

N° au catalogue 99-011-X2019001
ISBN 978-0-660-31403-7

Enquête nationale auprès des ménages : Peuples autochtones

Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011

par Mohan B. Kumar et Michael Tjepkema

Date de diffusion : le 28 juin 2019



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Table des matières

Ressources en santé mentale et aide d'urgence à l'intention des Premières Nations, des Métis et des Inuits	4
Remerciements	5
Résumé	5
Introduction	6
Résultats.....	8
Suicide chez les Premières Nations au Canada	8
Suicide chez les Métis au Canada	10
Suicide chez les Inuits au Canada	11
Discussion	12
Méthodologie	14
Données	14
Variables.....	15
Estimation des taux de suicide pondérés	15
Estimation du taux de suicide selon la bande des Premières Nations	17
Analyse multivariée	17
Évaluation de la validité des taux de suicide	18
Limites	18
Annexe	19
Références	23

Ressources en santé mentale et aide d'urgence à l'intention des Premières Nations, des Métis et des Inuits

Les ressources en santé mentale et les lignes d'écoute téléphoniques à l'intention des Premières Nations, des Métis et des Inuits sont les suivantes :

Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être :

Ligne d'aide : 1-855-242-3310

[Clavardage en direct](https://www.espoirpourlemieuxetre.ca) (<https://www.espoirpourlemieuxetre.ca>)

Ligne d'écoute Kamatsiaqtut

- Numéro sans frais : 1-800-265-3333
- Iqaluit : 1-867-979-3333

Jeunesse, J'écoute

- Numéro sans frais : 1-800-668-6868
- Texto 686868 (aucun forfait de données, de connexion Internet ou d'appli nécessaires)
- [Clavardage en direct](https://jeunessejecoute.ca) (<https://jeunessejecoute.ca>)

Ligne d'écoute à l'intention des anciens élèves des pensionnats indiens : 1-866-925-4419

Autres ressources : [Prévention du suicide](#)

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide.html>

Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011

par **Mohan B. Kumar** et **Michael Tjepkema**

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les organismes autochtones, y compris Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis et l'Association nationale des centres d'amitié, ainsi que les ministères fédéraux, dont Services aux Autochtones Canada de même que Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, pour la révision des résultats et de la version préliminaire du présent article. Les suggestions et les recommandations formulées au cours de ce processus ont grandement enrichi l'analyse et la rédaction de l'article. Les auteurs remercient également Jodie Golden, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), pour la révision de la version préliminaire de l'article en ce qui a trait à l'utilisation d'un langage sécuritaire.

Résumé

Au Canada, les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits sont toujours plus élevés que celui observé au sein de la population non autochtone; toutefois, les taux de suicide varient selon la communauté, le groupe autochtone, le groupe d'âge et le sexe. Les répercussions historiques et actuelles de la colonisation, du placement forcé des enfants autochtones dans les pensionnats indiens aux XIX^e et XX^e siècles, du retrait des enfants autochtones de leur famille et de leur communauté lors de la « rafle des années 1960 » et de la délocalisation forcée des communautés ont été bien documentées. Ces événements ont entraîné l'éclatement des familles, des communautés, des structures politiques et économiques, la perte de la langue, de la culture et des traditions, l'exposition à de mauvais traitements, la transmission intergénérationnelle de traumatismes et la marginalisation, des facteurs que l'on croit associés aux taux élevés de suicide. Alors que le suicide au sein de la population autochtone a fait antérieurement l'objet d'un examen, ces études se fondaient sur une cohorte pendant plusieurs décennies ou avaient recours à la méthode de géozones fondée sur la superficie. Utilisant la même méthodologie, d'autres études ont aussi porté sur la question du suicide chez un ou deux groupes autochtones uniquement. Enfin, elles ne traitaient pas du suicide au sein de la population autochtone pour certaines unités géographiques, comme dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, les régions rurales et petites régions ainsi que les petits, moyens et grands centres de population.

Le présent article tente de combler certaines de ces lacunes en matière de connaissances à l'aide de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011, issue d'une intégration des enregistrements de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 et de la Base canadienne de données sur l'état civil (BCDEC). On y présente les taux de suicide pour la période de 2011 à 2016 chez les personnes ayant déclaré être des Premières Nations, des Métis et des Inuits ainsi que ceux observés au sein de la population non autochtone vivant dans des logements privés au Canada. L'article explore également l'influence de facteurs socioéconomiques dans la disparité du risque de suicide entre les Premières Nations, les Métis, les Inuits et la population non autochtone au Canada.

Les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits étaient nettement supérieurs à celui de la population non autochtone. Le taux de suicide chez les Premières Nations (24,3 décès pour 100 000 années-personnes à risque) était trois fois plus élevé que celui de la population non autochtone (8,0 décès pour 100 000 années-personnes à risque). Chez les Premières Nations vivant dans une réserve, le taux de suicide était environ deux fois plus haut que celui des Premières Nations vivant hors réserve. Toutefois, les taux de suicide variaient selon la bande des Premières Nations, un peu plus de 60 % des bandes présentant un taux de suicide nul. Le taux de suicide chez les Métis (14,7^E décès pour 100 000 années-personnes à risque) était environ deux fois plus élevé que celui de la population non autochtone. Chez les Inuits, ce taux était environ neuf fois supérieur à celui de la population non autochtone (72,3 par rapport à 8,0 décès pour 100 000 années-personnes à risque).

^E à utiliser avec prudence

Les taux de suicide et les disparités étaient les plus élevés chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 24 ans) des Premières Nations de sexe masculin ainsi que chez les hommes et les femmes inuits.

Les facteurs socioéconomiques, dont le revenu du ménage, la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité, l'état matrimonial, et les facteurs géographiques, comme le fait de vivre dans une réserve ou hors réserve (chez les Premières Nations) ainsi que la taille de la communauté (chez les Inuits) représentaient une proportion notable de la disparité du risque de décès par suicide chez les adultes des Premières Nations (78 %), métis (37 %) et inuits (40 %) âgés de 25 ans et plus. Cependant, en raison des limites en matière de données, le rôle d'autres facteurs relevés auparavant, comme les traumatismes historiques et intergénérationnels, la détresse communautaire, la continuité culturelle, la solidité de la famille et le bien-être mental n'ont pas été explorés ici.

Les résultats de la présente étude peuvent contribuer à mieux comprendre le suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada, surtout en ce qui concerne la variabilité du taux de suicide et les facteurs socioéconomiques associés à la disparité du risque de suicide.

Introduction

Les Premières Nations vivant dans les réserves ou à l'extérieur de celles-ci, les Métis et les Inuits affichent un taux de suicide plus élevé que celui observé chez les non-Autochtones. Ces suicides constituent non seulement une perte pour la famille, les amis et les pairs, devenant une source de souffrance et de deuil considérable, mais aussi pour la communauté et la société dans son ensemble, en particulier lorsque la personne décédée est jeune¹⁻⁴. Les répercussions d'un suicide sont plus étendues et graves pour les petites communautés autochtones, au sein desquelles de nombreuses personnes sont apparentées et vivent une adversité personnelle et collective similaires¹.

Entre 2005 et 2007, le taux de suicide parmi les enfants et les jeunes étaient 10 fois plus élevé chez ceux de sexe masculin et 22 fois plus hauts chez ceux de sexe féminin dans les régions comptant un pourcentage élevé de Premières Nations, par rapport aux régions à faible pourcentage⁵. Dans l'Inuit Nunangat, le territoire inuit constitué de la région inuvialuite (nord-ouest des Territoires du Nord-Ouest), du Nunavut, du Nunavik (nord du Québec) et du Nunatsiavut (la partie nord du Labrador), le taux de suicide chez les enfants et les jeunes était 33 fois supérieur à celui du reste du Canada de 2004 à 2008⁶. En fait, le suicide est l'une des principales causes de décès chez les enfants et les jeunes dans les régions comptant un fort pourcentage de Premières Nations ainsi que dans l'Inuit Nunangat^{5, 6}.

Dans le cas des adultes (de 1991 à 2006), les taux de suicide chez les Premières Nations et les Métis étaient deux fois plus hauts que celui des adultes non autochtones^{7,8}. De 1999 à 2003, le taux de suicide chez les adultes de l'Inuit Nunangat était quatre fois plus élevé que celui de tous les adultes au Canada; cet écart était plus grand pour les hommes que pour les femmes.

Il importe toutefois de noter que les taux de suicide à l'échelon national peuvent sous-estimer des différences à l'échelon régional ou communautaire. Des rapports antérieurs ont, entre autres, démontré que les taux de suicide chez les jeunes des Premières Nations en Colombie-Britannique^{9,10} variaient selon le conseil tribal, allant de 0 à 633 décès pour 100 000 personnes⁹. En fait, la majorité de ces conseils tribaux présentait un taux de suicide nul ou très faible. Une variance régionale similaire a été observée dans les communautés inuites du Nunavut. Le taux de suicide variait de moins de 50 décès pour 100 000 habitants à Whale Cove à un peu plus de 250 décès pour 100 000 habitants à Qikiqtarjuaq¹¹.

Il a également été avancé que les taux élevés de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits étaient le résultat de traumatismes historiques et intergénérationnels subis du fait de la colonisation et d'une marginalisation continue^{1,4,12}. Certains ont aussi fait valoir que le colonialisme a eu une vaste incidence sur la santé des Autochtones en produisant des inégalités sociales, politiques et économiques qui, à leur tour, jouent un rôle dans le développement de conditions associées à une moins bonne santé¹³. De nombreux facteurs historiques et contemporains ont été associés au suicide chez les Autochtones au Canada¹. Ils comprennent le stress d'acculturation, comme 1) la perte de territoire, d'activités de subsistance traditionnelles et de contrôle sur les conditions de vie; 2) la répression des systèmes de croyances et de la spiritualité; 3) l'affaiblissement des institutions sociales et politiques; 4) la discrimination raciale et 5) la marginalisation^{1,13,14}. Le racisme et l'isolement social sont par exemple associés à

la consommation d'alcool et de drogues¹³, qui est, à son tour, associée au suicide¹⁵. Les Métis, dont bon nombre d'entre eux vivent non seulement en tant que Métis, mais aussi en tant que Premières Nations ou non-Autochtones, déclarent devoir faire face à des formes distinctes de discrimination; ce qui a des répercussions sur leur santé mentale¹⁶. De la même façon, le manque de possibilités d'autodétermination a été signalé comme un facteur de risque de suicide au sein des communautés autochtones^{9,13}. Le retrait d'enfants et de jeunes des Premières Nations, métis et inuits de leurs communautés et leur placement dans les pensionnats indiens aux XIX^e et XX^e siècles ont, en outre, eu plusieurs conséquences néfastes^{1,4}. Celles-ci comprennent notamment la séparation des enfants et des jeunes de leur famille, de leur communauté, de leur culture et de leur langue; souvent l'exposition à de mauvais traitements; l'effondrement des familles et des communautés; ainsi que des maladies mentales¹. De plus, le retrait d'enfants des Premières Nations, métis et inuits de leur famille et leur placement dans des familles d'accueil et des établissements de protection de l'enfant au cours de la deuxième partie du XX^e siècle (la « rafle des années 1960 »), souvent parce que les familles étaient jugées pauvres et autochtones^{17,18}, a entraîné le déracinement culturel et la confusion identitaire^{1,19}, que l'on pense avoir également contribué au suicide au sein de la population autochtone. La transmission intergénérationnelle du traumatisme, ou la transmission des effets du traumatisme des parents aux enfants, a également été associée à des idéations suicidaires et des tentatives de suicide au sein de la population autochtone²⁰⁻²³. Plus récemment, le recours insuffisant à des services de santé mentale est associé au suicide au sein de la population autochtone^{4,24}. Le degré de ce recours peut être lié au manque de services compétents, du point de vue culturel, et à un accès inadéquat. Il est également suggéré que d'autres facteurs, comme la détresse communautaire, notamment un logement surpeuplé et l'insécurité alimentaire, les antécédents familiaux de violence et de suicide, le stress post-traumatique et une adversité précoce, une détresse mentale et un stress aigu ou la perte, sont des facteurs de risque de suicide chez les Inuits⁴.

