contribué à diminuer les suicides (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

Les interventions sélectives ciblent les groupes vulnérables, comme les victimes de traumatismes ou les personnes ayant perdu un proche par suicide (Organisation mondiale de la Santé, 2014). L'établissement de réseaux de sentinelles est une intervention sélective qui fait partie de la stratégie globale de prévention du suicide au Québec. Les sentinelles en prévention du suicide sont des personnes de 18 ans et plus, choisis pour leur proximité avec des individus vulnérables, que ce soit par leur travail ou leur engagement communautaire. Sans être des intervenants, elles jouent un rôle de repérage et de liaison, en établissant le contact avec les personnes en détresse et en les orientant vers les ressources d'aide. Elles sont formées à cet effet et doivent posséder des qualités d'écoute et de soutien (Roberge & Bouguezour, 2018). La postvention est également une stratégie sélective importante (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

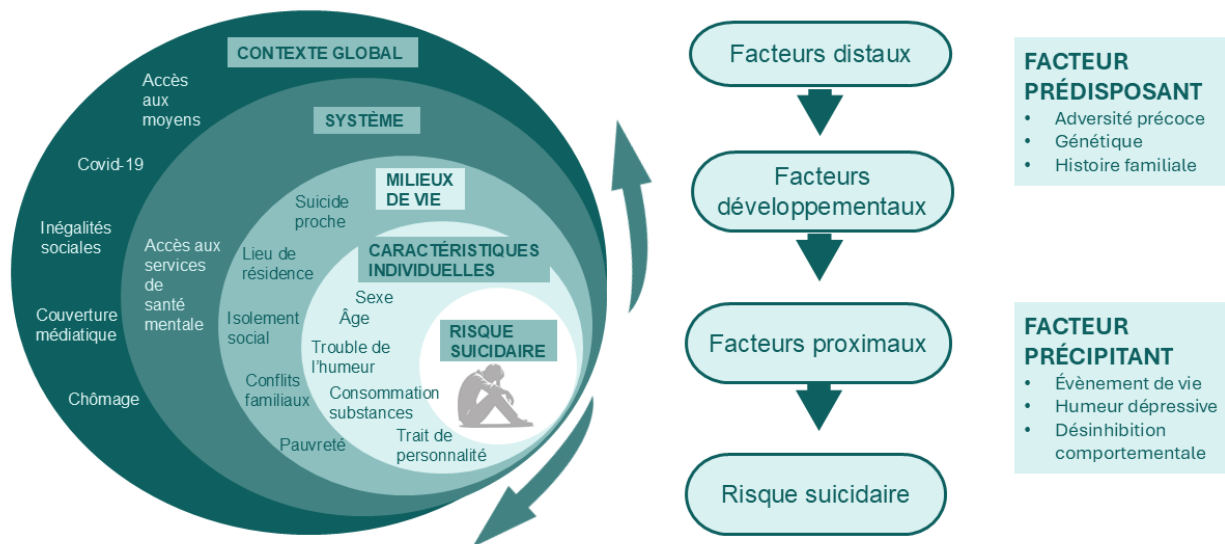
Les interventions indiquées visent les personnes manifestant des idées suicidaires ou ayant fait des tentatives. Par exemple, la sensibilisation active des patients ayant des troubles psychiatriques après leur sortie de l'hôpital ou une crise suicidaire est une intervention indiquée qui peut réduire le risque suicidaire (Mann, Michel, & Auerbach, 2021). Une connaissance plus approfondie des caractéristiques des personnes décédées par suicide en Chaudière-Appalaches pourrait contribuer à mieux cibler les personnes pour chaque niveau de stratégie de prévention.

3. Cadre conceptuel

La compréhension du suicide nécessite une approche multifactorielle tenant compte de la complexité des facteurs en jeu. La plupart des modèles reconnaissent que le risque suicidaire résulte de l'interaction entre des facteurs prédisposant et des facteurs précipitant (voir Annexe 2 pour plus de détails). Certains modèles intègrent le rôle des facteurs développementaux tel que décrit par le modèle biopsychosocial du suicide (Turecki & Brent, 2016).

L'une des approches pour comprendre le suicide est l'analyse des parcours de vie, qui repose sur la prémisse que les facteurs de risque entrent en jeu à différentes étapes de la vie et que le suicide résulte d'une accumulation des facteurs de risque au cours de la vie (Fazel & Runeson, 2020). Ce modèle intègre l'interdépendance des facteurs de risque et de protection au fil du temps et dans des contextes spécifiques. Il s'inscrit dans une perspective écologique en reconnaissant que ces facteurs peuvent être présents à différents niveaux et qu'ils interagissent pour modifier le risque suicidaire. L'adoption d'un modèle socioécologique permet de situer l'individu dans son contexte social, économique, familial et culturel, et de mieux saisir l'interaction entre les facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux.

Figure 1. Représentation graphique des facteurs de risque suicidaire adapté du modèle biopsychosocial du suicide de Turecki and Brent (2016) et du modèle socioécologique de Bronfenbrenner (2000) des déterminants de la santé



Sur le plan individuel, les antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation, les troubles de santé mentale, les traits de personnalité, la consommation à risque d'alcool ou de substances, la douleur chronique ou des pertes financières sont des facteurs bien documentés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Turecki et al., 2019). D'autres éléments comme le sexe/genre et l'âge sont associés au risque suicidaire, les hommes entre 30 et 59 ans étant le groupe le plus à risque. Au niveau relationnel et des milieux de vie, la qualité des relations familiales, la violence, les conflits, la maltraitance ou l'absence de soutien social apparaissent comme des facteurs augmentant le risque (Cramer & Kapusta, 2017). À l'échelle des systèmes, l'accessibilité limitée aux soins de santé mentale, l'iniquité dans la distribution des services, la stigmatisation institutionnelle et la prise en charge inadéquate constituent des facteurs de risque importants (Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Enfin, dans le contexte global, les inégalités sociales, les récessions économiques, l'accès aux moyens létaux, les normes de genre, la couverture médiatique sensationnaliste, la stigmatisation des groupes marginalisés, les conflits armés ou encore les changements climatiques contribuent à l'augmentation du risque suicidaire (Organisation mondiale de la Santé, 2019b).

4. Méthode

4.1. Population et devis d'études

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective composée de cas uniquement. La recension des cas de suicide survenus en **Chaudière-Appalaches** entre 2019 et 2023 s'appuie sur deux sources principales : les fiches d'information remplies en contexte de postvention, ainsi que les rapports des coroners. Afin d'assurer l'exhaustivité des cas, une validation du nombre de décès par suicide a été effectuée en comparant les cas recensés aux données publiées par l'Institut national de santé publique (Levesque & Perron, 2025) pour la surveillance en Santé publique.

4.2. Sources de données

4.2.1. Données de la Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)

Le programme de postvention est appliqué systématiquement par la DPSMD au CISSS de Chaudière-Appalaches. Il s'appuie sur le programme *Être prêt à agir à la suite d'un suicide* de l'association québécoise de prévention du suicide (AQPS) (Séguin, Roy, & Boilar, 2020). Ainsi, les équipes du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) et Urgence-Détresse sont déployées dans les milieux concernés et remplissent la fiche d'information (Annexe 1). Ces fiches permettent une première documentation des décès dans la région.

Les fiches de postvention, remplies par un intervenant du CISSS auprès des proches de la personne décédée, contiennent plusieurs informations pertinentes. Elles comprennent les renseignements sociodémographiques et psychosociaux de la personne décédée, soit, nom, prénom, municipalité de résidence, date du décès, moyen utilisé et lieu du décès, âge, sexe, état civil, parentalité, cohabitation, occupation, consommation (alcool, drogues ou médicaments), problèmes de jeux de hasard et d'argent, problèmes de santé physique au moment du décès, troubles de santé mentale, événements de vie entourant le décès, préoccupations particulières liées à la Covid-19, propos et tentatives de suicide antérieures, suicides parmi les proches et services actifs du CISSS utilisés. Ces fiches permettent d'avoir de l'information rapidement, mais sans validation officielle du bureau du coroner. Ces données ont été saisies par les intervenants à l'aide d'un formulaire papier (Annexe 1). Les informations contenues dans ces fiches de postvention ont été compilées à l'aide de formulaire électronique (*Microsoft Forms*) et les résultats ont été validés par une double saisie réalisée par des professionnels de recherche formés.³

4.2.2. Rapport de coroner

Au Québec, « toutes personnes décédées dans des circonstances violentes ou obscures (accident, suicide ou homicide), ou par suite de négligence, doivent obligatoirement être signalées au coroner » (Loi sur les coroners C-68). Lorsque le coroner est avisé d'un tel décès, il entreprend une investigation. Durant celle-ci, il cherche à établir l'identité de la personne décédée, ainsi que la date, le lieu, les causes et les circonstances du décès. Le coroner demande, s'il y a lieu, des expertises scientifiques (autopsie, analyses toxicologiques). Après son enquête, le coroner dépose un rapport dans lequel il expose ses conclusions.

³ Cette procédure n'a pas pu être appliquée pour l'année 2019, en raison de la perte des fiches papier originales.

Les rapports de coroner constituent une source valide d'identification des cas de suicide en complémentarité avec le Fichier des décès du Québec. Les données issues des rapports de coroner comprennent nom et prénom de la personne décédée, l'âge au moment du décès, la municipalité de résidence, la date du décès, le sexe, les circonstances du décès incluant le moyen utilisé, l'analyse des événements, un examen externe et lorsque requise, une autopsie, une analyse toxicologique de la présence d'alcool, de drogues ou de médicaments dans le sang et les conclusions du rapport. Les rapports de coroner sont publics et accessibles à toute personne qui en fait la demande. Il a ainsi été possible de faire une extraction complète des rapports de coroner de la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 et qui a été validée par une double saisie.

4.2.3. Bases de données médico-administratives du CISSS

Plusieurs bases de données médico-administratives ont été utilisées dans le cadre de ce projet. L'exploitation de ces bases de données comprend les systèmes d'information sur la clientèle, les dossiers patients électroniques (DPE), les données de fréquentation des urgences et hospitalières (Med-urg Siurge, SI-Urgence), les données sur les services offerts par la mission CLSC (I-CLSC) et les données sur les services de réadaptation et dépendances (SIC-SRD).

Les dossiers médicaux permettent de documenter les soins et services utilisés, ainsi que les diagnostics de problèmes de santé mentale ou physique pour chacun des cas de suicide à l'étude. Les données issues du I-CLSC permettent d'obtenir de l'information sur les services dispensés en mission CLSC, incluant des interventions autres que médicales. Le SIC-SRD regroupe l'information sur tous les services donnés à un usager dans les centres de réadaptation en dépendance. Les données sur la fréquentation des urgences et les données hospitalières comprennent des informations résumées sur les séjours.

Données de fréquentation aux urgences

Les variables de visites à l'urgence collectées comprennent le lieu de consultation, les informations sociodémographiques de l'usager, le numéro de la visite, l'âge au moment de la visite, la date de décès, les dates de début et de fin de la visite, le diagnostic normalisé, le motif de consultation, les demandes de consultation ainsi que la destination de l'usager après la consultation (par exemple : retour à la maison, hospitalisation, référence, etc.).

Données d'hospitalisations

Les données d'hospitalisation permettent de retracer les épisodes de soins en milieu hospitalier à l'aide de variables, telles que les informations sociodémographiques de l'usager, les dates d'admission et de départ, le diagnostic principal, l'intervention principale, la durée du séjour, la provenance et la destination après la consultation.

Données du I-CLSC

L'application I-CLSC permet d'exploiter et d'archiver les données relatives à la clientèle desservie dans le cadre de la mission CLSC. Il repose sur un cadre normatif évolutif qui encadre la saisie des données sociodémographiques et cliniques, en conformité avec les orientations ministérielles. Structuré en plusieurs modules interdépendants, ce système permet de retracer le parcours de l'usager à travers les services. Le module *demande* de service sert à documenter la prise en charge initiale, incluant la provenance de la demande, la date de réception, la nature des besoins exprimés, le sous-programme visé, l'objet de la demande et la décision rendue. Lorsque la demande est acceptée, un *épisode* de service est ouvert, comprenant des informations telles que l'installation concernée, les dates de début et de fin de l'épisode, ainsi que les détails relatifs à l'assignation. Enfin, les *interventions*

correspondent aux contacts entre l'intervenant et l'utilisateur, et documentent la date, le type d'intervention, le sous-programme concerné, les actes posés et les motifs de l'intervention.

Données du SIC-SRD

Le système SIC-SRD est l'équivalent du I-CLSC pour les services de réadaptation et dépendance. Il permet également de documenter les demandes, les épisodes et les interventions à partir d'un cadre normatif similaire. Il inclut les données sociodémographiques et cliniques des usagers, ainsi que les variables liées aux moments de leur trajectoire de soins.

Données issues des dossiers médicaux

Les données issues des dossiers médicaux incluent l'ensemble des diagnostics posés par un médecin de famille, un urgentologue ou un psychiatre. Elles regroupent la date, la nature et le contenu des visites médicales, incluant les plans de traitement (médication, interventions non pharmacologiques) et les suivis recommandés. Ces données comportent également les médicaments prescrits, les thérapies suivies en consultation externe ainsi que les résumés de séjours hospitaliers. Des opinions médicales concernant le risque suicidaire peuvent être documentées au cours des consultations ou des évaluations cliniques. Ces informations sont disponibles dans les dossiers patients électroniques (DPE) pour le secteur de Lévis, tandis que pour les autres centres de services, elles sont conservées sous format papier.

Dans le cadre de cette première étude descriptive, seuls les DPE du secteur de Lévis ont été collectés à l'aide de formulaires standardisés. La collecte dans les dossiers papier des autres secteurs ainsi que l'analyse des données issues des dossiers patients seront réalisées dans le cadre d'un projet de recherche.

