



Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

FÉVRIER 2024

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURE ET AUTEUR

Pascale Levesque, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Paul-André Perron, conseiller stratégique
Bureau du coroner en chef du Québec

RELECTURE

Gisèle Contreras
Isabelle Simard
Agence de la santé publique du Canada

SOUS LA COORDINATION DE

Sonia Jean, cheffe d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Mélanie Tessier, assistante de recherche professionnelle
Marc-André Dubé, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

MISE EN PAGE

Isabelle Gagnon, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est une mise à jour de :

Levesque, P. & Perron, P. A. (2023). Les comportements suicidaires— Portrait 2023. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 57 pages.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 71 pages.

Besoin d'aide?

Si vous pensez au suicide ou vous vous inquiétez pour un proche, des intervenants sont disponibles pour vous aider, partout au Québec, 24/7.

Téléphone : 1 866 APPELLE (277-3553)

Texte : 535353

Clavardage, informations et outils : www.suicide.ca

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2024
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2817-1977 (PDF)
ISBN : 978-2-550-96817-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

REMERCIEMENTS

L'intégration d'un système d'automatisation des tableaux et des figures ainsi que l'uniformisation de notre processus d'analyses est une avancée déterminante cette année, rendue possible grâce à l'expertise et à l'engagement exceptionnel de Mélanie Tessier, assistante de recherche professionnelle, et de Marc-André Dubé, conseiller scientifique. Leur contribution a permis une extraction plus efficiente et précise des données, facilitant ainsi de façon considérable la réalisation de ce rapport.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et provinciaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent rapport de surveillance, *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024*, offre une vision globale et détaillée de la problématique du suicide dans la province. Cela inclut des statistiques, des tendances, des données géographiques et sociodémographiques pour mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements suicidaires.

Il a été élaboré à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le cadre du volet surveillance des habitudes de vie, maladies chroniques et comportements de l'entente spécifique portant sur la surveillance continue de l'état de santé de la population.

Ce document vise à assister les décideurs politiques dans la formulation de mesures pour lutter contre le suicide. Les professionnels de la santé peuvent utiliser ce portrait pour mieux comprendre les comportements suicidaires au Québec et ainsi développer des interventions de prévention efficace. Pour les chercheurs et les universitaires, les données compilées dans ce rapport peuvent servir de base pour des recherches supplémentaires sur les causes du suicide, les facteurs de risque et les meilleures pratiques en matière de prévention. Le portrait sur le suicide aide également les organismes communautaires à cibler leurs programmes et leurs services en fonction des besoins spécifiques de certains groupes à risque. Finalement, ce rapport de surveillance contribue à sensibiliser la population en général sur les enjeux liés aux comportements suicidaires.

Nous espérons qu'il vous sera utile.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 MÉTHODOLOGIE	4
2.1 Données sur le suicide.....	4
2.2 Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide	5
2.3 Données sur les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires.....	5
2.4 Précisions sur le calcul des taux.....	5
2.5 Données sur les antécédents suicidaires.....	6
3 RÉSULTATS	7
3.1 Les suicides	7
3.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide.....	20
3.3 Les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires.....	25
3.4 Les récidives et les suicides chez les personnes avec des antécédents suicidaires identifiées lors d'une hospitalisation	33
4 DISCUSSION	35
4.1 Les suicides	35
4.2 Les hospitalisations et les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires	36
4.3 Les récidives et les suicides chez les personnes identifiées avec des antécédents suicidaires lors de leur séjour hospitalier.....	37
5 CONCLUSION	39
6 RÉFÉRENCES	40
ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES	42
ANNEXE 2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2022.....	11
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2009 à 2022.....	22
Tableau 3	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	27
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	30
Tableau 5	Suivi des hospitalisations liées aux tentatives de suicide et des suicides sur une période de 5 ans : analyse comparative entre les cas et les témoins selon le sexe et le groupe d'âge.....	34
EN ANNEXE		
Tableau A1	Caractéristiques médicales et sociodémographiques des cas et des témoins issus de l'étude exploratoire de la variable Z915.....	48
Tableau A2	Nombre et taux de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 2017 à 2022.....	49
Tableau A3	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2017 à 2022.....	52
Tableau A4	Nombre et taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022.....	53
Tableau A5	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2018 à 2022.....	54
Tableau A6	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	55
Tableau A7	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023.....	57
Tableau A8	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	58
Tableau A9	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023.....	60
Tableau A10	Nombre et taux de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2022.....	61
Tableau A11	Nombre et taux de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2022.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1990 à 2022	12
Figure 2	Taux de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2022	13
Figure 3	Taux de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2022	14
Figure 4	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2019-2021.....	16
Figure 5	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2019-2021	16
Figure 6	Proportion (%) de suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2019-2021	17
Figure 7	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2019-2021	19
Figure 8	Taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2009 à 2022	23
Figure 9	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022	24
Figure 10	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022.....	24
Figure 11	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023	27
Figure 12	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023	28
Figure 13	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	28
Figure 14	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023	31
Figure 15	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023	32
Figure 16	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023.....	32

EN ANNEXE

Figure A1	Taux ajusté de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2019-2021	50
Figure A2	Taux ajusté de suicide chez les femmes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2019-2021	51
Figure A3	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2023.....	56
Figure A4	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2023.....	59

FAITS SAILLANTS

Suicides

- Selon les données officielles du fichier des décès du Registre des événements démographiques du Québec, 1 031 personnes se sont enlevé la vie au Québec en 2021.
- Les derniers résultats montrent des taux de suicide relativement stables depuis quelques années avec un taux ajusté de suicide de 12,0 par 100 000 personnes.
- Le Bureau du coroner en chef du Québec n'a pas terminé de comptabiliser le nombre de suicides, mais selon la plus récente mise à jour (8 décembre 2023), il y aurait minimalement 1 102 suicides au Québec en 2022, correspondant à un taux de 12,7 par 100 000 personnes.
- Le taux ajusté de suicide demeure trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2021, il était de 18,6 par 100 000 chez les hommes et de 5,5 par 100 000 chez les femmes.
- Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes d'âge mûr, de 50 à 64 ans.

Hospitalisations et visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires

- L'utilisation des services hospitaliers pour des comportements suicidaires révèle des disparités significatives entre les sexes et les groupes d'âge. Comparativement aux autres segments de la population, les jeunes filles (10-14 ans), les adolescentes (15-19 ans) et les jeunes femmes (20-34 ans) ont eu recours plus souvent aux urgences pour des tentatives de suicide ou des idées suicidaires et elles présentaient également un taux particulièrement élevé d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide.

Récidives et suicides chez les personnes ayant des antécédents suicidaires identifiés lors d'une hospitalisation

- Parmi une cohorte d'individus avec des antécédents suicidaires identifiés lors d'une hospitalisation, une proportion de 16,7 % a été réhospitalisée au moins une fois en raison d'une tentative de suicide, tandis que 2,5 % ont mis fin à leur vie dans les 5 ans suivants la première hospitalisation. En comparaison, ces proportions étaient respectivement de 0,9 % et 0,2 % chez les individus sans aucun antécédent suicidaire identifié lors de leur séjour hospitalier.

L'ensemble de ces constats renforce l'importance de poursuivre les efforts concertés en prévention du suicide, notamment grâce à la nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide lancée en mai 2022. Les disparités entre les sexes et les groupes d'âge révèlent également des besoins spécifiques, notamment chez les hommes d'âge mûr et les jeunes femmes.

1 INTRODUCTION

Grâce aux efforts d'une multitude d'acteurs et d'organisations, d'énormes progrès en matière de prévention du suicide ont été réalisés. Les mesures de prévention mises en place semblent avoir porté fruit et le taux de suicide a beaucoup diminué au Québec. Néanmoins, chaque année, un nombre trop important de personnes mettent fin à leurs jours. Le suicide provoque une grande souffrance chez les individus touchés, leurs proches, leur communauté et l'ensemble de la société québécoise.

La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir vise à diminuer les tentatives de suicide, les idées suicidaires et la détresse, ainsi que la mortalité par suicide au Québec. Elle propose d'intensifier les actions déployées qui donnent déjà des résultats, mais met également de l'avant de nouvelles initiatives prometteuses, dont la mise en œuvre sera suivie avec grande attention.

L'implantation d'actions concrètes visant le bien-être et la santé mentale positive des Québécoises et des Québécois est nécessaire pour protéger non seulement les personnes vulnérables face au suicide, mais aussi tous les proches qui sont liés à cette personne, ainsi que l'ensemble de la population.

Dans la prévention du suicide, la fonction de surveillance de la santé de la population revêt une importance capitale. Elle permet de saisir les tendances des comportements suicidaires, d'identifier les facteurs de risque et les groupes qui présentent des vulnérabilités. Elle éclaire la prise de décision en matière de planification et de mise en œuvre des politiques de prévention.

Afin de soutenir cette surveillance, le Bureau d'information et d'études en santé des populations à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie annuellement, depuis 2004, un rapport mettant en lumière les plus récentes données québécoises sur les comportements suicidaires^{1,2}. À chaque nouvelle publication, des efforts sont réalisés afin de bonifier ce rapport avec de nouvelles informations. Avec l'exploration des bases de données disponibles à l'INSPQ, de nouvelles variables peuvent être validées et utilisées pour mieux saisir diverses réalités en lien avec le suicide. Dans les derniers rapports, l'ajout de résultats sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ainsi que les tentatives de suicide et les idées suicidaires ayant nécessité une visite aux urgences ont permis d'améliorer notre compréhension des comportements suicidaires au Québec.

Pour le portrait 2024, il a été entrepris de réaliser une première série d'analyses exploratoires ayant pour objectif de mieux comprendre le risque de récurrence d'hospitalisation chez les personnes identifiées durant leur séjour hospitalier comme ayant eu des antécédents suicidaires, et ce, en regardant la fréquence d'hospitalisation ultérieure pour une tentative de suicide ou un suicide. Les résultats préliminaires de ces analyses peuvent contribuer à adapter les actions de prévention du suicide.

Ce rapport de surveillance vise à mieux comprendre les comportements suicidaires et soutenir la prévention. Les principaux objectifs sont de :

- dresser un portrait général de la situation des suicides au Québec et présenter les plus récentes données disponibles;
- analyser les tendances temporelles et les variations des suicides selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- rapporter les tendances concernant les visites aux urgences et les hospitalisations attribuables aux comportements suicidaires selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- explorer le risque de récidives chez les personnes identifiées durant leur hospitalisation comme ayant des antécédents suicidaires en examinant la part de celles qui retournent à l'hôpital pour des tentatives de suicide, ainsi que la part de celles qui mettent fin à leurs jours.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Données sur le suicide

Pour les années 1981 à 2021, les données sur le suicide sont issues du fichier des décès du Registre des événements démographiques du Québec (RED/D) du MSSS. Pour l'année 2022, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner mise à jour le 8 décembre 2023. Éventuellement, les décès pour l'année 2022 seront traités à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où ils seront intégrés au RED/D. Concernant l'année 2022, 14 % des investigations des coroners étaient toujours en cours au moment de l'extraction des données, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation du nombre de suicides. Pour cette raison, les résultats pour 2022 sont présentés à titre indicatif seulement.

Pour le portrait de 2024, il convient de souligner que le renouvellement récent de l'entente permettant la réception des données des décès de résidents québécois survenus en Ontario, notamment les décès par suicide, a eu des répercussions significatives sur la collecte des données. Cette entente, conclue après l'échéance de la précédente, a permis d'intégrer ces informations au RED/D, marquant ainsi une amélioration dans la manière dont les suicides sont enregistrés et rapportés. Il est important de noter que cette démarche a permis de comptabiliser des suicides jusqu'alors omis dans les rapports antérieurs, spécifiquement pour les années 2013 et suivantes. Depuis l'expiration de l'entente, les suicides de résidents québécois survenus en Ontario n'étaient pas inclus dans les données, une lacune désormais comblée grâce au renouvellement de l'entente. Toutefois, cette actualisation a également entraîné de légères variations dans les statistiques publiées pour la période allant de 2013 à 2021 inclusivement, comparativement aux rapports précédents.

Les taux ajustés pour les suicides ont été calculés à l'aide de la méthode de standardisation directe, avec l'année 2016 comme population de référence. Les groupes d'âge utilisés correspondent à ceux employés à l'Infocentre pour le calcul des taux de suicide^a soient : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus. Cette approche méthodologique a été adoptée afin d'assurer une cohérence entre les deux sources d'information. Cependant, cette décision a engendré une légère disparité entre les taux ajustés présentés dans ce rapport et ceux des rapports antérieurs, où les taux ajustés avaient été calculés en utilisant des groupes d'âge différents^b.

^a Pour plus de détails sur l'indicateur voir sur le portail de l'Infocentre : Taux de mortalité pour certains problèmes de santé mentale/psychosociale.

^b Groupes d'âge utilisés dans les rapports précédents : 0-14 ans, 15-19 ans, 20-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans, 65 ans et plus.

2.2 Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Pour une période d'analyse s'étendant de 2009 à 2022, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide ont été identifiées dans le système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) qui a été mis à jour au mois de novembre 2023. Ces hospitalisations sont codifiées selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), dixième édition canadienne (CIM-10, 2018), et ont été identifiées à partir de la variable sur les diagnostics principaux à l'aide des codes X60 à X84 et Y87.0.

2.3 Données sur les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires

Les données sur les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires proviennent du Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU). Ce système recueille des éléments permettant de fournir des données du domaine informationnel de l'environnement sociosanitaire en regard de l'état de santé des usagers qui reçoivent des services aux urgences^c du Québec³. Dans le cadre de ce rapport, une extraction des données a été réalisée le 1^{er} janvier 2024, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2023. Les visites aux urgences attribuables à une tentative de suicide et aux idées suicidaires sont identifiées dans le SIGDU à partir de la variable « raison de la visite ».

2.4 Précisions sur le calcul des taux

Pour déterminer les taux associés aux divers comportements suicidaires mentionnés ci-haut, des estimations de la population des années 1981 à 2023 ont été employées. Il convient de noter que les années qui ont été prises en compte varient en fonction du comportement analysé. Ces estimations sont le produit d'une collaboration entre Statistique Canada et l'ISQ.

Les taux sont présentés selon le sexe, les groupes d'âge et les régions sociosanitaires de résidence des personnes visées. Les groupes d'âge présentés ont été définis en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires.

^c Toute personne est considérée « inscrite à l'urgence » tant et aussi longtemps qu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement et qu'elle n'occupe pas un lit de l'installation. Cette notion correspond à un épisode de soins à l'urgence. Pour les fins du SIGDU, une visite correspond à un épisode de soins. Une personne qui est hospitalisée après son passage à l'urgence sera comptabilisée dans le SIGDU.

2.5 Données sur les antécédents suicidaires

Les personnes avec des antécédents suicidaires ont été identifiées à l'aide du code Z915 disponible dans MED-ÉCHO. Lorsqu'une personne est hospitalisée, le personnel soignant indique parfois au dossier s'il y a eu dans le passé des comportements suicidaires. Si une telle note est inscrite, elle est reprise par l'archiviste qui peut utiliser le code Z915 pour consigner l'historique d'antécédent suicidaire dans la banque de données MED-ÉCHO. Selon la définition inscrite dans la CIM-10, le code Z915 se définit comme un diagnostic d'antécédents personnels de lésions auto-infligées et plus spécifiquement d'intoxications volontaires, de parasuicides et de tentatives de suicide.

Les résultats des analyses exploratoires sur les antécédents suicidaires qui sont présentés dans ce rapport sont issus d'une étude prospective cas-témoins. Ce modèle d'étude offre la possibilité de comparer la vulnérabilité relative entre des groupes en confrontant les cas (personnes ayant une condition spécifique) avec des témoins (personnes ne présentant pas cette condition). Cette approche permet de mettre en évidence les différences entre les deux groupes, révélant ainsi les risques associés à la condition étudiée.

Les cas, c'est-à-dire les personnes identifiées à l'hôpital comme ayant des antécédents suicidaires, ont été repérés dans MED-ÉCHO à l'aide du code Z915 inscrit en diagnostic principal ou secondaire^d. À des fins de comparabilité, chaque cas a été apparié à trois témoins en fonction du sexe, de l'âge et de l'année d'hospitalisation. Les témoins ont été définis comme des individus hospitalisés sans indication de diagnostic d'antécédents suicidaires, comme indiqué dans le fichier MED-ÉCHO. Une cohorte de 7 228 cas et 21 681 témoins hospitalisés entre 2011 et 2016 a été suivie sur une période de 5 ans.

Pour chacun des groupes (les cas et les témoins), les proportions de personnes réadmisses à l'hôpital au moins une fois pour une tentative de suicide ont été mesurées sur une période de 5 ans. La proportion de personnes qui se sont enlevé la vie au cours de cette période a aussi été mesurée. Les tentatives de suicide ont été repérées dans la base de données MED-ÉCHO grâce aux codes X60 à X84 et Y87,0 de la CIM-10, en prenant en considération le diagnostic principal et les diagnostics secondaires. Les suicides ont été identifiés dans le RED/D en utilisant aussi les codes X60 à X84 et Y87,0 de la CIM-10.

Des précisions méthodologiques et des considérations sur les données sont présentées à l'annexe 1.

^d Pour éviter la double comptabilisation des cas, les transferts entre établissements hospitaliers ont été pris en considération.

3 RÉSULTATS

3.1 Les suicides

Les nombres et les taux de suicide au Québec, entre 1981 et 2022, sont présentés au tableau 1. Selon les données provisoires du Bureau du coroner, le taux ajusté de suicide était de 12,7 par 100 000 personnes en 2022. Cette nouvelle donnée suggère que le taux de suicide au Québec est relativement stable depuis quelques années. Des taux de 12,3 et 12,0 par 100 000 personnes ont été observés successivement pour les années 2020 et 2021. Au total, 1 051 suicides ont été enregistrés en 2020, 1 031 en 2021 et 1 102 en 2022.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. Selon les données officielles du Fichier de décès pour 2021, le taux ajusté de suicide des Québécois s'élevait à 18,6 par 100 000 personnes (797 décès), tandis que celui des Québécoises était de 5,5 par 100 000 personnes (234 décès), ce qui représente un taux trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

L'évolution temporelle du taux ajusté de suicide selon le sexe au Québec, de 1990 à 2022, est illustrée à la figure 1^e. Pour les hommes, le taux ajusté de suicide a été relativement stable au cours des années 1980 (données non présentées dans la figure 1 pour les années 1980-1989), puis s'est accru dans les années 1990 pour atteindre un sommet en 1999, soit 35,8 par 100 000 personnes (voir tableau 1). Depuis le début des années 2000, le taux de suicide chez les hommes a beaucoup diminué, mais sa progression vers le bas a ralenti depuis quelques années et semble même s'être stabilisée. Pour 2020, 2021 et 2022, les taux ajustés de suicide chez les hommes étaient respectivement 18,8 par 100 000 personnes, 18,6 par 100 000 personnes et 19,4 par 100 000 personnes.

Chez les femmes, le taux ajusté de suicide a légèrement diminué au cours des années 1980 (données non présentées dans la figure 1 pour les années 1980-1989) pour ensuite augmenter jusqu'en 1999 avec un taux de 9,1 par 100 000 personnes (figure 1). Depuis quelques années, ce taux a recommencé à diminuer pour se stabiliser. Il était à 5,9 par 100 000 personnes en 2020, 5,5 par 100 000 personnes en 2021 et 6,1 par 100 000 personnes en 2022 (voir tableau 1).

Évolution des suicides selon le sexe et le groupe d'âge

Les figures 2 et 3^e permettent d'examiner l'évolution du taux de suicide au Québec, de 1990 à 2022, chez les hommes et les femmes selon les différents groupes d'âge.

^e Les figures 1, 2 et 3 présentent des moyennes mobiles. Pour plus d'exactitude, les taux mentionnés dans cette section réfèrent aux taux spécifiques pour chaque groupe d'âge et année mentionnés (pour plus de détails voir en annexe tableau A2, A10, A11).

Chez les jeunes garçons âgés de 10 à 14 ans, les taux de suicide sont bas comparativement aux autres groupes d'âge en raison du nombre de suicides dans cette population, entre 0 et 4 par année, pour la période allant de 2017 à 2022.