D'un autre côté, plusieurs facteurs de résilience, ou des facteurs associés à des taux de suicide inférieurs, ont été relevés parmi les jeunes autochtones. Ils comprennent des facteurs de « continuité culturelle », comme compter une forte proportion (50 % et plus) de personnes au sein de la communauté connaissant une langue autochtone^{4,25}. Des recherches antérieures ont permis de relever d'autres facteurs permettant d'accroître la résilience, comme le fait d'avoir adopté des mesures pour : 1) protéger le droit autochtone sur les terres traditionnelles; 2) atteindre l'autogouvernance; 3) acquérir le contrôle des services éducatifs, des soins de santé, des services de police et d'incendie; et 4) créer des installations culturelles pour préserver et enrichir la vie culturelle^{9,10,25}. Ces facteurs ont été remarqués dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Des études similaires reproduisant ces résultats dans d'autres territoires n'ont pas encore été publiées. Sur le plan individuel, un lien parental et familial perçu, le bien-être émotionnel, la réussite scolaire, la participation et le lien communautaires, entre autres, ont été soulignés comme d'éventuels facteurs de protection contre le suicide chez les jeunes¹. De plus, des facteurs économiques (en particulier, un revenu supérieur et le fait d'occuper un emploi) ont été associés à des taux de suicide inférieurs²⁶⁻²⁸. Dans l'Inuit Nunangat, les taux de fréquentation scolaire et d'emploi ont été corrélés à des taux de suicide inférieurs²⁹. Il a été en outre suggéré que l'équité sociale, la solidarité familiale, le développement sain des enfants, des services de santé mentale adaptés, la capacité de régler et de surmonter la détresse et un soutien social adéquat sont des facteurs de protection contre le suicide chez les Inuits⁴.

Plusieurs représentants autochtones et gouvernementaux, communautés et organismes gouvernementaux ont élaboré des programmes, des politiques ou des stratégies pour réduire le haut taux de suicide chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis^{4,30,31}. L'élaboration et l'évaluation de ces initiatives nécessitent des données à jour sur les taux de suicide. De nombreuses estimations existantes des taux de suicide se fondent sur une cohorte plus âgée (cohorte du Recensement de 1991), qui excluait les non-déclarants fiscaux et les personnes de moins de 25 ans⁷, ou provenaient d'études utilisant une méthode de géozones fondée sur la superficie. Cette méthode classait les régions à fortes proportions de résidents des Premières Nations comme « régions d'identité » des Premières Nations⁵ ou examinait le taux de mortalité dans l'Inuit Nunangat comme représentant pour tous les Inuits⁶. Ces méthodes ont pu être la source d'une sous-estimation ou d'une surestimation des taux de suicide. De plus, des rapports antérieurs ont estimé les taux de suicide chez un ou deux groupes autochtones uniquement, en utilisant la même méthodologie. Enfin, il existe des lacunes en matière de connaissances concernant les taux de suicide chez les Autochtones pour certaines régions géographiques, notamment les régions urbaines, dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci.

Le présent article porte sur les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et la population non autochtone vivant dans des logements privés (c.-à-d. en excluant les personnes vivant dans des logements collectifs et des établissements institutionnels), pour la période de 2011 à 2016. Ces résultats se fondent sur la Cohorte

santé et environnement du recensement canadien de 2011 (CSERCan), élaborée en intégrant les enregistrements de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 et la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD de 2011 à 2016). Les suicides survenus au cours de la période de suivi de 5,63 ans (du jour du recensement du 10 mai 2011 à la fin du suivi, le 31 décembre 2016) ont été utilisés pour générer des taux de mortalité corrigés pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population ainsi que des taux selon l'âge. Ces chiffres sont présentés sous forme de nombre estimé de décès par suicides pour 100 000 années-personnes à risque. Le concept d'années-personnes est souvent utilisé dans des études de cohorte et représente une unité de temps pendant laquelle les personnes présentent un risque de décès et peut être compris approximativement comme le nombre de personnes par an³². En particulier, le présent article 1) examine les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, puis établit des comparaisons avec les taux de suicide de la population non autochtone, afin d'explorer et de mieux comprendre les disparités, ce qui pourrait aider à développer des stratégies de prévention, 2) indique la proportion estimée de bandes des Premières Nations n'ayant enregistré aucun suicide, en tant qu'estimation de la variabilité des taux de suicide, et 3) aborde le rôle de facteurs socioéconomiques et géographiques dans l'explication de la mortalité excédentaire par suicide dans les trois groupes.

Résultats

Suicide chez les Premières Nations au Canada

Dans le cadre de la présente analyse, parmi les 851 280 Premières Nations (en se fondant sur les estimations de la population obtenues à partir de la CSERCan de 2011 et ses poids) y compris les personnes ayant ou non le statut d'Indien, vivant dans une réserve ou à l'extérieur de celle-ci et dans des logements privés en 2011, on estime que 1 180 personnes sont décédées par suicide entre 2011 et 2016. Cela représente un taux de suicide corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population de 24,3 décès pour 100 000 années-personnes à risque (tableau 1), ce qui est trois fois plus que le taux de suicide observé au sein de la population non autochtone (8,0). Le taux de suicide chez les hommes des Premières Nations était supérieur à celui des femmes (29,6 par rapport à 19,5). Cette tendance est similaire à celle observée pour la population non autochtone, au sein de laquelle les hommes ont également enregistré un taux de suicide (12,3) plus haut que celui des femmes (3,9). Cependant, ces nombres indiquent que la disparité des taux de suicide — mesurée en divisant le taux de suicide chez les Premières Nations par celui de la population non autochtone (rapports de taux [RT]) — entre les Premières Nations et la population non autochtone est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (RT = 5,0 pour les femmes des Premières Nations et RT = 2,4 pour les hommes des Premières Nations; tableau 1).

Tableau 1

Taux de suicide corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Premières Nations et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Sexe	Premières Nations			Population non autochtone			Premières Nations		
	TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total	24,3	20,6	28,0	8,0	7,6	8,5	3,0	2,5	3,5
Femmes	19,5	14,5	24,5	3,9	3,5	4,3	5,0	3,6	6,4
Hommes	29,6	24,1	35,0	12,3	11,5	13,0	2,4	1,9	2,9

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

TMCA = Taux de mortalité corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population (normalisé en fonction de la population autochtone estimée par l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011; en groupes d'âge de 5 ans, sauf pour le groupe de 1 à 4 ans et celui de 85 ans et plus).

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

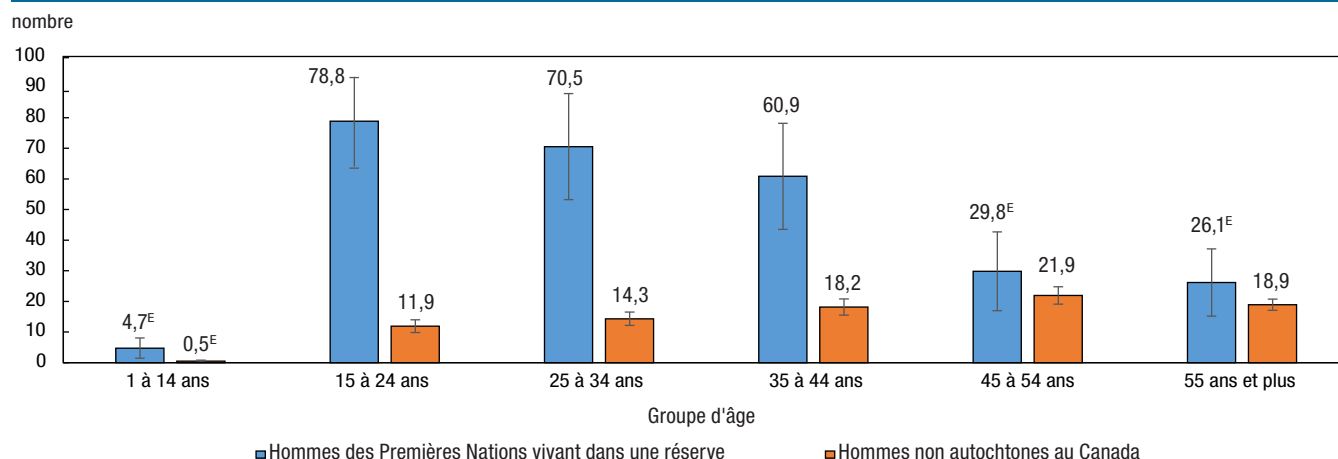
Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Les taux de suicide étaient supérieurs chez les jeunes de 15 à 24 ans (48,7; non corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population) (données non présentées) lorsqu'ils étaient comparés à d'autres groupes d'âge. Les taux de suicide étaient moins élevés parmi les groupes plus âgés. Les taux chez les Premières Nations étaient significativement supérieurs à ceux de la population non autochtone pour la plupart des groupes d'âge de moins de 45 ans, mais les disparités étaient plus importantes chez les groupes d'âge de moins de 15 ans (RT = 8,9) et de 15 à 24 ans (RT = 6,3) (données non présentées). Cela était particulièrement observable chez les femmes de 15 à 24 ans (RT = 12,0; tableau A.1 en annexe).