4.3. Collecte de données

Seuls les décès par suicide survenus entre 2019 et 2023 en Chaudière-Appalaches ont été inclus dans cette étude. Le croisement des fiches de postvention avec les rapports de coroner a permis de construire une base de données regroupant l'ensemble des cas documentés. La résolution des différences entre les deux sources a été effectuée de manière continue, afin d'assurer la cohérence et la rigueur du traitement des données. Les rapports de coroner ont été considérés comme la source de référence « *Gold Standard* » pour la validation des cas. Les informations sur l'identité des personnes décédées présentes dans ces documents ont permis de récupérer les numéros d'assurance maladie (NAM), à partir des systèmes d'information sur la clientèle du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Lorsque nécessaire, les avis de décès publiés ont également été consultés afin de vérifier l'identité des personnes décédées. Afin de confirmer l'identité de la personne décédée, la date de naissance a été comparée au NAM pour en vérifier la concordance. Le numéro du rapport du coroner a également été inscrit, tout comme le nom, le prénom, la date du décès, la municipalité de résidence et l'affiliation territoriale de l'utilisateur selon le découpage par le CLSC du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le NAM a permis de jumeler les données nominatives aux dossiers médicaux (DPE) et aux bases médico-administratives (Med-urg, Siurge, SI-Urgence, I-CLSC, Sic-SRD).

Une fois le jumelage complété, un identifiant unique a été attribué à chaque cas. Le lien entre cet identifiant et les informations nominatives (nom, prénom, NAM, etc.) a été conservé dans un fichier distinct, sécurisé et hébergé sur un serveur dédié. La base de données utilisée pour les analyses était dénominalisée. La base de données a été construite à l'aide du logiciel SAS® OnDemand for Academics.

4.4. Description et interprétation des cas

Chaque cas de suicide a été décrit afin de documenter les caractéristiques individuelles, l'exposition aux facteurs de risque, ainsi que les trajectoires de soins et services reçus.

4.4.1. Caractéristiques individuelles

Les variables analysées incluent l'âge au moment du décès, le sexe/genre, le lieu de résidence (ruralité, territoire de CLSC), les moyens utilisés pour s'enlever la vie, le statut d'emploi et l'alcoolémie post-mortem.

4.4.2. Exposition aux facteurs de risque

Les facteurs de risque ont été documentés à partir des fiches de postvention, des rapports de coroner et, dans certains cas, des données médico-administratives. Les variables examinées comprennent la présence de troubles de santé mentale (trouble de l'humeur, de la personnalité ou d'usage de substance, troubles sévères et persistants, troubles neurocognitifs, et troubles du déficit d'attention) et les événements de vie ayant précédé le décès (séparation et conflits familiaux, maladies et douleurs, problèmes financiers, deuil, problèmes liés au travail, isolement, déménagement, perte d'autonomie, suicide d'un proche, élément entourant la pandémie de COVID-19, tels que la peur du virus ou le stress entourant les mesures de confinement, etc.).

4.4.3. Fréquentation des services

La trajectoire de soins des personnes décédées a été reconstituée à partir des bases de données médico-administratives. Pour chaque cas, les visites aux urgences, les hospitalisations et les interventions en CLSC ont été analysées en fonction du nombre de jours séparant ces visites du décès (48 heures lorsque possible, 1 mois, 3 mois, 1 an, 2 ans et 5 ans). Pour chaque cas, les cinq dernières visites à l'urgence, hospitalisations et interventions en CLSC ont été extraites. Les motifs de consultation et les diagnostics posés ont également été examinés.

4.4.4. Analyses descriptives

Les fréquences relatives ont été calculées pour les variables catégorielles, tandis que la moyenne et l'écart-type ont été utilisés pour les variables continues. L'analyse a été stratifiée selon le sexe/genre (hommes/femmes), les groupes d'âge (10-29, 30-49, 50-69, 70 ans et plus) et la fréquentation des services (48 heures et moins depuis le décès, entre 48 heures et 1 an depuis le décès, plus d'un an depuis le décès, inconnu des services). Les données ont été masquées conformément aux règles de diffusion de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et seuls les croisements avec une fréquence de cinq individus ou plus ont été présentés. De plus, les variables avec un pourcentage de données manquantes supérieur à 40 % ne sont pas présentées pour des raisons de validité.

4.5. Éthique et confidentialité

Le présent projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CISSS de Chaudière-Appalaches (#2024-1135). L'accès aux données a été autorisé par le CÉR et la Commission d'accès à l'information (CAI). Toutes les personnes ayant contribué à la collecte ou à l'analyse des données ont signé un formulaire de confidentialité. Les données sont conservées sur le serveur sécurisé du CISSS de Chaudière-Appalaches, dans un dossier accessible uniquement par les personnes autorisées.

5. Résultats

5.1. Caractéristiques générales

Au total, 359 décès par suicide sont survenus en **Chaudière-Appalaches** entre janvier 2019 et décembre 2023. Le **tableau 1** compare l'évolution du nombre de cas, ainsi que les taux de mortalité par suicide dans la région recensés par la présente étude, en comparaison avec ceux publiés par l'INSPQ (Levesque & Perron, 2025). Les taux sont en général très similaires, mais certaines différences ont été observées. Une validation ultérieure auprès du Bureau du coroner est à envisager pour comprendre où se situent les différences. Le tableau présente également les taux et nombres pour les hommes et les femmes. Entre 2019 et 2023, le taux de suicide chez les femmes de la région était de 7,4 par 100 000 personnes (80 décès) alors que celui chez les hommes était de 25,0 par 100 000 personnes (278 décès), soit trois fois plus élevé. Les données présentées dans le reste du document sont celles issues de la présente étude et non celles publiées par l'INSPQ.

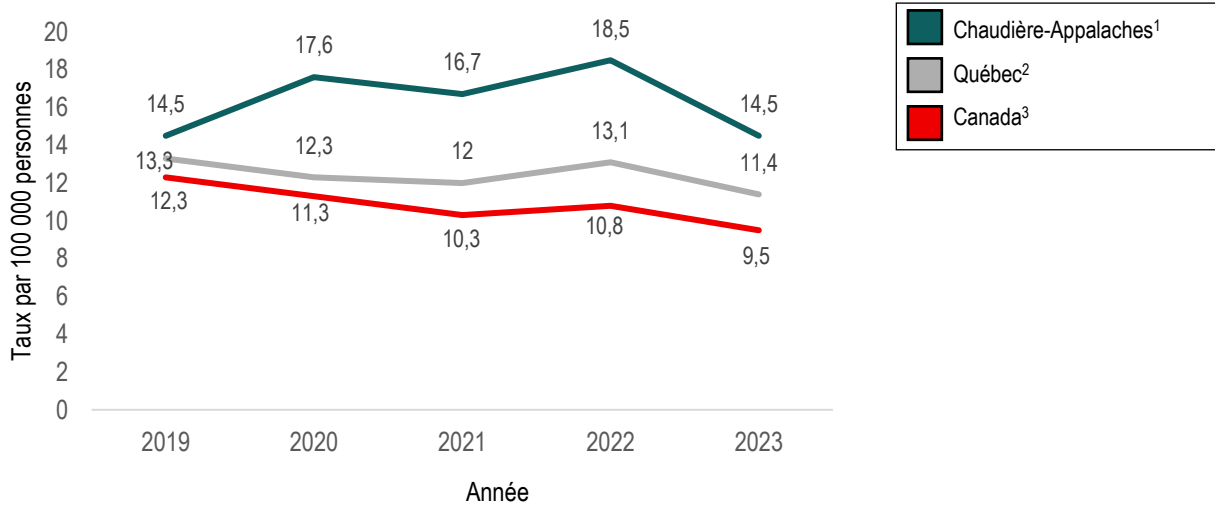
Tableau 1. Nombres et taux¹ de suicide recensés² de 2019 à 2023 dans la région de Chaudière-Appalaches comparée aux données publiées par l'INSPQ³ pour la même période

Année	Total (INSPQ)		Total (cohorte)		Hommes (cohorte)		Femmes (cohorte)	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
2019	62	14,5	62	14,5	50	23,0	12	5,7
2020	76	17,6	76	17,6	61	27,8	15	7,1
2021	74	16,9	73	16,7	58	26,2	16	7,0
2022	78	17,6	82	18,5	57	25,3	25	11,5
2023	63	14,0	65	14,5	52	22,7	13	5,9

1. Taux bruts par 100 000 personnes-année.
2. Les taux de mortalité (cohorte) ont été calculés avec les estimations démographiques annuelles (janvier 2025) adaptées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/4422).
3. Nombres, taux bruts de suicide publiés par l'INSPQ pour la région de Chaudière-Appalaches ont été extraits du rapport « Comportement suicidaire au Québec : Portrait 2025 » de Levesque and Perron (2025, p. 59).

La **figure 2** compare l'évolution des taux de suicide au Canada, au Québec et en Chaudière-Appalaches de 2019 à 2023. Les taux observés en Chaudière-Appalaches semblent plus élevés que ceux observés à l'échelle provinciale et nationale pour toute la période.

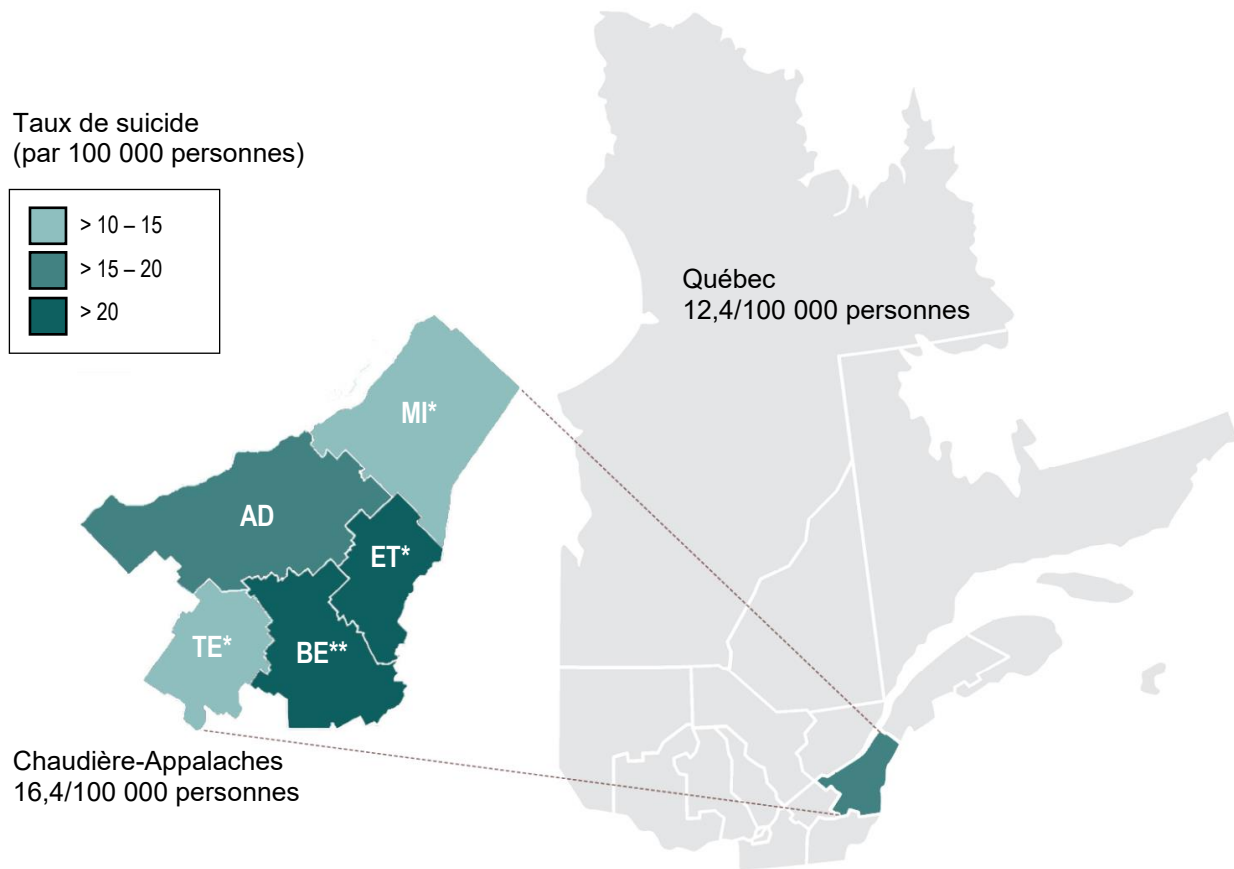
Figure 2. Évolution des taux de suicide par 100 000 personnes, recensées dans la région de Chaudière-Appalaches (cohorte) comparativement à l'ensemble du Québec et du Canada³ de 2019 à 2023



- 1 Les taux de mortalité (cohorte) ont été calculés avec le nombre de cas recensés et les estimations démographiques annuelles produites par l'Institut de la statistique du Québec ([ISQ statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/4422](http://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/4422)).
- 2 Les taux bruts de suicide publiés par l'INSPQ pour l'ensemble du Québec ont été extraits du rapport « Comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025 » de Levesque and Perron (2025, p. 10).
- 3 Les taux publiés pour l'ensemble du Canada ont été extraits du tableau 13-10-0392-01 produit par Statistique Canada : Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes (StatCan, 2025).

La région de Chaudière-Appalaches compte dix municipalités régionales de comté (MRC) réparties en cinq réseaux locaux de service (RLS). Les taux bruts de mortalité par suicide sont rapportés pour les différents RLS de la région sur la période de l'étude. La **figure 3** met en évidence que les RLS de Beauce (BE) et des Etchemins (ET) affichaient des taux de suicide plus élevés, avec des estimations dépassant 20 décès par 100 000 personnes par année. Toutefois, la faible fréquence des événements dans certains RLS entraîne une variabilité statistique importante, ce qui augmente le coefficient de variation et limite la précision des comparaisons. Les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence et considérés à titre indicatif seulement.

Figure 3. Carte du territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches illustrant les taux moyens de suicide par réseaux locaux de service (RLS) de 2019 à 2023



* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter la valeur avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Le **tableau 2** présente les taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge entre 2019-2023 en Chaudière-Appalaches. Les personnes âgées de 50 à 69 ans présentaient le taux moyen le plus élevé, soit 23,3/100 000 personnes. Chez les jeunes de 10 à 29 ans, le taux moyen semble plus bas (8,4/100 000 personnes). Toutefois, une certaine prudence doit être observée dans cette interprétation en raison de la variabilité importante d'une année à l'autre et d'un coefficient de variation élevé. Le taux moyen pour les personnes âgées de 70 ans et plus était de 14,1/100 000 personnes, mais présente des variations importantes entre les années, passant de 3,2 en 2019 à 20,5 en 2021. Le coefficient de variation élevé suggère que les données sont instables, possiblement en raison d'un petit nombre de cas.