Après les garçons de 10 à 14 ans, ce sont les adolescents de 15 à 19 ans qui affichent le taux de suicide le plus bas depuis le début des années 2000 (figure 2). Entre 1995 et 2006, ce taux est passé de 35,1 par 100 000 personnes à 9,8 par 100 000 personnes^f. Cette diminution de 72 % est la plus importante observée parmi les groupes d'âge examinés chez les hommes. Depuis les cinq dernières années, le taux de suicide chez les adolescents varie considérablement avec des taux oscillant entre 7,8^f et 12,0^f par 100 000 personnes. Cette variabilité s'explique en partie par le nombre limité de cas observés depuis quelques années. Les données les plus récentes indiquent que le taux de suicide chez les adolescents était de 8,3^f par 100 000 personnes en 2021 et 10,8^f par 100 000 personnes en 2022.

Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans, il y a eu une forte diminution du taux de suicide entre 1999 et 2013. Durant cette période, le taux est passé de 47,5 à 18,7 par 100 000 personnes. Depuis cette importante diminution, le taux de suicide s'est stabilisé pour atteindre 19,7 par 100 000 personnes en 2021 et 15,2 par 100 000 personnes en 2022.

Au début des années 1980, le taux de suicide chez les hommes âgés de 35 à 49 ans a connu une augmentation pour culminer à la fin des années 1990 (52,7 pour 100 000 personnes en 1999), plaçant ce groupe comme celui affichant le taux de suicide le plus élevé au Québec (données non présentées dans la figure 2 pour les années 1980-1989). Depuis le début des années 2000, ce taux a progressivement décliné pour ensuite se stabiliser et atteindre 24,8 pour 100 000 personnes en 2021 et 27,3 pour 100 000 personnes en 2022. En raison de cette baisse notable au cours des vingt dernières années, les hommes de 35 à 49 ans ne représentent plus le groupe affichant le taux de suicide le plus élevé au Québec.

Depuis 2015, le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes de 50 à 64 ans. Dans les années 1990, ce taux a connu une augmentation jusqu'en 1995 (38,1 par 100 000 personnes), suivi d'une diminution, mais à un rythme plus lent que dans les autres tranches d'âge. Depuis 2005, le taux de suicide pour les hommes de 50 à 64 ans est resté relativement stable, atteignant 25,2 par 100 000 personnes en 2021 et 29,6 par 100 000 personnes en 2022.

Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, il y a eu un léger déclin du taux de suicide au début des années 2000. Cependant, similairement aux hommes de 50 à 64 ans, cette baisse a été moins significative que chez les hommes plus jeunes. Au cours de la dernière décennie, le taux de suicide chez les hommes de 65 ans et plus est resté stable. En 2021, ce taux était de 21,7 par 100 000 personnes et de 22,1 par 100 000 personnes en 2022.

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

En résumé, les données récentes révèlent une stabilité générale du taux de suicide chez les hommes dans tous les groupes d'âge étudiés.

Chez les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans, les taux de suicide sont relativement bas comparativement aux autres groupes d'âge en raison du nombre de suicides dans cette population, se situant 0 et 4 par année pour la période allant de 2017 à 2021 (figure 3). Toutefois, les données provisoires de 2022 indiquent une augmentation importante du nombre de suicides avec 9 cas enregistrés, un chiffre plus élevé que ce qui a été observé au cours des cinq années précédentes.

Outre les filles âgées de 10 à 14 ans, ce sont les adolescentes de 15 à 19 ans qui présentent les taux de suicide les plus bas depuis le début des années 2000 (figure 3). Après avoir augmenté dans les années 1990 et suivantes, ce taux a fortement diminué pour se stabiliser vers 2008. Depuis les cinq dernières années, les taux de suicide chez les adolescentes varient considérablement, oscillant entre 1,9^g et 6,7^h par 100 000 personnes. Cette fluctuation s'explique en partie par un nombre de cas relativement restreint (entre 4 et 14 suicides par année) au cours des dernières années. Les observations les plus récentes indiquent un taux de suicide de 5,8^h par 100 000 personnes en 2021 et de 2,8^g par 100 000 personnes en 2022 chez les adolescentes. En observant la figure 3, il semble que les taux de suicide aient augmenté récemment, mais cette hausse apparente pourrait être due à l'utilisation de moyennes mobiles pour décrire la tendance. Une analyse plus approfondie pour comprendre pleinement l'évolution réelle de ces nombres s'impose et une prudence particulière est requise dans l'interprétation des données.

Chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, il y a eu une forte diminution du taux de suicide entre 1998 et 2013. Durant cette période, le taux a presque diminué de moitié passant de 9,8 à 4,6 par 100 000 personnes. Depuis cette importante diminution, le taux de suicide s'est stabilisé pour atteindre 6,0 par 100 000 personnes en 2021 et 6,3 par 100 000 personnes en 2022.

Entre les années 2000 et 2021, les femmes âgées de 35 à 49 ans ont connu une baisse quasi continue des taux de suicide. Au cours de cette période, ces taux ont graduellement diminué, passant de 13,1 par 100 000 personnes à 6,4 par 100 000 personnes. Ce taux représente le niveau le plus bas enregistré depuis le début de la période d'observation. Cependant, les données provisoires laissent entrevoir peut-être une légère augmentation, avec un taux de 8,9 par 100 000 personnes pour l'année 2022.

Ces dernières années, le groupe des femmes âgées de 50 à 64 ans affiche le taux de suicide le plus élevé. Entre 2015 et 2019, ce taux a connu une baisse, passant de 12,8 à 8,5 par 100 000 personnes dans cette tranche d'âge, marquant ainsi son niveau le plus bas depuis environ vingt ans. En 2021 et 2022, ce taux est demeuré relativement stable, respectivement à 7,9 par 100 000 personnes et 8,4 par 100 000 personnes.

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

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

Les résultats des dix dernières années montrent que le nombre de suicides varie de 35 à 61 par année parmi les femmes de 65 ans et plus, avec des taux de suicide compris entre 4,2ⁱ par 100 000 personnes et 6,7 par 100 000 personnes. Ces chiffres dénotent une certaine variation du taux de suicide dans ce groupe d'âge spécifique.

Les nombres et les taux de suicide selon le sexe et les groupes d'âge pour les années 2017 à 2022 sont résumés à l'annexe 2, tableau A2, tandis que les tableaux A10 et A11 présentent plus en détail les résultats chez les hommes et chez les femmes selon l'âge pour l'ensemble des années disponibles, soit 1981 à 2022.

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

Tableau 1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2022²

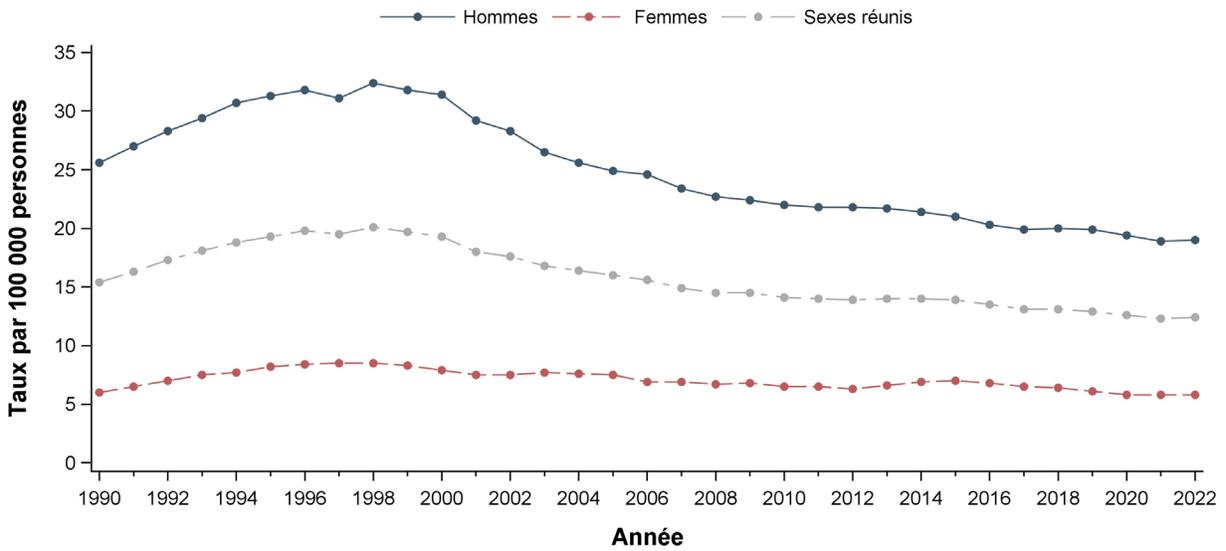
Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1981	795	24,6	26,6	252	7,6	8,7	1 047	16,0	17,2
1982	862	26,5	27,4	284	8,5	9,2	1 146	17,4	17,9
1983	903	27,7	29,5	279	8,4	9,0	1 182	17,9	18,8
1984	834	25,5	26,7	247	7,4	8,2	1 081	16,3	17,0
1985	871	26,5	28,7	241	7,1	7,8	1 112	16,7	17,7
1986	885	26,7	27,4	262	7,7	8,0	1 147	17,1	17,3
1987	910	27,2	28,3	255	7,4	7,6	1 165	17,2	17,5
1988	858	25,5	26,2	235	6,8	6,9	1 093	16,0	16,1
1989	818	24,0	24,1	220	6,3	6,4	1 038	15,0	14,9
1990	902	26,1	26,3	202	5,7	5,8	1 104	15,8	15,6
1991	898	25,8	26,3	207	5,8	5,8	1 105	15,6	15,6
1992	984	28,1	28,4	272	7,5	7,8	1 256	17,7	17,7
1993	1 049	29,8	30,2	264	7,3	7,4	1 313	18,4	18,5
1994	1 027	29,0	29,7	264	7,2	7,3	1 291	18,0	18,0
1995	1 144	32,2	32,3	298	8,1	8,3	1 442	20,0	19,9
1996	1 136	31,8	31,9	327	8,9	9,0	1 463	20,2	20,1
1997	1 095	30,5	31,3	287	7,8	8,0	1 382	19,0	19,3
1998	1 072	29,8	30,2	315	8,5	8,5	1 387	19,0	19,0
1999	1 284	35,6	35,8	336	9,0	9,1	1 620	22,1	22,1
2000	1 059	29,2	29,4	266	7,1	7,2	1 325	18,0	17,9
2001	1 055	28,9	29,1	279	7,4	7,5	1 334	18,0	18,0
2002	1 052	28,6	29,0	290	7,7	7,7	1 342	18,0	18,0
2003	980	26,5	26,8	279	7,4	7,4	1 259	16,8	16,8
2004	875	23,5	23,6	302	7,9	8,0	1 177	15,6	15,6
2005	987	26,3	26,5	283	7,4	7,3	1 270	16,8	16,7
2006	918	24,3	24,6	276	7,2	7,2	1 194	15,6	15,7
2007	874	22,9	22,8	241	6,2	6,2	1 115	14,5	14,3
2008	869	22,6	22,7	285	7,3	7,2	1 154	14,9	14,8
2009	881	22,7	22,6	265	6,7	6,6	1 146	14,6	14,5
2010	858	21,8	21,8	269	6,7	6,7	1 127	14,2	14,1
2011	858	21,6	21,5	258	6,4	6,3	1 116	13,9	13,8
2012	886	22,1	22,0	259	6,4	6,4	1 145	14,2	14,1
2013	878	21,8	21,9	256	6,3	6,3	1 134	14,0	13,9
2014	858	21,2	21,3	292	7,1	7,1	1 150	14,1	14,1
2015	852	20,9	21,0	301	7,3	7,3	1 153	14,1	14,1
2016	838	20,5	20,6	270	6,5	6,5	1 108	13,5	13,5
2017	788	19,1	19,2	273	6,6	6,6	1 061	12,8	12,8
2018	825	19,7	19,9	270	6,4	6,4	1 095	13,0	13,1
2019	876	20,6	20,9	257	6,0	6,1	1 133	13,3	13,4
2020	797	18,6	18,8	254	5,9	5,9	1 051	12,3	12,3
2021	797	18,5	18,6	234	5,4	5,5	1 031	12,0	12,0
2022	841	19,3	19,4	261	6,0	6,1	1 102	12,7	12,7

¹ Taux par 100 000, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Données provisoires pour 2022.

Sources : MSSS : RED/D de 1981 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1990 à 2022³



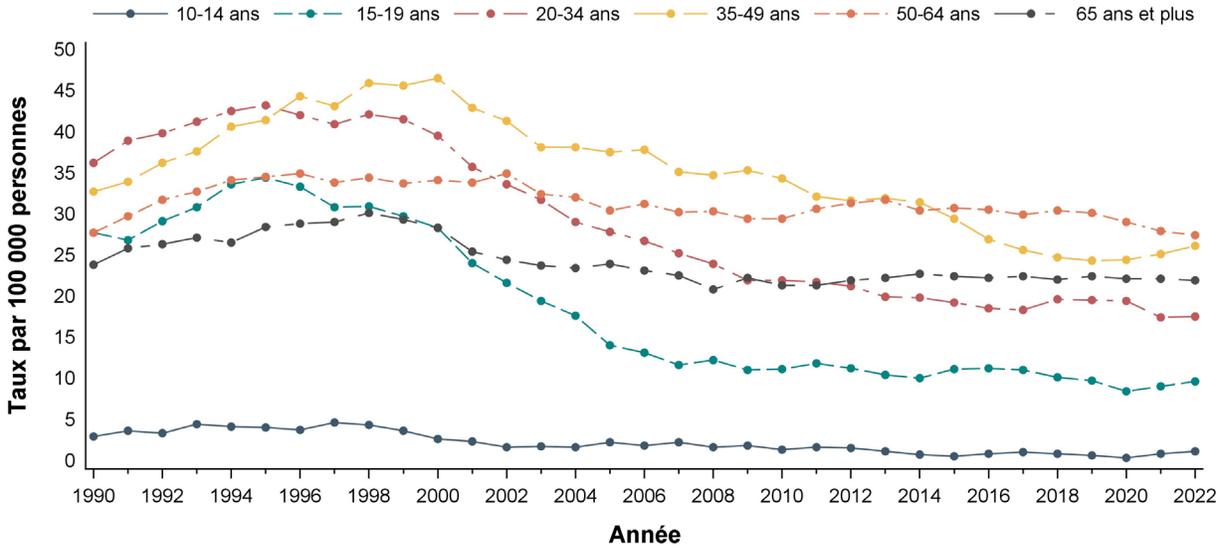
¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2021. Pour 1990 et 2022, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

³ Données provisoires pour 2022.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 2 Taux de suicide¹ chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2022²

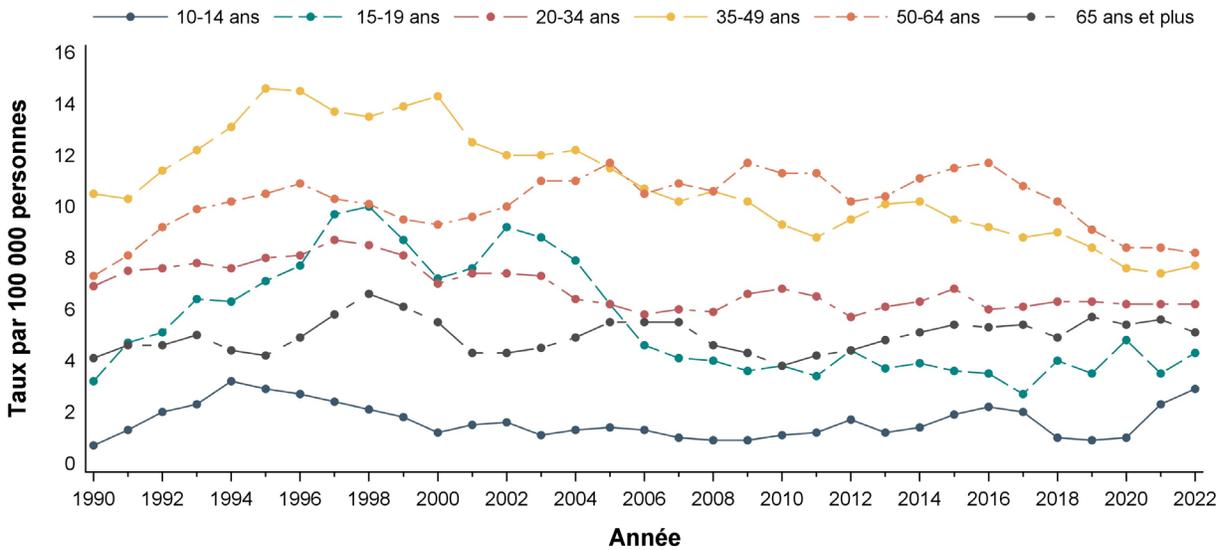


¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2021. Pour 1990 et 2022, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2022.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 3 Taux de suicide¹ chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2022²



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2021. Pour 1990 et 2022, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2022.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Importance du suicide parmi l'ensemble des causes de décès

Le suicide est au 10^e rang des causes de décès les plus fréquentes au Québec^j après les tumeurs malignes, les maladies du cœur, les traumatismes non intentionnels, les maladies des voies respiratoires inférieures, les maladies cérébrovasculaires, la COVID-19, la maladie d'Alzheimer, le diabète sucré, la grippe et autres pneumopathies^k.

Les figures 4 et 5 illustrent, pour la période 2019-2021, la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge. Il est important de mentionner que l'interprétation de la proportion de suicides parmi tous les décès doit tenir compte de l'importance des causes concurrentes de mortalité qui s'accroît avec le vieillissement des individus.

Au Québec, le suicide représentait 1,5 % de tous les décès pour les années 2019-2021. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (2,3 %) que chez les femmes (0,7 %) (données non présentées). Des proportions similaires ont été observées dans les années précédentes⁴.

Chez les hommes, la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les groupes âgés de 15 à 34 ans comparativement à ceux âgés de 35 ans et plus. Il faut spécifier qu'à partir d'un certain âge, l'importance relative du suicide s'amenuise au fur et à mesure que les autres causes de décès s'accumulent. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes âgés de 15 à 19 ans (25,2 %) et de 20 à 34 ans (30,0 %) comparativement aux hommes âgés de 35 à 49 ans (18,8 %) et de 50 à 64 ans (5,4 %), tandis que leurs taux de suicide sont beaucoup plus bas (respectivement 8,4 et 19,3 par 100 000 personnes comparativement à 24,4 et 29,0 par 100 000 personnes). Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, le contraste est encore plus marqué. La proportion de suicides parmi l'ensemble des décès est moins de 1 %, tandis que le taux de suicide est de 22,1 par 100 000 personnes.

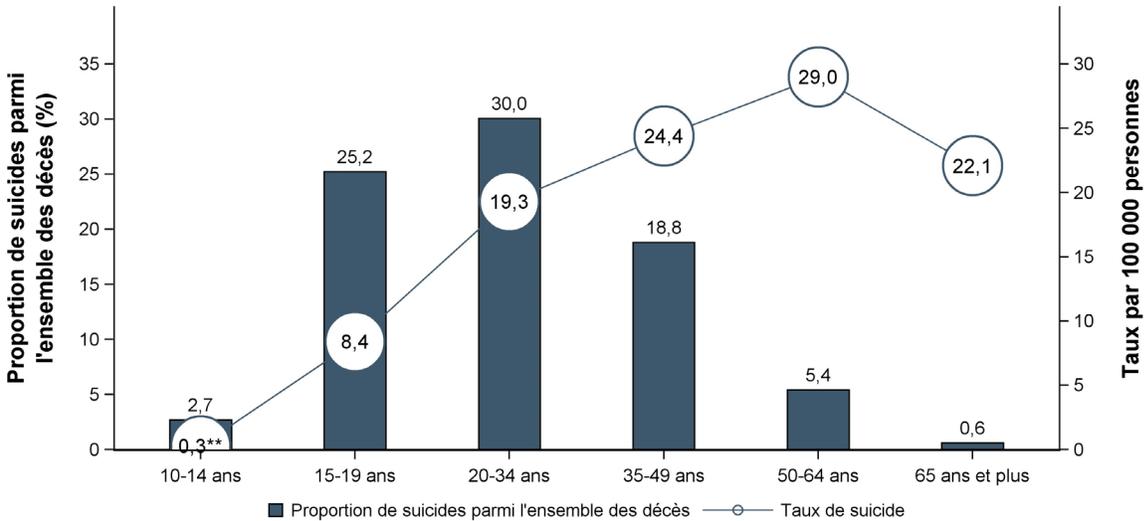
Comme chez les hommes, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (27,8 %) et de 20 à 34 ans (22,8 %) comparativement aux femmes âgées de 35 à 49 ans (9,7 %) et de 50 à 64 ans (2,3 %), tandis que leurs taux de suicide sont plus bas (respectivement 4,8^l et 6,2 par 100 000 personnes comparativement à 7,6 et 8,4 par 100 000 personnes). Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès est moins de 1 %, tandis que le taux de suicide est de 5,4 par 100 000 personnes.