Le taux de suicide chez les Premières Nations vivant dans une réserve était pratiquement deux fois supérieur à celui des Premières Nations vivant hors réserve (taux non corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population; respectivement de 34,1 par rapport à 19,5). Chez les Premières Nations vivant dans une réserve, les taux de suicide étaient les plus élevés chez les hommes de 15 à 24 ans (78,8) (graphique 1). Les taux étaient inférieurs dans le cas des groupes plus âgés, tant chez les hommes que chez les femmes vivant dans une réserve (tableau A.2 en annexe). Les disparités étaient particulièrement élevées chez les femmes des Premières Nations de 15 à 24 ans vivant dans une réserve (RT = 15,8) par rapport aux femmes non autochtones au Canada. Les disparités étaient plus faibles chez les groupes plus âgés, mais étaient toujours présentes jusqu'à l'âge de 55 ans pour les femmes et de 45 ans pour les hommes. Dans le cas des personnes de 55 ans et plus, les taux de suicide n'étaient pas statistiquement différents chez les Premières Nations vivant dans une réserve et au sein de la population non autochtone. Une comparaison similaire des taux chez les Premières Nations vivant hors réserve n'a pas été effectuée, puisque la plupart des estimations selon le groupe d'âge n'ont pu être publiées en raison de faibles chiffres dans les cellules ou du faible niveau de précision (tableau A.2 en annexe).

Graphique 1

Taux de suicide selon le groupe d'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) parmi les hommes des Premières Nations vivant dans une réserve et les hommes non autochtones au Canada, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016



^E à utiliser avec prudence

Notes : Les barres d'erreur dénotent un intervalle de confiance de 95 %.

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres), celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 ainsi que celles des réserves partiellement dénombrées.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Aucune différence significative du taux de suicide n'a été enregistrée chez les Premières Nations (les personnes vivant dans une réserve ou hors réserve combinées) selon la province et le territoire. Cependant, dans chacune des provinces, le taux de suicide chez les Premières Nations était plus haut que celui observé au sein de la population non autochtone (les provinces de l'Atlantique ont été regroupées pour accroître la taille de l'échantillon; les taux de suicide n'ont pas pu être déclarés pour la population non autochtone au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut). Les rapports de taux étaient nettement supérieurs dans les provinces des Prairies. Ils étaient respectivement de 4,6, 4,5 et 3,5 au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. Dans les autres provinces, ils allaient de 1,9 à 2,6. Les taux de suicide ne différaient pas de façon considérable selon le type de centre de population³³. Ils s'élevaient à 28,8 chez les Premières Nations vivant dans les régions rurales, à 22,9^E dans les petits centres de population et à 18,8^E dans les grands centres de population. Le taux de suicide chez les Premières Nations de chacune de ces régions était significativement supérieur à celui de la population non autochtone (9,3 pour les régions rurales, 9,0 pour les petits centres de population et 7,2 pour les grands centres de population).

Ces estimations aux échelons national et provincial, même si elles sont utiles, sous-estiment la variabilité des taux de suicide dans les communautés des Premières Nations. Les taux de suicide ont été estimés au niveau de la bande à l'aide d'une approche géographique (pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Méthodologie »). Sur les quelque 600 bandes des Premières Nations au Canada, 555 étaient associées à des

réserves qui ont été dénombrées dans l'ENM de 2011 ainsi qu'à des personnes de la cohorte CSERCan. Un peu plus de 60 % des bandes des Premières Nations n'ont enregistré aucun suicide entre 2011 et 2016. La proportion de bandes sans suicide, lors d'un examen dans le contexte du taux de suicide parmi les Premières Nations vivant dans une réserve (34,1), occulte la variabilité de l'estimation à l'échelon national. La proportion des bandes des Premières Nations n'ayant aucun suicide variait en effet selon la province et le territoire. Une plus grande proportion de bandes des provinces de l'Atlantique (55 %), de l'Ontario (71 %), de la Saskatchewan (53 %), de la Colombie-Britannique (78 %), du Yukon (80 %) et des Territoires du Nord-Ouest (74 %) présentait des taux de suicide nuls. Dans les autres provinces, la proportion variait, allant de 39 % à 44 %. Il convient de noter que 31 réserves ont été partiellement dénombrées lors du Recensement de 2011; bon nombre se trouvaient en Ontario et au Québec³⁴ (une brève description de ces réserves est présentée à la section « Méthodologie ») et n'ont pas été comprises dans la présente analyse. De plus, les membres de la bande qui ne vivaient pas dans la réserve de leur bande au moment du recensement n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Des facteurs socioéconomiques ont été auparavant associés au suicide chez les peuples autochtones de l'Amérique du Nord²⁶⁻²⁸. Pour examiner si des tendances similaires étaient évidentes pour la cohorte CSERCan de 2011, le rôle de facteurs socioéconomiques individuels (comme le revenu du ménage, la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité, l'état matrimonial) et de facteurs géographiques (comme le fait de vivre dans une réserve ou hors réserve) a été étudié chez les Premières Nations âgées de 25 ans et plus, en relation avec le risque de décès par suicide. Après avoir tenu compte du groupe d'âge et du sexe, le risque de suicide³⁵ chez les adultes des Premières Nations était deux fois plus élevé que celui des adultes non autochtones (rapport des risques instantanés [RRI] = 2,0; tableau A.4 en annexe). Le fait de tenir compte du revenu du ménage entraînait une diminution du risque de 35 %. Après avoir tenu compte également de la situation vis-à-vis de l'activité, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial, les adultes des Premières Nations enregistraient toujours un risque de suicide supérieur à celui des adultes non autochtones (RRI = 1,4). Ensemble, ces facteurs représentaient 66 % du risque de suicide excédentaire. Une correction supplémentaire du fait de vivre dans une réserve ou à l'extérieur de celle-ci a donné lieu à un RRI de 1,2, qui n'était pas significativement différent de 1,0. Ensemble, tous ces facteurs ont représenté 78 % du risque de suicide excédentaire chez les adultes des Premières Nations.

Suicide chez les Métis au Canada

Selon la présente analyse, sur les 452 985 Métis autodéclarés (en se fondant sur les estimations de la population obtenues à partir de la CSERCan de 2011 et ses poids) vivant dans les ménages privés en 2011, environ 415 personnes sont décédées par suicide de 2011 à 2016. Par conséquent, le taux de suicide a été de 14,7^E décès pour 100 000 années-personnes à risque (tableau 2), ce qui est près de deux fois plus que le taux de suicide observé au sein de la population non autochtone (8,0). Le taux de suicide des hommes métis (22,6^E) était plus de trois fois plus haut que celui des femmes métisses (7,2^E). Le taux de suicide des hommes métis était près de deux fois plus haut (22,6^E) que celui des hommes non autochtones (12,3). Cependant, les taux de suicide des femmes métisses (7,2^E) et des femmes non autochtones (3,9) n'étaient pas significativement différents l'un de l'autre.

Tableau 2

Taux de suicide corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Métis et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Sexe	Métis			Population non autochtone			Métis		
	TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total	14,7 ^E	9,5	20,0	8,0	7,6	8,5	1,8	1,2	2,5
Femmes	7,2 ^E	2,6	11,9	3,9	3,5	4,3	1,9	0,7	3,1
Hommes	22,6 ^E	13,2	31,9	12,3	11,5	13,0	1,8	1,1	2,6

^E à utiliser avec prudence

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

TMCA = Taux de mortalité corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population (normalisé en fonction de la population autochtone estimée par l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011; en groupes d'âge de 5 ans, sauf pour le groupe de 1 à 4 ans et celui de 85 ans et plus).

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Parmi les provinces et les territoires, du fait des faibles chiffres obtenus après la répartition, les taux de suicide chez les Métis ont uniquement pu être générés pour l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique combinés (Ontario et ouest). Dans ces provinces, le taux observé chez les Métis (13,4^E) était supérieur à celui de la population non autochtone (7,6). Les taux de suicide chez les Métis vivant dans les régions rurales (16,5^E) ainsi que dans les petits (12,8^E) et grands (15,5^E) centres de population n'étaient pas significativement différents. Le taux chez les Métis vivant dans les grands centres de population était plus haut que celui de la population autochtone (7,2 ; c.-à-d. marginalement significatif). Les taux de suicide n'ont pu être publiés pour les centres de population moyens en raison de faibles chiffres dans la cellule.

Parmi les Métis adultes âgés de plus de 25 ans, après avoir pris en considération le groupe d'âge et le sexe, le risque de suicide était deux fois supérieur à celui des adultes non autochtones (rapport des risques instantanés [RR] = 1,9; tableau A.4 en annexe). Tenir compte du revenu du ménage, de la situation vis-à-vis de l'activité, du type de centre de population du lieu de résidence, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial représentait 37 % du risque de suicide excédentaire. Le risque de suicide était 1,6 fois plus élevé chez les Métis qu'au sein de la population non autochtone après avoir tenu compte de ces facteurs.

Suicide chez les Inuits au Canada

Environ 59 220 Inuits vivaient au Canada en 2011 dans les ménages privés (en se fondant sur les estimations de la population obtenues à partir de la CSERCan de 2011 et ses poids). Parmi eux, on estimait le nombre de décès par suicide à 250 entre 2011 et 2016. Cela représente un taux de suicide de 72,3 décès pour 100 000 années-personnes à risque (tableau 3), ce qui est neuf fois supérieur (RT = 9,0) au taux observé au sein de la population non autochtone (8,0). Le taux de suicide était trois fois plus élevé chez les hommes inuits que chez les femmes inuites (109,3 par rapport 35,4^E).

Tableau 3
Taux de suicide corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Inuits et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Sexe	Inuits			Population non autochtone			Inuits		
	TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		TMCA associé au suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total	72,3	60,8	83,8	8,0	7,6	8,5	9,0	7,5	10,5
Femmes	35,4 ^E	23,8	46,9	3,9	3,5	4,3	9,0	6,0	12,1
Hommes	109,3	89,1	129,5	12,3	11,5	13,0	8,9	7,2	10,6

^E à utiliser avec prudence

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

TMCA = Taux de mortalité corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population (normalisé en fonction de la population autochtone estimée par l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011; en groupes d'âge de 5 ans, sauf pour le groupe de 1 à 4 ans et celui de 85 ans et plus).