Tableau 2. Taux¹ de suicide recensé² par année entre 2019 et 2023 dans la région de Chaudière-Appalaches selon les groupes d'âge

Groupe d'âge	2019	2020	2021	2022	2023	Moyenne
10-29 ans	9,0	8,9	15,5	5,5	3,2	8,4**
30-49 ans	19,2	21,0	21,6	29,4	23,3	22,1*
50-69 ans	25,5	28,9	17,6	26,5	20,2	23,3*
70 ans et +	3,2	15,3	20,5	16,7	14,9	14,1**

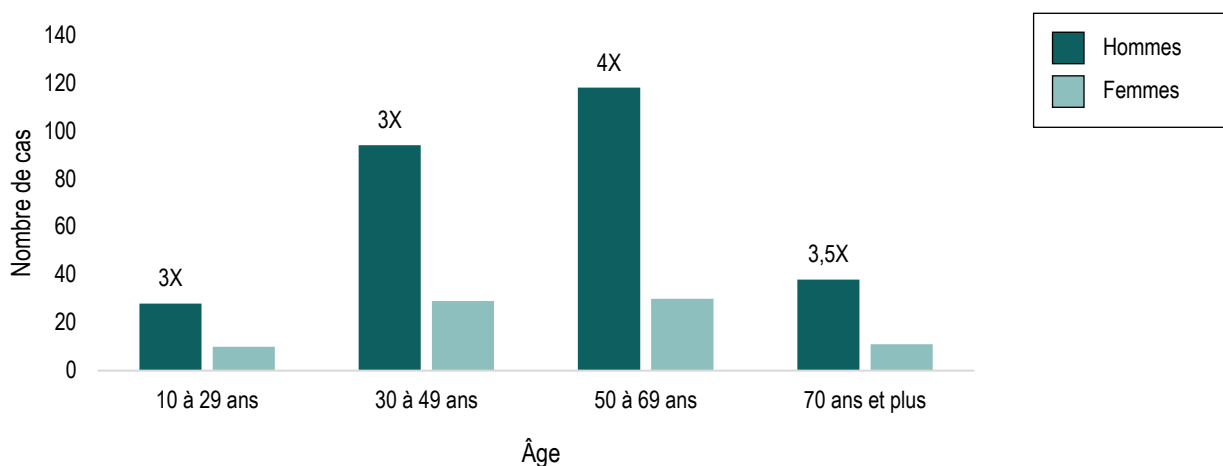
1. Taux par 100 000 personnes.
2. Les taux de mortalité (cohorte) ont été calculés avec les estimations démographiques annuelles (janvier 2025) adaptées par l'Institut de la statistique du Québec ([ISQ statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/4422](https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/4422)).

* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter la valeur avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

La **figure 4** présente la distribution du nombre de cas de suicide selon le sexe/genre et l'âge au moment du décès. Les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes dans chacun des groupes d'âge. Chez les hommes, le groupe des 50 à 69 ans est le plus représenté, alors que, chez les femmes, les groupes de 30 à 49 et 50 à 69 ans présentent des nombres de décès plus élevés, mais similaires entre eux.

Figure 4. Distribution du nombre de suicides survenus (N=358) dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon le sexe/genre et les groupes d'âge



Le graphique présente la distribution du nombre de cas de suicide chez les hommes (barres foncées) et les femmes (barres pâles) pour quatre groupes d'âge. Le rapport hommes/femmes est indiqué au-dessus de chaque paire de barres et représente le facteur multiplicatif du nombre de suicides entre les sexes/genres dans chaque groupe. Les annotations « 3 X », « 4 X » et « 3,5 X » indiquent que les hommes sont respectivement 3, 4 et 3,5 fois plus nombreux que les femmes à être décédés par suicide dans les groupes d'âge concernés.

5.2. Portrait des personnes décédées par suicide selon le sexe/genre

Les données du **tableau 3** présentent des caractéristiques sociodémographiques et de santé, l'exposition à certains facteurs de risque et de la fréquentation des services des personnes décédées par suicide, globalement et selon le sexe/genre (pour des données plus complètes, se référer au tableau S1). Parmi les 359 suicides recensés, 77 % étaient des hommes et l'âge moyen était de 51,6 ans \pm 16,5 ans (tableau 3). La proportion des femmes de 10 à 29 ans décédées par suicide (12 %) est légèrement plus élevée que celle observée chez les hommes du même groupe d'âge (10 %), alors que chez les 50 à 69 ans, la proportion d'hommes (43 %) est plus élevée que celle des femmes (37 %). La majorité de décès est survenue en milieu urbain (67 %). Les décès en milieu rural sont plus fréquents chez les hommes (35 %) que chez les femmes (25 %).

Pour les hommes et les femmes, la pendaison demeure le moyen le plus fréquemment utilisé. Toutefois, le deuxième moyen le plus utilisé chez les hommes est l'arme à feu (16 %), alors que, chez les femmes il s'agit de l'intoxication médicamenteuse (25 %). Les femmes décédées par suicide dans la région étaient moins souvent en emploi et plus souvent retraitées comparativement aux hommes. Chez les hommes, les trois événements de vie qui étaient les plus souvent présents au moment du décès sont la séparation, la maladie et les problèmes financiers. Chez les femmes, la maladie vient avant la séparation et on retrouve les conflits relationnels en troisième position.

Tableau 3. Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon le sexe/genre (N=359)

Caractéristiques	Hommes	Femmes	Total
Total N (%)	278 (77 %)	81 (23 %)	359 (100 %)
Âge moyen (année) ± ÉC	51,9 ± 16,3 ans	50,6 ± 17,6 ans	51,6 ± 16,6 ans
Âge en catégories			
10 à 29 ans	10 %	12 %	11 %
30 à 49 ans	34 %	36 %	34 %
50 à 69 ans	43 %	37 %	41 %
70 ans et plus	14 %	15 %	14 %
Ruralité (%)	35 %	25 %	33 %
Moyen principal	Pendaison (54 %)	Pendaison (53 %)	Pendaison (54 %)
Autres moyens fréquents	Armes à feu (16 %)	Intox. médicaments (25 %)	Armes à feu (16 %) Intox. médicaments (11 %) Monoxyde carbone (6,4 %) Saut (4,5 %)
En emploi (%)	50 %	32 %	46 %
Retraité (%)	19 %	26 %	21 %
Événements de vie les plus fréquemment rapportés	Séparation (22 %) Maladie (19 %) Financiers (19 %) Conflits de relations (10 %) Isolement (9 %) Deuil (9 %) Covid-19 (9 %)	Maladie (28 %) Séparation (24 %) Conflits de relations (16 %) Covid-19 (14 %) Isolement (11 %) Deuil (10 %) Financiers (9 %)	Séparation (23 %) Maladie (21 %) Financiers (17 %) Conflits de relations (11 %) Covid-19 (10 %) Processus légaux (10 %) Isolement (10 %) Deuil (9 %) Problèmes au travail (8 %)
Troubles de l'humeur ^a	66 %	84 %	70 %
Troubles de personnalité	15 %	33 %	19 %
Troubles d'usage de substances	20 %	10 %	17 %

Au moins un service ^b 48 h à 1 an avant le décès	50 %	64 %	53 %
Urgence 48 h à 1 an avant le décès	38 %	49 %	41 %
CLSC <1 an avant le décès	21 %	41 %	25 %
Hospitalisation <1 an avant le décès	27 %	36 %	29 %
Service en dépendance <1 an avant le décès	11 %	15 %	14 %

^a Inclut dépression, anxiété et trouble d'adaptation.

^b Inclut les urgences, hospitalisations, services de santé et psychosociaux répertoriés dans le I-CLSC et services en dépendances.

Concernant la santé mentale, les femmes décédées par suicide avaient plus souvent des troubles de l'humeur et des troubles de la personnalité que les hommes, alors que les hommes avaient plus souvent des troubles d'usage de substances. La proportion de femmes décédées par suicide ayant consulté au moins un service de santé entre 48 h et 1 an avant le décès est plus élevée que celle observée chez les hommes (64 % vs 40 %, respectivement).

Les services inclus sont les urgences, les hospitalisations, les services de santé et psychosociaux répertoriés dans le I-CLSC et les services en dépendances. Parmi ces services, le plus consulté par les hommes et les femmes dans l'année précédant le décès est l'urgence. En deuxième position, on retrouve les services du I-CLSC chez les femmes et les hospitalisations chez les hommes. Malgré que la proportion d'hommes avec un trouble d'usage de substances soit plus élevée que celle des femmes, ces dernières ont consulté plus souvent les services en dépendance que les hommes, un an avant le décès.

5.3. Portrait des personnes décédées par suicide selon les groupes d'âge

Les données du **tableau 4** présentent les variables à l'étude selon les différents groupes d'âge (pour des données plus complètes, se référer au tableau S2).

Tableau 4. Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon les groupes d'âge (N=359)

Caractéristiques	10-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et +
Total N (%)	38 (11 %)	123 (34 %)	148 (41 %)	50 (14 %)
Femmes	26 %	24 %	20 %	24 %
Hommes	74 %	76 %	80 %	76 %
Ruralité (%)	29 %	29 %	39 %	30 %

Moyen principal	Pendaison (53 %)	Pendaison (62 %)	Pendaison (49 %)	Pendaison (46 %)
2 ^e moyen plus fréquent	Armes à feu (16 %)	Armes à feu (9 %)	Intox. médicaments (14 %)	Armes à feu (16 %)
Trois événements de vie les plus fréquemment rapportés ^a	Séparation Maladie Conflit relationnel	Séparation Problèmes financiers Maladie	Maladie Séparation Problèmes financiers	Maladie Perte d'autonomie Deuil
Troubles de l'humeur ^b	47 %	69 %	73 %	82 %
Troubles de personnalité	NP	24 %	20 %	NP
Troubles d'usage de substances	NP	22 %	18 %	NP
Au moins un service ^b 48 h à 1 an avant le décès	45 %	57 %	50 %	58 %
Urgence 48 h à 1 an avant le décès	40 %	46 %	35 %	46 %
CLSC <1 an avant le décès	18 %	26 %	25 %	28 %
Hospitalisation <1 an avant le décès	21 %	27 %	28 %	42 %

^a Les % ne sont pas inclus en raison des petits nombres, pour conserver la confidentialité des données.

^b Inclut dépression, anxiété et trouble d'adaptation.

^c Inclut les urgences, hospitalisations, services de santé et psychosociaux répertoriés dans le I-CLSC et services en dépendances.

NP = Nombres petits, non diffusés.

5.3.1. Portrait des personnes de 10 à 29 ans

Ce groupe représente 11 % des décès par suicide et est composé de 74 % d'hommes. La pendaison est le principal moyen utilisé, suivi des armes à feu. Les événements de vie entourant le décès les plus souvent rapportés par les proches des personnes décédées sont la séparation, la maladie et les conflits relationnels. Près de la moitié des 10 à 29 ans avait un trouble de l'humeur (47 %). Le service le plus souvent consulté est l'urgence (40 %). Une personne sur cinq de 10 à 29 ans a été hospitalisée et près d'une sur cinq avait également consulté les services du I-CLSC au cours de l'année précédant le décès.

5.3.2. Portrait des personnes de 30 à 49 ans

Ce groupe représente 34 % des cas et est composé de 76 % d'hommes. Le moyen le plus fréquemment utilisé est la pendaison (62 %) suivie des armes à feu (9 %). Les événements de vie entourant le décès les plus souvent rapportés sont la séparation, les problèmes financiers et la maladie. Plus du deux tiers des personnes de 30 à 49 ans avait un trouble de l'humeur (69 %) et le quart un trouble de la personnalité (24 %). Plus de la moitié ont consulté un service entre 48 heures et un an avant le décès et 47 % ont consulté l'urgence. Un peu plus du quart des

personnes de 30 à 49 ans ont utilisé les services du I-CLSC et/ou ont été hospitalisé au cours de l'année précédant le décès.

5.3.3. Portrait des personnes de 50 à 69 ans

Ce groupe représente la plus forte proportion des décès par suicide (41 %) et est composé d'une plus grande proportion d'hommes que les autres groupes d'âge (80 %). La proportion vivant en milieu rural (39 %) est également plus élevée que dans les autres groupes d'âge. La pendaison demeure le moyen le plus utilisé, mais on retrouve l'intoxication médicamenteuse en deuxième position. Contrairement aux deux groupes d'âge plus jeunes, la maladie est plus souvent rapportée que la séparation comme événement de vie entourant le décès. Le troisième événement le plus fréquent est les problèmes financiers. Les troubles de l'humeur sont fréquents avec près du trois quarts des personnes atteintes et environ une personne sur cinq rapporte un trouble de la personnalité. La moitié des personnes de ce groupe ont consulté au moins un service entre 48 heures et un an avant le décès et 35 % ont consulté les urgences, ce qui représente la proportion la plus faible parmi les quatre groupes d'âge. De plus, le quart des personnes de 50 à 69 ans a consulté un service du I-CLSC au cours de l'année précédant le décès et un peu plus du quart a été hospitalisé au cours de la même période.

5.3.4. Portrait des personnes de 70 ans et plus

Ce groupe représente 14 % des décès et est composé de 76 % d'hommes. La pendaison (46 %) et les armes à feu (16 %) sont les moyens les plus utilisés. Au même titre que pour les personnes de 50 à 69 ans, la maladie est l'événement le plus souvent rapporté, mais il est suivi de la perte d'autonomie et du deuil, ce qui suggère un profil différent des autres groupes d'âge. Les troubles de l'humeur sont très fréquents (82 %). Plus de la moitié a consulté au moins un service de santé entre 48 heures et un an avant le décès et 46 % ont consulté l'urgence. La proportion des personnes de 70 ans et plus qui a consulté un service du I-CLSC est similaire à celles des autres groupes d'âge (28 %). Toutefois, la proportion d'hospitalisation dans l'année précédant le décès est la plus élevée des quatre groupes d'âge (42 %).

5.4. Portrait des personnes décédées par suicide selon la fréquentation des services de santé

Les données du **tableau 5** présentent des caractéristiques sociodémographiques et de santé et l'exposition à certains facteurs de risque des personnes décédées par suicide, globalement et, selon le temps depuis la dernière fréquentation des services de santé : ≤1 an, >1 an et aucune visite, c'est-à-dire que la personne ne se retrouve pas dans les fichiers du CISSS pour ce service (pour des données plus complètes, se référer au tableau S3).