^j Sur une période de 3 ans de 2018 à 2020.

^k Source(s) de données : MSSS, RED/D (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2023. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 23 décembre 2023. Mise à jour de l'indicateur le 25 mai 2023.

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

Figure 4 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide¹ chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2019-2021

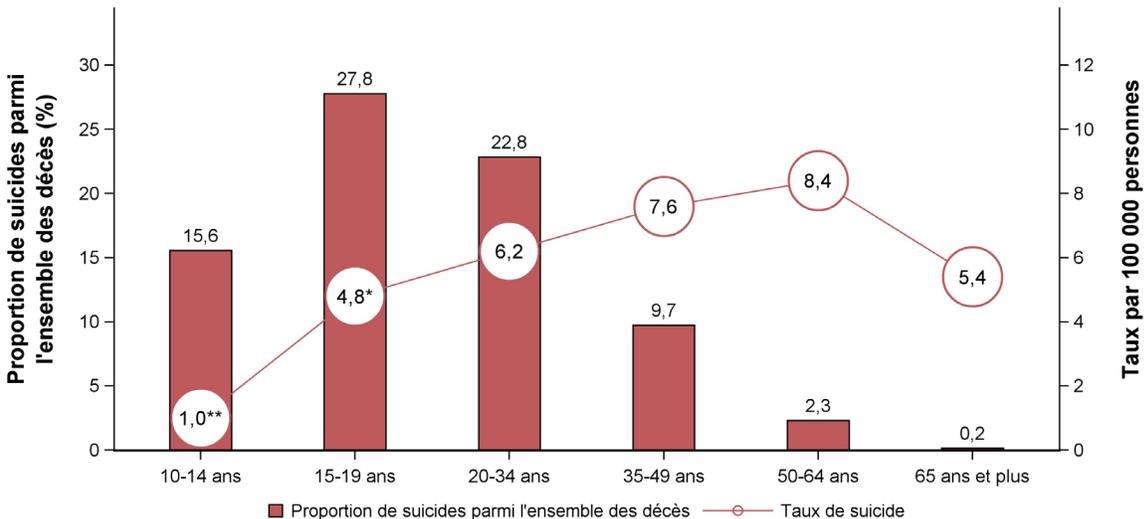


¹ Le taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

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

Sources : MSSS, RED/D de 2019 à 2021 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 5 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide¹ chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2019-2021



¹ Le taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

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

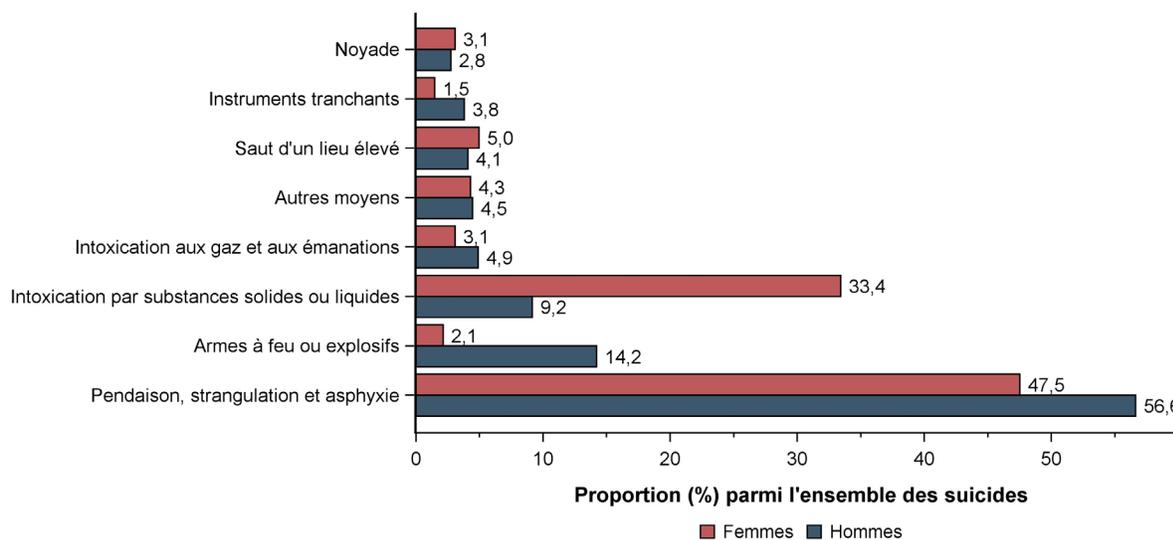
** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Source : MSSS, RED/D 2019 à 2021 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

Pour la période de 2019 à 2021, le moyen le plus commun pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, strangulation et asphyxie. La figure 6 permet de constater que ce moyen était utilisé dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (56,6 %) et dans une proportion moindre chez les femmes (47,5 %). Les suicides par arme à feu sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (14,2 %) que chez les femmes (2,1 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins létaux pour s'enlever la vie que les hommes⁵. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (33,4 %) que par les hommes (9,2 %).

Figure 6 Proportion (%) de suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2019-2021



Source : MSSS, RED/D 2019 à 2021.

Suicide selon les régions sociosanitaires

La comparaison des taux de suicide selon la région sociosanitaire est présentée à la figure 7. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec.

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 13 000 individus) affichait pour la période de 2019 à 2021 un taux de suicide beaucoup plus élevé (173,2 par 100 000 personnes) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (12,6 par 100 000 personnes). Trois autres régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province, soient le Bas-Saint-Laurent (17,7 par 100 000 personnes), Chaudière-Appalaches (16,6 par 100 000 personnes) et la Mauricie et Centre-du-Québec (15,6 par 100 000 personnes).

Trois régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement inférieur au reste de la province, soient Laval, Montréal et la Montérégie (respectivement 6,0 par 100 000 personnes, 9,5 par 100 000 personnes et 10,7 par 100 000 personnes).

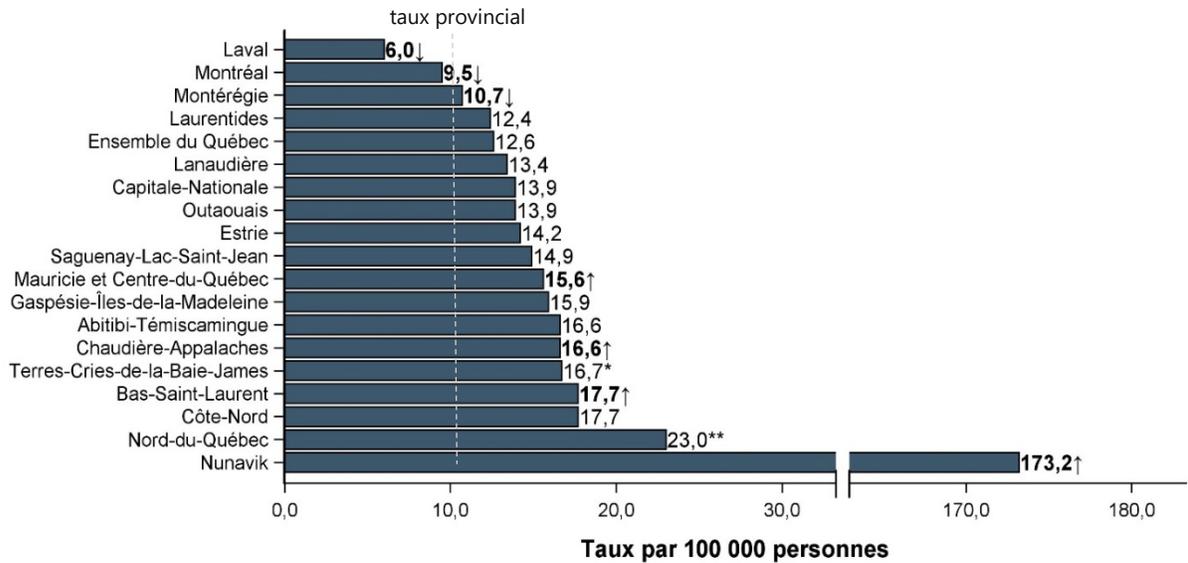
Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 241,9 par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (19,4 par 100 000 personnes). Les régions du Bas-Saint-Laurent et de Chaudière-Appalaches avaient aussi un taux de suicide significativement plus élevé que les hommes du reste de la province (respectivement 28,3 par 100 000 personnes et 26,2 par 100 000 personnes), tandis que les régions de Laval et de Montréal avaient des taux significativement plus bas (respectivement 10,0 par 100 000 personnes et 13,8 par 100 000 personnes).

Chez les femmes du Nunavik, le taux de suicide était de 101,6^m par 100 000 personnes comparativement à 5,8 par 100 000 personnes pour l'ensemble de la province (annexe 2, figure A2). Les femmes de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec avaient aussi un taux de suicide significativement supérieur comparativement aux femmes du reste de la province (8,7 par 100 000 personnes), tandis que celles des régions de Laval et de la Montérégie avaient un taux significativement plus bas (respectivement 2,3^m par 100 000 personnes et 4,3 par 100 000 personnes).

Le tableau A3 de l'annexe 2 présente les taux bruts et taux ajustés de suicide par régions sociosanitaires pour les années 2017 à 2022.

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

Figure 7 Taux ajusté¹ de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2019-2021²



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Ce taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

² Les taux mis en gras dans le graphique sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

↓↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement aux autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS, RED/D de 2019 à 2021 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

3.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Selon les plus récentes données disponibles, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide au Québec était de 42,3 par 100 000 personnes en 2022 (3 627 hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide) (tableau 2). Contrairement aux suicides qui sont plus élevés chez les hommes, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmesⁿ et l'écart entre les sexes augmente depuis plus de dix ans (figure 8). Alors que la différence de taux entre les deux sexes était en moyenne de 9 points d'écart pour les années 2009-2011, cette différence a augmenté à 19 points d'écart pour les années 2020-2022.

Évolution des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe

Depuis 2009, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes a connu une augmentation pour atteindre son pic en 2018 avec un taux ajusté de 56,9 par 100 000 personnes (figure 8). Après avoir connu une légère diminution en 2019 et 2020 (probablement en raison des craintes liées à la fréquentation des hôpitaux durant la pandémie), ce taux est remonté en 2021 et 2022 (respectivement 56,6 par 100 000 personnes et 52,9 par 100 000 personnes).

Chez les hommes, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a légèrement augmenté entre 2009 et 2017 pour ensuite redescendre à partir de 2018. En 2021 et 2022, ce taux était respectivement de 33,4 et 32,2 par 100 000 personnes.

Évolution des hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les groupes d'âge et le sexe

Chez les hommes, c'est l'augmentation du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans, entre 2016 et 2019 qui se démarque (figure 9) (voir aussi annexe 2, tableau A4). Pour ce groupe, ce taux monte progressivement de 38,5 à 52,7 par 100 000 personnes entre 2011 et 2016, tandis que les années 2017, 2018, 2019 sont marquées par un accroissement rapide du taux d'hospitalisations qui bondit alors jusqu'à 71,0 par 100 000 personnes. À partir de 2020, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les adolescents décroît et en 2022, il est revenu à un niveau semblable à celui du début de la période d'observation, soit 44,1 par 100 000 personnes.

La tendance indique une fluctuation du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes âgés de 20 à 34 ans entre 2009 et 2017. Ce taux a évolué de 40,6 pour 100 000 personnes en 2009 à 51,1 pour 100 000 personnes en 2017, marquant ainsi un pic au cours de cette période. Au cours des cinq dernières années, ce taux a légèrement diminué pour devenir relativement stable. En 2022, il s'élevait à 43,1 par 100 000 personnes.

ⁿ Tout groupe d'âge confondu.

Pour les hommes âgés de 35 à 49 ans, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide est resté stable entre 2012 et 2018, se situant autour de 47 par 100 000 personnes. Pour les dernières années observées, ce taux semble avoir légèrement diminué pour ensuite se stabiliser à 38,5 par 100 000 personnes en 2021 et à 42,7 par 100 000 personnes en 2022.

Concernant les hommes âgés de 50 à 64 ans, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide est resté stable entre 2012 et 2018, environ 44 par 100 000 personnes. Après une diminution en 2019 et 2020, ce taux s'est stabilisé à 35,7 par 100 000 personnes en 2021 et 35,1 par 100 000 personnes en 2022.

Entre 2009 et 2021, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide chez les hommes de 65 ans et plus ont connu des variations notables, atteignant un pic en 2020 de 27,4 par 100 000 personnes. Cependant, ce taux demeure nettement inférieur à celui observé chez les hommes plus jeunes, à l'exception des jeunes garçons de 10 à 14 ans.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, il y a eu une augmentation importante du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide (figure 10) (voir aussi annexe 2, tableau A4). Ce taux a triplé en moins de dix ans, passant progressivement de 24,5 par 100 000 personnes en 2009 pour monter à 74,9 par 100 000 personnes en 2016 et ensuite, redescendre à 60,2 par 100 000 personnes en 2019. Pour 2021-2022, le phénomène est encore plus préoccupant puisque ce taux a rapidement augmenté pour atteindre respectivement 118,2 par 100 000 personnes en 2021 et 97,4 par 100 000 personnes en 2022.

Ce sont les adolescentes de 15 à 19 ans qui présentent la hausse la plus marquée du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide. Entre 2009 et 2018, ce taux a constamment augmenté et l'écart avec les autres groupes d'âge s'est agrandi. Après avoir diminué en 2019 et 2020, ce taux a rebondi en 2021 pour atteindre un sommet soit, 204,8 par 100 000 personnes. L'année 2022 est marquée par une légère diminution du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide (193,1 par 100 000 personnes), mais il reste parmi les plus hauts pour la période d'observation.

Chez les femmes de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a augmenté entre 2009 et 2017, passant de 51,2 à 79,0 par 100 000 personnes. Depuis, ce taux a diminué continuellement et représentait 70,8 par 100 000 personnes en 2022.

Malgré quelques variations, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide est resté relativement stable chez les femmes de 35 à 49 ans. En 2009, ce taux était de 57,1 par 100 000 personnes alors qu'en 2022, il était de 50,8 par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 50 à 64 ans, la tendance est similaire. En 2009, leur taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide était de 45,1 par 100 000 personnes et en 2022 de 43,0 par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 65 ans et plus, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a légèrement augmenté entre 2014 et 2016 pour se stabiliser par la suite. En 2022, ce taux était de 25,2 par 100 000 personnes.

Les nombres et les taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires pour les années 2018 à 2022 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A5.

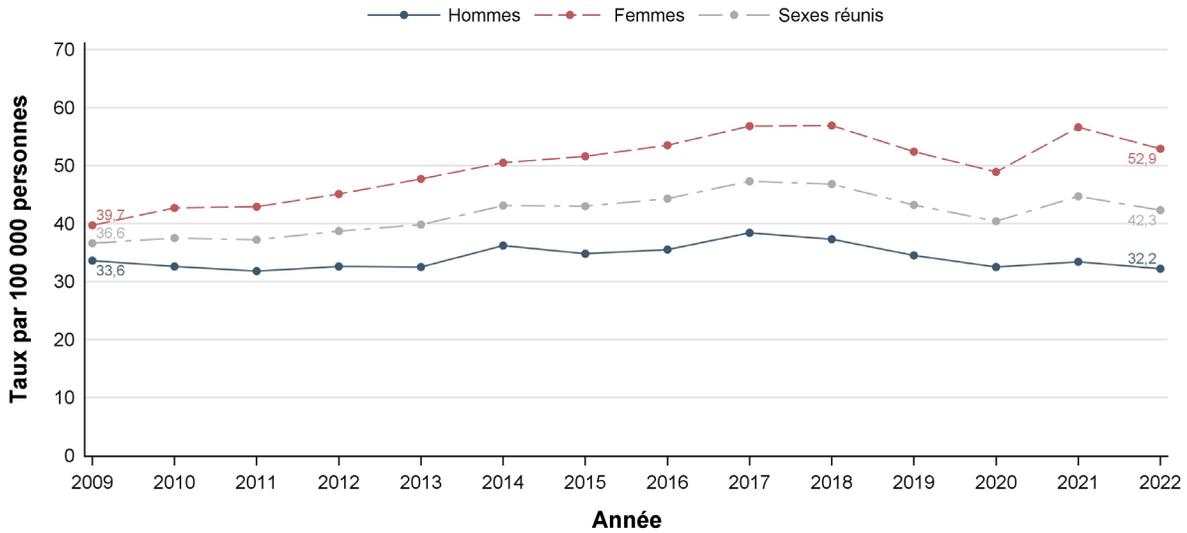
Tableau 2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2009 à 2022

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2009	1 377	35,4	33,6	1 634	41,3	39,7	3 011	38,4	36,6
2010	1 327	33,8	32,6	1 758	44,0	42,7	3 085	38,9	37,5
2011	1 311	33,0	31,8	1 779	44,1	42,9	3 090	38,6	37,2
2012	1 345	33,6	32,6	1 874	46,2	45,1	3 219	39,9	38,7
2013	1 335	33,1	32,5	1 971	48,3	47,7	3 306	40,8	39,8
2014	1 487	36,7	36,2	2 078	50,7	50,5	3 565	43,7	43,1
2015	1 434	35,3	34,8	2 108	51,3	51,6	3 542	43,3	43,0
2016	1 460	35,6	35,5	2 181	52,8	53,5	3 641	44,3	44,3
2017	1 585	38,3	38,4	2 320	55,7	56,8	3 905	47,0	47,3
2018	1 555	37,1	37,3	2 336	55,5	56,9	3 891	46,3	46,8
2019	1 460	34,4	34,5	2 171	51,0	52,4	3 631	42,7	43,2
2020	1 380	32,2	32,5	2 037	47,5	48,9	3 417	39,8	40,4
2021	1 425	33,1	33,4	2 357	54,8	56,6	3 782	44,0	44,7
2022	1 386	31,8	32,2	2 241	51,6	52,9	3 627	41,7	42,3

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

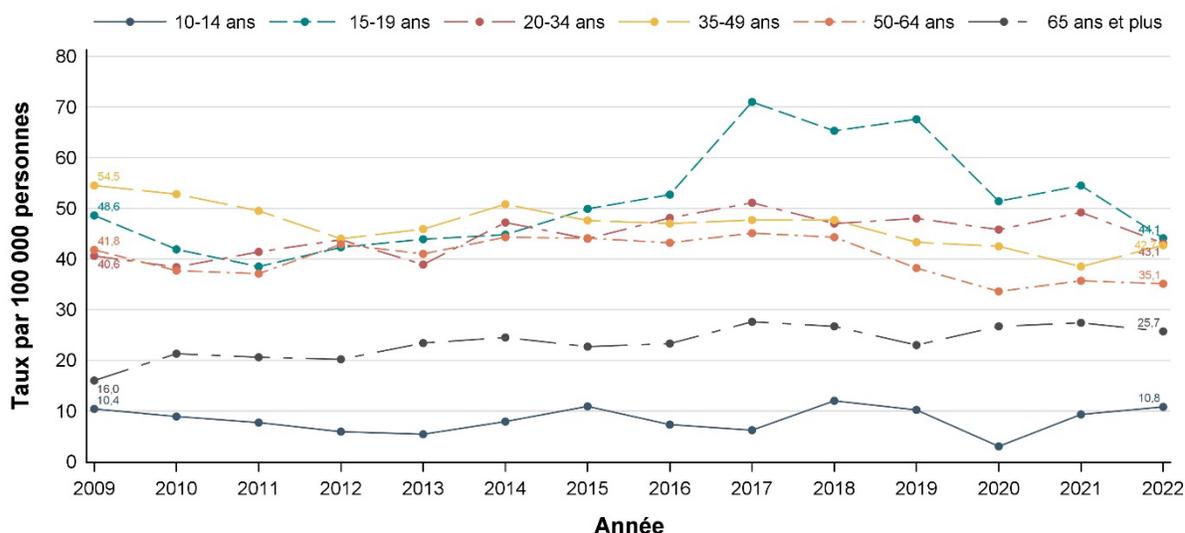
Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2009 à 2022; | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 8 Taux ajusté¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2009 à 2022



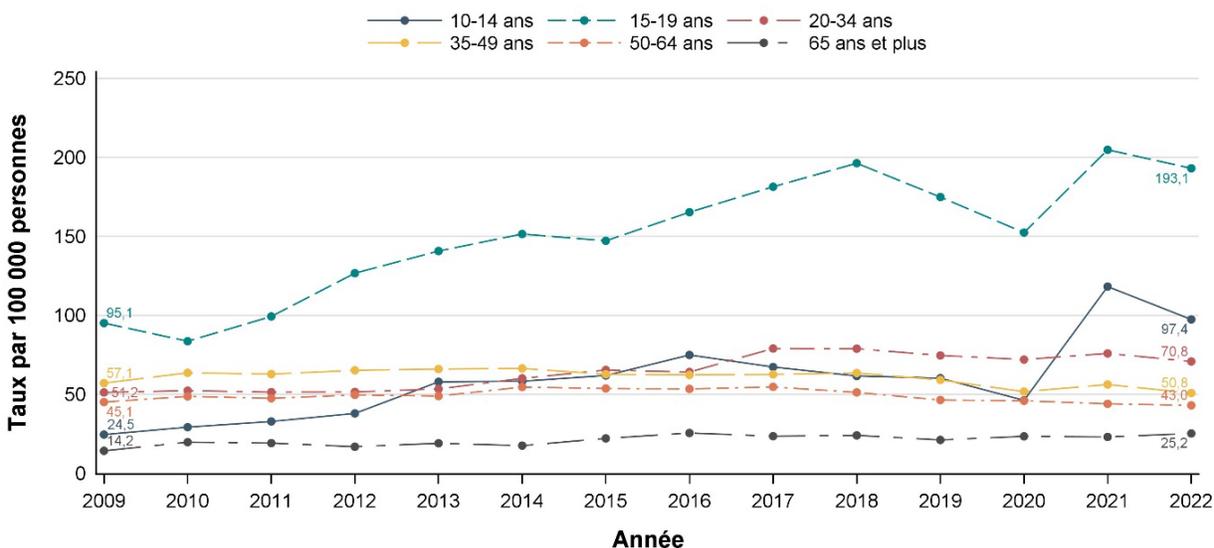
¹ Taux ajusté par 100 000 personnes selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2009 à 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016..