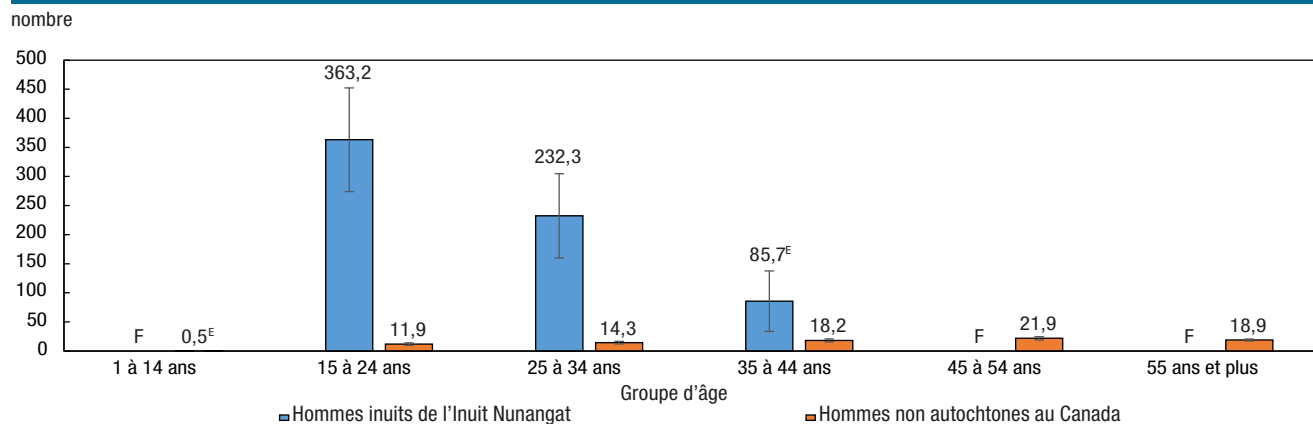
Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Les taux de suicide chez les Inuits étaient les plus élevés chez les jeunes; le taux de suicide était le plus haut chez les hommes inuits de 15 à 24 ans (363,2; non corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population) vivant dans l'Inuit Nunangat (graphique 2). Des estimations publiables ont uniquement pu être produites pour les femmes inuites de 15 à 24 ans et celles de 25 à 34 ans. Le taux de suicide chez les femmes de 15 à 24 ans s'établissait à 108,9^E; cela est 33 fois supérieur à celui des femmes non autochtones du même groupe d'âge (tableau A.3 en annexe).

Graphique 2

Taux de suicide selon le groupe d'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) parmi les hommes des Premières Nations vivant dans une réserve et les hommes non autochtones au Canada, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016



^F à utiliser avec prudence

F trop faible pour être publié

Notes : Les barres d'erreur dénotent un intervalle de confiance de 95 %.

Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres), celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 ainsi que celles des réserves partiellement dénombrées.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Les taux chez les Inuits ont également été comparés entre chaque région de l'Inuit Nunangat. Les taux étaient beaucoup plus élevés chez les Inuits du Nunatsiavut (188,2^F; non corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population) que dans le Nunavik (98,1) et le Nunavut (94,0). Les taux chez les Inuits de la région inuvialuite n'ont pu être publiés en raison de la fiabilité limitée des estimations.

Les estimations à l'échelle nationale, régionale et de l'Inuit Nunangat sous-estiment la variation des taux pour des communautés inuites particulières. Parmi les 50 communautés inuites, 11 affichaient un taux de suicide nul. Cependant, pour la plupart des communautés (66 %), les estimations étaient trop peu fiables pour être publiées. Il convient de noter que certains décès peuvent ne pas être liés à l'ENM et que d'autres ne figuraient pas dans les statistiques de l'état civil au moment de l'intégration des données. Cette dernière lacune a déjà été signalée par Jack Hicks¹¹. Ces exclusions peuvent avoir biaisé l'estimation du nombre de communautés sans aucun suicide.

Dans le cadre d'analyses multivariées, chez les Inuits adultes âgés de 25 ans et plus, le risque de décès par suicide était 4,8 fois plus élevé que chez les adultes non autochtones, après avoir tenu compte de l'âge et du sexe (tableau A.4 en annexe). Après avoir également tenu compte du revenu du ménage, de la situation vis-à-vis de l'activité, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial, le rapport des risques instantanés diminuait pour s'établir à 3,4, laissant entendre que ces facteurs représentaient 37 % du risque excédentaire de décès par suicide chez les Inuits. Après avoir tenu compte de la taille de la communauté (type de centre de population), les Inuits adultes enregistraient toujours un risque de suicide 3,3 fois supérieur à celui des adultes non autochtones (RRI = 3,3). Ensemble, tous ces facteurs représentaient 40 % du risque de suicide excédentaire chez les Inuits adultes.

Discussion

Le présent article est le premier à examiner les taux de suicide parmi les trois groupes autochtones (les Premières Nations, les Métis et les Inuits) de différents groupes d'âge et vivant dans diverses régions, en ayant recours à une même méthodologie. Des lacunes en matière de connaissances demeurent toutefois. D'autres recherches sont nécessaires, pour évaluer les tendances à long terme et estimer le rôle d'autres facteurs de risque et de protection contre le suicide chez les Autochtones, et doivent être menées en consultation avec les Premières Nations, les Métis et les Inuits, comme le recommande la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

Selon la présente analyse, les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits étaient nettement supérieurs à celui de la population non autochtone entre 2011 et 2016. Ces taux étaient les plus élevés chez les Inuits et, en particulier, chez les adolescents et les jeunes adultes. Le taux de suicide chez les Premières Nations vivant dans une réserve était plus élevé que le taux de celles vivant hors réserve; ce taux chez les hommes était aussi supérieur à celui des femmes. Les taux de suicide supérieurs chez les hommes ont été attribués à la tendance des hommes à avoir recours à des méthodes plus fatales³⁶ et à l'effet différentiel de sources de stress spécifiques entre les sexes¹. Toutefois, des écarts plus importants ont été observés chez les femmes des Premières Nations, pour lesquelles des taux de suicide étaient supérieurs à ceux des femmes non autochtones. Ces tendances sont similaires à ce qui a été rapporté précédemment^{5,7,8}.

Un aspect particulièrement préoccupant est le taux de suicide élevé des enfants autochtones de moins de 15 ans. À l'échelle nationale, le taux de suicide des garçons des Premières Nations était quatre fois plus élevé que celui des garçons non autochtones. Il était 10 fois plus élevé chez les garçons des Premières Nations vivant dans les réserves. Comme pour d'autres tendances nationales, ce taux peut obscurcir les différences régionales. Des rapports antérieurs ont laissé entendre que dans certaines communautés des Premières Nations isolées de l'Ontario, les taux de suicide des jeunes de moins de 15 ans étaient près de 50 fois plus élevés que ceux des enfants non autochtones³⁷. Dans les communautés inuites du Nunatsiavut, la disparité relative à l'âge était la plus prononcée chez les jeunes de 10 à 19 ans par rapport à leurs homologues non autochtones vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (RT = 15,8)³⁸. De plus, le taux de décès par suicide chez les enfants inuits de 10 à 14 ans semble être à la hausse depuis 1989, même si d'importantes variations dans le temps sont observées¹¹. Réflétant cela, l'idéation suicidaire chez les enfants de la 5^e à la 8^e année à Saskatoon était près de deux fois plus élevée chez les enfants autochtones que chez ceux non autochtones, après la prise en compte de la santé mentale, des capacités cognitives et des expériences d'intimidation³⁹. Les facteurs de risque en lien avec le suicide chez les jeunes sont multiples et complexes. Bien que les facteurs de risque de suicide chez les enfants soient nombreux et complexes, un rapport récent suggère qu'il y a une insuffisance de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes Inuits du Nunavut, pertinents sur le plan culturel et de qualité adéquate⁴⁰.

Les données ont indiqué certaines tendances positives. Plus de 60 % des bandes des Premières Nations enregistraient des taux de suicide nuls. Cela correspond aux résultats précédents sur le suicide chez les jeunes appartenant à des communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique⁹ et en Ontario⁴¹. En Colombie-Britannique, entre 1987 et 1992, la moitié des communautés des Premières Nations ne présentait aucun décès par suicide chez les jeunes²⁵. En Ontario, la plupart des communautés des Premières Nations enregistraient peu de suicides ou aucun⁴¹. Chandler et Lalonde ont attribué les faibles taux de bon nombre de communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique aux facteurs de « continuité culturelle »²⁵, mentionnés précédemment. D'autres recherches donnent à penser que les facteurs historiques, les normes culturelles, les réactions aux sources de stress et la relation à la culture dominante diffèrent selon les communautés, entraînant diverses expositions et divers résultats, notamment la résilience⁴². Cela peut expliquer la variation des taux de suicide observée ici. Chez les Inuits, aucune estimation fiable n'a pu être faite pour la plupart des communautés inuites. Un rapport antérieur indique que les taux allaient de moins de 50 à un peu plus de 250 pour 100 000 habitants de communautés inuites au Nunavut entre 1999 et 2014¹¹.

De plus, même si nous n'avons pas examiné les tendances temporelles ici, il a été signalé ailleurs que les tentatives de suicide chez les Premières Nations en Colombie-Britannique avaient diminué. Le risque d'hospitalisation pour blessure auto-infligée chez les Indiens inscrits ainsi que la disparité entre ceux-ci et leurs homologues non autochtones ont connu une diminution de 1991 à 2010⁴³. Cependant, cela contraste avec les tendances des communautés des Premières Nations isolées de l'Ontario. Là, il a été auparavant signalé que le suicide chez les jeunes autochtones était à la hausse, du fait de l'émergence de suicides dans les communautés où l'on n'en observait pas auparavant; d'une exposition au suicide ou de tentatives de suicide parmi les membres de la famille et les pairs, ainsi qu'une augmentation des groupements de suicides⁴¹.

Des facteurs géographiques et socioéconomiques, en particulier le revenu du ménage, la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité, l'état matrimonial et la région géographique, représentaient ensemble une proportion notable du risque excédentaire de décès par suicide chez les Premières Nations (78 %), les Inuits (40 %) et les Métis (37 %). Le groupe d'âge, le sexe, le revenu du ménage, la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité et l'état matrimonial représentaient la majorité (66 %) du risque excédentaire chez les Premières Nations âgées de 25 ans et plus. Lorsqu'on tenait compte du fait de vivre dans une réserve ou à l'extérieur de celle-ci, le risque excédentaire augmentait pour atteindre 78 %. En comparaison, chez les Inuits, le groupe