Tableau 5. Caractéristiques des personnes décédées par suicide dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon le temps écoulé depuis la dernière fréquentation des services du CISSSCA (N=359)

Caractéristiques	≤ 1 an	> 1 an	Aucune visite ^a
Total N (%)	200 (56 %)	131 (36 %)	28 (8 %)
Âge moyen (année) ± Écart-type	52 ± 17 ans	51 ± 16 ans	48 ± 17 ans

Femmes	27 %	18 %	NP
Hommes	73 %	82 %	
Ruralité	32 %	39 %	NP
Moyen principal	Pendaison 51 %	Pendaison 58 %	Pendaison 54 %
Événements de vie les plus fréquemment rapportés ^b	Maladies, Séparation	Séparation, Problèmes financiers	NP
Troubles de l'humeur ^c	71 %	73 %	48 %

^a Aucune visite signifie que la personne ne se retrouve pas dans les dossiers du CISSS pour ce service.

^b Les % ne sont pas inclus en raison des petits nombres, pour conserver la confidentialité des données.

^c Inclut dépression, anxiété et trouble d'adaptation.

NP = Nombres petits, non diffusés.

Plus de la moitié des personnes décédées par suicide entre 2019 et 2023 en Chaudière-Appalaches ont consulté au moins un service dans l'année précédant le décès (56 %) et très peu sont inconnus des services (8 %). La proportion de femmes est un peu plus élevée dans le groupe ayant consulté dans la dernière année (27 %) que dans le groupe des personnes ayant consulté les services plus d'un an avant le décès (18 %). On retrouve légèrement plus de personnes vivant en milieu rural dans le groupe dont la dernière visite à un service du CISSS remonte à plus d'un an avant le décès (39 %) quand dans le groupe qui a consulté dans l'année précédant le décès (32 %).

Dans les trois groupes, la pendaison demeure le moyen le plus fréquemment utilisé. La maladie est l'événement de vie le plus souvent rapporté par les personnes ayant consulté les services dans l'année précédant le décès, suivi de la séparation. Pour le groupe ayant consulté il y a plus d'un an, la séparation est l'événement le plus souvent rapporté, suivi des problèmes financiers. Les troubles de l'humeur sont rapportés avec des proportions similaires par les personnes ayant consulté dans la dernière année (71 %) et celles ayant consulté il y a plus d'un an (73 %). Cette proportion est plus faible (48 %) dans le groupe n'ayant aucune visite recensée.

6. Discussion

L'objectif de cette étude était de recenser et de décrire tous les cas de décès par suicide survenus dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023. Les résultats obtenus confirment plusieurs tendances déjà bien documentées dans la littérature sur le suicide ainsi que certaines spécificités propres à la région. Cette section vise à interpréter ces résultats en les mettant en relation avec les connaissances actuelles sur les facteurs de risque du suicide.

6.1. Fardeau régional

Les résultats révèlent un taux de mortalité par suicide de 16,4 pour 100 000 personnes dans la région de Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023, alors que ce taux était estimé à 12,4 pour 100 000 pour l'ensemble du Québec (Levesque & Perron, 2025). Le taux dans la région est plus élevé que la moyenne provinciale (Duchaine & Beauregard, 2023). Parmi les facteurs étudiés, la ruralité pourrait contribuer à expliquer en partie cette différence. En effet, la région de Chaudière-Appalaches compte une proportion élevée de sa population vivant en milieu rural (42 %), ce qui dépasse la moyenne provinciale (18 %), ainsi que les proportions observées dans d'autres régions

comparables, comme la Capitale-Nationale (12 %), la Mauricie (27 %), Lanaudière (25 %) et le Centre-du-Québec (29 %) (MEIE, 2025). Dans cette étude, environ un tiers des personnes décédées par suicide vivaient en milieu rural. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (35 %) que chez les femmes (25 %).

La ruralité en général a été associée à divers enjeux d'accessibilité aux soins (Statistique Canada, 2025). Dans ces milieux, les services de santé sont moins nombreux, plus éloignés et parfois difficiles d'accès, ce qui peut entraîner des délais dans les soins et influencer le recours aux services de santé mentale (ICIS, 2024). Dans cette étude, une proportion plus importante des personnes n'ayant pas eu de contact avec le système de santé depuis plus d'un an résidait en milieu rural. Cette différence pourrait suggérer une utilisation moindre des services ou une accessibilité réduite dans les milieux ruraux. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une étude australienne, qui montre que la probabilité d'obtenir un diagnostic ou un traitement en santé mentale diminue avec l'éloignement géographique, en particulier chez les hommes (Fitzpatrick et al., 2021).

La combinaison de ces facteurs : isolement géographique et accessibilité réduite, peut contribuer à une faible reconnaissance des besoins en santé mentale en milieu rural et à une prise en charge insuffisante des personnes vulnérables au suicide (Fitzpatrick et al., 2021). Bien comprendre les besoins, les valeurs et la culture de la population rurale peut aider à contextualiser les résultats et à adapter les soins de santé et les services sociaux en conséquence (Gizaw, Astale, & Kassie, 2022). Une telle adaptation pourrait favoriser une meilleure détection de la détresse psychologique, une prise en charge plus appropriée des troubles de santé mentale et, ultimement, une prévention plus efficace du suicide (OMS, 2021).

Plusieurs stratégies sont mentionnées dans la littérature pour améliorer l'accessibilité et l'adéquation des soins en contexte rural. Parmi celles-ci, on retrouve les programmes de santé communautaire ou les interventions de soins de santé dirigées par la communauté, les services de santé en milieu scolaire, les services de proximité ou les cliniques mobiles, les programmes de santé familiale, la télémédecine et la promotion du rôle de la médecine traditionnelle (Gizaw, Astale, & Kassie, 2022).

Enfin, la ruralité peut également être associée à un usage plus fréquent des armes à feu comme moyen de suicide. L'accès aux armes à feu est souvent plus répandu dans ces milieux, notamment en raison d'usages culturels ou récréatifs, ce qui soulève des enjeux particuliers en matière de sensibilisation et de prévention (Hawton, Knipe, & Pirkis, 2024). Les personnes qui tentent de se suicider peuvent être ambivalentes quant à leurs intentions, et donc restreindre l'accès aux moyens peut faire gagner du temps, pendant lequel les pensées suicidaires peuvent s'atténuer (Knipe et al., 2022).

6.2. Différences observées entre les sexes/genres

Entre 2019 et 2023, 77 % des personnes décédées par suicide dans la région de Chaudière-Appalaches étaient des hommes. Cette proportion reflète les tendances observées au Québec, au Canada et dans d'autres pays à revenu élevé, où les taux de suicide chez les hommes ont toujours été plus élevés que les taux de suicide chez les femmes (Association de santé publique du Canada, 2024; Davis Weaver et al., 2025; Levesque & Perron, 2025). En contrepartie, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à consulter les services de santé pour des idées ou des tentatives suicidaires, à recevoir un diagnostic en santé mentale et à être hospitalisées pour des comportements suicidaires en comparaison avec les hommes (Knipe et al., 2022; Nock et al., 2009).

Malgré une proportion élevée de comportements suicidaires et une plus grande sollicitation des services de santé chez les femmes, leur taux de mortalité par suicide (7,4 pour 100 000; IC95 % : 4,5-10,3) demeure significativement inférieur à celui des hommes (25,0 pour 100 000; (IC95 % : 22,3-27,7). Ce contraste, bien documenté dans la littérature, met en évidence non seulement une différence de risque entre les sexes/genres, mais aussi des écarts en

matière de protection sociale, de reconnaissance clinique et de prise en charge (Berardelli et al., 2022; Chang, Yip, & Chen, 2019). Ainsi, bien que les femmes fassent plus de tentatives de suicide, les hommes présentent un risque significativement plus élevé de décéder par suicide (Davis Weaver et al., 2025; Fazel & Runeson, 2020; Knipe et al., 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Plusieurs facteurs sont proposés pour expliquer l'écart de mortalité par suicide entre les sexes/genres. L'un des plus souvent évoqués concerne le choix des moyens utilisés (Hawton, Knipe, & Pirkis, 2024; Kposowa & McElvain, 2006). Les hommes ont tendance à recourir à des méthodes plus létales, comme les armes à feu, ce qui augmente considérablement le risque de décès (Callanan & Davis, 2012; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Thomas & Gunnell, 2010). Dans la présente étude, les armes à feu ont été utilisées dans 16 % des suicides chez les hommes, contre aucun cas chez les femmes. Cette différence est cohérente avec les tendances observées à l'échelle provinciale, où les suicides par arme à feu représentent 2,1 % des cas chez les femmes en 2022 (Levesque & Perron, 2025).

La nature des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le sexe/genre pourrait également contribuer à expliquer ces écarts. Dans la région de Chaudière-Appalaches, les profils cliniques différaient sensiblement entre les hommes et les femmes. Les femmes décédées par suicide présentaient plus souvent des troubles de l'humeur, comme la dépression majeure, ou des troubles de la personnalité. En comparaison, les hommes présentaient davantage de troubles liés à l'usage de substances, de comportements impulsifs ou violents, ainsi que des traits de personnalité antisociaux. Ces constats sont concordants avec ce qu'on retrouve dans la littérature (Knipe et al., 2022; McGirr et al., 2009; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Tousignant et al., 2022). Les différences de présentation clinique entre les sexes/genres peuvent influencer la reconnaissance des signes de détresse, le type d'intervention proposée et les trajectoires de soins (Sher & Oquendo, 2023).

Au-delà des facteurs cliniques, de nombreux travaux insistent sur l'influence des normes sociales de genre dans la compréhension de ces disparités (Griffin et al., 2022; Scourfield & Evans, 2015). Certaines valeurs associées à la masculinité, telles que la force, l'autonomie et la maîtrise de soi, peuvent limiter la propension des hommes à verbaliser leur détresse ou à chercher de l'aide (Chandler, 2019). Dans ce contexte, les tentatives de suicide sont souvent perçues comme une forme d'expression féminine de la détresse psychologique, tandis que le suicide complété tend à être socialement associé à des caractéristiques masculines valorisant le silence, la détermination et l'irréversibilité (Chandler, 2019; Chang, Yip, & Chen, 2019; Hofmann & Wagner, 2023; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). À l'inverse, les femmes sont plus susceptibles de verbaliser leur détresse et de solliciter des services de santé, ce qui facilite la détection et l'intervention clinique (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018).

Les données de la présente étude soutiennent ces constats : 64 % des femmes décédées par suicide avaient eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, comparativement à seulement 50 % des hommes. Ces proportions rejoignent celles rapportées dans d'autres études, qui montrent que les hommes sont moins fréquemment en contact avec les services cliniques avant leur décès (Ahmedani et al., 2014; Vasiliadis et al., 2018). Par ailleurs, certaines recherches suggèrent que les interventions psychosociales pourraient être moins efficaces chez les hommes, ces derniers étant moins susceptibles d'y adhérer ou d'en retirer des bénéfices comparables à ceux observés chez les femmes, ce qui pourrait aussi contribuer à l'écart observé dans les taux de mortalité (Hawton et al., 2016).

Enfin, les analyses comparatives internationales suggèrent que les différences de sexe/genre en matière de suicide sont sensibles au contexte socioculturel. Dans une étude menée par Chang, Yip and Chen (2019), les pays les plus équitables sur le plan du sexe/genre présentaient des ratios hommes/femmes de décès plus élevés (jusqu'à 3,5), alors que ce ratio était plus faible dans les pays présentant de fortes inégalités de sexe/genre, en raison des taux de mortalité plus élevés chez les femmes. Ces résultats suggèrent qu'un environnement social plus égalitaire pourrait

offrir une forme de protection aux femmes contre le suicide, en améliorant l'accès aux ressources de santé mentale et en renforçant les capacités d'adaptation aux événements stressants (Chang, Yip, & Chen, 2019; Davis Weaver et al., 2025).

Ces constats soutiennent la nécessité d'adopter une perspective genrée dans l'analyse du risque suicidaire. Mieux comprendre ces différences peut contribuer à adapter les interventions préventives, à diversifier les approches cliniques et à renforcer la pertinence des stratégies de mises en œuvre dans les milieux.

6.3. Spécificités selon l'âge

L'âge exerce une très grande influence sur les comportements suicidaires et le risque de décès par suicide (Fazel & Runeson, 2020; O'Neill et al., 2018; Turecki et al., 2019). Toutefois, le profil épidémiologique observé dans la région de Chaudière-Appalaches diffère du modèle mondial (Davis Weaver et al., 2025). À l'échelle internationale, les taux de suicide les plus faibles sont généralement observés chez les jeunes de moins de 15 ans, alors que les personnes âgées de 70 ans et plus présentent les taux de suicide les plus élevés, avec une tendance à la hausse dans plusieurs régions du monde (Davis Weaver et al., 2025; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Dans notre étude, les personnes de 70 ans et plus ont montré un taux moyen de suicide de 14,1 décès pour 100 000 personnes. Ce taux apparaît inférieur à ceux observés chez les 50 à 69 ans (23,3) et les 30 à 49 ans (22,1), ce qui est l'inverse des taux mondiaux. Bien que ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison d'une variabilité statistique pour certains sous-groupes, la tendance rejoint les données provinciales récentes : au Québec, les taux de 2022 s'élevaient à 19,4 chez les 50 à 64 ans, 18,8 chez 35 à 49 ans et 14,3 chez les 65 ans et plus (Levesque & Perron, 2025). Les personnes entre 50 et 69 ans semblent donc présenter un plus lourd fardeau de suicide dans la région de Chaudière-Appalaches. Cette tendance se retrouve également à l'échelle du Canada, où les adultes d'âge moyen (40 à 59 ans) présentent les taux de suicide les plus élevés, tant chez les hommes que chez les femmes (Association de santé publique du Canada, 2024).

Ainsi, les données issues de la présente étude mettent en évidence des profils cliniques et sociaux distincts selon les groupes d'âge. Ces résultats sont en accord avec les connaissances actuelles sur l'influence de l'âge sur les vulnérabilités des personnes. La présente discussion se concentre principalement sur les jeunes et les personnes âgées, deux groupes reconnus pour leurs vulnérabilités particulières.