Figure 9 Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022



Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2009 à 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016).

Figure 10 Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022



Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2009 à 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016).

3.3 Les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires

Évolution des visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe

Entre 2015 et 2019, il y a eu une diminution progressive du taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide (tableau 3 et figure 11) passant de 65,5 à 50,8 par 100 000 personnes (sexes réunis). Pour 2020, une baisse importante de 5,4 points a été observée et le taux atteint 45,5 par 100 000 personnes. Il est possible qu'il y ait eu une réelle réduction des tentatives de suicide. Cependant, il est aussi possible que les diverses craintes liées à la pandémie et les mesures sanitaires mises en place aient découragé plusieurs personnes de visiter les urgences.

La tendance à la baisse observée depuis 2015 a été freinée et le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide a augmenté en 2021, 2022 et 2023 pour atteindre respectivement 50,8, 54,3 et 55,8 par 100 000 personnes.

Tel qu'illustré à la figure 11, le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De plus, la hausse observée entre 2020 et 2023 est beaucoup plus importante chez les femmes (hausse de 33 %) que chez les hommes (hausse de 11 %). La différence entre les sexes s'observe principalement chez les enfants (10 à 14 ans), les adolescents (15-19 ans) et les jeunes adultes (20 à 34 ans) alors que chez les individus de 35 ans et plus, le taux de tentatives de suicide est relativement similaire entre les sexes (données présentées pour 2023 seulement, annexe 2, figure A3).

Évolution des visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge

Chez les hommes en 2023, des tendances distinctes sont observées en fonction des tranches d'âge et mis à part les garçons de 10 à 14 ans, les taux de visites aux urgences diminuent avec l'avancement en l'âge. Ainsi, le taux de visites attribuables aux tentatives de suicide est plus élevé chez les hommes de 15 à 19 ans (79,2 par 100 000 personnes) et un taux similaire est aussi observé chez les hommes âgés de 20 à 34 ans (75,5 par 100 000 personnes) (figure 12 et annexe 2, tableau A6).

Malgré quelques variations, le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes est resté relativement stable dans les dernières années, et ce, pour la majorité des groupes d'âge.

Chez les femmes, le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide le plus élevé parmi les différentes tranches d'âge s'observe chez les adolescentes de 15 à 19 ans, et ce, tout au long de la période d'observation, loin devant les jeunes femmes de 20 à 34 ans (respectivement 235,9 et 122,6 par 100 000 personnes en 2023) (figure 13 et annexe 2, tableau A6).

Alors que la tendance est toujours stable pour le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes de 35 ans et plus, il y a une hausse importante de ce taux entre 2020 et 2023 chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, les adolescentes de 15 à 19 ans et les jeunes femmes de 20 à 34 ans.

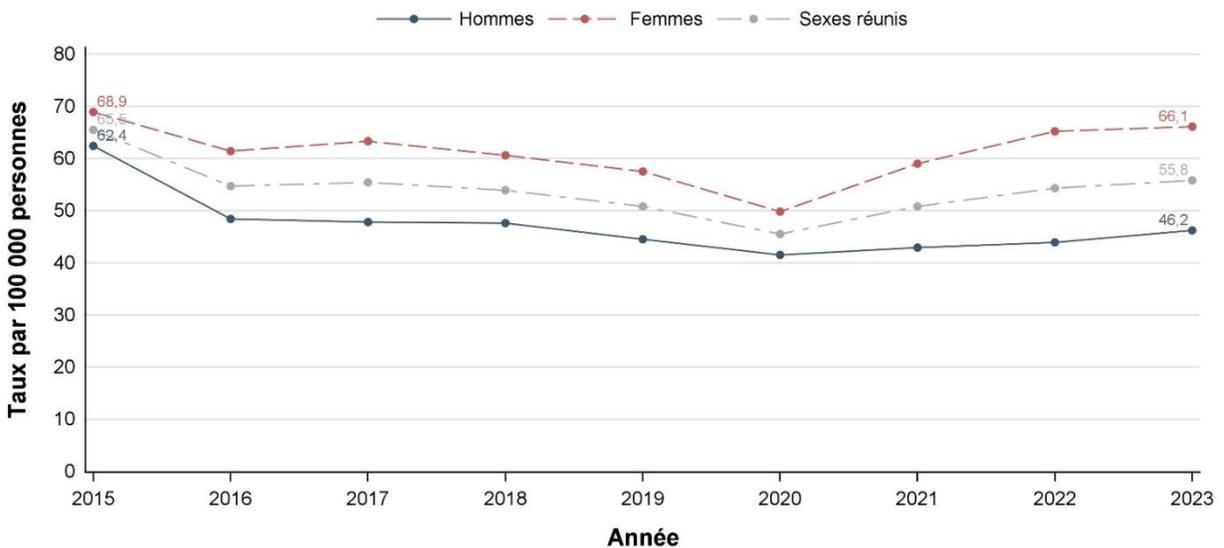
Les nombres et les taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires pour les années 2019 à 2023 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A7.

Tableau 3 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2015	2 580	63,4	62,4	2 811	68,4	68,9	5 391	65,9	65,5
2016	2 001	48,9	48,4	2 496	60,4	61,4	4 498	54,7	54,7
2017	1 990	48,1	47,8	2 584	62,0	63,3	4 575	55,1	55,4
2018	1 999	47,7	47,6	2 480	58,9	60,6	4 484	53,4	53,9
2019	1 890	44,5	44,5	2 374	55,8	57,5	4 264	50,1	50,8
2020	1 776	41,4	41,5	2 068	48,2	49,8	3 844	44,8	45,5
2021	1 834	42,6	42,9	2 436	56,6	59	4 273	49,7	50,8
2022	1 898	43,6	43,9	2 719	62,6	65,2	4 617	53,1	54,3
2023	2 033	45,8	46,2	2 820	64,0	66,1	4 854	54,9	55,8

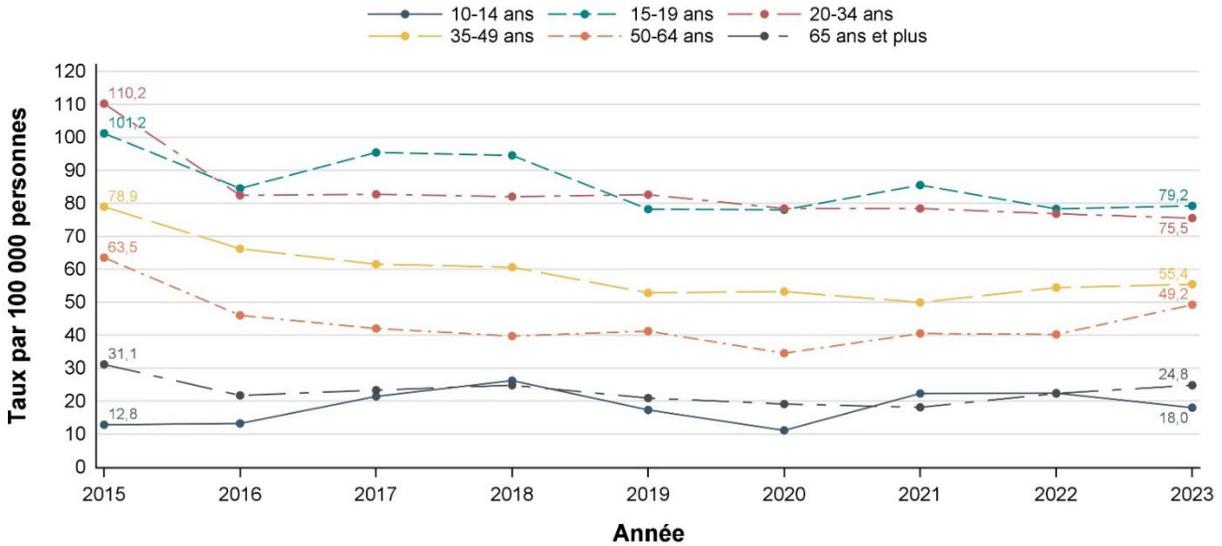
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 11 Taux ajusté¹ de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023



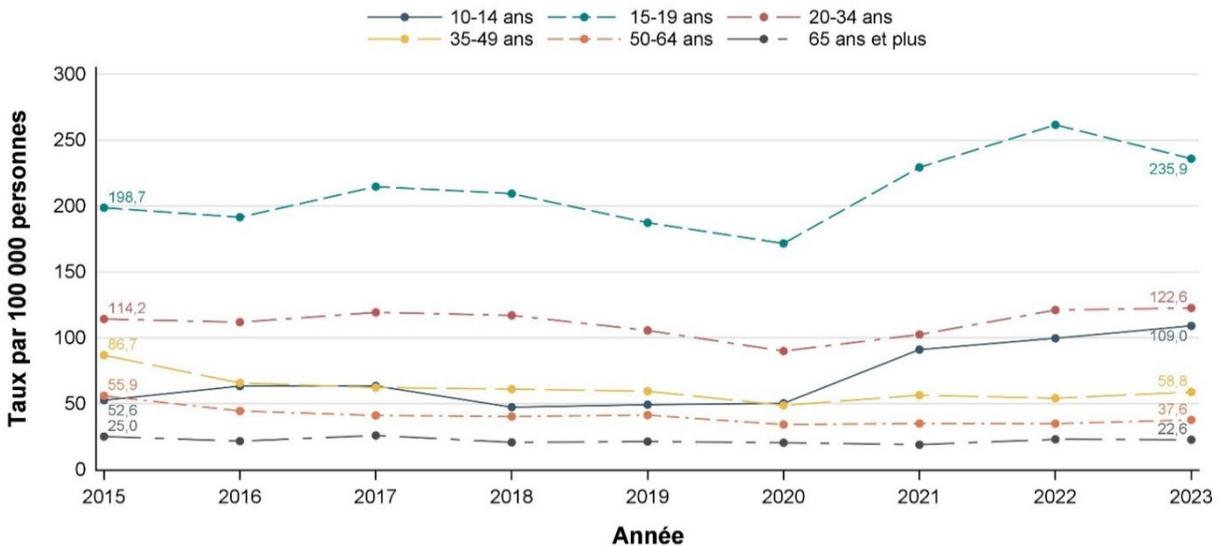
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 12 Taux de visites aux urgences attribuables aux tentative de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 13 Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023



Sources MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Évolution des visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe

La tendance à la hausse du taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires observée au cours des cinq années précédant la pandémie est interrompue en 2020 avec l'apparition de la COVID-19 (tableau 4 et figure 14). Le taux ajusté passe alors de 419,7 à 351,9 par 100 000 personnes entre 2019 et 2020. Il s'agit d'une baisse de 16 %. Les raisons expliquant cette baisse sont probablement les mêmes que celles énoncées pour les tentatives de suicide. Au cours des trois dernières années, il semble que la population ait fréquenté de nouveau les urgences⁶. En effet, le taux de visite aux urgences attribuables aux idées suicidaires a recommencé à monter pour atteindre 397,9 par 100 000 personnes en 2021, 407,5 par 100 000 personnes en 2022 et 409,1 par 100 000 personnes en 2023.

Entre 2014 et 2020, le taux de visite aux urgences attribuables aux idées suicidaires est semblable chez les hommes et les femmes. À partir de 2021, les femmes se démarquent des hommes avec une augmentation importante de leur taux qui atteint alors 437,3 par 100 000 personnes en 2022 et 429,3 par 100 000 personnes en 2023. Ce sont les taux les plus hauts enregistrés depuis le début de la période d'observation en 2015.

Évolution des visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge

Chez les hommes, ce sont les adolescents âgés de 15 à 19 ans qui présentaient les taux les plus élevés de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires (figure 15 et annexe 2, tableau A8). Cependant, à partir de 2020-2021, un changement s'est opéré avec une baisse constante du taux de ces visites chez les adolescents et une augmentation chez les hommes âgés de 20 à 34 ans. Ainsi, en 2023, les hommes de 20 à 34 ans ont surpassé les adolescents en termes de taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires, marquant une évolution notable par rapport aux schémas observés précédemment.

À l'exception des garçons de 10 à 14 ans, le taux de visite aux urgences attribuables aux idées suicidaires diminue avec l'âge. Ainsi, les hommes de 65 ans et plus sont ceux ayant le moins fréquenté les urgences pour cette raison.

Chez les femmes, les mêmes tendances sont observées, mais dans une amplitude encore plus importante (figure 16 et annexe 2, tableau A8). Après avoir diminué pendant la première année de la COVID-19, le taux de visite aux urgences attribuables aux idées suicidaires a rapidement augmenté chez les adolescentes pour atteindre en 2021 le taux le plus haut enregistré depuis la période d'observation, soit 1 644,8 par 100 000 personnes. En 2022 et 2023, ce taux a diminué légèrement (respectivement 1 549,2 et 1 346,1 par 100 000 personnes) pour revenir aux valeurs prépandémiques.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, le taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires a aussi augmenté de façon remarquable passant de 586,5 par 100 000 personnes en 2019 à 888,3 par 100 000 personnes en 2021. Ce taux était légèrement plus bas en 2023 soit, 769,1 par 100 000 personnes.

Chez les femmes âgées de 20 à 34 ans, les résultats signalent une augmentation des visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires en 2022, atteignant un pic de 812,9 pour 100 000 personnes. Pour l'année 2023, il y a une légère diminution avec un taux de 780,1 par 100 000 personnes.

Les femmes de 65 ans et plus sont celles ayant le moins fréquenté les urgences en raison d'idées suicidaires. En 2023, le taux de visite aux urgences pour cette raison était de 232,4 par 100 000 personnes.

La répartition des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires pour 2023 selon le sexe et le groupe d'âge est présentée à l'annexe 2, figure A4,. Les nombres et les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon les régions sociosanitaires pour les années 2019 à 2023 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A9.

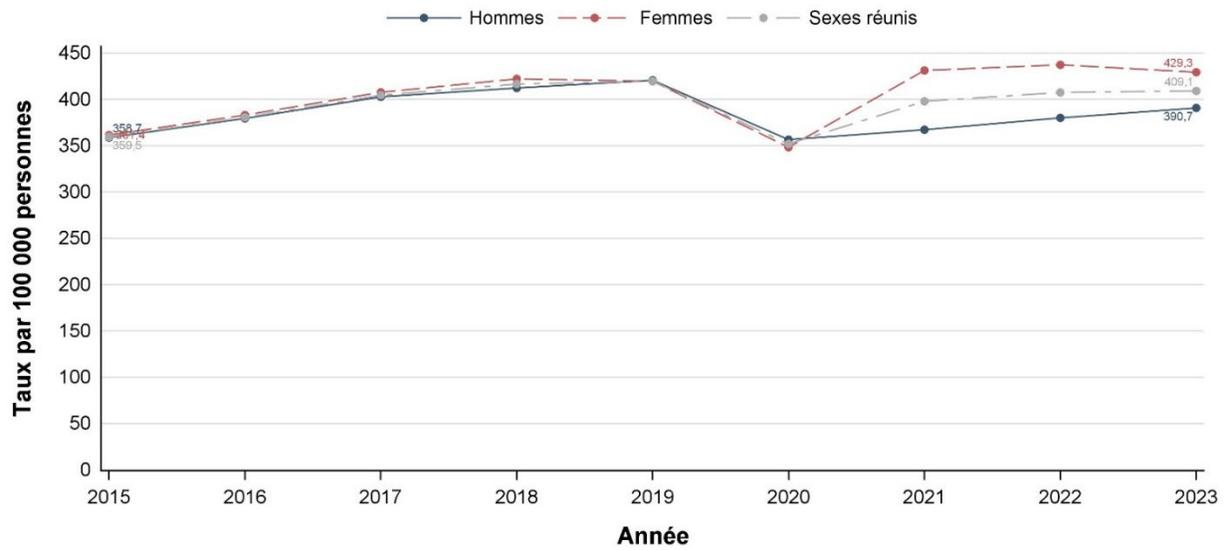
Tableau 4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2015	14 864	365,4	358,7	14 711	358,2	361,4	29 584	361,9	359,5
2016	15 743	384,4	379,4	15 559	376,7	383,0	31 308	380,6	380,6
2017	16 798	406,1	402,7	16 591	398,3	407,6	33 399	402,3	404,5
2018	17 352	414,1	412,3	17 294	410,6	422,1	34 656	412,5	416,5
2019	17 894	421,4	420,6	17 341	407,4	419,6	35 254	414,6	419,7
2020	15 264	356,0	356,5	14 462	337,2	348,3	29 737	346,7	351,9
2021	15 721	365,4	367,2	17 805	414,0	431,2	33 541	389,9	397,9
2022	16 427	377,4	380	18 235	419,9	437,3	34 674	398,8	407,5
2023	17 263	388,8	390,7	18 279	414,6	429,3	35 560	401,9	409,1