d'âge, le sexe, la situation vis-à-vis de l'activité, le revenu du ménage, le niveau de scolarité, l'état matrimonial et la taille de la communauté expliquaient 40 % du risque de suicide excédentaire. Chez les Métis, ces facteurs représentaient 37 % du risque excédentaire. Les raisons de ces écarts ne sont pas claires. Cependant, chez les Premières Nations, une proportion nettement supérieure de la cohorte appartenait au quintile de revenu le plus pauvre (40,7 %) par rapport aux Métis (22,9 %), aux Inuits (23,9 %) ou à la population non autochtone (18,1 %) (tableau A.5 en annexe). Cela peut expliquer le pourcentage plus élevé de risque de suicide que représente le revenu du ménage pour les Premières Nations. Il faut toutefois noter que les mesures utilisant le revenu relatif n'ont pas été ajustées pour la différence du coût de la vie et du prix des produits dans l'Inuit Nunangat. Dans une analyse secondaire, la pauvreté matérielle, soit une mesure du faible revenu selon le revenu après impôts (MFR-AI) et corrigée pour la différence de prix entre l'Inuit Nunangat et le sud du Canada⁴⁴, a été utilisée en lieu du quintile de revenu du ménage. En la combinant avec la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité, l'état matrimonial et la taille des communautés, cela représentait 47% du risque de suicide excédentaire parmi les Inuits, ce qui est assez similaire à ce qui est observé avec les quintiles de revenu des ménages (40 %). Chez les Métis, la situation vis-à-vis de l'activité semblait représenter une proportion plus faible du risque excédentaire que dans le cas des Premières Nations et des Inuits. Cela pourrait être attribuable au fait que le profil de la situation vis-à-vis de l'activité des Métis était quelque peu similaire à celui de la population non autochtone (tableau A.5 en annexe). De plus, il convient de souligner que les facteurs socioéconomiques compris dans les modèles de la présente étude ne tiennent pas compte de tous les facteurs pouvant influencer sur le risque de suicide, comme : une marginalisation et d'autres effets de la colonisation, telle que la délocalisation forcée vers des établissements permanents; la fréquentation de pensionnats indiens; l'historique familial de suicide et de violence; le traumatisme intergénérationnel; les inégalités sociales historiques et contemporaines; les lacunes en matière d'accès aux services de santé, entre autres facteurs^{1,4,12}. De plus, d'autres facteurs auparavant identifiés comme associés au suicide chez les Inuits, notamment les mauvais traitements infligés aux enfants, les antécédents familiaux et personnels de dépressions majeures, les antécédents de troubles de la personnalité, des tendances impulsives et agressives et la toxicomanie¹⁵, ne sont pas pris en considération. Cette étude ne tient pas compte également d'autres déterminants de la santé mentale des Inuits, comme la fierté dans l'identité inuite, le fait de vivre au sein d'une communauté présentant davantage d'interactions sociales positives et la facilité à chasser⁴⁵. En examinant ces chiffres, il est important de remarquer que seules les personnes ayant survécu jusqu'à l'âge de 25 ans font partie de l'analyse visant à étudier le rôle de la situation vis-à-vis de l'activité, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial. Il se peut que ce groupe présente des caractéristiques différentes de celles des personnes n'ayant pas survécu jusqu'à cet âge. Cependant, ces résultats correspondent aux rapports antérieurs suggérant que le chômage et la pauvreté sont associés au suicide^{26-29,45,46}. En particulier, Mehl-Madrona a indiqué que les tentatives de suicide étaient précédées d'un degré élevé de « stress chronique persistant dans la vie (y compris la pauvreté) et d'un isolement relatif »⁴⁶. L'examen par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario des suicides dans une communauté isolée des Premières Nations de l'Ontario a, en outre, suggéré que les déterminants sociaux relatifs à la santé pouvaient jouer un rôle plus important dans la prévention des suicides que la disponibilité et l'accessibilité des services de santé. Il s'agit de déterminants proximaux, comme l'emploi, le revenu, le niveau de scolarité et la sécurité alimentaire, ainsi que de déterminants distaux, comme le colonialisme, le racisme, l'exclusion sociale et le manque d'occasions d'autodétermination³⁷.

Méthodologie

Données

La Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 (CSERCan) utilisée ici est un ensemble intégré de données démographiques qui effectue le suivi de la population (en excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels) dénombrée dans l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 pour divers résultats en matière de santé, comme la mortalité, le cancer et les hospitalisations. En résumé, l'intégration d'enregistrements pour la CSERCan de 2011 a été effectuée en utilisant l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada⁴⁷. L'ECDS permet de créer des fichiers de données couplées sur la population en vue d'analyses sociales au moyen de l'intégration avec le Dépôt d'enregistrements dérivés (DED), une base de données relationnelle dynamique contenant uniquement des identificateurs personnels de base. Les données d'enquête et administratives sont couplées au DED à l'aide d'un logiciel d'intégration d'enregistrements généralisé qui prend en charge l'intégration déterministe et probabiliste.

L'ENM est une enquête volontaire, réalisée en mai 2011, auprès d'environ 4,5 millions (30 %) de logements privés choisis aléatoirement à partir du Recensement de la population de 2011. L'ENM porte sur toutes les personnes qui vivent habituellement au Canada, y compris les résidents permanents et non permanents, ainsi que les personnes vivant dans les réserves des Premières Nations, les établissements métis ou les communautés inuites. Trente-six réserves des Premières Nations ont été partiellement dénombrées lors de l'ENM de 2011. Pour 13 d'entre elles, le dénombrement a été retardé en raison des feux de forêt dans le nord de l'Ontario. Celui-ci a eu lieu à une date ultérieure. L'ENM exclut les résidents d'établissements institutionnels (comme les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les établissements correctionnels) ainsi que les logements collectifs (comme les camps de travail, les hôtels et les refuges)⁴⁷.

Les enregistrements d'environ 6,7 millions de répondants à l'ENM étaient admissibles à l'intégration; 97 % des données ont été couplées au DED au moyen d'une méthode probabiliste fondée sur le numéro de téléphone, les noms de famille, les prénoms, la date de naissance et le lieu de résidence. Aucune différence concernant les taux d'intégration n'a été observée selon le mode de collecte, la province, le sexe ou la décennie de naissance. Pour assurer la représentativité de la cohorte couplée, les poids ont été calculés aux fins de correction en cas de non-intégration⁴⁷.

Pour protéger la confidentialité des répondants au recensement, les données mises à disposition pour l'analyse ne contenaient aucun identificateur personnel, comme le nom et l'adresse. De plus, les estimations fondées sur de faibles fréquences par cellule (moins de cinq décès ou moins de 10 personnes au total) ont été supprimées.

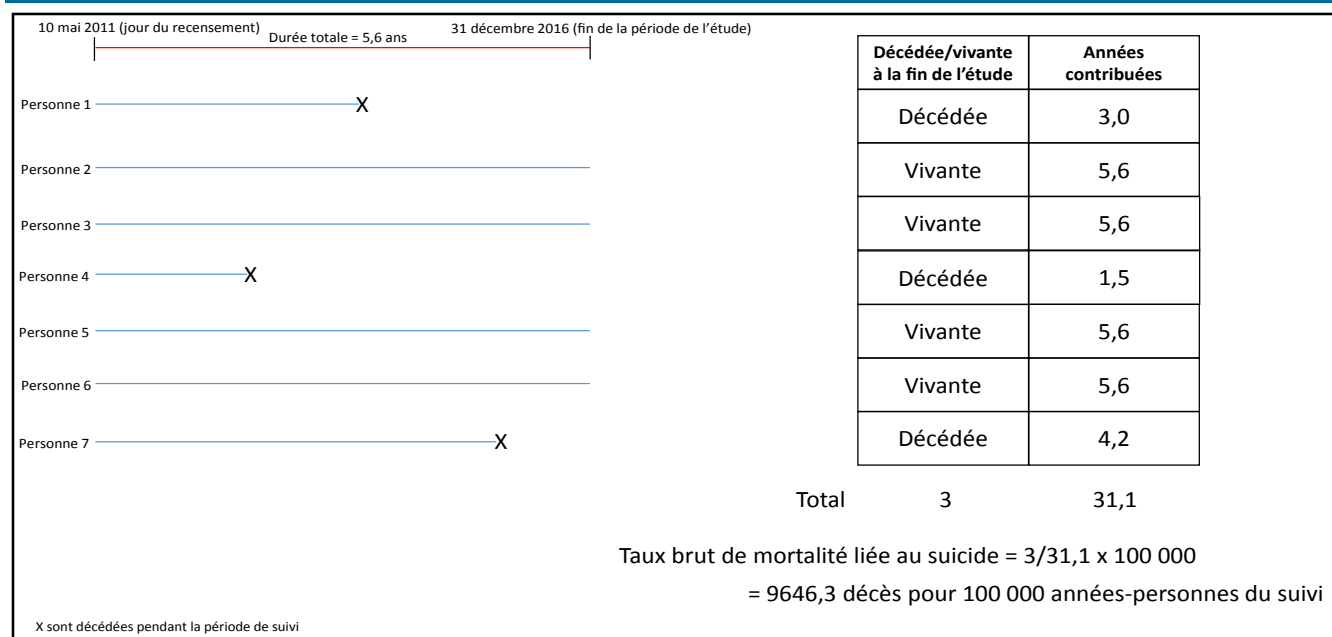
Variables

Les variables d'identité autochtone autodéclarée, d'âge, de sexe, de revenu du ménage, de situation vis-à-vis de l'activité, de niveau de scolarité, d'état matrimonial et de province de résidence figurent dans l'ensemble de données de diffusion de l'ENM de 2011. Les variables des régions de l'Inuit Nunangat ont été générées à l'aide des codes de Classification géographique type (CGT). De la même manière, une variable de région de résidence dans une réserve ou hors réserve a été générée à l'aide de la CGT. Une variable binaire de suicide a été créée à l'aide de codes de la CIM-10 sous la variable de « cause sous-jacente du décès » de la BCDECD. La génération de variables de suicide et d'années-personnes à risque est décrite dans la section suivante.

Estimation des taux de suicide pondérés

Pour les estimations du taux de suicide, la durée du risque de décès par suicide pour chaque personne a été répartie en années simples de suivi et, pour chaque année de suivi, en durées avant et après la date de naissance. Selon ce processus, l'âge de chaque personne augmentait à sa date de naissance. Cela permet d'appliquer une catégorisation adéquate selon le groupe d'âge afin de calculer les taux de suicide. Les taux pondérés de suicide normalisés selon l'âge (TMNA) (voir la figure 1 pour obtenir une brève description de cette mesure) et leurs intervalles de confiance à 95 % ont été estimés. Les enfants âgés de moins d'un an ont été exclus de l'analyse du fait de la sous-représentation de ce groupe dans l'ensemble intégré de données. En bref, des TMNA ont été calculés en divisant le nombre de membres de la cohorte décédés par suicide au cours de la période de suivi par le nombre total d'années-personnes à risque. La normalisation selon l'âge a été effectuée avec des taux de mortalité par âge en groupes d'âge de cinq ans en prenant la population autochtone totale de 2011 comme population de référence. Les taux pondérés de suicide par âge générés sans normalisation selon le groupe d'âge ont été utilisés pour les comparaisons entre les groupes d'âge au sein d'un groupe autochtone ou entre un groupe autochtone et la population non autochtone. Ces taux ont également été utilisés pour comparer les taux de suicide des Premières Nations vivant dans une réserve ou hors réserve, puisque leurs structures des âges étaient relativement similaires en 2011 (âge médian : respectivement 23,9 et 27,1 ans)⁴⁸. Les suicides ont été identifiés à l'aide des codes suivants de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) : X60-X84, Y87.0. Pour chaque membre de la cohorte, les années-personnes de la période de suivi ont été calculées comme étant le nombre de jours depuis le début de la période d'étude jusqu'à la date de décès ou la fin de l'étude, divisé par 365,25. La variance a été calculée au moyen de 500 poids bootstrap.

Figure 1
Schéma de la méthode de génération des taux de suicide avec les années-personnes comme dénominateur et exemple hypothétique



Les taux de suicide corrigés pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population et les taux par âge, exprimés sous la forme du nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque, ont été générés selon le sexe, l'identité autochtone et selon certaines régions géographiques. L'identité autochtone, selon l'autodéclaration dans l'ENM de 2011, comprend les variables suivantes : Premières Nations, Métis, Inuits, identités autochtones multiples, réponses d'identité autochtone non indiquées ailleurs et non autochtones. Cependant, dans le cadre du présent article, seules les estimations des groupes d'identité unique sont montrées. Les régions géographiques à l'étude comprennent les suivantes : province ou territoire, dans une réserve ou hors réserve, régions rurales ou petits, moyens et grands centres de population; et pour les Inuits, dans l'Inuit Nunangat ou à l'extérieur de celui-ci et les quatre régions de l'Inuit Nunangat (le Nunatsiavut, le Nunavik, le Nunavut et la région inuvialuite), ainsi que hors de l'Inuit Nunangat. Les rapports de taux, ou le taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis ou les Inuits comparativement à celui de la population non autochtone, ont été calculés pour examiner l'ampleur de la disparité au sein des groupes autochtones par rapport à la population non autochtone. Pour estimer la variance des rapports de taux, la variance et la covariance des taux de mortalité dans le groupe autochtone d'intérêt et la population non autochtone ont été estimés à l'aide de PROC RATIO au moyen de SUDAAN appelable en SAS. La variance des rapports de taux a ensuite été calculée à l'aide d'une linéarisation de Taylor ainsi que des estimations de variance et de covariance de PROC RATIO, puis utilisée pour générer des intervalles de confiance de 95 %.

Une vérification d'hypothèse a été menée pour relever les taux de suicide significativement différents d'un autre à $p < 0,05$. Le nombre pondéré de suicides et les taux de suicide n'ont pas été publiés si : 1) le nombre non pondéré de suicides d'une cellule était inférieur à cinq; 2) le chiffre de population pondéré d'une cellule était inférieur à 10; ou 3) le coefficient de variation (CV) était supérieur à 33,3 % (40 % chez les personnes âgées de moins de 15 ans). Les nombres pondérés de suicides ont également été arrondis aléatoirement au chiffre cinq le plus proche. Les TMNA ayant un CV supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 % sont accompagnés de la mention « E » pour indiquer qu'ils doivent être utilisés avec prudence.

Estimation du taux de suicide selon la bande des Premières Nations

Pour estimer les taux de suicide selon la bande des Premières Nations, les subdivisions de recensement (SDR) de réserves associées à chaque bande ont été regroupées. Les réserves où se trouvent plusieurs bandes ont été regroupées séparément. Cela a été le cas pour sept réserves. Trois d'entre elles comptaient une population de 10 personnes ou moins. Une était partiellement dénombrée dans l'ENM de 2011. Ce regroupement a fourni environ 600 bandes des Premières Nations. Parmi elles, 561 comprenaient des personnes faisant partie de la CSERCan de 2011. D'autres étaient associées à des réserves partiellement dénombrées dans l'ENM de 2011 ou qui avaient participé au Recensement de 2011, mais pas à l'ENM. Finalement, 555 bandes ont été comprises dans l'analyse. Les taux de suicide ont été calculés selon la bande des Premières Nations, d'où l'on a déterminé le nombre et le pourcentage des bandes pour lesquelles un taux de suicide de zéro avait été déclaré. Le pourcentage des bandes enregistrant un taux de suicide nul a été calculé avec et sans ces réserves associées à plusieurs bandes et s'est avéré similaire.

Analyse multivariée

Pour examiner le rôle des facteurs socioéconomiques et géographiques dans le risque excédentaire de suicide chez les Autochtones par rapport à la population non autochtone, une modélisation de régression à risques proportionnels de Cox a été utilisée. Les analyses ont été limitées aux personnes âgées de 25 ans et plus, pour permettre l'utilisation de la situation vis-à-vis de l'activité, le niveau de scolarité et l'état matrimonial comme covariables. Pour la présente analyse, on a utilisé l'âge à la date de référence le jour du recensement, puisque d'autres covariables portaient également sur la même période de référence. Les rapports des risques instantanés de suicide ont été estimés chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (avec la population non autochtone comme groupe de référence). Les covariables ont été entrées de manière séquentielle dans le modèle dans l'ordre suivant : le groupe d'âge ainsi que le sexe, le quintile de revenu du ménage (selon le revenu après impôts corrigé pour tenir compte de la taille de la famille économique), la situation vis-à-vis de l'activité (personnes occupant un emploi, personnes au chômage et personnes inactives), le niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires, études secondaires, études postsecondaires inférieures au baccalauréat et grade universitaire), l'état matrimonial (jamais légalement marié ou célibataire, légalement marié et non séparé, séparé, mais toujours marié légalement, divorcé ou veuf) et vivant ou non dans une réserve (pour les Premières Nations) ou dans un centre de population ou une région rurale (pour les Métis et les Inuits). Les quintiles de revenu des ménages ont été générés pour chaque province et territoire séparément pour prendre en considération les différences régionales. Dans une analyse secondaire, le revenu du ménage a été utilisé comme variable continue ou les quintiles de revenu des ménages ont été générés à l'échelle nationale et utilisés en remplacement de la variable initiale du quintile de revenu du ménage pour examiner la robustesse de l'influence de ce prédicteur sur le risque relatif de décès par suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Les covariables ont été choisies en fonction de la documentation existante sur la relation entre les facteurs socioéconomiques et le suicide^{26-29,45} et de la disponibilité des variables associées dans les données de l'ENM de 2011.

À partir des rapports des risques instantanés (corrigés en fonction de l'âge et du sexe ainsi qu'en fonction de facteurs socioéconomiques), on a calculé le pourcentage de risque de suicide excédentaire chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits en tenant compte du revenu du ménage, de la situation vis-à-vis de l'activité, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial. La proportion de la mortalité excédentaire expliquée a été calculée comme la différence entre les rapports corrigés en fonction de l'âge et du sexe et les rapports des risques instantanés finaux, divisés par le premier moins 1⁷. Les analyses n'ont pas été effectuées séparément selon le sexe en raison de la taille limitée de l'échantillon.

Évaluation de la validité des taux de suicide

Les taux de suicide fondés sur la cohorte CSERCan de 2011 couplée ont été comparés aux estimations générées auparavant à l'aide de différentes méthodologies pour en évaluer la validité.

Le taux de suicide non corrigé pour tenir compte des effets attribuables à l'âge de la population totale du Canada entre 2009 et 2013 a été précédemment estimé à 11,4 décès pour 100 000 habitants⁴⁹; par comparaison, pour la cohorte CSERCan, le taux de suicide global était de 10,5 décès pour 100 000 habitants entre 2011 et 2016. Même s'il n'existe pas de taux de suicide publiés pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits pour la période allant de 2011 à 2016, les taux de suicide pour toutes les personnes de l'Inuit Nunangat, comptant 73 % des Inuits au Canada, ont été précédemment estimés à 83,5 décès pour 100 000 personnes⁴⁹. Dans la cohorte CSERCan de 2011, le taux était de 83,5 décès pour 100 000 années-personnes à risque. Toutefois, les estimations entre 2011 et 2016 pour chaque région de l'Inuit Nunangat (167,3^E au Nunatsiavut, 87,5 au Nunavik et 83,1 au Nunavut) étaient quelque peu différentes lorsque comparées aux estimations de 2009 à 2013 (respectivement, 185,4, 98,3, 79,0). Même si ces estimations sont similaires, plusieurs raisons peuvent potentiellement expliquer cet écart entre les deux ensembles d'estimations. Même si les périodes des deux estimations se chevauchent (entre 2009 et 2013 pour les précédentes estimations et entre 2011 et 2016 pour les estimations du présent article), elles ne sont pas identiques. Les taux de suicide fluctuent d'une année à l'autre. Au Nunavut, par exemple, les estimations antérieures suggèrent que le taux allait de 58,2 à 108,5 décès pour 100 000 personnes. Certains décès survenus entre 2011 et 2016 n'étaient pas couplés à l'ENM de 2011. De plus, la cohorte CSERCan exclut la population vivant en établissement institutionnel (p. ex. les établissements de soins de longue durée et les prisons), celle vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels et les maisons de chambres) au moment de la collecte du recensement ainsi que les personnes non dénombrées dans l'ENM de 2011. Les dénominateurs utilisés dans les deux études sont également différents; dans les tableaux publiés auparavant, les taux de suicide étaient pour 100 000 personnes, alors que dans le présent article, ils sont pour 100 000 années-personnes.

Limites

Il convient de noter plusieurs limites à l'analyse. Les taux de suicide présentés dans cet article peuvent sous-estimer les taux réels, du fait de : 1) l'exclusion de la population vivant en établissements institutionnels et en logements collectifs; 2) l'exclusion des personnes non dénombrées dans l'ENM de 2011, notamment les sans-abri parmi lesquels les Autochtones sont surreprésentés⁵⁰; 3) la non-intégration de certains décès entre 2011 et 2016 avec l'ENM de 2011; 4) d'éventuelles erreurs d'intégration; 5) une éventuelle classification erronée des suicides dans la BCDECD pour éviter la stigmatisation ou du fait d'une classification erronée en tant que décès accidentel ou de l'incapacité d'attribuer une cause; et 6) des décès potentiellement manquants, en raison des retards de traitement, dans les statistiques de l'état civil au moment de l'intégration des données⁵¹. En outre, l'identité autochtone est autodéclarée dans le recensement, ce qui peut entraîner une sous-estimation ou une surestimation des taux de suicide de certains groupes autochtones. De plus, 36 réserves indiennes et établissements indiens n'ont été que partiellement dénombrés dans l'ENM de 2011³⁴, ce qui peut avoir donné lieu à une sous-estimation ou une surestimation des taux de suicide. La plupart de ces réserves (29) se trouvaient au Québec et en Ontario, les autres se situant en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Parmi celles situées au Québec et en Ontario, certaines se trouvent à proximité des régions métropolitaines de recensement (RMR), alors que d'autres sont dans les régions rurales ou isolées. Les premières comprennent Kahnawake, Kanosatake et Wendake³⁴. Les taux de mortalité pour les petites régions et les petits groupes démographiques peuvent comporter d'importantes variations annuelles aléatoires puisque le décès est un événement plutôt rare, en particulier les décès par suicide. Finalement, les facteurs socioéconomiques et démographiques de référence utilisés dans l'analyse multivariée peuvent ne pas représenter les conditions au moment du décès. Cela a pu entraîner des biais dans les résultats.

Annexe

Tableau A.1

Taux de suicide selon le groupe d'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Premières Nations, les Inuits et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Groupe d'âge	Premières Nations			Inuits			Population non autochtone			Premières Nations			Inuits		
	Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total (1 an et plus)															
Femmes	19,9	14,7	25,0	38,4	26,1	50,6	4,7	4,2	5,2	4,2	3,0	5,4	8,1	5,5	10,8
Hommes	30,5	25,0	36,1	115,6	95,0	136,1	15,1	14,3	16,0	2,0	1,6	2,4	7,6	6,2	9,1
1 à 14 ans															
Femmes	5,4 ^E	2,9	7,9	F	F	F	F	F	F	...	...	...	...	...	...
Hommes	1,9 ^E	0,6	3,3	F	F	F	0,5 ^E	0,1	0,8	4,2	-0,1	8,6	...	...	...
15 à 24 ans															
Femmes	40,3 ^E	25,8	54,8	79,2 ^E	42,8	115,6	3,3	2,3	4,4	12,0	6,4	17,6	23,7	10,4	36,9
Hommes	56,6	40,3	73,0	289,7	219,3	360,0	11,9	9,8	14,0	4,8	3,2	6,4	24,4	16,9	31,8
25 à 34 ans															
Femmes	F	F	F	58,5 ^E	25,7	91,4	4,2	3,0	5,4	...	...	...	13,9	5,5	22,4
Hommes	48,4	34,0	62,8	182,3	125,2	239,4	14,3	12,2	16,5	3,4	2,3	4,5	12,7	8,4	17,1
35 à 44 ans															
Femmes	F	F	F	F	F	F	5,2	3,9	6,5	...	...	...	...	...	...
Hommes	45,9 ^E	18,8	73,0	92,3 ^E	36,9	147,7	18,2	15,5	20,8	2,5	1,0	4,1	5,1	1,9	8,2
45 à 54 ans															
Femmes	F	F	F	F	F	F	8,3	6,5	10,1	...	...	...	...	...	...
Hommes	32,8 ^E	19,9	45,7	F	F	F	21,9	19,1	24,8	1,5	0,9	2,0	...	...	...
55 ans et plus															
Femmes	6,9 ^E	2,5	11,4	F	F	F	5,2	4,3	6,1	1,3	0,5	2,2	...	...	...
Hommes	11,5 ^E	6,9	16,0	F	F	F	18,9	17,1	20,7	0,6	0,4	0,9	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

Les taux de mortalité selon l'âge pour les Métis n'ont pas pu être générés, du fait de la faible fréquence par cellule ainsi que pour respecter les exigences en matière de fiabilité et de confidentialité. Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Tableau A.2

Taux de suicide selon le groupe d'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Groupe d'âge	Premières Nations vivant dans une réserve			Premières Nations vivant hors réserve			Population non autochtone			Premières Nations vivant dans une réserve			Premières Nations vivant hors réserve		
	Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total (1 an et plus)															
Femmes	26,0	21,4	30,6	16,5 ^E	9,2	23,8	4,7	4,2	5,2	5,5	4,5	6,5	3,5	1,9	5,0
Hommes	42,1	37,0	47,3	23,0 ^E	14,9	31,2	15,1	14,3	16,0	2,8	2,4	3,1	1,5	1,0	2,1
1 à 14 ans															
Femmes	10,6 ^E	6,1	15,1	F	F	F	F	F	F	...	...	...	...	...	...
Hommes	4,7 ^E	1,5	8,0	F	F	F	0,5 ^E	0,1	0,8	10,4	3,2	17,6	...	...	...
15 à 24 ans															
Femmes	52,9	40,0	65,7	F	F	F	3,3	2,3	4,4	15,8	11,7	19,8	...	...	...
Hommes	78,8	63,6	94,1	42,6 ^E	18,3	66,8	11,9	9,8	14,0	6,6	5,3	7,9	3,6	1,5	5,6
25 à 34 ans															
Femmes	44,1 ^E	28,7	59,6	F	F	F	4,2	3,0	5,4	10,5	6,9	14,1	...	...	...
Hommes	70,5	53,3	87,8	34,3 ^E	13,3	55,2	14,3	12,2	16,5	4,9	3,8	6,0	2,4	0,9	3,9
35 à 44 ans															
Femmes	19,2 ^E	10,4	28,0	F	F	F	5,2	3,9	6,5	3,7	1,9	5,4	...	...	...
Hommes	60,9	43,5	78,2	F	F	F	18,2	15,5	20,8	3,4	2,3	4,4	...	...	...
45 à 54 ans															
Femmes	24,1 ^E	12,4	35,8	F	F	F	8,3	6,5	10,1	2,9	1,5	4,3	...	...	...
Hommes	29,8 ^E	16,9	42,7	34,7 ^E	15,6	53,7	21,9	19,1	24,8	1,4	0,8	1,9	1,6	0,7	2,4
55 ans et plus															
Femmes	F	F	F	F	F	F	5,2	4,3	6,1	...	...	...	...	...	...
Hommes	26,1 ^E	15,2	37,1	F	F	F	18,9	17,1	20,7	1,4	0,7	2,0	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Tableau A.3

Taux de suicide selon le groupe d'âge (nombre de décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque) et rapports de taux (RT) chez les Inuits de l'Inuit Nunangat et au sein de la population non autochtone au Canada, selon le sexe, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011 à 2016

Groupe d'âge	Inuits de l'Inuit Nunangat			Population non autochtone			Inuits de l'Inuit Nunangat		
	Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Taux de suicide	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Total (1 an et plus)									
Femmes	49,6	34,9	64,3	4,7	4,2	5,2	10,5	7,3	13,7
Hommes	142,7	118,3	167,0	15,1	14,3	16,0	9,4	4,5	14,4
1 à 14 ans									
Femmes	F	F	F	F	F	F	...	...	...
Hommes	F	F	F	0,5 ^E	0,1	0,8	...	...	...
15 à 24 ans									
Femmes	108,9 ^E	59,1	158,6	3,3	2,3	4,4	32,5	14,2	50,9
Hommes	363,2	274,1	452,3	11,9	9,8	14,0	30,5	21,1	40,0
25 à 34 ans									
Femmes	79,3 ^E	34,8	123,8	4,2	3,0	5,4	18,9	7,0	30,8
Hommes	232,3	160,0	304,6	14,3	12,2	16,5	16,2	10,6	21,9
35 à 44 ans									
Femmes	F	F	F	5,2	3,9	6,5	...	...	...
Hommes	85,7 ^E	33,6	137,7	18,2	15,5	20,8	4,7	1,8	7,6
45 à 54 ans									
Femmes	F	F	F	8,3	6,5	10,1	...	...	...
Hommes	F	F	F	21,9	19,1	24,8	...	...	...
55 ans et plus									
Femmes	F	F	F	5,2	4,3	6,1	...	...	...
Hommes	F	F	F	18,9	17,1	20,7	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Tableau A.4

Risque de suicide relatif corrigé (rapport des risques instantanés [RRI]) chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, population à domicile âgée de 25 ans et plus, Canada, 2011

Corrigé selon	Premières Nations [†]			Métis [†]			Inuits [†]		
	Rapport des risques instantanés	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport des risques instantanés	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport des risques instantanés	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Aucune	1,99	1,57	2,52	1,95	1,25	3,03	4,72	3,49	6,38
Étape 1 : Âge et sexe	2,04	1,61	2,57	1,94	1,25	3,02	4,75	3,51	6,42
Étape 2 : plus le revenu du ménage	1,68	1,33	2,12	1,83	1,18	2,86	4,35	3,21	5,88
Étape 3 : plus la situation vis-à-vis de l'activité	1,58	1,25	2,00	1,81	1,16	2,82	4,00	2,95	5,42
Étape 4 : plus le niveau de scolarité	1,49	1,17	1,89	1,72	1,11	2,68	3,71	2,72	5,06
Étape 5 : plus l'état matrimonial	1,35	1,06	1,72	1,61	1,03	2,51	3,38	2,48	4,62
Étape 6 : plus le fait de vivre dans une réserve ou hors réserve (Premières Nations) ou le type de centre de population (Métis et Inuits)	1,23	0,83	1,80	1,59	1,02	2,47	3,26	2,39	4,46

[†] la catégorie de référence est la population non autochtone

Notes : Période de suivi de 5,6 ans : du 10 mai 2011 au 31 décembre 2016.

Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Tableau A.5

Répartition de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et au sein de la population non autochtone au Canada, population à domicile âgée de 25 ans et plus, Canada, 2011

	Premières Nations			Métis			Inuits			Population non autochtone		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	% inférieur	supérieur		% inférieur	supérieur		% inférieur	supérieur		% inférieur	supérieur	
Quintile de revenu du ménage												
Quintile 1 (le plus pauvre)	40,7	39,4	42,0	22,9	22,1	23,7	23,9	22,5	25,2	18,1	17,6	18,5
Quintile 2	20,7	20,3	21,1	20,9	20,4	21,4	22,4	21,3	23,6	19,2	19,1	19,3
Quintile 3	15,7	15,2	16,2	20,0	19,5	20,5	20,4	19,4	21,4	20,1	20,0	20,2
Quintile 4	12,9	12,4	13,3	19,4	18,9	19,9	18,8	17,9	19,8	20,8	20,6	20,9
Quintile 5 (le plus riche)	10,1	9,7	10,5	16,8	16,3	17,3	14,5	13,6	15,4	21,9	21,7	22,0
Situation vis-à-vis de l'activité												
Personnes occupant un emploi	51,9	50,5	53,4	65,0	64,2	65,8	54,8	53,1	56,4	63,1	62,7	63,5
Personnes au chômage	9,7	9,4	10,0	6,2	5,9	6,5	11,4	10,8	12,0	4,0	4,0	4,1
Personnes inactives	38,4	37,0	39,7	28,8	28,1	29,6	33,8	32,2	35,5	32,9	32,5	33,2
Niveau de scolarité												
Sans diplôme d'études secondaires	35,7	34,8	36,6	23,6	23,0	24,2	49,8	48,5	51,1	16,6	16,5	16,7
Études secondaires	21,1	20,7	21,5	23,4	22,8	24,0	15,5	14,6	16,5	23,0	22,9	23,0
Études postsecondaires inférieures au baccalauréat	35,0	34,4	35,6	42,0	41,4	42,6	29,6	28,4	30,9	36,5	36,3	36,6
Baccalauréat ou diplôme de niveau supérieur	8,2	7,9	8,6	11,0	10,6	11,4	5,0	4,3	5,9	24,0	23,9	24,0
Type de centre de population												
Région rurale	46,2	45,3	47,2	29,2	28,6	29,8	53,8	52,4	55,1	18,3	18,2	18,4
Petit centre de population	16,8	16,4	17,2	19,2	18,7	19,6	32,0	30,9	33,1	12,2	12,1	12,2
Moyen centre de population	8,8	8,5	9,2	11,1	10,7	11,4	2,5	1,8	3,3	8,7	8,7	8,8
Grand centre de population	28,2	27,6	28,8	40,6	40,0	41,2	11,8	10,6	13,1	60,8	60,6	61,0
État matrimonial												
Jamais légalement marié (célibataire)	43,8	43,1	44,6	31,1	30,5	31,7	48,3	47,0	49,7	24,0	23,8	24,3
Légalement marié (et non séparé)	36,0	34,8	37,3	46,9	46,0	47,8	37,7	36,1	39,3	56,3	55,7	56,9
Séparé, mais toujours légalement marié	5,6	5,4	5,9	5,3	5,0	5,6	3,5	3,0	4,0	3,3	3,3	3,4
Divorcé	9,3	9,0	9,7	12,5	12,0	13,1	5,6	4,7	6,7	10,1	9,9	10,2
Veuf	5,2	4,9	5,5	4,1	3,9	4,4	4,8	4,4	5,4	6,3	6,1	6,4

Notes : Exclut les données de la population vivant en établissement institutionnel au moment de la collecte du recensement (p. ex. les établissements de soins de longue durée, les prisons), de la population vivant dans des logements collectifs (p. ex. les motels, les hôtels, les maisons de chambres) ainsi que celles des personnes non dénombrées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011 intégrant l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à la Base canadienne de données sur la statistique de l'état civil de 2011 à 2016.

Tableau A.6

Répartition selon le groupe d'âge de la population autochtone totale, population à domicile âgée de 1 an et plus, Canada, 2011

Groupe d'âge	Pourcentage
1 à 4 ans	7,93
5 à 9 ans	9,16
10 à 14 ans	9,48
15 à 19 ans	10,12
20 à 24 ans	8,41
25 à 29 ans	7,15
30 à 34 ans	6,49
35 à 39 ans	6,39
40 à 44 ans	6,70
45 à 49 ans	7,04
50 à 54 ans	6,45
55 à 59 ans	4,92
60 à 64 ans	3,74
65 à 69 ans	2,55
70 à 74 ans	1,70
75 à 79 ans	0,97
80 à 84 ans	0,51
85 ans et plus	0,30

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2011.

Références

1. FONDATION AUTOCHTONE DE GUÉRISON. 2007. *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Ontario, Fondation autochtone de guérison.
2. SUICIDE PREVENTION AUSTRALIA. 2016. *The ripple effect: Understanding the exposure and impact of suicide in Australia*, Sydney, Australie, Suicide Prevention Australia.
3. O'DEA, Des, et Sarah TUCKER. 2005. *The cost of suicide to society*, Wellington, Nouvelle-Zélande, Ministry of Health.
4. INUIT TAPIRIIT KANATAMI. 2016. *National Inuit Suicide Prevention Strategy*, Ottawa, Ontario, Inuit Tapiriit Kanatami.
5. PETERS, Paul A., Lisa N. OLIVER et Dafna E. KOHEN. 2013. « Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007 », *Rural and Remote Health*, vol. 13, n° 3, p. 2424.
6. OLIVER, Lisa N., Paula A. PETERS et Dafna E. KOHEN. 2012. « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 3, p. 17 à 22, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
7. PARK, Jungwee, et autres 2015. « Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte au Canada : une analyse de cohorte », *Rapports sur la santé*, vol. 26, n° 8, p. 10 à 16, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
8. TJEPKEMA, Micheal, et autres. 2009. « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 4, p. 31 à 51, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
9. CHANDLER, Michael J., et Christopher E. LALONDE. 1998. « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2, p. 191 à 219.
10. HALLETT, Darcy, Michael J. CHANDLER et Christopher E. LALONDE. 2007. « Aboriginal language knowledge and youth suicide », *Cognitive Development*, vol. 22, p. 392 à 399.
11. HICKS, Jack. 2015. *Statistical data on death by suicide by Nunavut Inuit, 1920 to 2014*, Nunavut Tunngavik Inc.
12. LAWSON-TE AHO, Keri, et James H. LUI. 2010. « Indigenous Suicide and Colonization: The Legacy of Violence and the Necessity of Self-Determination », *International Journal of Conflict and Violence*, vol. 4, n° 1, p. 124 à 133.
13. READING, Charlotte, et Fred WEIN. 2009. *Inégalité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Prince George, Colombie-Britannique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
14. NOVINS, Douglas K., et autres. 1999. « Factors Associated with Suicide Ideation among American Indian Adolescents: Does Culture Matter? », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 29, n° 4, p. 332 à 346.
15. CHACHAMOVICH, Edouardo, et autres. 2015. « Suicide Among Inuit: Results From a Large, Epidemiologically Representative Follow-Back Study in Nunavut », *Can J Psychiatry*, vol. 60, n° 6, p. 268 à 275.
16. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. 2017. *Conférence consensuelle sur la santé mentale des adultes émergents : Faire de la transition une priorité au Canada*, Ottawa, Ontario, Commission de la santé mentale du Canada.
17. FOURNIER, Suzanne, et Ernie GREY. 1997. *Stolen from our embrace*, Vancouver, Colombie-Britannique, Douglas & McIntyre.
18. TAIT, Caroline L., Robert HENRY et Rachel L. WALKER. 2013. « Child welfare: A social determinant of health for Canadian First Nations and Métis children », *Pimatisiwin*, vol. 11, n° 1, p. 39 à 53.
19. YORK, Geoffrey. 1990. *The Dispossessed: Life and Death in Native Canada*, London, Royaume-Uni, Vintage Books.
20. KUMAR, Mohan B., et Amy NAHWEGAHBOW. 2016. « Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes », *Enquête auprès des peuples autochtones de 2012*, produit n° 89-653-X2016011 au catalogue de Statistique Canada.
21. HACKETT, Christina, David FEENY et Emile TOMPA. 2016. « Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, n° 11, p. 1096 à 1105.
22. ELIAS, Brenda, et autres. 2012. « Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system », *Social Science & Medicine*, vol. 74, n° 10, p. 1560 à 1569.
23. WALLS, Melissa L., et Les B. WHITBECK. 2011. « Distress among Indigenous North Americans: Generalized and Culturally Relevant Stressors », *Society and Mental Health*, vol. 1, n° 2, p. 124 à 136.
24. MALCHY, Brian, et autres. 1997. « Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, n° 8, p. 1133 à 1138.
25. LALONDE, Christopher E., et Michael J. CHANDLER. 2009. « Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations », *Healing traditions: the mental health of Aboriginal peoples in Canada*, publié sous la direction de Kirmayer L. et G. Valaskakis, Vancouver, Colombie-Britannique, Presse de l'Université de la Colombie-Britannique.
26. LESTER, David. 1995. « American Indian Suicide Rates and the Economy », *Psychological Reports*, vol. 77, p. 994.
27. YOUNG, Thomas J. 1990. « Poverty, Suicide, and Homicide Among Native Americans », *Psychological Reports*, vol. 67, p. 1153 et 1154.
28. BAGLEY, Chistopher. 1991. « Poverty and suicide among native Canadians: A replication », *Psychological Reports*, vol. 69, n° 1, p. 149 et 150.
29. PENNEY, Chistopher, Sacha SENÉCAL et Ellen BOBET. 2009. « Mortalité par suicide dans les collectivités inuites au Canada : taux et effets des caractéristiques des collectivités », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 38, n° 2, p. 311 à 343.

30. CONSEIL NATIONAL DES JEUNES DE L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. 2016. *Appels à l'action pour favoriser la promotion de la vie dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa, Ontario, Assemblée des Premières Nations.
31. SANTÉ CANADA. 2013. *Stratégie Nationale de la prévention du suicide chez les Jeunes Autochtones*, produit n° H34-269/2013F-PDF au catalogue de Santé Canada.
32. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PROTECTION. 2012. « Measures of risk. Morbidity frequency measures », *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*, Atlanta, Géorgie, Centers for Disease Control and Protection.
33. STATISTIQUE CANADA. 2017. *Recensement de la population 2016*, Centre de population (CTRPOP), Statistique Canada.
34. STATISTIQUE CANADA. 2008. *Réserves indiennes et établissements indiens partiellement dénombrés*, Statistique Canada.
35. BRODY, Tom. 2016. *Biostatistics - Part I. Clinical Trials (Second Edition)*, Elsevier Inc.
36. VELEZ, Carmen N., et Patricia COHEN. 1988. « Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 27, n° 3, p. 349 à 356.
37. BUREAU DU CORONER EN CHEF (PROVINCE DE L'ONTARIO). 2011. *Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum – Résumé de 2006 à 2008*, Bureau du coroner en chef, Toronto, gouvernement de l'Ontario.
38. POLLOCK, Nathaniel J., et autres. 2016. « Suicide Rates in Aboriginal Communities in Labrador, Canada », *Am J Public Health*, vol. 106, n° 7, p. 1309 à 1315.
39. FENG, Cindy Xin, et autres. 2016. « Suicidal ideation in a community-based sample of elementary school children: A multilevel and spatial analysis », *Can J Public Health*, vol. 107, n° 1, p. 100 à 105.
40. NUTAQQANUT INULRAMIRNULLU UQAQTIKHAANIK: REPRESENTATIVE FOR CHILDREN AND YOUTH. 2019. *Our minds matter. A youth informed review of mental health services for young Nunavummiut*, Iqaluit, Nunavut, Nutaqqanut Inulramirnullu Uqaqtikhaanik: Representative for children and youth.
41. EGGERTSON, Laura. 2015. « Aboriginal youth suicide rises in Northern Ontario », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 187, n° 11, p. 335 et 336.
42. BOMBAY, Amy, Kim MATHESON et Hymie ANISMAN. 2009. « Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, n° 3.
43. GEORGE M.A., et autres. 2015. Is the injury gap closing between the Aboriginal and general populations of British Columbia? *Health Rep*, vol. 26, n° 1, p. 3 à 14.
44. DUHAIME, Gérard, et Roberson ÉDOUARD. 2015. « Monetary Poverty in Inuit Nunangat », *Arctic*, vol. 68 n° 2, p. 223 à 232.
45. GRAY, Andrew P., Faisca RICHER et Sam HARPER. 2016. « Individual- and community-level determinants of Inuit youth mental wellness », *Can J Public Health*, vol. 107, n° 3, p. 251 à 257.
46. MEHL-MADRONA, Lewis. 2016. « Indigenous Knowledge Approach to Successful Psychotherapies with Aboriginal Suicide Attempters », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 61, n° 11, p. 696 à 699.
47. CARRIÈRE, Gisèle, Rochelle GARNER et Claudia SANMARTIN. 2018. « Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes », *Rapports sur la santé*, vol. 29, n° 10, p. 23 à 28, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
48. STATISTIQUE CANADA. 2013. *Tableaux de données, Enquête nationale auprès des ménages de 2011*, produit n° 99-011-X2011026 au catalogue.
49. STATISTIQUE CANADA. 2018. *Tableau 13-10-0157-01, Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, période de cinq ans, Canada et régions inuites*, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb1/fr/tv.action?pid=1310015701&request_locale=fr.
50. PATRICK, Caryl. 2014. « Aboriginal homelessness in Canada: A literature review », *The Homeless Hub report series*, Toronto, Ontario, Canadian Homelessness Research Network Press.