6.3.1. Adolescents et jeunes adultes

Chez les jeunes, le suicide représente une cause de mortalité importante malgré des taux plus faibles que dans les autres groupes d'âge. Au Québec, le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les 15 à 24 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2024; StatCan, 2025). On observe parallèlement une hausse des blessures auto-infligées, principalement chez les adolescentes et des niveaux préoccupants de détresse psychologique (Association de santé publique du Canada, 2024; Cunningham, Walton, & Carter, 2018). Les jeunes enregistrent aussi les taux les plus élevés de visites aux urgences et d'hospitalisation pour tentative de suicide (Knipe et al., 2022; Levesque & Perron, 2025).

Dans la région de Chaudière-Appalaches, les jeunes de 10 à 29 ans représentaient environ 11 % des décès par suicide entre 2019 et 2023, avec un taux moyen de 8,4 pour 100 000 habitants. Ce qui est comparable au taux provincial pour ce groupe d'âge (Levesque & Perron, 2025; Renaud et al., 2018). Les jeunes décédés présentaient souvent des facteurs de risque bien documentés : troubles de l'humeur ou de la personnalité, troubles liés à l'usage de substances, conflits interpersonnels, séparations, et événements de vie stressants (Miranda-Mendizabal et al., 2019). L'influence des pairs, l'initiation précoce à la consommation de substances et les comportements à risque

propres à cette période du développement contribuent également à accroître la vulnérabilité au suicide (Fazel & Runeson, 2020).

Dans notre étude, la présence d'alcool au moment du décès était plus fréquente chez les jeunes (donnée non présentée dans les tableaux en raison de petits nombres) que dans les autres groupes d'âge. Ce résultat suggère que l'intoxication à l'alcool pourrait être impliquée dans certains cas. Cette observation est cohérente avec la littérature qui suggère que l'usage ou l'abus de substances, particulièrement l'alcool, diminue l'inhibition et accroît la détresse psychologique, facilitant la transition des idées suicidaires vers un passage à l'acte, en particulier chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur (Turecki et al., 2019). L'impulsivité semble être un médiateur clé entre la consommation de substances et les idées ou comportements suicidaires (Turecki et al., 2019). En effet, les personnes présentant une forte impulsivité sont plus susceptibles de consommer des substances et ceux ayant un trouble lié à l'usage d'alcool présentent plus souvent un comportement impulsif agressif que ceux qui n'ont pas de troubles liés à l'usage de substances (Dumais et al., 2005).

De plus, l'accès facile à des moyens létaux a également été associé au suicide chez les jeunes (Fazel & Runeson, 2020; Miranda-Mendizabal et al., 2019; Olfson et al., 2018). Dans la présente étude, les résultats montrent que, dans 16 % des cas de suicide, les jeunes utilisaient des armes à feu, soulignant l'importance de la régulation de l'accès aux moyens létaux dans cette population.

À l'heure actuelle, les recherches sur les traitements efficaces pour prévenir le suicide chez les jeunes demeurent limitées. Certaines données soutiennent l'efficacité de la thérapie basée sur la mentalisation pour réduire les comportements d'automutilation chez les filles (Rossouw & Fonagy, 2012). D'autres interventions psychologiques ont montré un certain potentiel pour diminuer les comportements suicidaires chez les jeunes, mais elles nécessitent des répliques, une identification des composantes actives du traitement, ainsi qu'une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels elles agissent (Glenn, Franklin, & Nock, 2015).

Malgré ces vulnérabilités, les jeunes recourent peu aux services de santé. Dans la cohorte, seuls 45 % avaient consulté les services de santé dans l'année précédant leur décès, une proportion plus basse que celle des groupes plus âgés. Les suivis en CLSC et les hospitalisations étaient peu fréquents. Ces constats rejoignent ceux de Renaud et al. (2014), selon lesquels près de la moitié des jeunes souffrant de dépression ou de troubles liés à l'usage de substances ne recevaient aucun service même s'ils en avaient besoin.

Des obstacles, tels que la reconnaissance des signes de détresse, une faible continuité des soins ou des délais d'attente prolongés limitent l'accès à une prise en charge rapide (Renaud et al., 2014). Les services de psychiatrie demeurent par ailleurs une spécialité difficile d'accès pour cette clientèle (Vasiliadis et al., 2018; Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). L'adolescence demeure une période charnière pour la prévention, car elle coïncide avec l'émergence de la majorité des troubles de santé mentale (Patton et al., 2016). Une stratégie préventive intégrée, qui tient compte des particularités développementales, sociales et relationnelles des jeunes, pourrait réduire les décès par suicide dans cette population (Association de santé publique du Canada, 2024).

6.3.2. Personnes âgées

Les personnes âgées présentent le taux de mortalité par suicide le plus élevé dans presque toutes les régions du monde (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Toutefois, dans la région de Chaudière-Appalaches comme ailleurs au Canada, les personnes âgées de 70 ans et plus représentaient 14 % des décès par suicide entre 2019 et 2023, une proportion inférieure à celle observée chez les 50 à 69 ans (Association de santé publique du Canada, 2024; Levesque & Perron, 2025). Parmi les aînés décédés, 78 % étaient des hommes, ce qui rejoint les constats de

la littérature qui identifie les hommes âgés comme un groupe à risque élevé et ayant une faible propension à recourir aux services spécialisés en santé mentale (Fazel & Runeson, 2020).

Dans notre étude, 58 % des personnes âgées de 70 ans et plus avaient eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, une proportion plus élevée que celle observée chez les plus jeunes. Cette tendance est cohérente avec les données de la littérature, qui montrent que les aînés consultent plus fréquemment les soins primaires dans la période précédant le suicide (Ahmedani et al., 2014; Stene-Larsen & Reneflot, 2017; Vasiliadis, Ngamini-Ngui, & Lesage, 2014). Ces constats rejoignent aussi les conclusions d'une étude qui a révélé que près de 80 % des aînés avaient consulté dans l'année précédant leur suicide, mais que la moitié n'avaient reçu aucun diagnostic en santé mentale (Ahmedani et al., 2014). Ce déficit s'explique en partie par les difficultés à repérer les troubles de santé mentale chez les aînés, où les symptômes dépressifs sont souvent confondus avec les effets du vieillissement ou attribués à des maladies chroniques (Fazel & Runeson, 2020). Par ailleurs, plusieurs personnes âgées semblent hésiter à exprimer leur détresse (De Leo & Arnautovska, 2016).

Cette vulnérabilité accrue s'explique par une conjonction de facteurs tels que l'isolement social, le deuil, la douleur chronique ou les maladies dégénératives (De Leo & Arnautovska, 2016; Okolie et al., 2017). Chez les hommes âgés, en particulier, les limitations physiques et le sentiment d'être un fardeau peuvent altérer la qualité de vie et accroître le risque suicidaire (Erlangsen et al., 2011; Van Orden et al., 2010). Une attention particulière devrait aussi être accordée à certaines conditions associées à un risque accru de suicide chez les aînés, comme les maladies neurologiques, le cancer, les troubles musculosquelettiques ou les limitations fonctionnelles (Fazel & Runeson, 2020). Dans notre cohorte, les événements de vie les plus fréquents incluaient la maladie physique, la perte d'autonomie et le deuil. Plus du quart des personnes âgées décédées par suicide présentaient une perte d'autonomie ou une maladie limitant leur fonctionnement au moment du décès. Il importe de mieux comprendre les pertes significatives qui affectent les aînés et les limitations physiques qui compromettent la qualité de vie et peuvent alimenter des pensées suicidaires (Erlangsen et al., 2011).

L'évaluation du risque suicidaire dans cette population nécessite donc une approche fine, tenant compte à la fois des conditions médicales et des barrières d'accès aux soins spécialisés. Plusieurs pistes d'intervention sont à l'étude pour prévenir le suicide chez les aînés. Des programmes intégrant la psychoéducation, le dépistage de la dépression, la formation des intervenants et les thérapies de groupes ont montré un certain potentiel (Okolie et al., 2017). Par ailleurs, des études de cohorte indiquent qu'une intervention téléphonique brève peut réduire les taux de suicide chez les personnes âgées (Laflamme et al., 2022). Des essais de soins collaboratifs, où un gestionnaire de cas en dépression travaille avec le médecin traitant, montrent aussi une diminution des comportements suicidaires (Raue, Ghesquiere, & Bruce, 2014). Dans ce contexte, il serait pertinent de mettre en place une formation spécifique visant à sensibiliser les professionnels de soins primaires au phénomène du suicide chez les aînés et aux signes ou aux indices de détresse psychologiques afin que toutes personnes en contact avec la clientèle soient outillées pour détecter le risque suicidaire (Mann, Michel, & Auerbach, 2021).

6.4. Fréquentation des services de santé

Parmi les 359 décès par suicide recensés dans cette étude, un trouble de l'humeur a été rapporté pour plus de 70 % des personnes, 19 % un trouble de personnalité et 17 % un trouble d'usages de substances. Toutefois, seuls 53 % ont consulté un service dans l'année précédant le décès. Cette proportion semble inférieure aux moyennes rapportées dans la littérature, qui estiment que 80 à 83 % des personnes décédées par suicide avaient eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès (Ahmedani et al., 2014; Stene-Larsen & Reneflot, 2017). Cette différence pourrait s'expliquer en partie par une sous-estimation liée à la nature des données disponibles, qui se limitent ici aux services internes du CISSS (urgences, hospitalisations, interventions en CLSC), excluant ainsi les visites médicales en consultations externes. La stigmatisation liée au suicide et aux troubles de

santé mentale peut aussi décourager de nombreuses personnes à rechercher l'aide nécessaire (Association de santé publique du Canada, 2024; OMS, 2021).

Dans les pays à revenu élevé, la plupart des personnes qui décèdent par suicide ont été en contact avec les services de santé (Knipe et al., 2022). La plupart des personnes présentant un trouble de santé mentale sont traitées en soins primaires et les personnes dépressives devraient être interrogées sur la présence d'idées suicidaires, avec une orientation et un traitement urgents si ces pensées s'intensifient (Fazel & Runeson, 2020).

L'utilisation des services de santé et le contact avec les services de santé mentale ont été largement étudiés pour orienter les stratégies de prévention du suicide (Knipe et al., 2022; Mann, Michel, & Auerbach, 2021; Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). En ce sens, une étude portant sur l'ensemble des 8 851 décès par suicide survenus au Québec entre 2000 et 2007 révèle que 82 % des personnes décédées avaient eu recours à un service de santé dans l'année précédant leur décès (Vasiliadis, Ngamini-Ngui, & Lesage, 2015). Plus précisément, 82 % avaient consulté en consultation externe, 49 % s'étaient rendus aux urgences et 29 % avaient été hospitalisés au cours des 12 mois précédant le décès (Vasiliadis, Ngamini-Ngui, & Lesage, 2015). Ces données sont en partie comparables à celles de notre étude qui montre que 41 % des personnes décédées avaient fréquenté les urgences et 29 % avaient été hospitalisés dans l'année précédant le décès.

On estime que 57 % des personnes décédées par suicide ont eu un contact avec les services psychiatriques au cours de leur vie et 31 % dans les 12 mois précédant leur décès (Stene-Larsen & Reneflot, 2017). Le risque de suicide est particulièrement élevé dans les trois mois suivant une hospitalisation en psychiatrie. Les facteurs fortement associés au suicide post-hospitalisation incluent la présence de symptômes dépressifs, un congé non planifié et des difficultés sociales récentes (Large et al., 2011). La coordination des services et le suivi après une visite aux urgences ou une hospitalisation sont des éléments importants pour prolonger la période entre le congé et un éventuel suicide, offrant ainsi plus de temps pour intervenir (Fazel & Runeson, 2020). Les interventions interpersonnelles brèves, comme des appels téléphoniques ou l'envoi de cartes postales, semblent prometteuses, mais nécessitent des études de réplication indépendantes (Knipe et al., 2022).

Dans notre étude, les interventions en CLSC étaient moins fréquentes que les visites à l'urgence. Les services spécialisés en dépendance ont été peu sollicités, malgré une prévalence élevée des troubles liés à l'usage de substances. Ces données mettent peut-être en évidence des occasions manquées d'intervention. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres instances soulignent l'importance de la formation des professionnels de la santé pour l'identification et la prise en charge des troubles de santé mentale (Mann, Michel, & Auerbach, 2021; OMS, 2021). L'évaluation des besoins locaux des professionnels de la santé est utile pour identifier les lacunes en matière de compétences et élaborer des programmes de formation adaptés à la culture (Knipe et al., 2022). Des formations spécifiques répétées et des outils systématiques de dépistage de la détresse psychologique pourraient être intégrés dans les services de santé pour pallier ce manque (Mann, Michel, & Auerbach, 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Ces résultats appellent à élargir les stratégies de prévention en santé mentale au-delà du cadre institutionnel. La promotion de la santé mentale dans les milieux de travail, les environnements sociaux et les espaces communautaires représente une avenue prometteuse. Ces approches doivent s'attaquer aux normes sociales qui freinent l'expression de la détresse et l'accès à l'aide (Heymann et al., 2019). Dans cette optique, le déploiement de réseaux de sentinelles formées et soutenues apparaît particulièrement pertinent. Les sentinelles sont ciblées par leur proximité avec des milieux ou des groupes susceptibles de vivre de la détresse et peuvent agir comme relais entre les personnes en détresse et les ressources d'aide, en étant présentes au sein même des milieux de vie plutôt qu'à travers les structures médicalisées.

6.5. Forces et limites de cette étude

Cette étude présente des forces notables qui confèrent à ses résultats une valeur et une pertinence régionale. La principale réside dans la richesse et la diversité des données utilisées pour constituer une cohorte régionale recensant tous les décès par suicide en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023. L'intégration de sources multiples (fiches de postvention, rapports de coroner et bases de données médico-administratives) combinée au taux élevé de jumelage nominatif à l'aide du numéro d'assurance maladie (97 %) a permis une analyse approfondie des caractéristiques sociodémographiques, cliniques, psychosociales et des parcours de soins, le tout stratifié selon l'âge, le sexe/genre et les profils d'utilisation des services. Cette approche a permis de mettre en évidence des différences importantes entre les groupes et d'identifier certains profils plus à risque.