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

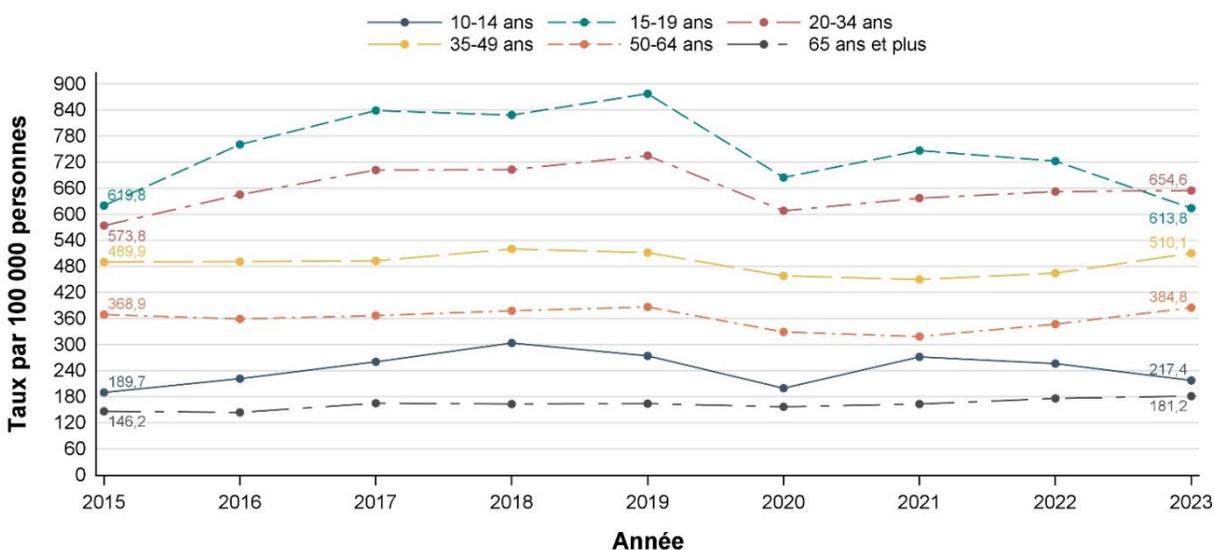
Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 14 Taux ajusté¹ de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2015 à 2023



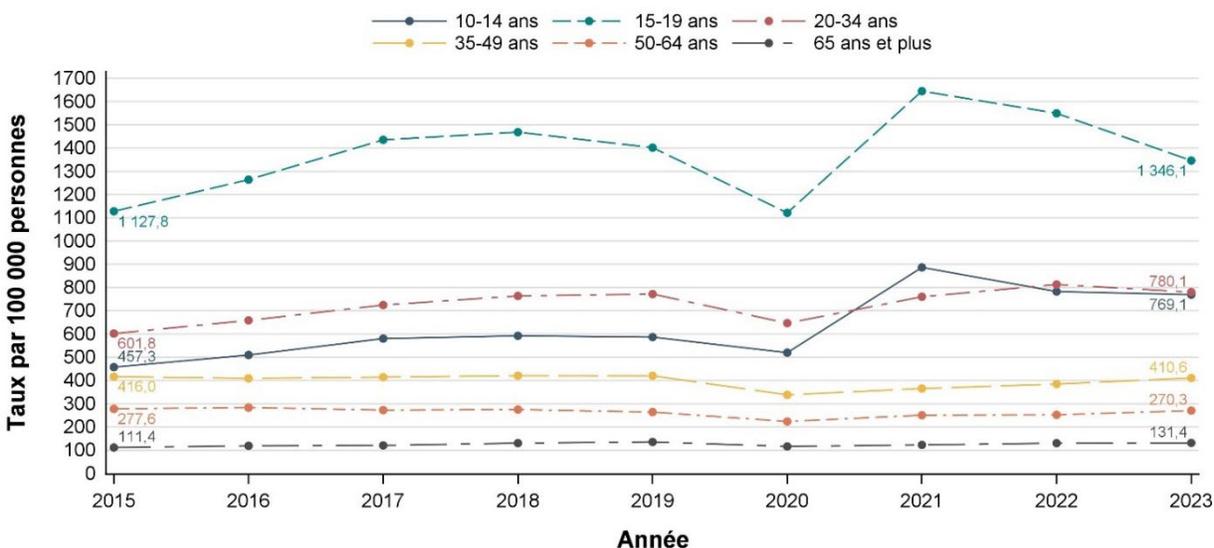
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 15 Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023



Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 16 Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023



Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

3.4 Les récurrences et les suicides chez les personnes avec des antécédents suicidaires identifiés lors d'une hospitalisation

Les analyses présentées dans cette section ont été effectuées en se basant sur deux cohortes, les cas et les témoins, constituées à partir des données dans MED-ÉCHO de 2011 à 2016 et suivies sur une période de 5 ans permettant une fenêtre d'observation allant jusqu'en 2021. Les cas (N=7 228) représentent les individus avec des antécédents suicidaires identifiés lors de leur séjour hospitalier, et les témoins, le groupe de référence, ceux hospitalisés sans identification d'antécédents suicidaires (N=21 681). Le tableau 5 révèle des disparités entre les deux groupes.

Parmi les personnes ayant des antécédents suicidaires, une proportion considérable de 16,7 % a été réhospitalisée au moins une fois pour une tentative de suicide sur une période de 5 ans. Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée chez les témoins, où 0,9 % des individus ont été réhospitalisés pour des problèmes similaires. Cette différence est constatée dans tous les groupes d'âge.

En outre, parmi les individus hospitalisés avec des antécédents suicidaires, 2,5 % ont mis fin à leur vie au cours des 5 années suivant cette identification. En revanche, dans le groupe témoin, ce pourcentage est significativement plus bas, s'élevant à 0,2 %. Cette différence est remarquée à travers toutes les tranches d'âge, soulignant une vulnérabilité accrue nécessitant une surveillance attentive pour prévenir de tels événements.

L'examen des cas révèle des disparités marquées entre les sexes en ce qui concerne les hospitalisations dues à des tentatives de suicide et les suicides. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, en particulier dans la catégorie d'âge de 15 à 19 ans, où les proportions sont respectivement de 21,8 % contre 12,5 %. Cependant, les suicides sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, sauf dans le groupe des 20 à 34 ans où le pourcentage de suicides est identique (1,8 %).

Tableau 5 Suivi¹ des hospitalisations liées aux tentatives de suicide et des suicides sur une période de 5 ans : analyse comparative entre les cas et les témoins selon le sexe et le groupe d'âge

Sexe et groupes d'âge	Cas (N = 7 228)		Témoins (N = 21 681)	
	Hospitalisations attribuables à des tentatives de suicide	Suicides	Hospitalisations attribuables à des tentatives de suicide	Suicides
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hommes				
14 ans et moins	7 (9,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
15-19 ans	32 (12,5)	6 (2,5)	6 (0,8)	3 (0,4)
20-34 ans	126 (16,6)	14 (1,8)	29 (1,3)	5 (0,2)
35-49 ans	111 (14,2)	32 (4,1)	24 (1,0)	12 (0,5)
50-64 ans	115 (14,2)	34 (4,1)	18 (0,8)	7 (0,3)
65 ans et plus	31 (8,6)	11 (3,0)	3 (0,3)	2 (0,2)
Total	422 (13,8)	97 (3,2)	80 (0,8)	29 (0,3)
Femmes				
14 ans et moins	49 (14,7)	3 (1,0)	12 (0,9)	0 (0,0)
15-19 ans	176 (21,8)	5 (0,6)	44 (1,9)	1 (0,0)
20-34 ans	200 (20,5)	18 (1,8)	18 (0,6)	3 (0,1)
35-49 ans	175 (20,7)	29 (3,4)	19 (0,8)	4 (0,2)
50-64 ans	149 (18,1)	25 (3,0)	12 (0,5)	1 (0,0)
65 ans et plus	35 (8,9)	4 (1,0)	3 (0,3)	0 (0,0)
Total	784 (18,8)	84 (2,0)	108 (0,9)	9 (0,1)
Sexe réunis				
14 ans et moins	56 (13,6)	3 (0,9)	12 (0,7)	0 (0,0)
15-19 ans	208 (19,6)	11 (1,1)	50 (1,6)	4 (0,1)
20-34 ans	326 (18,8)	32 (1,8)	47 (0,9)	8 (0,2)
35-49 ans	286 (17,6)	61 (3,8)	43 (0,9)	16 (0,3)
50-64 ans	264 (16,1)	59 (3,6)	30 (0,6)	8 (0,2)
65 ans et plus	66 (8,8)	15 (1,9)	6 (0,3)	2 (0,1)
Total	1 206 (16,7)	181 (2,5)	188 (0,9)	38 (0,2)

¹ Les cohortes cas-témoins ont été constituées à partir des données de 2011 à 2016 et les suivis ont été réalisés sur une période de 5 ans créant une fenêtre d'observation allant de 2011 à 2021.

Sources : pour la création des cohortes et l'identification des tentatives de suicide : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, 2011-2021. Pour l'identification des suicides : MSSS : RED/D de 2011 à 2021.

4 DISCUSSION

4.1 Les suicides

Le portrait sur les comportements suicidaires au Québec fournit des données quantitatives détaillées sur le suicide, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide et les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires décomposées par sexe et par tranches d'âge. Ces informations précises permettent d'observer les tendances spécifiques selon différentes catégories démographiques, de saisir les changements dans le temps et d'évaluer la dynamique des comportements suicidaires. Ce rapport met aussi en évidence les groupes à risque et fournit des informations essentielles pour développer des interventions de prévention.

Les données récentes démontrent une stabilité générale des taux de suicide au Québec. Malgré des fluctuations dans certains groupes démographiques, le taux de suicide ajusté est stable depuis quelques années, atteignant 12,0 par 100 000 personnes en 2021 et 12,7 par 100 000 personnes en 2022.

Au début des années 2000, de nombreuses mesures de prévention ont été mises en œuvre avec succès, conduisant à une baisse significative des taux de suicide. Cette diminution est un signe encourageant, illustrant l'efficacité des efforts déployés pour sauver des vies et améliorer la santé mentale de la population. La tendance démontrant des taux de suicide relativement stables au cours des dernières années convainc de l'importance de donner un nouveau souffle à la prévention du suicide. À cet effet, rappelons le lancement de la Stratégie nationale de prévention du suicide – Rallumer l'espoir en 2022, avec laquelle le gouvernement du Québec s'est fixé des cibles de réduction des décès par suicide, des tentatives et des idées suicidaires. Par ailleurs, les obstacles persistants ou les nouveaux facteurs de risque émergents doivent être étudiés et pris en considération.

Les taux de suicide varient considérablement entre les régions sociosanitaires au Québec, avec le Nunavik affichant depuis plusieurs années des taux plus élevés que la moyenne provinciale. Le Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches et la Mauricie et Centre-du-Québec ont également des taux de suicide significativement plus élevés que le reste de la province. En revanche, Laval, Montréal et la Montérégie présentent des taux nettement inférieurs. Les disparités régionales soulignent la nécessité d'adopter des approches différenciées dans la prévention du suicide, tout en reconnaissant que chaque région peut bénéficier d'actions adaptées à ses spécificités.

Les régions affichant des taux de suicide élevés peuvent nécessiter des interventions spécifiques tenant compte du contexte socioculturel propre aux endroits éloignés⁷⁻⁹. Dans les régions où les taux de suicide sont bas, il est important de maintenir les efforts de prévention afin d'éviter une augmentation. Les facteurs de protection qui favorisent la prévention du suicide dans ces régions doivent aussi être identifiés afin qu'ils soient intégrés à des actions dans les endroits plus à risque.

Les disparités entre les régions soulignent aussi l'importance de l'approche territoriale dans la compréhension et la prévention du suicide. Elles suggèrent l'impact des facteurs locaux^{18,19} et appellent à une réponse adaptée, intégrant des programmes culturellement sensibles et des ressources différenciées pour réduire les taux de suicide.

La différence entre les moyens utilisés pour s'enlever la vie, entre les hommes et les femmes, est un aspect important dans l'étude des comportements suicidaires. Les données recueillies au Québec, entre 2019 et 2021, mettent en évidence des variations significatives dans les méthodes employées selon le genre. La pendaison, strangulation et asphyxie est le moyen le plus utilisé chez les hommes et les femmes, mais avec une prévalence plus marquée chez les hommes, représentant plus de la moitié des suicides. À l'inverse, les suicides par arme à feu sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, ce qui reflète une tendance mondiale où les hommes utilisent plus souvent des méthodes létales^{12,13}.

Les femmes semblent opter pour des méthodes moins mortelles, telles que les intoxications par substances solides ou liquides, comme l'ingestion de médicaments. Cette différence pourrait refléter des aspects socioculturels ainsi que des préoccupations liées à la perception de la douleur ou à l'intention de survivre après une tentative de suicide^{12,13}.

Ces différences dans les méthodes utilisées pour s'enlever la vie soulignent l'importance de comprendre les facteurs sous-jacents qui influencent ces choix. Cela met également en lumière la nécessité d'adapter les interventions de prévention du suicide en fonction des caractéristiques propres à chaque groupe, en visant à réduire l'accès aux moyens létaux.

4.2 Les hospitalisations et les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires

Contrairement aux suicides, qui sont plus fréquents chez les hommes, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont davantage observées chez les femmes, marquant ainsi une autre différence significative entre les sexes. Cette disparité souligne l'importance de comprendre et de cibler les besoins spécifiques des femmes en matière de santé mentale, en mettant en place des interventions adaptées à leurs réalités et à leurs préoccupations^{20,21}.

Parmi les groupes qui présentent des vulnérabilités, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans et les jeunes filles de 10 à 14 ans se démarquent. Ces populations présentent des taux plus élevés d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide, indiquant une vulnérabilité particulière et un besoin urgent d'interventions préventives ciblées. Ces constats soulignent l'importance d'une sensibilisation accrue et d'une accessibilité renforcée aux services de santé mentale pour ces groupes d'âge spécifiques. Cela implique non seulement de reconnaître les signes précurseurs de détresse, mais aussi de fournir des ressources adéquates et accessibles pour aider ces jeunes à faire face à leurs difficultés.

Les pressions sociales, académiques et personnelles peuvent être écrasantes pour les adolescentes et les jeunes filles. C'est pourquoi il est essentiel de créer des environnements sûrs où elles se sentent à l'aise de demander de l'aide sans crainte de stigmatisation ou de jugement.

Il est essentiel de mettre en place des programmes éducatifs visant à promouvoir la santé mentale et à enseigner des compétences personnelles et sociales comme la gestion du stress et des émotions dès le plus jeune âge. Les écoles, les familles et les communautés ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion du bien-être des adolescentes et des jeunes filles^{22,23}.

4.3 Les récurrences et les suicides chez les personnes identifiées avec des antécédents suicidaires lors de leur séjour hospitalier

Une étude exploratoire a permis d'analyser le risque de récurrence chez les personnes ayant des antécédents suicidaires identifiés lors de leur hospitalisation, et ce, en étudiant celles qui retournent à l'hôpital pour une tentative de suicide et celles qui décèdent par suicide. Les analyses de cette étude sont issues de l'utilisation de la Banque de données jumelée sur le suicide, un système innovant qui intègre six fichiers médico-administratifs et qui permet de suivre le profil des individus ayant des antécédents suicidaires, offrant ainsi une perspective détaillée sur cette dimension particulière de la santé mentale^o.

Les constats préliminaires issus de cette étude menée sur une cohorte de 7 228 individus ayant été identifiés avec des antécédents suicidaires montrent des différences notables par rapport au groupe témoin de 21 681 personnes. Les cas affichent une fréquence d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide près de 30 fois supérieure à celle des témoins. De plus, en ce qui concerne les suicides, la probabilité est 10 fois plus élevée chez les individus ayant des antécédents suicidaires que chez les témoins.

Malgré l'appariement pour l'âge et le sexe, il aurait été judicieux d'effectuer des ajustements supplémentaires pour d'autres facteurs de confusion afin d'évaluer plus précisément l'ampleur de la relation entre les antécédents suicidaires et les deux issues mesurées. Cette démarche aurait permis de mieux comprendre et de quantifier l'influence potentielle d'autres variables sur les résultats, renforçant ainsi la robustesse et la validité des conclusions de l'étude.

L'usage du code Z915 présente des limites évidentes, car seule une fraction des individus manifestant des comportements suicidaires sont admis à l'hôpital et il n'existe pas de dépistage systématique de ces comportements par les professionnels de la santé, lors de l'hospitalisation. De plus, les pratiques d'enregistrement de ce code par les archivistes varient probablement d'un établissement à un autre et aucune procédure standardisée n'est uniformément appliquée.

^o Le Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), le Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), le Fichier des décès du Registre des événements démographiques (RED), le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le Fichier des services pharmaceutiques et la banque de données automatisée du coroner.

Cependant, l'identification d'une cohorte de personnes ayant ce code permet d'amorcer une première étude exploratoire pour évaluer leur fréquence ultérieure d'utilisation des services liés aux comportements suicidaires.

Le code Z915 a d'ailleurs déjà été utilisé dans d'autres études en lien avec les comportements suicidaires¹⁸⁻²³. L'Institut australien de la santé et du bien-être, reconnu pour son leadership dans la surveillance du suicide, a mandaté le Bureau australien des statistiques pour identifier (à l'aide de la CIM-10) les facteurs de risque psychosociaux associés aux comportements suicidaires^{9,10}. En 2022, parmi les personnes qui se sont enlevé la vie, les antécédents personnels de lésions auto-infligées identifiées à l'aide du code Z915 étaient le facteur de risque de suicide le plus fréquemment identifié chez les hommes et les femmes. Une autre étude australienne similaire a aussi identifié ce code comme étant associé à un risque plus élevé de suicide¹⁸.

Bien que partiellement validés, les résultats préliminaires en lien avec le code Z915 offrent néanmoins des perspectives initiales intéressantes. Ils permettent de repérer des tendances potentielles, d'identifier les points à améliorer dans la documentation médicale et d'orienter des études futures pour améliorer l'utilisation du codage pour identifier les antécédents suicidaires. Ces résultats soulignent aussi la nécessité d'interventions préventives et d'une compréhension approfondie des limites actuelles dans l'archivage des renseignements liées aux comportements suicidaires.

Bien que la validation complète soit en attente, l'utilisation dans les milieux hospitaliers du code Z915 peut avoir un rôle essentiel en surveillance en identifiant les individus à risque de suicide. Cette identification doit servir de tremplin pour une prise en charge appropriée et un suivi attentif de ces personnes potentiellement plus vulnérables.

Pour la prise en charge des patients, il est important de détecter les antécédents de comportements suicidaires, car cela favorise la compréhension et la compassion, tout en réduisant la vision pathologique liée aux hospitalisations²⁶. Cependant, l'omission de ces informations limite notre arsenal de données pertinentes et entrave la prise en charge de la santé mentale^{24,25}. Il est essentiel de garantir une assistance et un accompagnement adéquats pour répondre aux besoins spécifiques de ces individus, favorisant ainsi une meilleure prévention du risque suicidaire et une amélioration de leur bien-être mental.

5 CONCLUSION

Les résultats récents indiquent une stabilité générale des taux de suicide au Québec. Bien que certaines fluctuations soient observées dans certains groupes démographiques, ces taux restent relativement constants. Dans ce contexte, il est à noter que le lancement de la Stratégie nationale de prévention du suicide – Rallumer l'espoir en 2022 intervient de manière opportune, injectant ainsi une nouvelle dynamique dans les initiatives prometteuses en prévention du suicide.

Les disparités régionales importantes en matière de taux de suicide réclament une vigilance accrue dans la surveillance des comportements suicidaires à l'échelle locale. Les régions avec des taux significativement plus élevés nécessitent des interventions ciblées pour comprendre les facteurs contributifs spécifiques et adapter les approches de prévention, tandis que les régions où les taux sont significativement plus bas exigent une surveillance constante pour prévenir tout risque d'augmentation. Pour mieux prévenir le suicide, les facteurs de protection doivent aussi être bien identifiés et mis en valeur.

Concernant les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide, les femmes, en particulier les adolescentes, sont plus fréquemment touchées. Ainsi, il est nécessaire de créer des environnements où elles peuvent demander de l'aide facilement et de mettre en place des actions ciblées pour renforcer l'accès aux ressources.

Enfin, l'identification des individus à risque, comme ceux ayant des antécédents suicidaires, met en évidence la nécessité d'une prise en charge spécifique, d'un suivi attentif et d'une meilleure documentation médicale pour prévenir les récives et améliorer la santé mentale des Québécois.