Toutefois, certains éléments limitent la portée des résultats. D'abord des écarts entre les données de la cohorte et celles publiées par l'INSPQ ont été observés et appellent à une validation ultérieure auprès du Bureau du coroner. Plusieurs raisons peuvent expliquer les différences observées. Premièrement, comme mentionné précédemment, tous les suicides ne font pas nécessairement l'objet d'une investigation par le coroner, malgré le caractère obligatoire de cette démarche, ce qui peut entraîner des écarts entre le fichier des décès et la banque de données informatisée du Bureau du coroner. Deuxièmement, pour l'année 2023, il est possible que l'ensemble des investigations du coroner ne soit pas encore complété, certaines enquêtes pouvant s'échelonner sur plusieurs années, ce qui peut affecter la comparabilité des données.

Enfin, certaines situations particulières peuvent également contribuer à ces différences, notamment les décès de personnes québécoises survenus à l'extérieur de la province, qui ne sont pas toujours pris en compte de façon uniforme, ou encore des limites du fichier des décès, où l'information sur la provenance géographique peut être manquante ou difficile à attribuer. À l'inverse, les données du coroner permettent parfois une meilleure identification de la provenance.

Hormis les taux de mortalité, les analyses sont purement descriptives, sans recours à des tests statistiques permettant d'évaluer la significativité des différences observées entre les groupes. De plus, pour certains sous-groupes, notamment les jeunes (10-29 ans), la faible taille des effectifs entraîne une variabilité importante des taux observés. Ainsi, un taux apparemment plus élevé ou plus faible peut s'avérer trompeur en raison de la fluctuation potentielle du taux ou de la variabilité statistique due aux faibles nombres de suicides dans ces groupes.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, seules les données issues des services internes du CISSS ont été collectées, excluant ainsi les consultations en cliniques externes et les consultations hors région, ce qui pourrait sous-estimer la fréquentation réelle des services de santé. Les services communautaires n'ont pas non plus été considérés. Par conséquent, bien que les résultats confirment que les services de santé représentent des opportunités pour la prévention du suicide, l'interprétation complète de ces opportunités doit tenir compte de la possible sous-estimation de la fréquence réelle des contacts en raison des types de services exclus de nos analyses. À cet égard, les bases de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui contiennent toutes les demandes de règlement pour des services médicaux rendus, pourraient compléter l'analyse. Ainsi l'intégration de ces données permettrait d'identifier le type de milieu fréquenté (clinique privée, GMF, hôpital, urgences, etc.) par les personnes décédées, offrant ainsi une vue élargie sur les trajectoires de soins et la fréquentation des services de santé avant le décès.

Par ailleurs, bien que des données aient été extraites à partir des dossiers médicaux, leur complexité a empêché leur inclusion dans les analyses du présent rapport. Il est aussi à noter que les dossiers patients électroniques (DPE) concernent uniquement les patients de Lévis. Les autres centres utilisent encore à ce jour des dossiers médicaux en format papier, ce qui complique l'extraction et l'analyse des données.

Enfin, les renseignements rapportés par les proches dans les fiches de postvention, bien qu'ils permettent de comprendre rapidement le contexte psychosocial entourant le décès, peuvent être sujets à des biais de rappel ou d'information.

7. Conclusion

Ces données permettent de mettre en évidence certaines caractéristiques importantes des personnes décédées par suicide dans la région. Elles révèlent également qu'une minorité (8 %) n'était pas connue des services, et que 36 % n'avaient consulté aucun des services répertoriés dans l'année précédant leur décès. Ces données permettent d'apporter des éléments pertinents pour poursuivre la réflexion sur les raisons expliquant le taux de mortalité par suicide plus élevé en Chaudière-Appalaches comparativement au reste du Québec.

Conséquemment, ces informations pourraient contribuer à une meilleure détection du risque suicidaire chez les patients. En caractérisant mieux les cas, ce rapport pourrait contribuer à renforcer les interventions en promotion de la santé mentale, en prévention du suicide et en évaluation clinique du risque suicidaire dans les services de santé et psychosocial. La diffusion de ces résultats, tant à l'interne qu'à l'externe, pourrait également guider les actions des partenaires communautaires et intersectoriels engagés dans la prévention du suicide.

Ce rapport permettra de soutenir les réflexions entourant la Politique relative à l'ensemble du continuum de prévention du suicide du CISSS de Chaudière-Appalaches, dont un des objectifs est la réduction du taux de mortalité par suicide de 10 % d'ici 2026.

Bibliographie

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J., & Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*, 29(6), 870-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Alemu, F. W., Yuan, J., Kadish, S., Son, S., Khan, S. S., Nulla, S. M., Nicholson, K., Wilk, P., Thornton, J. S., & Ali, S. (2024). Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Syst Rev*, 13(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*, 49(7), 1057-1078. <https://doi.org/10.1017/s0033291718003823>
- Ásgeirsdóttir, H. G., Valdimarsdóttir, U. A., Þorsteinsdóttir Þ, K., Lund, S. H., Tomasson, G., Nyberg, U., Ásgeirsdóttir, T. L., & Hauksdóttir, A. (2018). The association between different traumatic life events and suicidality. *Eur J Psychotraumatol*, 9(1), 1510279. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510279>
- Association de santé publique du Canada. (2024). *Plan d'action nationale pour la prévention du suicide (2024 à 2027)*. Agence de Santé publique du Canada. Retrieved 2025-05-17 from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/plan-action-nationale-prevention-suicide-2024-2027.html>
- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Concolato, C., Pasquini, M., Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2022). Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. *Int J Environ Res Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>
- Berry, P., & Schnitter, R. (2022). Health of Canadians in a changing climate: advancing our knowledge for action. *Ottawa, ON: Government of Canada*, 10, 329522.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145-1152.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2004). Familial transmission of mood disorders: convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(10), 1259-1266. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000135619.38392.78>
- Brezo, J., Bureau, A., Mérette, C., Jomphe, V., Barker, E. D., Vitaro, F., Hébert, M., Carbonneau, R., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2010). Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene–environment study. *Molecular psychiatry*, 15(8), 831-843.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134-139.

- Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., St-Laurent, D., & 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*, 1-11.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *47*(6), 857-869. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0393-5>
- Chandler, A. (2019). Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm and suicide. *The Sociological Review*, *67*(6), 1350-1366.
- Chang, Q., Yip, P. S. F., & Chen, Y. Y. (2019). Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *J Affect Disord*, *243*, 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.032>
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ : British Medical Journal*, *347*, f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Clayton, S. (2021). Climate Change and Mental Health. *Curr Environ Health Rep*, *8*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, *398*(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
- Cramer, R. J., & Kapusta, N. D. (2017). A social-ecological framework of theory, assessment, and prevention of suicide. *Frontiers in psychology*, *8*, 1756.
- Cunningham, R. M., Walton, M. A., & Carter, P. M. (2018). The major causes of death in children and adolescents in the United States. *New England Journal of Medicine*, *379*(25), 2468-2475.
- da Cunha Varella, A. P., Griffin, E., Khashan, A., & Kabir, Z. (2024). Suicide rates before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *59*(11), 1897-1905.
- Davis Weaver, N., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mouglin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzigbli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D., . . . Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, *10*(3), e189-e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
- De Leo, D., & Arnautovska, U. (2016). Prevention and treatment of suicidality in older adults. *The international handbook of suicide prevention*, 323-345.
- Deligiannidis, K. E. (2017). Primary Care Issues in Rural Populations. *Prim Care*, *44*(1), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.09.003>
- Dubé, G., Legault, R., Dorfman, A., Stolle, D., Pelletier-Dumas, M., de la Sablonnière, R., & Lacourse, É. (2024). Evidence of higher suicidal ideation among young adults in Canada during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, *14*(1), 18315. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68823-8>

- Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., & Stewart, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, *301*, 113998. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
- Duchaine, C., & Beaugard, M.-È. (2023). *Portrait de la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches : Regard sur les troubles mentaux et la problématique du suicide*. Québec: Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches Retrieved from <https://www.ciasssca.com>
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American journal of psychiatry*, *162*(11), 2116-2124. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2116>
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan.
- Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., Lindner, R., Oyama, H., Sakashita, T., Andersen-Ranberg, K., & Quinnett, P. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis*.
- Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public Health*, *8*(11), e868-e877.
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*, *25*(4), 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *N Engl J Med*, *382*(3), 266-274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Fitzpatrick, S. J., Handley, T., Powell, N., Read, D., Inder, K. J., Perkins, D., & Brew, B. K. (2021). Suicide in rural Australia: A retrospective study of mental health problems, health-seeking and service utilisation. *PLOS ONE*, *16*(7), e0245271. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245271>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, *143*(2), 187.
- Gizaw, Z., Astale, T., & Kassie, G. M. (2022). What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care*, *23*(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *44*(1), 1-29.
- Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender Paradox: Understanding the Role of Masculinity in Suicidal Ideation. *American journal of men's health*, *16*(5), 15579883221123853. <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & Caine, E. D. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, *7*(6), 468-471.

- Haines, A., & Ebi, K. (2019). The Imperative for Climate Action to Protect Health. *N Engl J Med*, 380(3), 263-273. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807873>
- Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*, 9(10), e796-e801. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00157-9)
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.
- Heymann, J., Levy, J. K., Bose, B., Rios-Salas, V., Mekonen, Y., Swaminathan, H., Omidakhsh, N., Gadoth, A., Huh, K., & Greene, M. E. (2019). Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. *The Lancet*, 393(10190), 2522-2534.
- Hofmann, L., & Wagner, B. (2023). Men's Behavior and Communication in the Days Prior to a Suicide-A Psychological Autopsy Study. *Int J Environ Res Public Health*, 20(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph20176668>
- ICIS. (2024). *Rendre les services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances accessibles dans la collectivité*. Institut Canadien d'information sur la santé. Retrieved 2025-06-02 from <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-mesurer-les-priorites-partagees-en-sante-au-canada-2024/rendre-les-services-lies-a-la-sante-mentale-et-a-lutilisation-de-substances>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *L'Indicateur de santé publique : Principales causes de décès*. Institut national de santé publique du Québec. Retrieved 2025-05-17 from <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/sante-globale/principales-causes-deces>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-70>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Chan, L. F., & Kapur, N. (2022). Suicide and self-harm. *The Lancet*, 399(10338), 1903-1916. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)
- Kposowa, A. J. (2003). Divorce and suicide risk. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(12), 993-993.
- Kposowa, A. J., & McElvain, J. P. (2006). Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(6), 435-443. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0054-2>

- Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K., & Sengoelge, M. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 17(1), e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>
- Landberg, J. (2008). Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug Alcohol Rev*, 27(4), 361-373. <https://doi.org/10.1080/09595230802093778>
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 619-628.
- Levesque, P., & Perron, P. A. (2025). *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025.*: Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec Retrieved from <http://www.inspq.qc.ca>.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American journal of psychiatry*, 159(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 461-474.
- McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 166(10), 1124-1134. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111744>
- McIntyre, R. S., Lui, L. M., Rosenblat, J. D., Ho, R., Gill, H., Mansur, R. B., Teopiz, K., Liao, Y., Lu, C., Subramaniapillai, M., Nasri, F., & Lee, Y. (2021). Suicide reduction in Canada during the COVID-19 pandemic: lessons informing national prevention strategies for suicide reduction. *J R Soc Med*, 114(10), 473-479. <https://doi.org/10.1177/01410768211043186>
- MEIE. (2025). *Caractéristiques territoriales et municipales: Portrait de Chaudière-Appalaches.* Institut de la statistique du Québec et ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. Retrieved 2025-06-02 from <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/chaudiere-appalaches/portrait-regional/occupation-du-territoire>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026.*
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebria, A., Gabilondo, A., & Gili, M. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*, 64, 265-283.

- Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J. D., Berrouiguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *Eur Psychiatry*, 65(1), e65. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
- Niederkrötenhaler, T., Logan, J. E., Karch, D. L., & Crosby, A. (2014). Characteristics of U.S. suicide decedents in 2005-2010 who had received mental health treatment. *Psychiatr Serv*, 65(3), 387-390. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300124>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., . . . Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- O'Neill, S., Ennis, E., Corry, C., & Bunting, B. (2018). Factors Associated with Suicide in Four Age Groups: A Population Based Study. *Arch Suicide Res*, 22(1), 128-138. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1283265>
- O'Neill, S., & O'Connor, R. C. (2020). Suicide in Northern Ireland: epidemiology, risk factors, and prevention. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 538-546. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30525-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30525-5)
- Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E. S., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics*, 29(11), 1801-1824.
- Olfson, M., Blanco, C., & Marcus, S. C. (2016). Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA Intern Med*, 176(10), 1482-1491. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5057>
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S.-M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4).
- OMS. (2021). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]*. Organisation mondiale de la Santé, Genève. Retrieved 2025-05-17 from <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019a). *Suicide: toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours* <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019b). Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable.
- Padmanathan, P., Hall, K., Moran, P., Jones, H. E., Gunnell, D., Carlisle, V., Lingford-Hughes, A., & Hickman, M. (2020). Prevention of suicide and reduction of self-harm among people with substance use disorder: A

- systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry*, 96, 152135.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152135>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Affi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., & Bonell, C. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.
- Picazo-Zappino, J. (2014). Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 125-132.
- Pritchard, C., Hansen, L., Dray, R., & Sharif, J. (2023). USA Suicides Compared to Other Western Countries in the 21st Century: Is there a Relationship with Gun Ownership? *Arch Suicide Res*, 27(1), 135-147.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1974624>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American journal of psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- Renaud, J., Lesage, A., Gagné, M., MacNeil, S., Légaré, G., Geoffroy, M. C., Skinner, R., & McFaull, S. (2018). Regional Variations in Suicide and Undetermined Death Rates among Adolescents across Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(2), 112-121.
- Renaud, J., Séguin, M., Lesage, A. D., Marquette, C., Choo, B., & Turecki, G. (2014). Service use and unmet needs in youth suicide: a study of trajectories. *Can J Psychiatry*, 59(10), 523-530.
<https://doi.org/10.1177/070674371405901005>
- Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276, 113831.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- Roberge, M.-C., & Bouguezour, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec, Étude descriptive* Institut national de santé publique. Retrieved 2025-06-17 from
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304-1313. e1303.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 19-26.
- Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights. *American journal of men's health*, 9(5), 380-384.
- Seguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 120-126.

- Séguin, M., Roy, F., & Boilar, T. (2020). *Programme de postvention: être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Association québécoise de prévention du suicide. Retrieved 2025-05-22 from <https://aqps.info/programme-postvention/>
- Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide: An Overview for Clinicians. *Med Clin North Am*, 107(1), 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- StatCan. (2025). *Tableau 13-10-0392-01 Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes* <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/1310039201-fra>
- Statistique Canada. (2025). *La santé de la population canadienne*. Gouvernement du Canada. Retrieved 2025-06-02 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2024001/section1-fra.htm#a3>
- Steinberg, L. J., & Mann, J. J. (2020). Abnormal stress responsiveness and suicidal behavior: A risk phenotype. *Biomarkers in Neuropsychiatry*, 2, 100011.
- Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2017). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9-17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Thomas, K., & Gunnell, D. (2010). Suicide in England and Wales 1861–2007: a time-trends analysis. *International Journal of Epidemiology*, 39(6), 1464-1475. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq094>
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord*, 259, 302-313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
- Tousignant, M., Séguin, M., Turecki, G., Chawky, N., Vanier, C., Morissette, R., & Lesage, A. (2022). Adult men suicide: a developmental approach. *Journal of Men's Health*, 18(2), 1-7. <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.126>
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(12), 802-816.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychol Assess*, 24(1), 197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.

- Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C., & Guerra, S. G. (2017). Gender and age group differences in suicide risk associated with co-morbid physical and psychiatric disorders in older adults. *International psychogeriatrics*, 29(2), 249-257.
- Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C., Rochette, L., Levesque, P., Pelletier, É., & Lesage, A. (2018). Consultations médicales et types de services de santé utilisés dans les deux années précédant le suicide auprès des Québécois diagnostiqués avec et sans troubles mentaux et troubles avec utilisation de substances. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 153-173.
- Vasiliadis, H.-M., Ngamini-Ngui, A., & Lesage, A. (2014). Factors Associated With Suicide in the Month Following Contact With Different Types of Health Services in Quebec. *Psychiatric Services*, 66(2), 121-126.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400133>
- Vasiliadis, H. M., Ngamini-Ngui, A., & Lesage, A. (2015). Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatr Serv*, 66(2), 121-126.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400133>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751-759.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Windsor-Shellard, B., & Gunnell, D. (2019). Occupation-specific suicide risk in England: 2011–2015. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 594-599.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
- Yan, Y., Hou, J., Li, Q., & Yu, N. X. (2023). Suicide before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review with meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3346.

Annexe 1 - Fiche de postvention de la Direction du programme en santé mentale et dépendance



Collecte d'informations sur les personnes décédées par suicide, Chaudière-Appalaches

Nom	
Municipalité de résidence	
MRC	
Date du décès	
Moyen utilisé et lieu du décès	
Âge	
Sexe	
État civil (séparé-e, célibataire, couple, etc.)	
Parentalité (notez âge des enfants)	
Habite (avec conjoint.e, seul.e, enfants, parents, etc.)	
Occupation (emploi, étude, retraite, etc.)	
Consommation : (précisez alcool, drogues ou problème de jeux de hasard ou d'argent)	
Problème de santé physique au moment du décès (précisez)	
Trouble de santé mentale de la victime au moment du décès (précisez)	
Événements de vie (moments critiques)	
Préoccupations particulières reliées au COVID-19 (Test positif, peur, anxiété, fardeau, etc.)	
Propos suicidaires (si oui, à qui)	
Tentatives antérieures (précisez le moyen)	
Suicide parmi les proches (précisez qui)	
Services actifs utilisés par la victime (précisez lesquels)	
Autres éléments pertinents	

Annexe 2 - Modèles explicatifs du suicide

Plusieurs théories contemporaines permettent d'éclairer les mécanismes sous-jacents au comportement suicidaire. Le sociologue Emile Durkheim (1897) a été l'un des premiers à s'intéresser à l'étiologie du suicide. À cette époque, Durkheim s'aperçoit que la notion même de suicide est difficile à définir parce qu'elle concerne un même phénomène dont les causes peuvent être très différentes. Selon lui, le suicide est un fait social influencé par des facteurs, tels que l'isolement social, l'état civil ou les croyances religieuses.

Plus récemment, Thomas Joiner (2005) a proposé la théorie interpersonnelle du suicide. Selon ce modèle, trois composantes majeures doivent être réunies pour qu'un suicide survienne : (1) un sentiment d'appartenance déjoué « thwarted belongingness », (2) un fardeau perçu « perceived burdensomeness », (3) une capacité acquise pour le suicide « acquired capability for suicide » (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Le sentiment d'appartenance déjoué renvoie à une profonde solitude, une déconnexion sociale et un manque de relations significatives (Joiner, 2005; Motillon-Toudic et al., 2022). Il peut être mesuré par des indicateurs comme le fait de vivre seul, l'isolement social ou les conflits familiaux (Kposowa, 2003; Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Van Orden et al., 2012). De plus, des expériences d'adversité précoce comme l'abus ou la négligence peuvent déjouer le sentiment d'appartenance (Brezo et al., 2008; Johnson et al., 2002; Renaud et al., 2014; Seguin et al., 2014). Le fardeau perçu consiste en la conviction profonde d'être un poids pour les autres (Joiner, 2005). Ce sentiment s'accompagne souvent de honte, d'une faible estime de soi, d'autoaccusation ou de haine de soi (Chandler, 2019). Des contextes comme le chômage, l'incarcération, l'itinérance ou une maladie grave peuvent amplifier ce sentiment (Organisation mondiale de la Santé, 2014; Stuckler et al., 2009; Van Orden et al., 2010). Ces deux composantes sont généralement modifiables par des interventions cliniques et sociales (Klonsky & May, 2015).

En revanche, la capacité acquise pour le suicide, qui consiste à surmonter l'instinct de survie, est beaucoup plus difficile à modifier. Elle est souvent développée par des expériences douloureuses ou traumatisantes (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Les tentatives de suicide passées, l'automutilation, les abus physiques ou sexuels, l'exposition à la violence, la participation à des combats ou à des sports violents, l'usage de drogues injectables ou encore avoir été témoin d'un suicide sont autant de facteurs qui peuvent augmenter cette capacité (Klonsky & May, 2015; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Des traits de personnalité comme l'impulsivité ou l'agressivité peuvent aussi prédisposer à ces expositions (Turecki et al., 2019). Selon Joiner (2005), cette capacité est durable et constitue un prédicteur majeur du risque, car une fois acquise, elle ne se désapprend pas facilement. Une tentative antérieure constitue d'ailleurs le facteur prédictif le plus important d'un futur suicide (Favril et al., 2022; Joiner, 2005; Knipe et al., 2022; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Turecki et al., 2019).

Annexe 3 - Tableaux supplémentaires

Tableau S1. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et psychosociales des personnes décédées par suicide en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon le sexe/genre

	Hommes N=278	Femmes N=81	Total N=359
Âge moyenne ± écart-type	51,9 ± 16,3	50,6 ± 17,6	51,6 ± 16,6
Catégories d'âge N, (%)			
10 à 29 ans	28 (10,1)	10 (12,4)	38 (10,6)
30 à 49 ans	94 (33,8)	29 (35,8)	123 (34,3)
50 à 69 ans	118 (42,5)	30 (37,0)	148 (41,2)
70 ans et +	38 (13,8)	12 (14,8)	50 (13,9)
Lieu de résidence			
Rural	98 (35,3)	20 (24,7)	118 (32,9)
Urbain	180 (64,8)	61 (75,3)	241 (67,1)
CLSC			
Beauce-Sartigan			63 (17,6)
Bellechasse			40 (11,1)
Desjardins			80 (22,3)
L'Islet			12 (3,3)
La Nouvelle-Beauce			15 (4,2)
Les Appalaches	DM	DM	31 (8,6)
Les Etchemins			17 (4,7)
Les Chutes de la Chaudière			32 (8,9)
Lotbinière			30 (8,4)
Montmagny			18 (5,0)
Robert-Cliche			21 (5,9)
Moyen			
Pendaison	149 (53,6)	43 (53,1)	192 (53,5)
Armes à feu	44 (15,8)	0 (0,0)	44 (12,3)
Intoxication médicaments/drogues	19 (6,8)	20 (24,7)	39 (10,9)
Intoxication monoxyde de carbone	NP	NP	23 (6,4)

Saut	10 (3,6)	6 (7,4)	16 (4,5)
Noyade	NP	NP	11 (3,1)
Lacération	NP	NP	9 (2,5)
Asphyxie autres	NP	NP	8 (2,2)
Route	NP	NP	6 (1,7)
Autres moyens ^a	NP	NP	11 (3,1)
Statut d'emploi	211	54	265
En emploi (inclut travail autonome)	106 (50,2)	17 (31,5)	123 (46,4)
Retraite	41 (19,4)	14 (25,9)	55 (20,8)
Sans emploi (inclut aide social et chômage)	41 (19,4)	9 (16,7)	50 (18,9)
Arrêt de travail	NP	NP	30 (11,3)
Étudiant	NP	NP	7 (2,6)
Données manquantes	N=67 (24,1)	N=27 (33,3)	N=94 (26,2)
Test Alcool post-mortem	N=237	N=68	N=305
Positif	68 (28,7)	19 (27,9)	87 (28,5)
Négatif	NP	NP	NP
Non-testé	NP	NP	NP
Données manquantes	N=41 (14,8)	N=13 (16,1)	N=54 (15,0)
Santé mentale rapportée	N=239	N=73	N=312
Troubles de l'humeur tous types	157 (65,7)	61 (83,6)	218 (69,9)
Troubles dépressifs	109 (45,6)	41 (56,2)	150 (48,2)
Troubles anxieux	78 (32,6)	27 (37,0)	105 (33,7)
Troubles d'adaptation	30 (12,6)	13 (17,8)	43 (13,8)
Troubles d'utilisation de substances	47 (19,7)	7 (9,6)	54 (17,3)
Troubles de la personnalité tous types	36 (15,1)	24 (32,9)	60 (19,2)
Troubles de la personnalité B	19 (8,0)	16 (21,9)	35 (11,2)
Troubles de la personnalité C	NP	NP	11 (3,5)
Troubles sévères et persistant	31 (13,0)	12 (16,4)	43 (13,8)
Troubles neurocognitifs	NP	NP	11 (3,5)
TDAH	NP	NP	8 (2,6)
Autres	NP	NP	17 (5,5)
Aucun	NP	NP	35 (11,3)
Données manquantes	N=39 (14,0)	N=8 (9,9)	N=47 (13,1)

Événements de vie rapportés	N=257	N=71	N=328
Séparation	57 (22,2)	17 (23,9)	74 (22,6)
Maladie	49 (19,1)	20 (28,2)	69 (21,0)
Problèmes financiers	48 (18,7)	6 (8,5)	54 (16,5)
Conflit relationnel	25 (9,7)	11 (15,5)	36 (11,0)
Deuil	22 (8,7)	7 (9,9)	29 (8,8)
Processus légaux	NP	NP	32 (9,8)
Covid-19	22 (8,7)	10 (14,1)	32 (9,8)
Problèmes de travail	NP	NP	26 (7,9)
Isolement	24 (9,3)	8 (11,3)	32 (9,8)
Déménagement	NP	NP	14 (4,3)
Perte d'autonomie	NP	NP	15 (4,6)
Douleurs	NP	NP	16 (4,9)
Perte d'emploi	NP	NP	8 (2,44)
Suicide d'un proche	NP	NP	8 (2,44)
Perte significative	NP	NP	8 (2,44)
Aucun connu	NP	NP	15 (4,6)
Données manquantes	N=21 (7,5)	N=10 (12,5)	N=31 (8,6)
Dernière visite dans au moins un des services			
< 48 heures ^b	NP	NP	10 (2,8)
de 48h à ≤12 mois	138 (49,6)	52 (64,2)	190 (52,9)
>12 mois	108 (38,9)	23 (28,4)	131 (36,5)
Aucune visite ^c	NP	NP	28 (7,8)
Urgence (dernière visite)			
< 48 heures ^b	38 (13,7)	11 (13,6)	49 (13,6)
de 48h à ≤12 mois	106 (38,1)	40 (49,4)	146 (40,7)
>12 mois	99 (35,6)	23 (28,4)	122 (34,0)
Aucune visite ^c	35 (12,6)	7 (8,6)	42 (11,7)
Urgence (dernière visite, catégories)	N=198	N=61	N=259
[2-30[jours	29 (14,7)	12 (19,7)	41 (15,8)
[30-90[jours	24 (12,1)	8 (13,1)	32 (12,4)
[90-1 an[	46 (23,2)	18 (29,5)	64 (24,7)
[1 an-2 ans[	32 (16,2)	7 (11,5)	39 (15,1)

[2 ans	67 (33,8)	16 (26,2)	83 (32,0)
Données manquantes	N=7 (2,5)	N=2 (2,5)	N=9 (2,5)
ICLSC (dernière visite)			
≤12 mois	57 (20,5)	33 (40,7)	90 (25,1)
>12 mois	108 (38,8)	32 (39,5)	140 (39,0)
Aucune visite ^c	113 (40,6)	16 (19,8)	129 (35,9)
ICLSC (dernière visite, catégories)	N=161	N=64	N=225
[2-30[jours	12 (7,5)	8 (12,5)	20 (8,9)
[30-90[jours	12 (7,5)	7 (10,9)	19 (8,4)
[90-1 an[	29 (18,0)	17 (26,6)	46 (20,4)
[1 an-2 ans[	21 (13,0)	7 (10,9)	28 (12,4)
[2-5 ans[	42 (26,1)	6 (9,4)	48 (21,3)
[5 ans	45 (28,0)	19 (29,7)	64 (28,4)
Données manquantes	N=1 (0,6)		N=1 (0,4)
Hospitalisation (dernière visite)			
≤ 12 mois	75 (27,0)	29 (35,8)	104 (29,0)
>12 mois	90 (32,4)	27 (33,3)	117 (32,6)
Aucune visite ^c	113 (40,6)	25 (30,9)	138 (38,4)
Hospitalisation (dernière visite, catégories)	N=153	N=53	N=206
[2-30[jours	14 (9,2)	8 (15,1)	22 (10,7)
[30-90[jours	14 (9,2)	5 (9,4)	19 (9,2)
[90-1 an[	35 (22,9)	13 (24,5)	48 (23,3)
[1 an-2 ans[	21 (13,7)	7 (13,2)	28 (13,6)
[2-5 ans[	34 (22,2)	8 (15,1)	42 (20,4)
[5 ans	35 (22,9)	12 (22,6)	47 (22,8)
Données manquantes	N=5 (3,2)	N=3 (5,4)	N=8 (3,7)
SRD-Interventions (dernière visite)			
≤ 12 mois	DM	DM	16 (4,5)
>12 mois			36 (10,0)
Aucune visite ^c	72 (88,9)	235 (84,5)	307 (85,5)
SRD-Interventions (dernière visite, catégories)	43	9	52
[2-90[jours			8 (15,4)
[90-1 an[			8 (15,4)
[1 an-2 ans[	DM	DM	10 (19,2)

[2-5 ans[			14 (26,9)
[5 ans			12 (23,1)

^a Inclut autres armes, décapitation, immolation, incendie, autre intoxication et non disponible.

^b Cette catégorie inclut 10 personnes qui ont consulté uniquement dans les 48 heures précédant le décès et n'ont aucune autre consultation dans aucun des services évalués.

^c Aucune visite signifie que la personne ne se retrouve pas dans les dossiers du CISSS pour ce service.

NP = Nombres petits, non diffusés pour des raisons de confidentialité des données.

DM = Données masquées en raison de petits nombres dans d'autres catégories pour éviter le recalcul.

Tableau S2. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et psychosociales des personnes décédées par suicide en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon les groupes d'âge

	10 à 29 ans N=38	30 à 49 ans N=123	50 à 69 ans N=148	70 ans et + N=50
Sexe/genre				
Féminin	10 (26,3)	29 (23,6)	30 (20,3)	12 (24,0)
Masculin	28 (73,7)	94 (76,4)	118 (79,7)	38 (76,0)
Lieu de résidence				
Rural	11 (29,0)	35 (28,5)	57 (38,5)	15 (30,0)
Urbain	27 (71,1)	88 (71,5)	91 (61,5)	35 (70,0)
CLSC				
Beauce-Sartigan	8 (21,1)	21 (17,1)	26 (17,6)	8 (16,0)
Bellechasse	NP	NP	17 (11,5)	9 (18,0)
Desjardins	8 (21,1)	26 (21,1)	34 (23,0)	12 (24,0)
L'Islet			7 (4,7)	
La Nouvelle-Beauce			7 (4,7)	
Les Appalaches			15 (10,1)	
Les Etchemins	DM	DM	10 (6,8)	DM
Les Chutes de la Chaudière			6 (4,1)	
Lotbinière			11 (7,4)	
Montmagny			7 (4,7)	
Robert-Cliche			8 (5,4)	
Moyen		N=122		
Pendaison	20 (52,6)	76 (62,3)	73 (49,3)	23 (46,0)
Armes à feu	6 (15,8)	11 (9,0)	19 (12,8)	8 (16,0)
Intoxication médicaments/drogues	NP	10 (8,2)	21 (14,2)	NP
Intoxication monoxyde de carbone	NP	7 (5,7)	10 (6,8)	NP
Autres moyens ^a	7 (18,4)	18 (14,8)	25 (16,9)	10 (20,0)
Données manquantes		N=1 (0,8)		
Statut d'emploi	N=34	N=92	N=104	N=35
En emploi (inclut travail autonome)		54 (58,7)	47 (45,2)	NP
Retraite		NP	20 (19,2)	34 (97,1)

Sans emploi (inclut aide social et chômage)	DM	20 (21,7)	24 (23,1)	NP
Arrêt de travail		15 (16,3)	13 (12,5)	NP
Étudiant		NP	NP	NP
Données manquantes	N=4 (10,5)	N=31 (25,2)	N=44 (29,8)	N=15 (16,0)
Test Alcool post-mortem	N=30	N=107	N=126	N=42
Positif		38 (35,5)	33 (26,2)	
Négatif	DM	62 (57,9)	84 (66,7)	DM
Non-testé		7 (6,5)	9 (7,1)	
Données manquantes	N=8 (21,1)	N=16 (13,0)	N=22 (14,9)	N=8 (28,0)
Santé mentale rapportée	N=32	N=108	N=133	N=39
Troubles de l'humeur tous types	15 (46,9)	74 (68,5)	97 (72,9)	32 (82,1)
Troubles dépressifs	11 (34,4)	53 (49,1)	68 (51,1)	18 (46,2)
Troubles anxieux	7 (21,9)	35 (32,4)	47 (35,3)	16 (41,0)
Troubles d'adaptation		14 (13,0)	18 (13,5)	
Troubles d'utilisation de substances		24 (22,2)	24 (18,1)	
Troubles de la personnalité tous types		26 (24,1)	26 (19,6)	
Troubles de la personnalité B		17 (15,7)	12 (9,0)	
Troubles de la personnalité C	DM	NP	6 (4,5)	DM
Troubles sévères et persistants		21 (19,4)	14 (10,5)	
Troubles neurocognitifs		NP	NP	
PTSD		NP	NP	
TDAH		NP	NP	
Autres		NP	6 (4,5)	
Aucun		11 (10,2)	14 (10,5)	
Données manquantes	N=6 (15,8)	N=15 (12,2)	N=15 (10,1)	N=11 (22,0)
Événement vie	N=36	N=113	N=133	N=46
Séparation	NP	36 (31,9)	25 (18,8)	NP
Maladie	5 (13,9)	17 (15,0)	35 (26,3)	12 (26,1)
Problèmes financiers		26 (23,0)	24 (18,1)	NP
Conflits relationnels		16 (14,2)	15 (11,3)	NP
Deuil		NP	11 (8,3)	10 (21,7)
Problèmes légaux	DM	14 (12,4)	13 (9,8)	NP

Covid-19		NP	17 (12,8)	9 (19,6)
Problèmes de travail		13 (11,5)	10 (7,5)	NP
Isolement		7 (6,2)	15 (11,3)	NP
Déménagement		NP	NP	8 (17,4)
Perte autonomie		NP	NP	11 (23,9)
Douleurs		NP	8 (6,0)	NP
Données manquantes	2 (5,3)	10 (8,1)	15 (10,1)	4 (7,7)
Dernière visite dans au moins un des services				
< 48 heures ¹	NP	NP	NP	NP
de 48h à ≤12 mois	17 (44,7)	70 (56,9)	74 (50,0)	29 (58,0)
>12 mois	14 (36,8)	43 (35,0)	56 (37,8)	18 (36,0)
Aucune visite ²	NP	NP	NP	NP
Urgence (dernière visite)				
< 48 heures	NP	13 (10,6)	26 (17,6)	NP
de 48h à ≤12 mois	15 (39,5)	56 (45,5)	52 (35,1)	23 (46,0)
>12 mois	12 (31,6)	40 (32,5)	54 (36,5)	16 (32,0)
Aucune visite ²	NP	14 (11,4)	16 (10,8)	NP
Urgence (dernière visite, catégories)	25	94	102	38
[2-30[jours		14 (14,9)	17 (16,7)	
[30-90[jours		14 (14,9)	8 (7,8)	
[90-1 an[	DM	26 (27,7)	23 (22,6)	DM
[1 an-2 ans[		13 (13,8)	13 (12,8)	
[2-5 ans[		17 (18,1)	28 (27,5)	
[5 ans		10 (10,6)	13 (12,8)	
Données manquantes	2 (7,4)	2 (2,1)	4 (3,8)	1 (2,6)
ICLSC (dernière visite)				
≤ 12 mois	7 (18,4)	32 (26,0)	37 (25,0)	14 (28,0)
>12 mois	20 (52,6)	51 (41,5)	52 (35,1)	17 (34,0)
Aucune visite ²	11 (28,9)	40 (32,5)	59 (39,9)	19 (38,0)
ICLSC (dernière visite, catégories)	25	81	88	31
[2-30[jours		10 (12,4)	7 (8,0)	
[30-90[jours	DM	8 (9,9)	6 (6,8)	DM
[90-1 an[		12 (14,8)	23 (26,1)	

[1 an-2 ans[		9 (11,1)	10 (11,4)	
[2-5 ans[	7 (28,0)	16 (19,8)	20 (22,7)	5 (16,1)
[5 ans	9 (36,0)	26 (32,1)	22 (25,0)	7 (22,6)
Données manquantes		1		
Hospitalisation (dernière visite)				
≤ 12 mois	8 (21,1)	33 (26,8)	42 (28,4)	21 (42,0)
>12 mois	8 (21,1)	36 (29,3)	50 (33,8)	23 (46,0)
Aucune visite ²	22 (57,9)	54 (43,9)	56 (37,8)	6 (12,0)
Hospitalisation (dernière visite, catégories)	16	67	88	43
[2-30[jours		8 (12,1)	8 (9,6)	
[30-90[jours		8 (12,1)	6 (7,2)	
[90-1 an[	DM	14 (21,2)	19 (22,9)	DM
[1 an-2 ans[		7 (10,6)	13 (15,7)	
[2-5 ans[		11 (16,7)	19 (22,9)	
[5 ans		18 (27,3)	18 (21,7)	
Données manquantes	2	1	5	
SRD (dernière visite)				
≤ 12 mois	NP	10 (8,1)	NP	0,0
>12 mois	NP	18 (14,6)	NP	0,0
Aucune visite ²	32 (84,2)	95 (77,2)	130 (87,8)	50 (100)

^a Inclut autres armes, décapitation, immolation, incendie, autre intoxication et non disponible.

^b Cette catégorie inclut 10 personnes qui ont consulté uniquement dans les 48 heures précédant le décès et n'ont aucune autre consultation dans aucun des services évalués.

^c Aucune visite signifie que la personne ne se retrouve pas dans les dossiers du CISSS pour ce service.

NP = Nombres petits, non diffusés pour des raisons de confidentialité des données.

DM = Données masquées en raison de petits nombres dans d'autres catégories pour éviter le recalcul.

Tableau S3. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et psychosociales des personnes décédées par suicide en Chaudière-Appalaches entre 2019 et 2023 selon la fréquentation des services du CISSS de Chaudière-Appalaches

	Temps depuis la dernière visite		Aucune visite ¹ N=28
	≤ 1 an N=200	> 1 an N=131	
Sexe/genre, N (%)			
Masculin	146 (73,0)	108 (82,4)	DM
Féminin	54 (27,0)	23 (17,6)	
Âge moyenne ± écart-type	52,3 (16,8)	51,2 (16,0)	48,0 (17,4)
Catégories d'âge N, (%)			
10 à 29 ans	18 (9,0)	14 (10,7)	
30 à 49 ans	72 (36,0)	43 (32,8)	DM
50 à 69 ans	80 (40,0)	56 (42,8)	
70 ans et +	30 (15,0)	18 (13,7)	
Lieu de résidence N, (%)			
Rural	63 (31,5)	51 (38,9)	DM
Urbain	137 (68,5)	80 (61,1)	
CLSC N, (%)			
Beauce-Sartigan	40 (20,0)	DM	DM
Bellechasse	22 (11,0)		
Desjardins	42 (21,0)	26 (19,9)	12 (42,9)
L'Islet	6 (3,0)	DM	DM
La Nouvelle-Beauce	10 (5,0)		
Les Appalaches	17 (8,5)	5 (17,9)	9 (6,9)
Les Etchemins	11 (5,5)		
Les Chutes de la Chaudière	15 (7,5)		
Lotbinière	13 (6,5)	DM	DM
Montmagny	10 (5,0)		
Robert-Cliche	14 (7,0)		
Moyen N, (%)			
Pendaison	102 (51,0)	75 (57,3)	15 (53,6)

Armes à feu	21 (10,5)		
Intoxication médicaments/drogues	27 (13,5)		
Intoxication monoxyde de carbone	11 (5,5)		
Saut	12 (6,0)		
Noyade	7 (3,5)	DM	DM
Lacération	6 (3,0)		
Asphyxie autres	5 (2,5)		
Route	NP		
Autres moyens ⁴	NP		
Statut d'emploi N, (%)	149	95	28
En emploi (inclut travail autonome)	64 (43,0)	46 (48,4)	
Retraite	32 (21,5)	19 (20,0)	DM
Sans emploi (inclut aide social et chômage)	30 (20,1)	17 (17,9)	
Arrêt de travail	20 (13,4)	10 (10,5)	
Étudiant	NP	NP	
Données manquantes	51 (25,5)	36 (27,5)	7 (20,0)
Test Alcool post-mortem N, (%)	167	112	26
Positif	43 (25,7)	35 (31,3)	9 (34,6)
Négatif	113 (66,7)	67 (59,8)	16 (57,1)
Non-testé	11 (6,6)	NP	NP
Données manquantes	33	19	2
Santé mentale rapportée N, (%)	182	107	23
Troubles de l'humeur tous types	129 (70,9)	78 (72,9)	11 (47,8)
Troubles dépressifs	93 (51,1)	51 (47,7)	6 (26,1)
Troubles anxieux	60 (33,0)	39 (36,4)	6 (26,1)
Troubles d'adaptation	26 (14,3)		
Troubles d'utilisation de substances	34 (19,8)		
Troubles de la personnalité tous types	43 (23,6)		
Troubles de la personnalité B	25 (13,7)		

⁴ Inclut autres armes, décapitation, immolation, incendie, autre intoxication et non disponible.

Troubles de la personnalité C	7 (3,8)		
Troubles sévères et persistant	30 (16,5)	DM	DM
Troubles neurocognitifs	9 (4,9)		
PTSD	NP		
TDAH	NP		
Autres	14 (7,7)		
Données manquantes	18 (9,5)	24 (18,3)	5 (13,2)
Événement vie N, (%)	N=183	N=119	26
Séparation	38 (20,8)	29 (24,4)	
Maladie	51 (27,9)	16 (13,4)	
Problèmes financiers	29 (15,8)	20 (16,8)	
Conflits relationnels	17 (9,3)	16 (13,4)	
Deuil	17 (9,3)	12 (10,1)	
Problèmes légaux	15 (8,2)	13 (10,9)	DM
Covid-19	15 (8,2)	12 (10,1)	
Problèmes de travail	10 (5,5)	12 (10,1)	
Isolement	12 (6,6)	16 (13,4)	
Déménagement	9 (4,9)	5 (4,2)	
Douleurs	9 (4,9)	7 (5,9)	
Données manquantes	17 (8,9)	12 (9,2)	2 (5,3)

¹ Cette catégorie inclut 10 personnes qui ont consulté uniquement dans les 48 heures précédant le décès et n'ont aucune autre consultation dans aucun des services évalués.

² Aucune visite signifie que la personne ne se retrouve pas dans les dossiers du CISSS pour ce service.

NP = Nombres petits, non diffusés pour des raisons de confidentialité des données.