6 RÉFÉRENCES

1. St-Laurent, D. & Bouchard, C. L'Épidémiologie Du Suicide Au Québec: Que Savons-Nous de La Situation Récente? 1–23.
2. Levesque, P., Rassy, J., & Genest, C. Le Suicide Au Québec: 1981 à 2019 — Mise à Jour 2022. 56.
3. Direction générale des services de santé et de médecine universitaire. Cadre Normatif Pour Le Système d'information de Gestion Des Urgences (SIGDU). [http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/getdoc/a5598c90-7295-4f33-89ca-c9b607dbde43/Cadre-normatif-SIGDU-Version-3-\(Novembre-2009\).aspx](http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/getdoc/a5598c90-7295-4f33-89ca-c9b607dbde43/Cadre-normatif-SIGDU-Version-3-(Novembre-2009).aspx) (2021).
4. Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É. & Perron, P.-A. La Mortalité Par Suicide Au Québec: 1981 à 2015 – Mise à Jour 2018. 23 pages.
5. Elnour, A. A. & Harrison, J. Lethality of suicide methods. *Injury Prevention* **14**, 39–45 (2008).
6. Gariépy, P. L.-C. B.-G. Vigie des idéations suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences. (2021).
7. Poliakova, N. et al. Sociocultural factors in relation to mental health within the Inuit population of Nunavik. *Canadian Journal of Public Health* 1–13 (2022).
8. Kumar, M. B. & Tjepkema, M. Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian census health and environment cohort (CanCHEC). (2019).
9. Young, T. K., Revich, B. & Soininen, L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *International Journal of Circumpolar Health* **74**, 27349 (2015).
10. Hirsch, J. K. & Cukrowicz, K. C. Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health* **38**, 65 (2014).
11. Casant, J. & Helbich, M. Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: A literature review. *International journal of environmental research and public health* **19**, 2669 (2022).
12. Kim, E., Kim, H. J. & Lee, D. H. The characteristics and effects of suicide attempters' suicidality levels in gender differences. *Heliyon* **9**, e16662 (2023).
13. Mergl, R. et al. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS One* **10**, e0129062 (2015).
14. Beautrais, A. L. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine* **14**, 35–42 (2002).
15. Freeman, A. et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC psychiatry* **17**, 1–11 (2017).
16. Abraham, Z. K. & Sher, L. Adolescent suicide as a global public health issue. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* **31**, (2019).

17. LeCloux, M. et al. A Longitudinal Study of Health Care Resources, Family Support, and Mental Health Outcomes Among Suicidal Adolescents. *Analyses of Social Issues and Public Policy* **17**, 319–338 (2017).
18. Health, A. I. of & Welfare. *Serving and Ex-Serving Australian Defence Force Members Who Have Served Since 1985: Suicide Monitoring 1997 to 2020*. (Australian Institute of Health and Welfare, 2022).
19. Aaltonen, K. I., Isometsä, E., Sund, R. & Pirkola, S. Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **139**, 154–163 (2019).
20. Hafferty, J. D. et al. The role of neuroticism in self-harm and suicidal ideation: results from two UK population-based cohorts. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* **54**, 1505–1518 (2019).
21. Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. & Lönnqvist, J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996–2003. *American journal of epidemiology* **167**, 1155–1163 (2008).
22. Russell, E. R. et al. Mental health and suicide in former professional soccer players. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* (2020).
23. Tiihonen, J. et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Archives of general psychiatry* **63**, 1358–1367 (2006).
24. Lauren Moran, James Eynstone-Hinkins, Fiona Khoo, & Katrina Sheehan. *Psychosocial Risk Factors as They Relate to Coroner-Referred Deaths in Australia*. (2019).
25. *Australien Gouvernement, Australien Institute of Health and Welfare. Psychosocial risk factors and deaths by suicide*.
26. Kinderman, P., Allsopp, K., Zero, R., Handerer, F. & Tai, S. Minimal use of ICD social determinant or phenomenological codes in mental health care records. *Journal of Mental Health* **32**, 216–225 (2023).
27. Imm, P., Grogan, B. & Diallo, O. Self-harm injury hospitalisations: an analysis of case selection criteria. *Inj Prev* **27**, i49–i55 (2021).
28. Thibodeau, L. *Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques*. (2015).
29. *santé, S. C. D. des statistiques sur la & Geran, L. Comparabilité de La CIM-10 et de La CIM-9 Pour Les Statistiques de La Mortalité Au Canada [Ressource Électronique]*. (Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, 2005).
30. Hamel, D. & Pampalon, R. *Traumatismes et Défavorisation Au Québec*. (Institut national de santé publique du Québec, 2002).

ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES

Données sur le suicide

Le dénombrement des suicides repose sur deux sources : le Registre des événements démographiques — Fichier des décès (RED/D) du MSSS pour les années 1981 à 2022 (mise à jour 18 décembre 2023) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2022. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus dans la province ou à l'extérieur de la province. Les cas de suicide ont été identifiés à l'aide des causes initiales de décès colligées dans le RED/D et codifiés selon deux versions CIM : la 9^e révision (CIM-9) de 1981 à 1999 et la 10^e révision (CIM-10) pour les années 2000 à 2021. Les suicides ont été identifiés à l'aide des codes E950 à E959 pour les années codifiées selon la CIM-9 et des codes X84 et Y87.0 pour les années codifiées selon la CIM-10.

L'utilisation d'une extraction de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'analyser des données récentes qui n'ont pas encore été ajoutées au RED/D. Il y a dans cette extraction a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion est un décès par suicide (93,0 % pour 2022) ; et b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (7 % pour 2022). Au moment de l'extraction des données (8 décembre 2023), 14 % de l'ensemble des investigations du coroner pour des décès survenus en 2022 étaient en cours. Il est probable que ces investigations en cours recèlent un certain nombre de suicides. En raison du pourcentage élevé d'investigations encore en cours au moment de l'extraction des données, il y a probablement une sous-estimation importante du nombre et du taux de suicide pour 2022. Pour cette raison, les résultats pour 2022 sont présentés à titre indicatif seulement.

Les données de population utilisées pour calculer les taux de suicide proviennent des estimations de population pour les années 1981 à 2022 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

Le calcul des taux standardisés ajustés pour les suicides a été réalisé en utilisant la méthode de standardisation directe. La population de référence utilisée est celle de 2016 et prenait les groupes d'âge suivant : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus.

Les statistiques sur le suicide sont souvent utilisées pour évaluer l'ampleur du phénomène. Néanmoins, des préoccupations d'ordre général sont parfois soulevées et la fiabilité des données sur le suicide est régulièrement remise en question¹⁶. Plusieurs raisons sont évoquées pour mettre en doute l'exactitude et l'interprétation des données. Parmi celles-ci, le passage à la dernière révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM). Cette révision a été réalisée durant la période couverte dans ce rapport lors du passage de la CIM-9 (de 1981 à 1999) à la CIM-10 (de 2000 à 2022). Selon un rapport émis par Statistique Canada, le passage de la CIM-9 à la CIM-10 n'a eu aucune incidence (rapport nul 0,0 %) sur le nombre de décès attribuables aux lésions auto-infligées (suicide)¹⁷.

Les données des fichiers fermés des décès, pour les années 2013 à 2021, excluent les événements de résidents québécois survenus au Manitoba. Ces décès ne représentent probablement que très peu de suicides.

Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont identifiées dans le système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) (mise à jour novembre 2023). Ces hospitalisations sont identifiées à partir de la variable diagnostic principal grâce aux codes X60 à X84 et Y87.0 enregistrés dans MED-ÉCHO selon la dixième révision de la version canadienne de la CIM (CIM-10-CA).

Toutes les hospitalisations attribuables aux traumatismes survenus chez des Québécois ayant été admis à l'hôpital entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2022 ont été sélectionnées.

Une personne est considérée un cas lorsqu'elle a été admise pour une hospitalisation attribuable à une tentative de suicide. Les personnes incluses étaient admises pour l'une des conditions suivantes :

- des soins physiques de courte durée;
- des soins psychiatriques de courte durée;
- des soins de longue durée en unité de courte durée.

Les personnes avec les conditions d'hospitalisations suivantes ont été exclues :

- les hospitalisations en chirurgie d'un jour;
- les hospitalisations en soins de longue durée;
- les soins post-mortem;
- les transferts et les réadmissions pour un même événement traumatique;
- les hospitalisations attribuables aux complications dues à des actes chirurgicaux et à des soins médicaux;
- les séquelles de traumatismes ou d'empoisonnements;
- les hospitalisations associées à une cause extérieure sans qu'un diagnostic de blessure soit inscrit en diagnostic principal ou secondaire;
- les hospitalisations dont le diagnostic principal provient de la Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé (codes V en CIM-9 et Z en CIM-10-CA).

- Les données de population utilisées pour calculer les taux proviennent des estimations de population pour les années 2009 à 2023 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

Le calcul des taux ajustés pour les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a été réalisé en utilisant la méthode de standardisation directe. La population de référence utilisée est celle de 2016 et prenait les groupes d'âge suivants: 1 an et moins et ensuite par tranches d'âge de 5 ans allant de 5 à 9 ans jusqu'à 85 à 89 ans. Un dernier groupe de 90 ans et plus a aussi été inclus.

Données sur les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires

Les tentatives de suicide et les idées suicidaires ayant nécessité une visite aux urgences sont identifiées dans le Système d'information et de gestion des urgences³ (SIGDU) (mise à jour 1^{er} janvier 2024).

Les données saisies dans ce système concernent les usagers qui ont reçu des soins et services urgents nécessitant l'ouverture d'un épisode de soins dans l'une des installations opérant une urgence. Certaines informations sont de nature sociodémographique ou temporelle alors que d'autres concernent l'état de santé de l'utilisateur.

Toute personne est considérée comme « inscrite à l'urgence » tant et aussi longtemps qu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement et qu'elle n'occupe pas un lit de l'installation. Cette notion correspond à un épisode de soins à l'urgence.

Toutes les demandes de services faites à l'urgence ne font pas nécessairement l'objet d'une ouverture de dossier ou d'un épisode de soins couvert. C'est le cas, par exemple, de l'utilisateur qui arrive avec une ordonnance médicale prescrivant un test diagnostique tel qu'un repas baryté et qu'on réfère immédiatement au service d'imagerie médicale.

Les épisodes de soins ayant les particularités suivantes ne sont pas considérés dans le cadre normatif :

- épisodes pour lesquels l'utilisateur se présente à l'urgence pour un test diagnostique;
- épisodes pour lesquels l'utilisateur se présente pour une visite en consultation externe.

Les comportements suicidaires ont été identifiés grâce à la variable « raisons de la visite ». La raison de la visite correspond à celle établie à la suite du triage avec l'aide de l'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Elle correspond au symptôme principal, les symptômes étant regroupés par système.

Bien que le cadre conceptuel du SIGDU ne présente pas de définition spécifique pour les différents comportements suicidaires, l'INSPQ a adopté la définition de l'Organisation mondiale

de la santé qui définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort^p. Le terme « tentative de suicide » désigne tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagressions, avec intention de mourir ou pas. Les idées suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Il faut noter que les actes d'automutilations constituent dans le SIGDU une raison de la visite spécifique qui n'a pas été considérée dans l'analyse des comportements suicidaires.

Les données de population utilisées pour calculer les taux proviennent des estimations de population pour les années 2015 à 2023 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

Le calcul des taux ajustés pour les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires a été réalisé en utilisant la méthode de standardisation directe. La population de référence est celle de 2016 et en prenant les groupes d'âge suivant : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus.

Analyses statistiques

Pour calculer les taux des différents comportements suicidaires, les estimations de la population pour les années 1981 à 2022 ont été utilisées. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'ISQ. Les taux sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et les régions sociosanitaires de résidence des personnes visées. Les catégories d'âge ont été définies en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires.

Les taux présentés dans ce document ont été ajustés selon l'âge et selon la méthode de standardisation directe. Cette opération est réalisée dans le but de limiter l'effet de la structure d'âge de la population sur les taux et de permettre les comparaisons entre les sexes, dans le temps ou entre les régions. La population québécoise de l'année 2016 a été retenue comme population de référence pour le calcul des taux. La méthode d'ajustement utilise sept groupes d'âge pour la pondération des décès et des visites aux urgences et 18 groupes pour les hospitalisations^q. Cette méthode permet d'améliorer la précision des données lors de l'utilisation de tests statistiques. Dans certaines circonstances, les taux spécifiques, c'est-à-dire par groupe d'âge de la population, ont également été calculés.

Pour quelques figures, des moyennes mobiles sur trois années^r ont été calculées pour atténuer les fluctuations annuelles, souligner les tendances à plus long terme et améliorer les figures présentées. Une moyenne mobile est une technique statistique utilisée pour lisser les fluctuations

^p <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/definitions#:~:text=Suicide,identifier%20les%20d%C3%A9c%C3%A8s%20par%20suicide>.

^q Le nombre élevé d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide permet une pondération plus fine avec un nombre plus élevé de groupes d'âge.

^r Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2022. Pour ces années aux limites de notre série temporelle, des moyennes mobiles sur 2 ans ont été calculées.

d'une série chronologique en calculant la moyenne des valeurs adjacentes sur une période donnée. Dans le contexte d'une moyenne mobile sur trois ans, cela signifie que chaque point de données est calculé en prenant la moyenne des valeurs sur une fenêtre temporelle de trois années consécutives. Dans le cas où les deux extrémités sont calculées sur une période de deux ans, cela implique que le calcul de la moyenne mobile a été effectué en prenant la moyenne des valeurs sur une fenêtre temporelle de deux années pour les points situés aux extrémités de la série chronologique.

Pour les analyses statistiques, le test Z est la méthode statistique utilisée pour évaluer si le taux pour une région est significativement différent comparativement au reste du Québec, en mesurant l'écart-type de l'échantillon par rapport à la moyenne théorique de la population, exprimée en unités d'écart standard (z-scores).

La compréhension des différences pour les taux de suicide entre les régions nécessite une analyse qui tienne compte de la variabilité statistique inhérente aux données. Souvent, il peut sembler qu'un taux est significativement plus élevé ou plus bas dans une région par rapport au reste de la province, mais cette apparence peut être trompeuse en raison de la fluctuation potentielle du taux ou de la variabilité statistique due aux petits nombres de suicides dans certaines régions.

Un concept clé dans cette interprétation est l'intervalle de confiance, une mesure statistique qui indique à quel point les résultats sont variables. Si, par exemple, la Côte-Nord présente un taux de suicide qui apparaît plus élevé que le reste du Québec, mais que les intervalles de confiance pour ces taux se chevauchent, cela suggère que les différences observées pourraient être attribuables à la variabilité statistique plutôt qu'à une disparité réelle.

Validation de la variable Z915

Avant d'utiliser le code Z915, un processus de validation sommaire a été réalisé afin de savoir si les cas présentaient des caractéristiques pouvant être cohérentes avec l'identification d'antécédents suicidaires lors de leur hospitalisation. Un tel processus de validation sommaire est généralement utilisé pour découvrir de nouveaux phénomènes ou établir des relations initiales. Elle est souvent utilisée pour évaluer rapidement la faisabilité et l'intérêt de la recherche pour un sujet donné avant de s'engager dans une validation exhaustive.

À partir du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte⁵, la présence (ou non) de problèmes de santé mentale a été identifiée rétrospectivement sur une période de cinq ans, chez les cas et les témoins. L'analyse consistait à comparer les fréquences de diagnostics pour un ou plusieurs problèmes de santé mentale entre les deux groupes, soulignant les différences en la matière. Cette approche méthodologique visait à éclairer la légitimité d'interroger les cas sur leurs antécédents suicidaires.

⁵ Le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte compile tous les diagnostics principaux posés par un médecin à la RAMQ.

Un processus de validation similaire a été entrepris afin de déterminer si les cas présentaient un indice de défavorisation plus élevé que les témoins considérant également que l'indice de défavorisation est un indicateur de vulnérabilité chez les personnes présentant des comportements suicidaires. Il est important de souligner que l'indice de défavorisation mentionné est une mesure des caractéristiques socioéconomiques de la population d'un territoire, et non pas des individus.

Les résultats de cette validation ont démontré que l'utilisation du code Z915 était congruent dans le contexte spécifique de cette analyse. Les individus identifiés comme cas, en raison de leur attribution au code Z915 présentaient des problèmes de santé mentale pouvant être associés aux comportements suicidaires dans des proportions plus importantes que les témoins. Les cas présentaient des pourcentages beaucoup plus élevés de trouble de santé mentale et plus spécifiquement des troubles de la personnalité du groupe B1, des troubles anxiodépressifs et de la schizophrénie par rapport aux témoins[†] (voir tableau A1).

Les comparaisons cas-témoins révèlent également un indice de défavorisation matérielle et sociale plus élevé chez les cas que chez les témoins. Cette observation est cohérente avec les constatations antérieures indiquant que les personnes ayant un risque plus élevé de suicide ont tendance à présenter des indices socioéconomiques plus défavorables³⁰.

[†] Les problèmes de santé mentale ont été identifiés sur une période de cinq ans avant l'identification des antécédents suicidaire à partir du Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

Tableau A1 Caractéristiques médicales et sociodémographiques des cas et des témoins issus de l'étude exploratoire de la variable Z915

Caractéristiques médicales ou sociodémographiques	Cas (N=7 728)*		Témoin (N=21 681)**	
	n	(%)	n	(%)
Problèmes de santé mentale				
Ensemble des problèmes de santé mentale ¹	6 979	(90)	8 674	(38)
Trouble de la personnalité du groupe B ²	2 818	(36)	807	(4)
Troubles anxio-dépressifs ³	6 347	(82)	6 366	(28)
Schizophrénie ⁴	1 592	(21)	693	(3)
Quintile de défavorisation matérielle				
1 Très favorisé	784	(12)	3 452	(17)
2	1 016	(16)	3 862	(19)
3	1 107	(17)	4 175	(20)
4	1 495	(23)	4 373	(21)
5 Très défavorisé	2 160	(33)	4 769	(23)
Quintile de défavorisation sociale				
1 Très favorisé	922	(14)	4 127	(20)
2	1 017	(16)	4 255	(21)
3	1 108	(17)	4 081	(20)
4	1 490	(23)	3 991	(19)
5 Très défavorisé	2 025	(31)	4 177	(20)

¹ Code de la CIM-10 : F00-F99.

² Code de la CIM-10 : F070, F340, F341, F488, F602, F603, F604, F606, F608, F609, F61, F620, F62, F628, F629, F681, F688, F69.

³ Code de la CIM-10 : F30-F48, F68.

⁴ Code de la CIM-10 : F20, F21, F23.2, F25.

* 655 données manquantes chez les cas pour les indices de défavorisation matérielle et sociale.

** 997 données manquantes chez les témoins pour les indices de défavorisation matérielle et sociale.

ANNEXE 2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Tableau A2 Nombre et taux¹ de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 2017 à 2022²

Groupes d'âge	Année											
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Nb	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Sexes réunis												
10-14 ans	5	1,2**	6	1,4**	0	0,0	4	0,9**	5	1,1**	13	2,7*
15-19 ans	27	6,4*	30	7,1*	34	8,0*	21	4,9*	30	7,1*	30	6,9*
20-34 ans	189	12,0	213	13,4	226	14,1	192	11,9	209	13,1	176	10,9
35-49 ans	271	16,6	277	16,8	293	17,5	256	15,2	266	15,7	313	18,3
50-64 ans	385	21,0	352	19,2	377	20,7	340	18,9	296	16,6	336	19,0
65 ans et plus	184	12,0	217	13,7	203	12,4	238	14,1	225	12,9	234	12,9
Total ¹	1 061	12,8	1 095	13,1	1 133	13,4	1 051	12,3	1 031	12,0	1 102	12,7
Hommes												
10-14 ans	2	1,0**	3	1,4**	0	0,0	1	0,4**	1	0,4**	4	1,7**
15-19 ans	20	9,2*	26	12,0*	20	9,2*	17	7,8*	18	8,3*	24	10,8*
20-34 ans	143	17,7	164	20,1	175	21,1	144	17,3	163	19,7	127	15,2
35-49 ans	200	24,2	206	24,6	215	25,3	198	23,1	213	24,8	238	27,3
50-64 ans	274	29,8	262	28,6	300	32,9	260	28,8	226	25,2	262	29,6
65 ans et plus	149	21,3	164	22,6	166	22,0	177	22,6	176	21,7	186	22,1
Total ¹	788	19,2	825	19,9	876	20,9	797	18,8	797	18,6	841	19,4
Femmes												
10-14 ans	3	1,5**	3	1,4**	0	0,0	3	1,3**	4	1,8**	9	3,9**
15-19 ans	7	3,4**	4	1,9**	14	6,7*	4	1,9**	12	5,8*	6	2,8**
20-34 ans	46	6,0	49	6,3	51	6,5	48	6,2	46	6,0	49	6,3
35-49 ans	71	8,8	71	8,7	78	9,5	58	7,0	53	6,4	75	8,9
50-64 ans	111	12,1	90	9,9	77	8,5	80	8,9	70	7,9	74	8,4
65 ans et plus	35	4,2*	53	6,2	37	4,2	61	6,7	49	5,2	48	5,0
Total ¹	273	6,6	270	6,4	257	6,1	254	5,9	234	5,5	261	6,1

¹ Taux par 100 000 personnes.

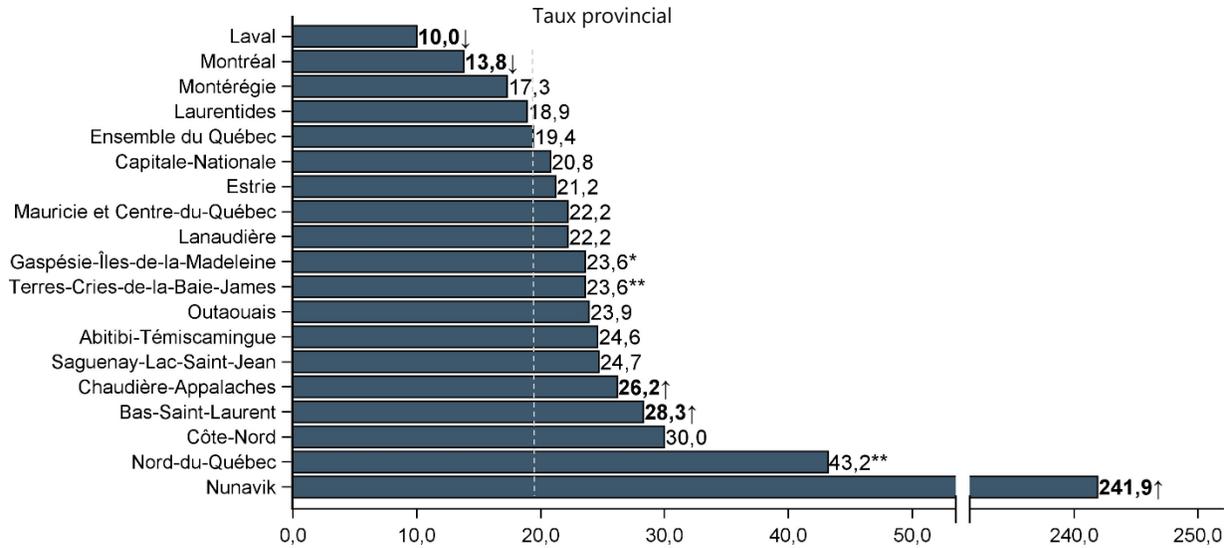
² Données provisoires pour 2022.

Sources : MSSS : RED/D de 2017 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

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

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

Figure A1 Taux ajusté¹ de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2019-2021²



¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Ce taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

² Les taux mis en gras dans le graphique sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

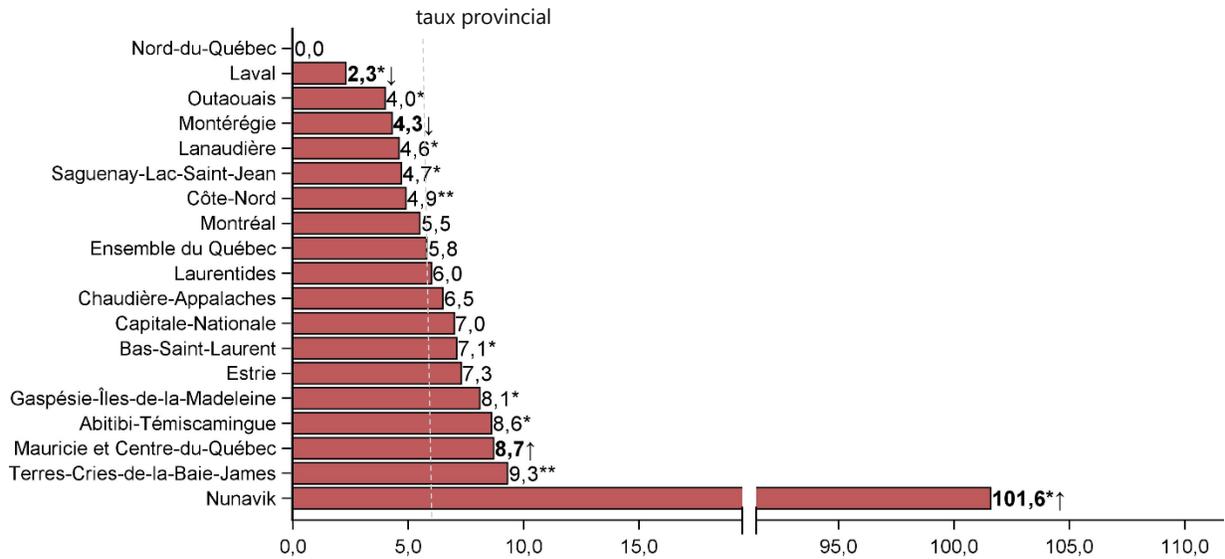
↓↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS : RED/D de 2019 à 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A2 Taux ajusté¹ de suicide chez les femmes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2019-2021²



¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Ce taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

² Les taux mis en gras dans le graphique sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

↓↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS : RED/D de 2019 à 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A3 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2017 à 2022²

Région sociosanitaire	Année																	
	Données officielles															Données provisoires		
	2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	23	11,6*	11,6*	28	14,2*	13,6*	32	16,2*	16,4*	40	20,2	19,5	34	17,1*	17,2*	21	10,5*	10,2*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	47	17,0	16,6	38	13,7	13,5	46	16,5	16,6	45	16,1	16,2	32	11,4*	11,9*	41	14,5	15,0
Capitale-Nationale	97	13,1	13,1	96	12,9	12,7	117	15,6	15,7	120	15,9	15,6	81	10,6	10,3	107	13,9	14,0
Mauricie et Centre-du-Québec	70	13,6	13,4	67	13,0	12,9	85	16,3	16,7	77	14,6	14,9	78	14,6	15,0	101	18,7	18,7
Estrie	64	13,4	13,3	76	15,7	15,9	68	13,9	14,0	67	13,5	13,5	75	14,8	15,2	87	16,9	17,0
Montréal	176	8,9	9,2	185	9,1	9,3	198	9,6	9,7	161	7,8	8,0	218	10,8	11,0	183	9,0	9,3
Outaouais	54	13,9	14,0	70	17,8	17,9	61	15,4	15,5	45	11,2	11,5	59	14,6	14,7	56	13,7	14,0
Abitibi-Témiscamingue	35	23,7*	23,9*	37	25,1	25,3	23	15,6*	15,6*	29	19,6*	19,9*	21	14,2*	14,1*	38	25,6	26,6
Côte-Nord	16	17,4*	17,2*	18	19,7*	20,0*	16	17,6*	16,7*	17	18,8*	18,3*	16	17,7*	17,9*	16	17,7*	18,3*
Nord-du-Québec	2	14,4**	13,9**	2	14,5**	14,9**	4	29,3**	31,3**	3	22,3**	23,7**	2	14,9**	14,6**	5	37,4**	39,3**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	13	14,4*	13,7*	17	18,8*	17,9*	23	25,4*	23,0*	14	15,4*	15,4*	8	8,7**	9,0**	11	11,9*	9,4*
Chaudière-Appalaches	82	19,3	19,8	69	16,2	16,3	62	14,5	14,9	76	17,6	17,6	74	16,9	17,1	77	17,3	17,7
Laval	32	7,4*	7,6*	36	8,3*	8,4*	23	5,2*	5,1*	34	7,7*	7,7*	23	5,2*	5,1*	29	6,5*	6,7*
Lanaudière	71	14,1	14,3	62	12,2	12,3	70	13,6	13,8	72	13,7	13,9	66	12,3	12,6	75	13,8	14,1
Laurentides	95	15,7	15,9	96	15,7	15,7	100	16,1	15,9	72	11,4	11,3	66	10,2	10,1	89	13,5	13,6
Montérégie	155	11,2	11,3	160	11,4	11,5	164	11,5	11,6	148	10,3	10,4	146	10,0	10,1	146	9,9	10,0
Nunavik	26	191,9*	161,8*	36	260,5*	203,8*	35	248,0*	180,3*	29	202,0*	178,2*	29	199,1*	160,6*	16	109,2*	84,5*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	17,0**	14,0**	2	11,2**	8,0**	6	33,1**	29,6**	2	10,9**	8,7**	3	16,1**	12,1**	4	21,2**	16,9**
Ensemble du Québec	1 061	12,8	12,8	1 095	13,0	13,1	1 133	13,3	13,4	1 051	12,3	12,3	1 031	12,0	12,0	1 102	12,7	12,7

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Les coefficients de variation sont calculés sur les taux ajustés seulement

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS : RED/D de 2017 à 2021 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A4 Nombre et taux¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2009 à 2022

Année	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2009	23	10,4*	126	48,6	323	40,6	476	54,5	345	41,8	81	16,0
2010	19	8,9*	107	41,9	310	38,4	456	52,8	320	37,7	112	21,3
2011	16	7,7*	96	38,5	339	41,4	423	49,5	323	37,1	113	20,6
2012	12	5,9*	103	42,3	360	43,8	373	44,0	378	42,9	116	20,2
2013	11	5,4*	104	43,9	320	38,9	385	45,9	367	41,0	140	23,4
2014	16	7,9*	103	44,8	386	47,2	421	50,8	401	44,3	153	24,5
2015	22	10,9*	112	49,9	356	44,0	391	47,6	404	44,1	147	22,7
2016	15	7,3*	116	52,7	387	48,1	386	47,0	397	43,2	157	23,3
2017	13	6,2*	154	71,0	413	51,1	394	47,7	414	45,1	193	27,6
2018	26	12,0*	141	65,3	384	47,0	400	47,7	406	44,3	194	26,7
2019	23	10,2*	147	67,6	397	48,0	368	43,3	348	38,2	174	23,0
2020	7	3,0**	112	51,4	381	45,8	364	42,5	304	33,6	209	26,7
2021	22	9,3*	118	54,5	406	49,2	331	38,5	320	35,7	223	27,4
2022	26	10,8*	98	44,1	361	43,1	372	42,7	311	35,1	217	25,7
Femmes												
2009	52	24,5	240	95,1	391	51,2	482	57,1	375	45,1	94	14,2
2010	60	29,2	210	83,6	407	52,3	530	63,6	413	48,7	135	19,7
2011	65	32,8	244	99,3	406	51,4	517	62,8	410	47,5	135	19,1
2012	74	37,9	299	126,7	408	51,5	533	65,2	434	49,6	122	16,8
2013	112	57,9	320	140,7	423	53,4	535	66,0	435	48,9	142	19,0
2014	113	58,3	332	151,5	472	60,1	534	66,4	492	54,6	134	17,5
2015	120	61,9	314	147,2	506	65,4	501	62,7	490	53,7	173	22,1
2016	148	74,9	346	165,3	491	64,1	499	62,3	489	53,4	205	25,5
2017	136	67,3	376	181,4	607	79,0	504	62,6	501	54,7	195	23,5
2018	129	61,6	406	196,3	611	78,9	517	63,5	467	51,2	205	24,0
2019	131	60,2	364	174,9	581	74,6	486	59,1	421	46,4	186	21,1
2020	104	46,2	318	152,4	561	72,0	429	51,7	413	45,9	212	23,4
2021	270	118,2	427	204,8	585	75,9	468	56,2	392	44,0	215	23,0
2022	226	97,4	414	193,1	551	70,8	427	50,8	378	43,0	244	25,2

¹ Taux par 100 000 personnes

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2009 à 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A5 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2018 à 2022^{2,3}

Région sociosanitaire	Année														
	2018			2019			2020			2021			2022		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	128	64,9	70,6↑	131	66,3	70,1↑	117	59,1	65,1↑	125	62,8	70,8↑	112	55,9	59,5↑
Saguenay–Lac-Saint-Jean	213	76,8	81,3↑	181	65,1	69,4↑	148	53,1	56,1↑	180	64,3	71,3↑	169	59,9	64,2↑
Capitale-Nationale	302	40,6	41,4↓	267	35,5	36,6↓	293	38,7	39,9	414	54,4	55,8↑	358	46,4	47,7↑
Mauricie–Centre-du-Québec	358	69,3	74,1↑	353	67,8	72,9↑	311	59,2	63,4↑	345	64,7	70,1↑	333	61,6	66,7↑
Estrie	233	48,1	50,4	233	47,6	49,6↑	208	41,8	42,7	197	38,9	40,3	193	37,5	39,3
Montréal	540	26,6	26,8↓	495	24,0	24,4↓	457	22,1	22,2↓	559	27,6	27,9↓	555	27,2	27,5↓
Outaouais	229	58,4	58,1↑	206	51,9	51,7↑	193	48,1	48,3↑	168	41,5	40,8	152	37,2	36,7
Abitibi-Témiscamingue	105	71,1	72,4↑	84	56,9	59,7↑	90	60,8	63,6↑	108	72,9	74,5↑	96	64,6	67,7↑
Côte-Nord	76	83,4	87,8↑	69	76,1	81,9↑	65	71,7	76,6↑	58	64,1	67,6↑	55	60,8	64,5↑
Nord-du-Québec	nd ⁴	nd	nd	9	65,9**	64,0**	6	44,6**	47,5**	8	59,7**	60,0**	nd	nd	nd
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	66	72,8	77,4↑	61	67,4	74,9↑	47	51,8	54,4↑	43	46,7	53,8	46	49,8	57,7↑
Chaudière-Appalaches	173	40,6	42,2	204	47,6	50,1↑	194	44,8	48,2↑	193	44,0	47,3	191	43,0	44,8
Laval	120	27,6	27,6↓	83	18,9	18,8↓	90	20,3	20,0↓	110	24,8	23,9↓	122	27,3	26,6↓
Lanaudière	229	45,0	45,2	201	39,0	39,7	166	31,7	32,4↓	197	36,8	37,2↓	192	35,3	35,8↓
Laurentides	263	43,0	43,4	213	34,3	34,8↓	257	40,7	41,1	257	39,7	40,4	232	35,3	36,1↓
Montérégie	746	53,1	54,0↑	688	48,3	49,5↑	637	44,3	45,6↑	689	47,4	48,4↑	710	48,4	49,3↑
Nunavik	71	513,9	397,8↑	106	751,2	560,8↑	96	668,7	486,0↑	92	631,8	470,1↑	78	532,1	443,9↑
Terres-Cries-de-la-Baie-James	36	201,1*	153,6↑	47	259,2	188,6↑	42	228,7	181,5↑	39	208,8	162,6↑	28	148,1*	111,0*↑
Ensemble du Québec	3 891	46,3	46,8	3 631	42,7	43,2	3 417	39,8	40,4	3 782	44,0	44,7	3 627	41,7	42,3

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Les coefficients de variation sont calculés sur les taux ajustés seulement.

³ Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %. Les flèches vers le bas (↓) indiquent un taux significativement plus bas et les flèches vers le haut (↑) indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

⁴ Données non diffusées en raison d'enjeu de confidentialité.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé de 2018 à 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

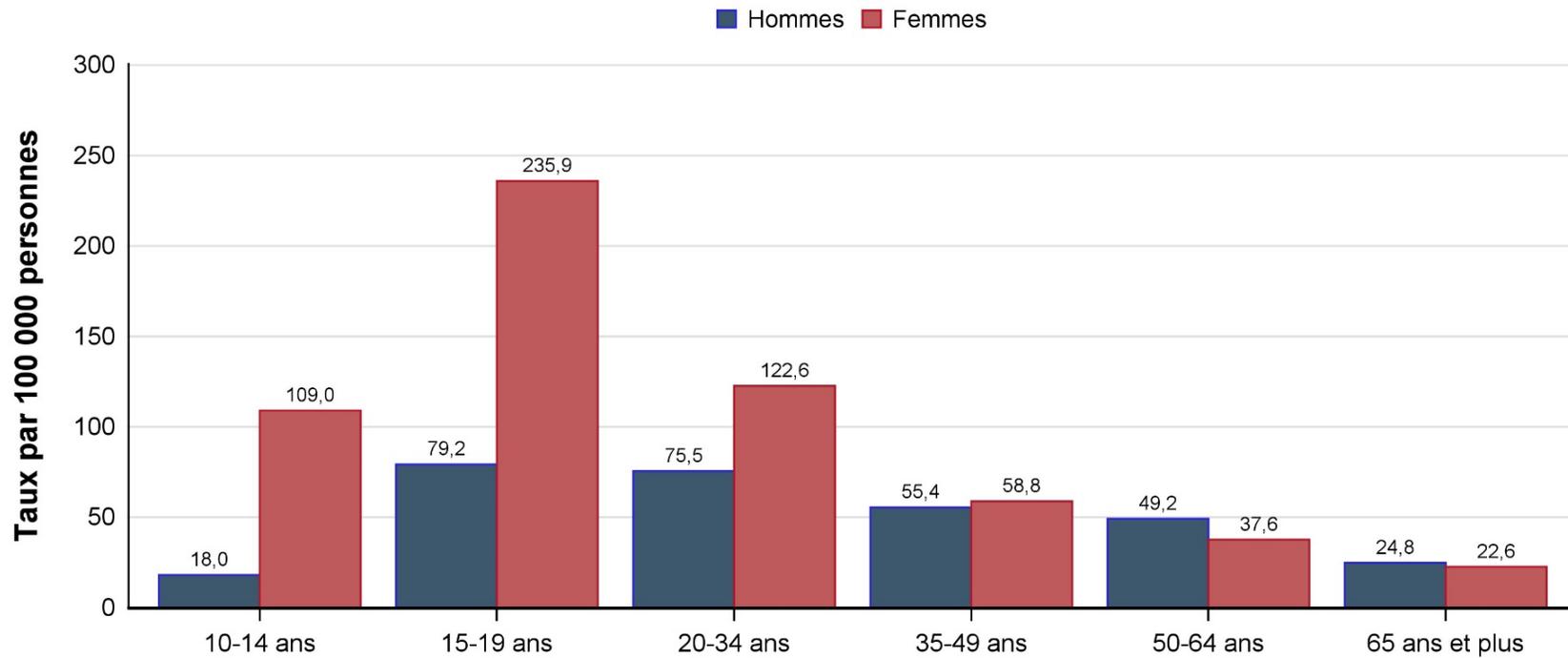
Tableau A6 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023

Année	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2015	26	12,8*	227	101,2	891	110,2	649	78,9	581	63,5	201	31,1
2016	27	13,2*	186	84,5	663	82,4	544	66,2	423	46,0	146	21,7
2017	45	21,4	207	95,4	669	82,7	508	61,5	386	42,0	163	23,3
2018	57	26,2	204	94,5	670	82,0	508	60,6	364	39,7	180	24,8
2019	39	17,3	170	78,2	684	82,6	449	52,8	375	41,2	158	20,9
2020	26	11,1*	170	78,0	653	78,4	456	53,2	312	34,5	150	19,1
2021	53	22,3	185	85,5	647	78,4	429	49,9	363	40,5	147	18,1
2022	54	22,4	174	78,3	643	76,8	474	54,4	356	40,2	188	22,3
2023	44	18,0	184	79,2	657	75,5	494	55,4	430	49,2	217	24,8
Femmes												
2015	102	52,6	424	198,7	883	114,2	693	86,7	510	55,9	196	25,0
2016	125	63,3	401	191,5	856	111,8	526	65,7	407	44,4	173	21,5
2017	128	63,4	445	214,7	916	119,2	501	62,2	376	41,0	214	25,8
2018	99	47,3	433	209,4	906	117,0	496	61,0	367	40,2	176	20,6
2019	107	49,2	390	187,3	822	105,5	489	59,4	375	41,3	187	21,2
2020	113	50,2	358	171,6	701	89,9	404	48,7	307	34,1	184	20,3
2021	208	91,0	478	229,3	789	102,4	470	56,4	311	34,9	176	18,8
2022	231	99,6	561	261,6	942	121,0	455	54,1	306	34,8	221	22,9
2023	256	109,0	528	235,9	982	122,6	502	58,8	326	37,6	226	22,6

¹ Taux par 100 000 personnes

Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A3 Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2023



Sources : MSSS, SIGDU, 2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A7 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023

Région sociosanitaire	Année														
	2019			2020			2021			2022			2023		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	71	35,9	39,2	44	22,2	25,2	50	25,1	27,3	53	26,4	28,8	62	30,8	34,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	102	36,7	39,0	95	34,1	36,4	124	44,3	48,8	131	46,4	50,3	133	46,7	49,9
Capitale-Nationale	504	67,1	69,2	460	60,8	63,2	529	69,5	72,6	507	65,7	68,2	594	75,7	79,6
Mauricie–Centre-du-Québec	59	11,3	12,2	60	11,4	12,4	64	12,0	13,3	55	10,2	11,3	74	13,5	15,0
Estrie	266	54,3	56,9	256	51,5	53,8	309	61,0	65,0	336	65,3	68,7	400	76,5	80,6
Montréal	896	43,4	42,1	729	35,2	33,7	768	37,9	36,7	932	45,7	43,9	883	42,0	40,2
Outaouais	187	47,1	47,0	148	36,9	37,1	212	52,4	53,1	200	48,9	49,5	222	53,6	54,1
Abitibi-Témiscamingue	91	61,6	64,8	94	63,5	66,9	88	59,4	62,7	125	84,2	89,8	140	93,9	98,2
Côte-Nord	65	71,7	75,7	80	88,3	94,0	97	107,2	114	89	98,4	104,7	74	82,1	87,3
Nord-du-Québec ²	nd ³	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	na ²	na	na	6	45,0**	46,1**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	18	19,9*	22,0*	23	25,4*	30,2*	19	20,6*	23,9*	19	20,6*	25,4*	38	41,0	48,8*
Chaudière-Appalaches	119	27,7	29,5	99	22,9	24,7	121	27,6	29,5	141	31,8	34,3	157	34,9	37,3
Laval	176	40,0	40,0	162	36,6	36,4	184	41,5	41,9	184	41,2	40,9	228	50,4	50,2
Lanaudière	173	33,5	34,6	193	36,8	38,3	181	33,8	35,2	207	38,0	39,7	177	32,1	33,4
Laurentides	225	36,3	37,5	186	29,4	30,5	235	36,3	37,9	252	38,3	39,8	332	49,7	52,0
Montérégie	1 227	86,2	88,1	1 145	79,6	81,5	1 211	83,3	85,8	1 300	88,5	90,8	1 242	83,3	85,0
Nunavik	9	63,8**	53,2**	nd	nd	nd	9	61,8**	45,3**	11	75,0*	53,4*	7	47,2**	43,6**
Terres-Cries-de-la-Baie-James	nd	nd	nd	6	32,7**	32,1**	11	58,9*	52,6*	7	37,0**	28,9**	11	57,5*	41,6*
Ensemble du Québec	4 264	50,1	50,8	3 844	44,8	45,5	4 273	49,7	50,8	4 617	53,1	54,3	4 854	54,9	55,8

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Les données pour 2022 n'ont pas été comptabilisées dans le SIGDU pour le Nord-du-Québec.

³ Données non disponibles en raison d'enjeu de confidentialité.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

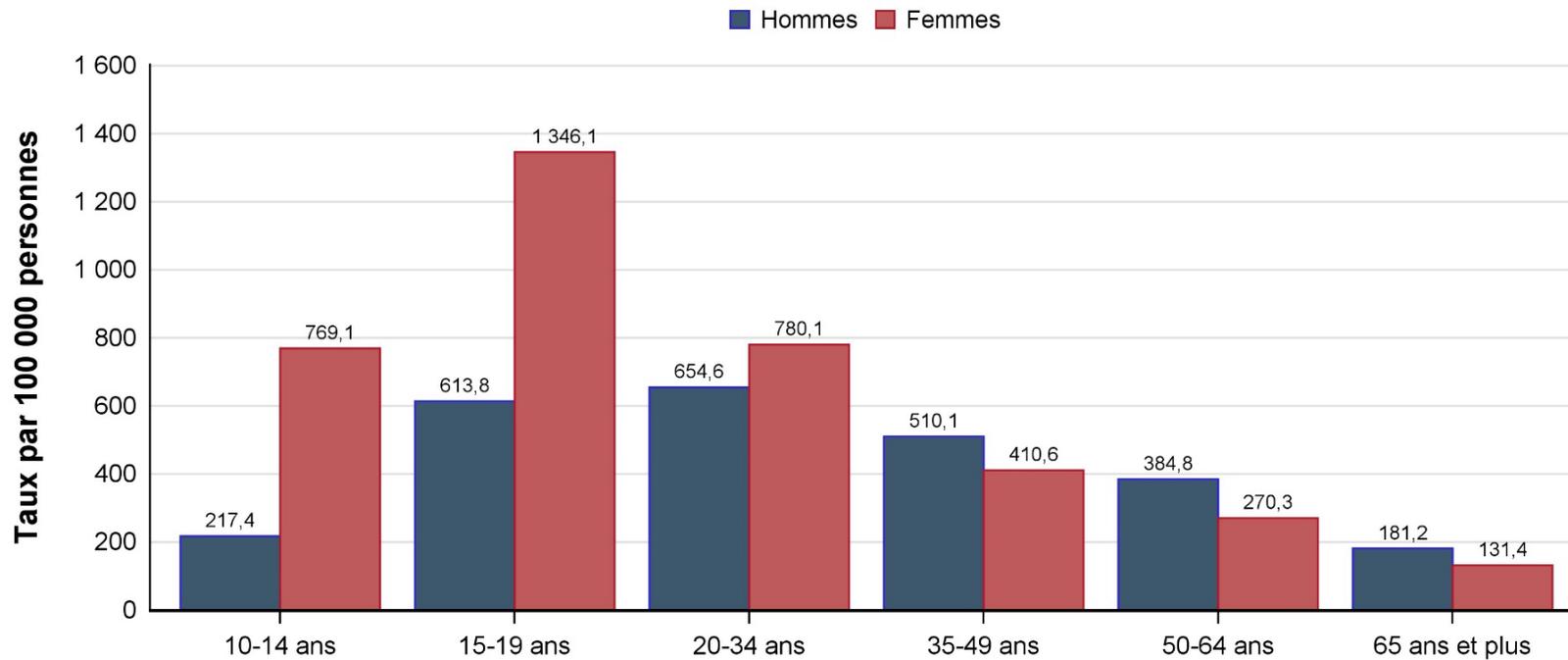
Tableau A8 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023

	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2015	384	189,7	1 390	619,8	4 637	573,8	4 027	489,9	3 376	368,9	945	146,2
2016	454	221,4	1 674	760,5	5 192	645,1	4 031	490,9	3 297	358,9	966	143,7
2017	546	260,2	1 819	838,6	5 675	701,7	4 072	492,6	3 367	366,6	1 153	164,9
2018	660	303,5	1 788	828,3	5 742	702,6	4 356	519,9	3 459	377,6	1 183	163,0
2019	618	273,9	1 907	877,3	6 082	734,7	4 346	511,5	3 521	386,5	1 237	163,8
2020	465	199,4	1 493	684,6	5 061	607,9	3 924	458,0	2 973	328,9	1 228	156,7
2021	644	271,5	1 616	746,5	5 259	637,0	3 870	449,7	2 852	318,4	1 325	163,0
2022	617	256,1	1 605	722,3	5 462	652,1	4 047	464,3	3 071	346,9	1 483	175,9
2023	532	217,4	1 426	613,8	5 695	654,6	4 550	510,1	3 365	384,8	1 586	181,2
Femmes												
2015	887	457,3	2 406	1 127,8	4 654	601,8	3 327	416,0	2 532	277,6	872	111,4
2016	1 006	509,4	2 646	1 263,9	5 042	658,4	3 276	409,1	2 598	283,5	954	118,6
2017	1 172	580,1	2 974	1 435,1	5 568	724,4	3 333	414,1	2 494	272,3	999	120,5
2018	1 240	592,1	3 036	1 468,2	5 913	763,6	3 422	420,6	2 508	274,7	1 113	130,4
2019	1 276	586,5	2 918	1 401,7	6 012	771,7	3 456	420,0	2 396	264,0	1 193	135,4
2020	1 169	519,6	2 339	1 121,1	5 041	646,6	2 807	338,2	2 010	223,4	1 053	116,0
2021	2 025	886,3	3 429	1 644,8	5 858	760,0	3 042	365,2	2 232	250,5	1 149	122,7
2022	1 816	782,6	3 322	1 549,2	6 331	812,9	3 233	384,6	2 219	252,2	1 259	130,2
2023	1 806	769,1	3 013	1 346,1	6 247	780,1	3 507	410,6	2 343	270,3	1 312	131,4

¹ Taux par 100 000 personnes.

Sources : MSSS, SIGDU, 2015-2023. | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A4 Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2023



Sources : MSSS, SIGDU, 2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A9 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023

Région sociosanitaire	Année														
	2019			2020			2021			2022			2023		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté												
Bas-Saint-Laurent	651	329,6	367,3	608	306,9	341,0	650	326,5	368,6	648	323,2	361,3	739	366,7	408,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	666	239,5	255,2	579	207,6	221,2	665	237,5	257,3	769	272,4	293,2	848	298,0	321,2
Capitale-Nationale	3 830	509,7	526,5	3 335	440,7	457,3	3 547	466,3	487,5	3 706	480,3	503,0	3 884	495,3	519,3
Mauricie–Centre-du-Québec	1 603	307,8	331,6	1 225	233,0	248,7	1 343	252,0	270,4	1 515	280,5	303,0	1 513	276,2	296,2
Estrie	2 305	470,4	495,4	1 822	366,3	387,0	2 210	436,3	462,7	2 414	469,1	496,3	2 345	448,5	475,0
Montréal	9 089	439,9	427,0	7 620	367,7	357,0	8 370	413,4	400,7	8 452	414,5	402,1	8 162	388,1	375,1
Outaouais	1 763	444,1	442,9	1 481	369,2	369,6	1 903	470,6	472,9	2 000	489,0	492,4	1 902	458,8	462,4
Abitibi-Témiscamingue	1 006	681,4	705,4	979	661,8	694,8	1 041	702,6	740,1	984	662,7	699,4	996	668,2	704,9
Côte-Nord	632	696,7	727,9	598	660,0	697,7	717	792,1	841,8	707	782,0	832,2	680	754,7	808,0
Nord-du-Québec	16	117,2*	121,0*	18	133,7*	140,7*	14	104,5*	106,1*	20	149,7*	155,0*	20	150,1*	156,2*
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	299	330,5	383,9	287	316,5	361,1	341	370,6	429,1	321	347,4	410,7	365	393,8	472,4
Chaudière-Appalaches	1 686	393,0	417,8	1 403	324,2	347,9	1 705	389,1	413,8	1 792	403,5	432,2	1 892	421,1	449,8
Laval	1 689	384,2	383,7	1 326	299,6	299,7	1 483	334,7	335,0	1 542	345,4	345,7	1 614	356,6	356,9
Lanaudière	2 391	463,6	478,5	2 101	400,6	416,1	2 383	445,3	464,4	2 391	439,3	460,9	2 494	452,3	472,2
Laurentides	2 730	439,9	452,9	2 372	375,5	389,6	2 576	398,2	414,3	2 873	437,0	454,7	3 004	449,8	467,8
Montérégie	4 283	301,0	307,6	3 458	240,3	246,0	4 083	280,9	288,9	4 007	272,9	281,3	4 496	301,7	311,1
Nunavik	33	233,9*	206,2*	21	146,3*	122,8*	19	130,5*	113,7*	31	211,5*	176,4*	26	175,1*	154,5*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	28	154,4*	138,4*	21	114,4*	123,8*	27	144,5*	140,9*	41	216,9	180,5	50	261,2	246,7
Ensemble du Québec	35 254	414,6	419,7	29 737	346,7	351,9	33 541	389,9	397,9	34 674	398,8	407,5	35 560	401,9	409,1

¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

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

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2019-2023. | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A10 Nombre et taux¹ de suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2022²

Années	Hommes											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux								
1981	6	2,4	63	19,6	323	34,9	182	30,5	153	35,3	68	28,7
1982	3	1,3	75	24,4	366	39,3	210	34,3	142	32,2	66	27,2
1983	8	3,4	81	27,9	384	41,0	188	30,0	164	36,7	77	31,1
1984	5	2,2	70	25,6	333	35,2	208	32,2	154	34,2	64	25,3
1985	4	1,8	55	21,3	359	37,7	204	30,7	165	36,4	84	32,4
1986	4	1,8	59	23,7	365	38,3	239	34,8	139	30,5	78	29,3
1987	7	3,0	68	28,1	350	36,6	245	34,5	150	32,6	90	32,6
1988	3	1,3	58	24,4	349	36,9	244	33,2	124	26,7	80	28,1
1989	3	1,2	69	29,2	309	32,8	243	31,8	133	28,2	61	20,7
1990	11	4,4	58	24,4	363	39,1	273	34,6	122	25,5	75	24,6
1991	8	3,2	70	29,4	334	36,7	258	31,8	144	29,5	83	26,2
1992	8	3,2	64	26,5	363	40,9	294	35,4	169	34,1	86	26,6
1993	9	3,6	77	31,4	363	41,8	354	41,5	159	31,5	87	26,2
1994	16	6,5	86	34,4	346	40,9	314	36,1	168	32,6	97	28,6
1995	5	2,1	89	35,1	372	44,9	391	44,1	201	38,1	86	24,8
1996	8	3,4	86	33,6	355	43,8	397	44,1	177	32,7	113	31,9
1997	13	5,6	80	31,2	298	37,4	407	44,7	189	33,8	108	29,7
1998	11	4,8	70	27,6	323	41,4	371	40,4	202	35,1	95	25,5
1999	6	2,6	85	33,9	365	47,5	489	52,7	206	34,5	133	35,0
2000	8	3,5	68	27,7	272	35,6	410	43,8	195	31,6	106	27,3
2001	4	1,7	56	23,3	270	35,3	404	43,1	231	36,2	90	22,6
2002	4	1,6	50	21,1	277	36,1	393	41,9	221	33,5	107	26,3
2003	4	1,6	48	20,5	225	29,3	363	38,9	239	35,1	101	24,3
2004	5	2,0	39	16,6	229	29,6	312	33,6	202	28,7	88	20,6
2005	3	1,2	37	15,6	217	28,0	384	41,7	235	32,2	111	25,3
2006	8	3,3	24	9,8	200	25,8	340	37,3	228	30,4	118	25,9
2007	2	0,8	35	13,9	204	26,2	308	34,3	240	30,9	85	18,1
2008	6	2,6	29	11,3	185	23,6	299	33,8	235	29,3	115	23,6
2009	3	1,4	30	11,6	175	22,0	315	36,1	253	30,7	105	20,7
2010	3	1,4	26	10,2	162	20,1	310	35,9	240	28,3	117	22,2
2011	2	1,0	29	11,6	195	23,8	263	30,8	253	29,1	116	21,1
2012	5	2,4	33	13,6	174	21,2	252	29,7	304	34,5	118	20,6
2013	2	1,0	20	8,5	154	18,7	287	34,2	272	30,4	143	23,9
2014	0	0,0	21	9,1	163	19,9	263	31,7	274	30,3	137	22,0
2015	2	1,0	28	12,5	167	20,7	233	28,3	279	30,5	143	22,1
2016	1	0,5	26	11,8	137	17,0	231	28,1	287	31,2	156	23,2
2017	2	1,0	20	9,2	143	17,7	200	24,2	274	29,8	149	21,3
2018	3	1,4	26	12,0	164	20,1	206	24,6	262	28,6	164	22,6
2019	0	0,0	20	9,2	175	21,1	215	25,3	300	32,9	166	22,0
2020	1	0,4	17	7,8	144	17,3	198	23,1	260	28,8	177	22,6
2021	1	0,4	18	8,3	163	19,7	213	24,8	226	25,2	176	21,7
2022	4	1,7	24	10,8	127	15,2	238	27,3	262	29,6	186	22,1

¹ Taux par 100 000 personnes.

² Données provisoires pour 2022.

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

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

Sources : MSSS, RED/D de 1981 à 2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A11 Nombre et taux¹ de suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2022²

Années	Femmes											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux								
1981	2	0,9	8	2,6	78	8,5	68	11,5	71	15,0	25	7,4
1982	0	0,0	8	2,7	88	9,6	101	16,6	67	13,9	20	5,8
1983	0	0,0	12	4,3	87	9,4	91	14,6	57	11,7	32	9,0
1984	1	0,5	7	2,7	70	7,5	82	12,8	64	13,0	23	6,3
1985	2	0,9	10	4,1	71	7,6	78	11,8	53	10,7	27	7,1
1986	0	0,0	14	5,9	78	8,4	93	13,6	56	11,3	21	5,4
1987	0	0,0	14	6,1	86	9,3	89	12,6	46	9,2	20	4,9
1988	0	0,0	6	2,7	75	8,2	94	12,8	38	7,6	22	5,2
1989	0	0,0	7	3,1	65	7,1	90	11,8	41	8,1	17	3,9
1990	1	0,4	8	3,5	60	6,7	75	9,5	34	6,7	24	5,3
1991	4	1,7	7	3,1	62	7,0	83	10,2	36	7,0	15	3,2
1992	4	1,7	17	7,4	76	8,8	94	11,3	56	10,7	25	5,2
1993	6	2,5	11	4,7	58	6,9	109	12,8	53	10,0	27	5,5
1994	6	2,6	17	7,1	64	7,8	108	12,4	48	8,9	21	4,2
1995	10	4,4	17	7,1	64	8,0	124	14,0	65	11,8	18	3,6
1996	4	1,8	17	7,0	63	8,1	157	17,5	61	10,8	25	4,9
1997	4	1,8	22	9,1	62	8,1	108	11,9	59	10,2	32	6,1
1998	8	3,7	31	12,9	73	9,8	108	11,8	60	10,0	35	6,5
1999	2	0,9	19	8,0	57	7,7	156	16,9	63	10,2	39	7,1
2000	2	0,9	12	5,2	50	6,9	122	13,1	54	8,4	26	4,7
2001	4	1,8	19	8,4	47	6,5	120	12,9	62	9,4	27	4,8
2002	4	1,7	21	9,4	63	8,7	107	11,6	75	11,0	20	3,5
2003	3	1,3	22	9,9	51	7,0	108	11,7	68	9,6	27	4,7
2004	1	0,4	16	7,2	46	6,3	117	12,8	91	12,5	31	5,3
2005	5	2,1	15	6,6	44	6,0	109	12,1	82	10,9	28	4,7
2006	4	1,7	11	4,7	47	6,4	85	9,6	90	11,6	39	6,4
2007	0	0,0	6	2,5	37	5,0	92	10,6	72	9,0	34	5,5
2008	3	1,4	13	5,2	50	6,6	90	10,5	98	12,0	31	4,8
2009	3	1,4	11	4,4	46	6,0	92	10,9	89	10,7	24	3,6
2010	0	0,0	3	1,2	55	7,1	76	9,1	105	12,4	30	4,4
2011	4	2,0	14	5,7	57	7,2	66	8,0	93	10,8	24	3,4
2012	3	1,5	8	3,4	42	5,3	77	9,4	93	10,6	36	5,0
2013	3	1,6	9	4,0	36	4,6	89	11,0	82	9,2	37	5,0
2014	1	0,5	8	3,7	67	8,5	79	9,8	103	11,4	34	4,4
2015	4	2,1	9	4,2	46	6,0	78	9,8	117	12,8	47	6,0
2016	6	3,0	6	2,9	47	6,1	71	8,9	94	10,3	46	5,7
2017	3	1,5	7	3,4	46	6,0	71	8,8	111	12,1	35	4,2
2018	3	1,4	4	1,9	49	6,3	71	8,7	90	9,9	53	6,2
2019	0	0,0	14	6,7	51	6,6	78	9,5	77	8,5	37	4,2
2020	3	1,3	4	1,9	48	6,2	58	7,0	80	8,9	61	6,7
2021	4	1,8	12	5,8	46	6,0	53	6,4	70	7,9	49	5,2
2022	9	3,9	6	2,8	49	6,3	75	8,9	74	8,4	48	5,0

¹ Taux par 100 000 personnes.

² Données provisoires pour 2022.

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

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

Sources : MSSS, RED/D de 1981 à 2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca