

# Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025

SURVEILLANCE ET VIGIE

FÉVRIER 2025

RAPPORT DE SURVEILLANCE

## **AUTEURE ET AUTEUR**

Pascale Lévesque, 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**

Jean-Daniel Carrier, psychiatre clinicien-chercheur  
Université de Sherbrooke

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Nicolas Ribes Turgeon, chef 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  
Maude Gosselin, conseillère scientifique  
Rabi Joël Gansaonré, 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. (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. 72 pages.

## **COMMENT CITER CETTE PUBLICATION**

Levesque, P. & Perron, P. A. (2025). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 78 pages.

### **Besoin d'aide?**

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

**Téléphone : 1 866 APPELLE (277-3553), Texto : #535 353**

**Clavardage, informations et outils : [www.suicide.ca](http://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 écrivant un courriel à : [droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca](mailto:droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca).*

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

Dépôt légal –1<sup>er</sup> trimestre 2025  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-555-00403-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

## REMERCIEMENTS

L'automatisation des tableaux et figures ainsi que l'uniformisation des analyses constituent un processus continu qui facilite toujours davantage la rédaction du rapport. Ces améliorations, rendues possibles grâce à l'expertise de Mélanie Tessier et Marc-André Dubé, ont optimisé l'extraction et l'analyse des données. Nos remerciements vont aussi à Mathieu Gagné et Maude Gosselin pour leurs conseils sur les analyses *Joinpoint*, ainsi qu'à Rabi Joël Gansaonré pour sa relecture attentive.

## 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 dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

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 2025*, 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 en lien avec 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 fournir les données les plus récentes afin de soutenir les décideurs politiques dans la formulation de mesures pour prévenir le suicide. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux peuvent l'utiliser pour mieux comprendre les comportements suicidaires au Québec et ainsi développer des interventions efficaces. Les données compilées dans ce rapport peuvent servir aux universitaires qui effectuent des recherches supplémentaires sur les causes du suicide, les facteurs de risque et les meilleures pratiques en matière de prévention. Ce portrait sur le suicide peut également aider les organismes communautaires à orienter leurs programmes et leurs services en fonction des besoins spécifiques de certains groupes. Finalement, il contribue à sensibiliser la population en général sur les enjeux liés aux comportements suicidaires.

Nous espérons qu'il vous sera utile.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>VII</b>
<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2 MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>5</b>
2.1 Données sur le suicide.....	5
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.....	6
2.4 Précisions sur le calcul des taux.....	6
2.5 Analyse de tendance <i>Joinpoint</i> .....	7
<b>3 RÉSULTATS</b> .....	<b>8</b>
3.1 Les suicides .....	8
3.1.1 Évolution du taux de suicide selon le sexe .....	8
3.1.2 Évolution des taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge .....	12
3.1.3 Évolution des taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge.....	13
3.1.4 Moyens utilisés pour s'enlever la vie selon le sexe.....	19
3.1.5 Taux de suicide selon le sexe et les régions sociosanitaires .....	20
3.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide .....	22
3.2.1 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe .....	22
3.2.2 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge.....	25
3.2.3 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge .....	26
3.2.4 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires .....	27
3.3 Les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide .....	30
3.3.1 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe .....	30

3.3.2	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge .....	33
3.3.3	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge .....	34
3.3.4	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires .....	35
3.4	Les visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires .....	38
3.4.1	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe .....	38
3.4.2	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge .....	41
3.4.3	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge .....	41
3.4.4	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon les régions sociosanitaires .....	42
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES.....</b>	<b>48</b>
	<b>ANNEXE 2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES .....</b>	<b>53</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicides selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2023 .....	9
Tableau 2	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2022 .....	11
Tableau 3	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2022 .....	16
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	23
Tableau 5	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	24
Tableau 6	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	29
Tableau 7	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	31
Tableau 8	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	32
Tableau 9	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	37
Tableau 10	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	39
Tableau 11	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	40
Tableau 12	Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	44

**EN ANNEXE**

Tableau A1	Nombre et taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2023.....	53
Tableau A2	Nombre et taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981 à 2023.....	55
Tableau A3	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2018 à 2023 .....	59
Tableau A4	Nombre et taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	60
Tableau A5	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023 .....	61
Tableau A6	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024.....	63
Tableau A7	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024 .....	64
Tableau A8	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	65
Tableau A9	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024.....	67

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1990 à 2023 .....	10
Figure 2	Taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2023 .....	14
Figure 3	Taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2023 .....	15
Figure 4	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2020-2022.....	18
Figure 5	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2020-2022.....	18
Figure 6	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sexe, ensemble du Québec, 2020-2022 .....	19
Figure 7	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2020-2022 .....	21
Figure 8	Taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	24
Figure 9	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023 .....	27
Figure 10	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023.....	28
Figure 11	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	32
Figure 12	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	36
Figure 13	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024.....	36
Figure 14	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	39
Figure 15	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024 .....	43
Figure 16	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024.....	43

**EN ANNEXE**

Figure A1	Taux ajusté de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2020-2022 .....	57
Figure A2	Taux ajusté de suicide chez les femmes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2020-2022 .....	58
Figure A3	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2024.....	62
Figure A4	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2024.....	66

## FAITS SAILLANTS

### Suicides

- Le taux de suicide au Québec a légèrement diminué depuis 2004 avec une baisse annuelle moyenne de 1,3 %. En 2022, 1 142 personnes se sont enlevé la vie, correspondant à un taux ajusté de 13,2 suicides par 100 000 personnes.
- Le taux de suicide reste trois fois plus élevé chez les hommes (20,0 par 100 000) que chez les femmes (6,5 par 100 000) en 2022.
- Les hommes de 50 à 64 ans présentent encore le taux de suicide le plus élevé : 29,8 par 100 000 personnes en 2022.

### Hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

- En 2023, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide au Québec s'établit à 41,0 par 100 000 personnes, ce qui représente 3 603 hospitalisations. Ce taux diminue annuellement de 1,9 % depuis 2017.
- Les femmes affichent des taux d'hospitalisations nettement plus élevés (50,6 par 100 000) que les hommes (32,0 par 100 000) en 2023. L'écart entre les sexes s'élargit depuis 2010.
- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans affichent le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide le plus élevé : 175,6 par 100 000 personnes en 2023. Il y a eu pour cette population deux périodes d'augmentation marquée de 2010 à 2021.
- Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisations a triplé de 2010 à 2023, atteignant 90,7 par 100 000 personnes en 2023.

### Visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide

- Le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide a bondi de 45,5 en 2020 à 59,2 par 100 000 en 2024. Il s'agit d'une rupture de la tendance à la baisse avec une augmentation de 5,3 % par année depuis 2021.
- Les filles et femmes de 10 à 34 ans affichent des taux de visites aux urgences nettement plus élevés que les hommes, mais ces écarts se réduisent considérablement à partir de 35 ans.

### Visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires

- Chez les femmes, les taux ajustés de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ont augmenté de façon continue depuis 2016, avec une hausse moyenne de 2,0 % par an, atteignant 480,6 par 100 000 en 2024.
- Chez les hommes, on constate une hausse significative de 11,8 % par an depuis 2022, portant le taux ajusté à 466,3 par 100 000 en 2024. Le taux rejoint ainsi un niveau équivalent à celui observé chez les femmes.
- Les adolescentes de 15 à 19 ans affichent le taux le plus élevé, soit 1 405,4 par 100 000 en 2024. Cependant, une baisse annuelle de 5,6 % a été observée depuis 2021.

## SOMMAIRE

- Le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* offre une analyse détaillée des tendances et des données sur les comportements suicidaires dans la province. Il met en évidence les baisses significatives des taux de suicide depuis plusieurs décennies, bien que des disparités persistent entre les sexes, les groupes d'âge et les régions sociosanitaires. En 2022, 1142 suicides ont été recensés, avec un taux trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le document explore également les taux d'hospitalisations et de visites aux urgences liées aux comportements suicidaires, soulignant une prévalence plus élevée chez les femmes, particulièrement chez les jeunes adolescentes.
- Utilisant des méthodes novatrices comme la régression *Joinpoint*, le rapport identifie des variations temporelles fournissant des outils précieux pour orienter les politiques publiques et les interventions ciblées. En plus de sensibiliser la population, il vise à soutenir les décideurs et les professionnels de la santé et des services sociaux dans leurs efforts de prévention.

## 1 INTRODUCTION

Grâce aux efforts d'une multitude d'acteurs et actrices 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, leurs communautés 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 (1). Elle propose d'intensifier les actions 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 qui présentent des vulnérabilités liées au suicide, mais aussi leurs proches, ainsi que l'ensemble de la population.

Dans la prévention du suicide, la surveillance de la santé de la population joue un rôle fondamental. Elle permet de suivre les tendances des comportements suicidaires, de déterminer les facteurs de risque et de cibler les groupes qui présentent des vulnérabilités. Ces données sont essentielles pour éclairer la prise de décision et orienter la planification et la 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(2-3), un rapport qui met en lumière les données les plus récentes sur les comportements suicidaires au Québec. Chaque nouvelle édition s'efforce d'enrichir ces rapports de différentes manières. Parfois, cela se traduit par l'ajout de nouvelles variables validées à partir des bases de données disponibles, permettant de mieux saisir les réalités associées au suicide. D'autres fois, c'est plutôt l'intégration d'analyses innovantes qui permet de pousser plus loin la compréhension des tendances.

Pour le portrait 2025, une approche méthodologique novatrice a été adoptée avec l'utilisation de la régression *Joinpoint*. La méthode de régression *Joinpoint* divise les données en différentes périodes, appelées segments, et calcule pour chacune d'elles le pourcentage de variation annuelle, qu'il s'agisse d'une augmentation ou d'une diminution. Cela donne une image claire et précise de l'évolution des comportements au fil du temps.

Ce rapport de surveillance vise à mieux comprendre les comportements suicidaires pour soutenir la prévention. Ses 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 taux de suicide selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- rapporter les tendances concernant les taux d'hospitalisations et de visites aux urgences attribuables aux comportements suicidaires selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- analyser les tendances des taux associés aux différents comportements suicidaires en utilisant la méthode de régression *Joinpoint*, afin de repérer les périodes marquées par des changements significatifs.

## 2 MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Données sur le suicide

Pour les années 1981 à 2022, les données sur le suicide sont issues du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les décès dont la cause initiale prenait les valeurs X60 à X84 ou Y87.0 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), dixième édition (CIM-10), ont été considérés comme des suicides. Pour l'année 2023, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner et mise à jour le 2 décembre 2024. Éventuellement, les décès pour l'année 2023 seront traités à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où ils seront intégrés au Fichier des décès. Concernant l'année 2023, 12 % 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 2023 sont présentés à titre indicatif seulement.

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 pour cet ajustement correspondent à ceux employés à l'Infocentre de santé publique pour le calcul des taux de suicide<sup>1</sup> soit : 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<sup>2</sup>.

### 2.2 Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

Pour une période d'analyse s'étendant de 2010 à 2023, 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 2024. Ces hospitalisations sont codifiées selon la version canadienne de la CIM-10 (CIM-10-CA, 2018), et ont été identifiées à partir de la variable de cause externe de morbidité à l'aide des codes X60 à X84 et Y87.0(4).

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur l'indicateur, visitez le portail de l'[Infocentre de santé publique](#) : Taux de mortalité pour certains problèmes de santé mentale/psychosociale.

<sup>2</sup> Groupes d'âge utilisés dans les rapports précédents : 10-14 ans, 15-19 ans, 20-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans, 65 ans et plus.

Les taux ajustés pour les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide 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 pour cet ajustement correspondent à ceux employés à l'Infocentre de santé publique<sup>3</sup> soit : < 1, 1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, ..., 80 à 84, 85 à 89, 90 ans et plus.

### 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)(5). 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 personnes qui reçoivent des services aux urgences<sup>4</sup> du Québec. Dans le cadre de ce rapport, une extraction des données a été réalisée le 6 janvier 2025, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2024. 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 2024 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<sup>5</sup> 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 au sein d'un même groupe.

---

<sup>3</sup> Pour plus de détails sur l'indicateur, visitez le portail de l'[Infocentre de santé publique](#) : Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par un traumatisme.

<sup>4</sup> 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. 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.

<sup>5</sup> Les taux par groupe d'âge sont bruts et n'ont pas été ajustés selon une structure d'âge spécifique.

## 2.5 Analyse de tendance *Joinpoint*

Afin d'évaluer si des changements significatifs de la tendance temporelle des taux se sont produits au cours de la période étudiée, la méthode de régression *Joinpoint* a été utilisée (version 4.8.0.1 du logiciel). Les analyses de régression *Joinpoint* ont été réalisées pour les taux de chacun des comportements suicidaires analysés dans ce rapport, par sexe et par groupe d'âge. La procédure de régression *Joinpoint* permet de décomposer une série temporelle en segments linéaires contigus. Ces segments sont séparés par un point de jonction marquant une inflexion dans la tendance temporelle du phénomène étudié. Puisque le nombre de points de jonction et leur emplacement sont déterminés par le modèle, chacun des segments est composé d'une période variable. L'emplacement de ces points de jonction fournit une information utile pour caractériser les tendances observées et mettre en lumière les changements significatifs au fil du temps. Pour chacun des segments, un changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) est calculé. Un CAMP positif indique une tendance à la hausse, tandis qu'un CAMP négatif indique une tendance à la baisse. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % et des intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été estimés pour chaque CAMP. Si les CAMPs ne sont pas statistiquement significatifs (dont l'IC inclut la valeur 0), il n'est alors pas possible de conclure à une tendance à la hausse ou à la baisse.

Sauf indication contraire, tous les résultats des analyses statistiques qui sont mentionnés dans le texte sont significatifs.

L'année 2020 a été retirée des analyses pour les comportements suicidaires liés aux visites aux urgences et aux hospitalisations, car cette période exceptionnelle de pandémie de COVID-19 a fortement influencé l'accès aux soins et aux urgences. Les craintes associées au virus et les mesures sanitaires ont pu modifier ces comportements, rendant cette année difficilement comparable aux autres.

Pour les données sur les suicides, l'année 2023 n'a pas été incluse, car certaines données restent provisoires à ce stade.

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

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Les suicides

#### 3.1.1 Évolution du taux de suicide selon le sexe

Le tableau 1 et la figure 1 présentent l'évolution des taux de suicide chez les hommes et chez les femmes ensemble et pris séparément de 1981<sup>6</sup> à 2023, tandis que le tableau 2 présente les analyses *Joinpoint*.

Les données officielles provenant du Fichier de décès indiquent qu'en 2022, le taux ajusté de suicide s'élevait à 13,2 par 100 000 personnes, tandis que les données provisoires du Bureau du coroner montrent pour 2023 un taux de 11,4 par 100 000 personnes. Depuis 2004, une diminution de 1,3 % par an a été observée pour les sexes réunis, indiquant une tendance à la baisse continue sur les 18 dernières années.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. En 2022, le taux ajusté de suicide des Québécois était de 20,0 par 100 000 personnes (864 décès), tandis que celui des Québécoises était de 6,5 par 100 000 personnes (278 décès), soit un taux trois fois plus élevé chez les hommes. Pour 2023, les taux provisoires étaient respectivement de 17,4 et 5,4 par 100 000 personnes.

Les analyses statistiques *Joinpoint* révèlent des évolutions distinctes selon le sexe. Chez les hommes, les années 1989 à 1999 montrent une augmentation significative de 2,5 % par année. En 1999, le taux brut s'élevait à 35,6 par 100 000 personnes. Une baisse rapide de 6,0 % par année a ensuite été enregistrée de 1999 à 2004, suivie d'une diminution plus modérée, mais soutenue de 1,5 % par année de 2004 à 2022, traduisant une amélioration progressive et durable depuis 18 ans.

Chez les femmes, trois tendances distinctes sont mises en évidence. De 1981 à 1990, une diminution rapide de 4,5 % par année a été observée, suivie d'une hausse marquée de 5,0 % par année de 1990 à 1996. Vers la fin des années 1990, le taux brut oscillait entre 8 et 9 par 100 000 personnes. Enfin, de 1996 à 2022, une diminution constante de 1,4 % par année a été enregistrée, traduisant une baisse soutenue sur une période prolongée de plus de 25 ans.

---

<sup>6</sup> En raison de contraintes d'espace, seuls les taux de suicide à partir de 1990 sont présentés dans la figure 1. Cette période a été choisie pour offrir une analyse visuelle claire des tendances récentes.

**Tableau 1** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de suicides selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2023<sup>2</sup>

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

**Tableau 1** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de suicides selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2023<sup>2</sup> (suite)

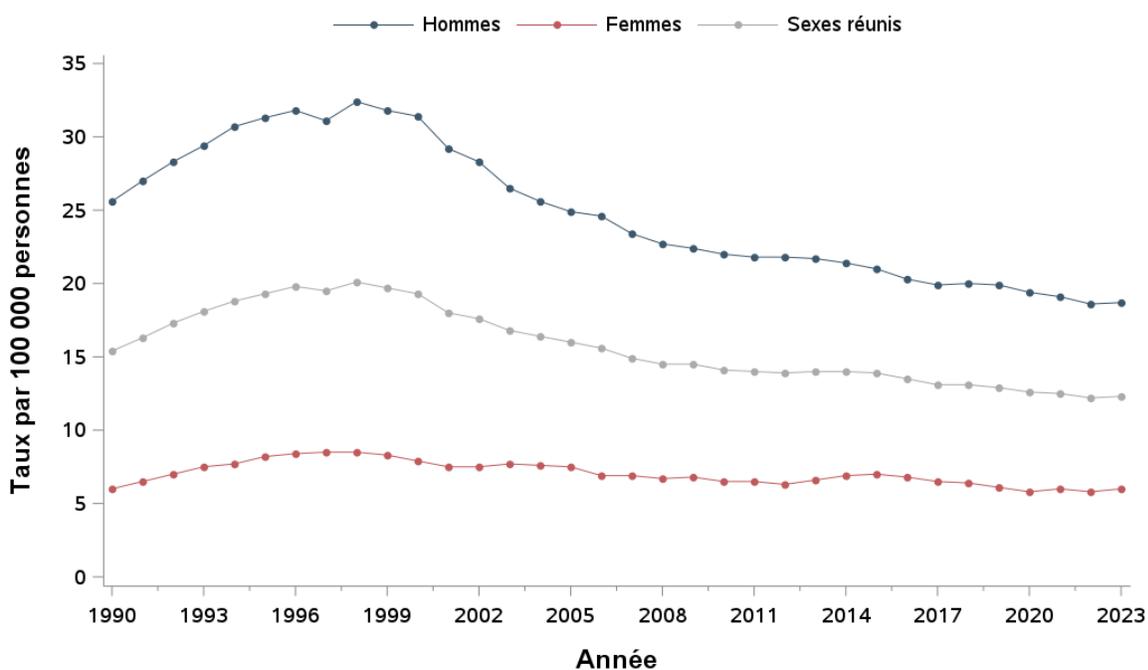
Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2018	825	19,7	19,9	270	6,4	6,4	1 095	13,0	13,1
2019	876	20,6	20,9	257	6,0	6,1	1 133	13,3	13,4
2020	797	18,6	18,8	254	5,9	5,9	1 051	12,3	12,3
2021	794	18,5	18,5	234	5,4	5,5	1 028	12,0	12,0
2022	864	19,8	20,0	278	6,4	6,5	1 142	13,1	13,2
2023	766	17,3	17,4	239	5,4	5,4	1 005	11,4	11,4

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

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2023.

Sources : MSSS : RED/D de 1981 à 2022 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 1** Taux ajusté<sup>1,2</sup> de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1990 à 2023<sup>3</sup>



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

<sup>2</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2022. Pour 1990 et 2023, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>3</sup> Données provisoires pour 2023.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2022 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 2** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté<sup>1</sup> de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2022

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Segment 3			Segment 4			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
Hommes	1981-1989	-1,0	[-5,3; +0,8]	1989-1999	+2,5*	[+1,3; +6,3]	1999-2004	-6,0*	[-9,8; -3,7]	2004-2022	-1,5*	[-2,0; -0,8]	↓ depuis 18 ans
Femmes	1981-1990	-4,5*	[-8,4; -2,6]	1990-1996	+5,0*	[+1,5; +13,6]	1996-2022	-1,4*	[-1,8; -1,0]	---	---	---	↓ depuis 26 ans
Sexes réunis	1981-1989	-1,8	[-5,9; -0,1]	1990-1999	+2,7*	[+1,6; +7,0]	1999-2004	-5,4*	[-9,4; -2,8]	2004-2022	-1,3*	[-1,7; -0,4]	↓ depuis 18 ans

<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population québécoise en 2016.

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro à un seuil de signification de 0,05.

IC 95% : Intervalle de confiance à 95 %.

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

### 3.1.2 Évolution des taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge

La figure 2 illustre l'évolution des taux de suicide chez les hommes de 1990 à 2023 (voir aussi annexe 2, tableau A1) tandis que le tableau 3 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les garçons de 10 à 14 ans, les taux de suicide sont faibles en raison du petit nombre cas observés, entre 0 et 3 par année pour la période de 2018 à 2023. Ce faible nombre empêche des analyses statistiques robustes avec le modèle *Joinpoint*.

Les adolescents de 15 à 19 ans représentent le groupe avec le deuxième taux de suicide le plus bas. Alors que leur taux était estimé à 33,9 par 100 000 personnes en 1999, il a connu une diminution de 1999 à 2006 équivalant à une baisse de 13,4 % par année pour cette période. Ensuite, le taux semble se stabiliser et en 2022, le taux officiel est de 11,3<sup>7</sup> par 100 000 personnes. Toutefois, il importe de noter que l'imprécision statistique associée au faible nombre de suicides pour ce groupe d'âge dans les dernières années rend difficile la mise en lumière d'une potentielle tendance.

Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans, une augmentation lente, mais soutenue du taux de suicide de 0,8 % par an a été observée de 1981 à 1999, atteignant 47,5 par 100 000 personnes. Une baisse marquée de 6,4 % par an a suivi jusqu'en 2009, réduisant le taux à 22,0 par 100 000 personnes. Depuis, le taux est relativement stable. Malgré cette stabilité relative depuis plus de 10 ans, le taux de 15,5 par 100 000 personnes pour 2022 représente le plus bas enregistré depuis le début de la période d'observation.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, deux tendances marquantes se dessinent. De 1981 à 1999, le taux de suicide a augmenté de 2,5 % par an atteignant un sommet de 52,7 par 100 000 personnes en 1999. Il s'agit du taux le plus élevé jamais observé dans un groupe d'âge au Québec. Depuis 1999, une diminution annuelle de 2,7 % a été observée permettant une réduction des taux qui atteignent 28,2 par 100 000 personnes en 2022.

Depuis le début de la période d'observation, le taux de suicide chez les hommes de 50 à 64 ans diminue (-0,3 %), mais à un rythme nettement plus lent que dans les autres groupes d'âge. Bien que cette baisse ait commencé il y a longtemps, avec un taux initial de 35,3 par 100 000 personnes en 1981, ce groupe est quand même devenu, depuis environ 2015, celui affichant le taux de suicide le plus élevé. En 2022, le taux s'établissait à 29,8 par 100 000 personnes, ce qui légèrement supérieur au taux observé chez les hommes de 35 à 49 ans.

Depuis le début de la période d'observation, le taux de suicide chez les hommes de 65 ans et plus diminue, mais à un rythme relativement lent. Cette baisse de 0,8 % par an sur toute la période d'observation a fait passer le taux initial de 28,7 par 100 000 personnes en 1981 à 23,2 par 100 000 en 2022.

<sup>7</sup> Coefficients de variation entre 16,6 % et 33 %, interprétation prudente.

Les analyses *Joinpoint* du tableau 3 révèlent que les groupes d'âge plus jeunes, comme les adolescents et les jeunes adultes, ont connu des changements plus marqués en ce qui concerne la tendance pour les taux de suicide. En revanche, les groupes d'âges plus avancés présentent des baisses plus linéaires et constantes.

### 3.1.3 Évolution des taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge

La figure 3 présente l'évolution des taux de suicide chez les femmes (voir aussi annexe 2, tableau A2) tandis que le tableau 3 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, les taux de suicide demeurent relativement bas comparativement aux autres groupes d'âge, en raison du faible nombre de cas dans cette population. De 2018 à 2021, le nombre de suicides varie entre 0 et 4 par année. Bien que les données officielles de 2022 révèlent 9 cas chez les jeunes filles, un chiffre supérieur aux quatre années précédentes, il n'est pas possible de conclure à une augmentation dans la tendance, compte tenu des fluctuations observées et du coefficient de variation supérieur à 33 %, ce qui invite à interpréter ces données avec prudence. Sur le plan statistique, le nombre de cas annuels dans ce groupe est insuffisant pour effectuer des analyses fiables avec le modèle *Joinpoint*.

Depuis les années 2000, les adolescentes de 15 à 19 ans, tout comme les jeunes filles, affichent les taux de suicide les plus bas parmi les groupes d'âge. Deux tendances marquantes caractérisent ce groupe : de 1981 à 1998, le taux de suicide a augmenté de 6,9 % par an, atteignant un sommet de 12,9 par 100 000 personnes. Depuis 1998, une diminution annuelle de 4,2 % a été observée, ramenant les taux à 3,7 par 100 000 personnes en 2022. Il est important de noter que les taux des cinq dernières années ont un coefficient de variation supérieur à 16 % qui limite leur interprétation.

Chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, les taux de suicide ont diminué depuis le début de la période d'observation en 1981 passant de 8,5 à 6,5 par 100 000 personnes en 2022. L'analyse *Joinpoint* indique une réduction faible, mais constante de 0,9 % par an de 1981 à 2022.

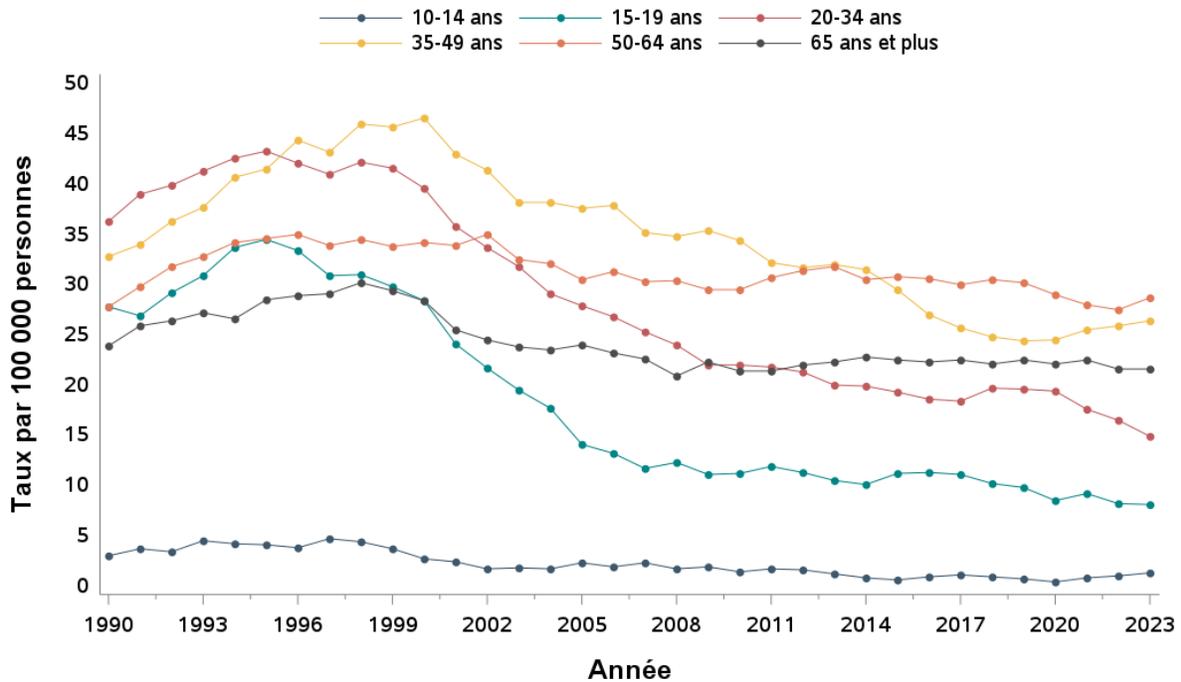
Chez les femmes de 35 à 49 ans, les taux de suicide ont suivi des tendances contrastées depuis le début de la période d'observation. De 1981 à 1991, une diminution de 3,2 % par an a été observée réduisant le taux à 10,2 par 100 000 personnes. Cette baisse a été suivie d'une hausse marquée de 6,5 % par an de 1991 à 1996, où le taux a atteint un sommet de 17,5 par 100 000 personnes. Depuis 1996, les taux de suicide diminuent à un rythme constant de 2,5 % par an. Cette tendance à la baisse se poursuit depuis 26 ans ramenant le taux à 9,3 par 100 000 personnes en 2022. Malgré cette diminution prolongée sur plus de deux décennies, ce groupe demeure parmi ceux affichant les taux de suicide les plus élevés chez les femmes.

Chez les femmes de 50 à 64 ans, les taux de suicide ont aussi suivi des tendances contrastées depuis le début de la période d'observation. De 1981 à 1988, une diminution de 7,2 % par an a été observée, réduisant le taux à 7,6 par 100 000 personnes. Cette baisse a été suivie d'une hausse faible sur près de 30 ans de 1,1 % par an de 1988 à 2015. Le taux de 12,8 par

100 000 personnes atteint alors presque un sommet. Depuis 2015, les taux de suicide diminuent à un rythme constant de 5,2 % par an. Cette tendance à la baisse se poursuit depuis 7 ans ramenant le taux à 9,0 par 100 000 personnes en 2022. Malgré cette diminution, ce groupe demeure parmi ceux affichant les taux de suicide les plus élevés chez les femmes.

Chez les femmes de 65 ans et plus, les taux de suicide ont montré des variations limitées au cours des dix dernières années, oscillant entre 4,2 et 6,7 par 100 000 personnes. De 1981 à 1989, une diminution de 6,1 % par an a été observée et depuis 1989, les taux sont restés relativement stables. En 2022, le taux de suicide était de 5,5 par 100 000 personnes.

**Figure 2 Taux de suicide<sup>1</sup> chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2023<sup>2</sup>**

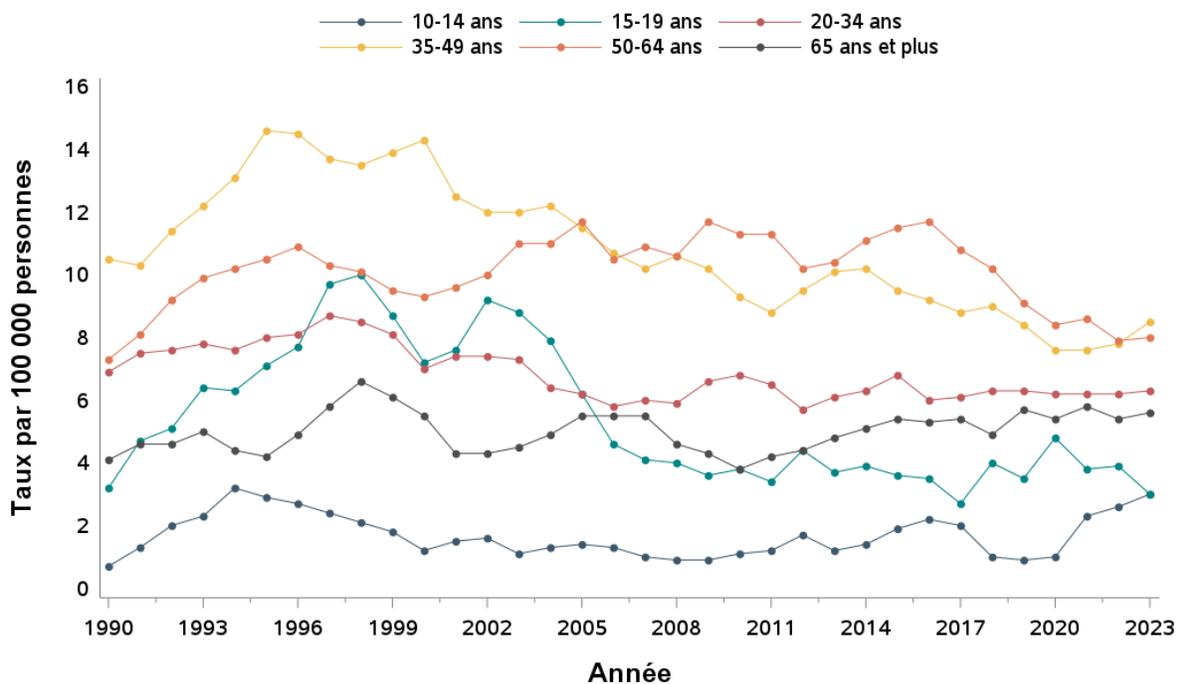


<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1990 à 2022. Pour 1990 et 2023, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2023.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2022 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 3 Taux de suicide<sup>1</sup> chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2023<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1990 à 2022. Pour 1990 et 2023, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2023.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2022 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 3** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2022

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Segment 3			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
<b>Hommes</b>										
10 – 14 ans <sup>†</sup>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
15 – 19 ans	1981-1999	+2,1*	[+1,2; +3,2]	1999-2006	-13,4*	[-23,8; -9,4]	2006-2022	-1,1	[-3,5; +1,5]	↔ depuis 16 ans
20 – 34 ans	1981-1999	+0,8*	[+0,2; +1,6]	1999-2009	-6,4*	[-13,0; -4,8]	2009-2022	-1,6	[-3,1; +2,5]	↓ depuis 13 ans
35 – 49 ans	1981-1999	+2,5*	[+1,8; +3,5]	1999-2022	-2,7*	[-3,4; -2,3]	---	---	---	↓ depuis 23 ans
50 – 64 ans	1981-2022	-0,3*	[-0,6; -0,1]	---	---	---	---	---	---	↓ depuis 41 ans
65 ans et plus	1981-2022	-0,8*	[-1,1; -0,5]	---	---	---	---	---	---	↓ depuis 41 ans
<b>Femmes</b>										
10 – 14 ans <sup>†</sup>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
15 – 19 ans	1981-1998	+6,9*	[+3,8; +13,2]	1998-2022	-4,2*	[-7,1; -2,6]	---	---	---	↓ depuis 24 ans
20 – 34 ans	1981-2022	-0,9*	[-1,3; -0,6]	---	---	---	---	---	---	↓ depuis 41 ans
35 – 49 ans	1981-1991	-3,2*	[-10,8; -0,2]	1991-1996	+6,5	[-2,6; +16,3]	1996-2022	-2,5*	[-3,4; -1,7]	↓ depuis 26 ans
50 – 64 ans	1981-1988	-7,2*	[-18,1; -2,2]	1988-2015	+1,1*	[+0,5; +5,5]	2015-2022	-5,2*	[-12,7; -1,4]	↓ depuis 7 ans
65 ans et plus	1981-1989	-6,1*	[-23,5; -0,4]	1989-2022	+0,3	[-0,4; +4,5]	---	---	---	↔ depuis 33 ans

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro (0) à un seuil de signification de 0,05.

† Pas de résultats disponibles en raison de l'effectif trop petit pour ce groupe d'âge.

IC 95% : Intervalle de confiance à 95 %.

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

## **Importance du suicide parmi l'ensemble des causes de décès selon le sexe et les groupes d'âge**

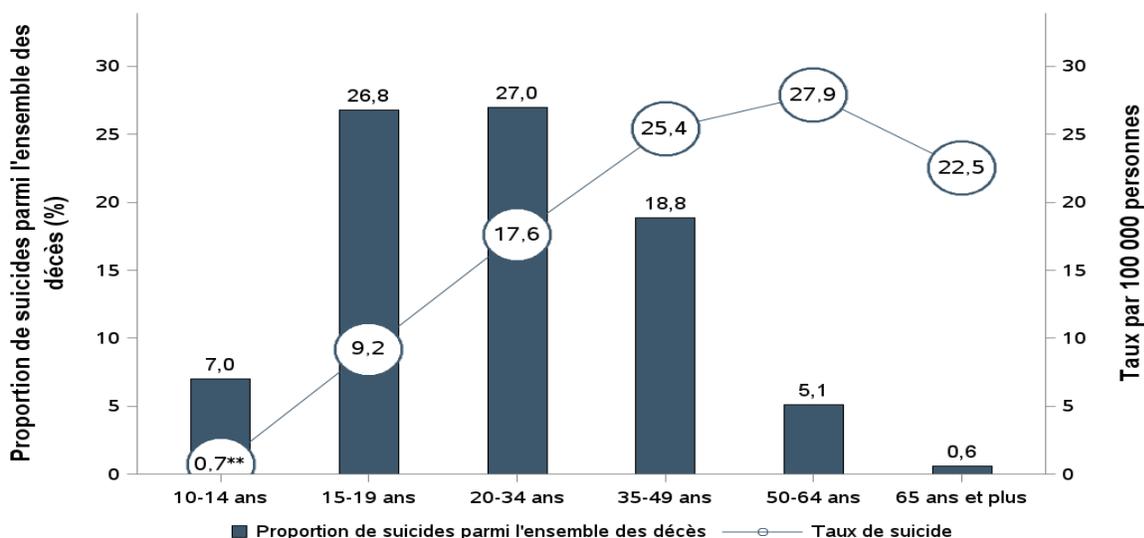
Les figures 4 et 5 illustrent, pour la période 2020-2022, la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge. Il est important de mentionner que l'interprétation de la proportion de suicides parmi tous les décès doit tenir compte de l'importance 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 2020-2022. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (2,2 %) que chez les femmes (0,7 %) (données non présentées dans les tableaux et les figures). Des proportions similaires ont été observées les années précédentes<sup>4</sup>.

Chez les hommes, la proportion de suicides parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les groupes de 15 à 34 ans comparativement à ceux de 35 ans et plus. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes de 15 à 19 ans (26,8 %) et de 20 à 34 ans (27,0 %) comparativement aux hommes de 35 à 49 ans (18,8 %) et de 50 à 64 ans (5,1 %) et ce, même si leurs taux de suicide sont plus bas (respectivement 9,2 et 17,6 par 100 000 personnes comparativement à 25,4 et 27,9 par 100 000 personnes). Chez les hommes de 65 ans et plus, le contraste est encore plus marqué puisque la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès est de 0,6 %, tandis que le taux de suicide est de 22,5 par 100 000 personnes.

Chez les femmes, pour la première fois depuis la production de cette mise à jour annuelle, les jeunes filles de 10 à 14 ans enregistrent la proportion la plus élevée de suicides parmi toutes les causes de décès avec 25,8 %. Toutefois, il pourrait s'agir davantage d'une variation ponctuelle plutôt que d'une tendance établie. Les suicides représentent une proportion plus élevée des décès chez les adolescentes de 15 à 19 ans (23,3 %) et les jeunes femmes de 20 à 34 ans (21,4 %), comparativement aux femmes de 35 à 49 ans (9,4 %) et de 50 à 64 ans (2,3 %). Toutefois, leurs taux de suicide sont plus bas, à 3,8 et 6,3 par 100 000 personnes respectivement, contre 7,6 et 8,6 par 100 000 personnes pour les groupes plus âgés. Pour les adolescentes de 15 à 19 ans, le coefficient de variation entre 16,6 % et 33 % invite à interpréter cette valeur avec prudence, soulignant les limites de précision des estimations pour ce groupe d'âge. Chez les femmes 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 5,8 par 100 000 personnes.

**Figure 4** Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide<sup>1</sup> chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2020-2022

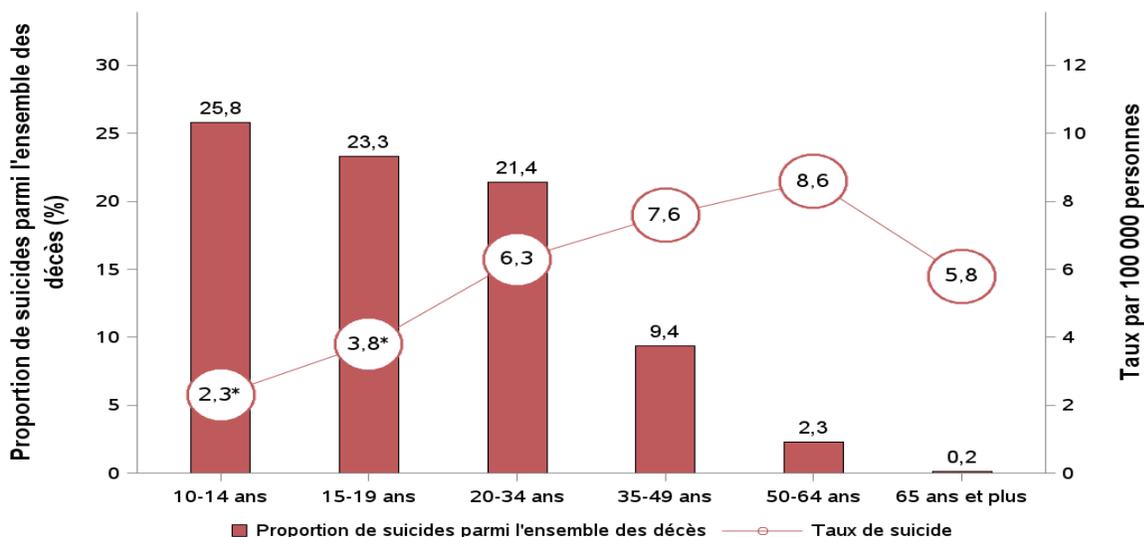


<sup>1</sup> Le taux se calcule en prenant le nombre cumulatif de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

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

Sources : MSSS, RED/D de 2020 à 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 5** Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide<sup>1</sup> chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2020-2022



<sup>1</sup> 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.

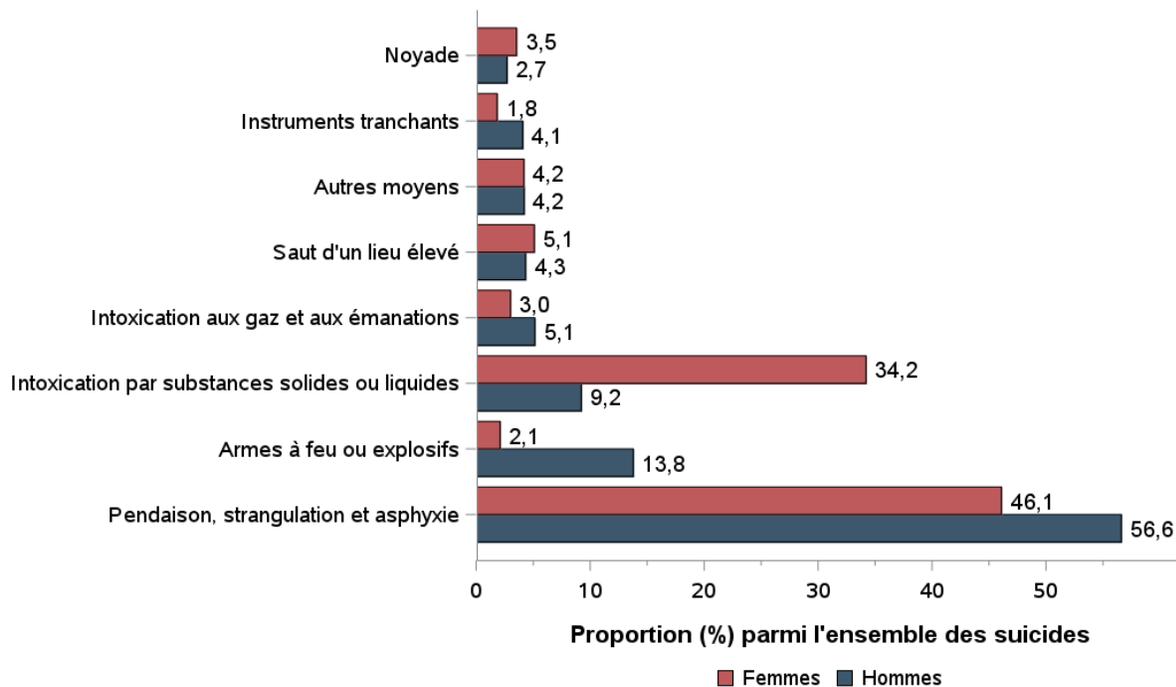
\* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33 %, interpréter la valeur avec prudence.

Source : MSSS, RED/D 2020 à 2022 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.1.4 Moyens utilisés pour s'enlever la vie selon le sexe

Pour la période de 2020 à 2022, la catégorie de moyens la plus communément utilisée pour s'enlever la vie chez les hommes et chez les femmes au Québec était la pendaison, strangulation et asphyxie. La figure 6 permet de constater que ces moyens étaient utilisés dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (56,6 %) et dans une proportion un peu moindre chez les femmes (46,1 %). Les suicides par armes à feu sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (13,8 %) que chez les femmes (2,1 %). Les intoxications par substances solides ou liquides, incluant l'ingestion de médicaments, ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (34,2 %) que par les hommes (9,2 %).

Figure 6 Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sexe, ensemble du Québec, 2020-2022



Source : MSSS, RED/D 2020 à 2022.

### 3.1.5 Taux de suicide selon le sexe et les régions sociosanitaires

Les taux<sup>8</sup> sont comparés selon la région sociosanitaire à la figure 7. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec pour la période 2020-2022.

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 14 000 individus) affichait pour la période analysée un taux de suicide beaucoup plus élevé (142,2 par 100 000 personnes) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (12,5 par 100 000 personnes). Quatre autres régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province, soit Abitibi-Témiscamingue (21,1 par 100 000 personnes), Chaudière-Appalaches (17,5 par 100 000 personnes), Mauricie et Centre-du-Québec (16,3 par 100 000 personnes) et l'Estrie (15,3 par 100 000 personnes).

Pour la même période, trois régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement inférieur au reste de la province, soient Laval, Montréal et la Montérégie (respectivement 6,6 par 100 000 personnes, 9,6 par 100 000 personnes et 10,3 par 100 000 personnes).

Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 206,7 par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (19,1 par 100 000 personnes). Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chaudière-Appalaches et de la Mauricie et Centre-du-Québec avaient aussi un taux de suicide significativement plus élevé que les hommes du reste de la province (respectivement 34,5 par 100 000 personnes, 26,4 par 100 000 personnes et 25,1 par 100 000 personnes) tandis que les régions de Laval et de Montréal avaient des taux significativement plus bas (respectivement 10,6 et 13,5 par 100 000 personnes).

Chez les femmes au Nunavik, le taux de suicide était de 74,1 par 100 000 personnes, comparativement à 6,0 par 100 000 personnes pour l'ensemble de la province (annexe 2, figure A2). Aucune autre région ne présente un taux significativement plus élevé comparativement au reste de la province. Cependant, les femmes des régions de Laval et de la Montérégie affichaient des taux significativement plus bas, soit respectivement 2,9 et 3,8 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 2018 à 2023.

---

<sup>8</sup> Les taux sont calculés sur trois ans (2020 à 2022),



## 3.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

### 3.2.1 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe

Le tableau 4 et la figure 8 présentent l'évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes et les femmes de 2010 à 2023 tandis que le tableau 5 présente les analyses *Joinpoint*.

Selon les plus récentes données disponibles, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide au Québec était de 41,0 par 100 000 personnes en 2023 (3603 hospitalisations). Contrairement aux suicides qui sont plus élevés chez les hommes, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes<sup>9</sup> et l'écart entre les sexes semble avoir augmenté depuis 2010. Alors que la différence de taux entre les deux sexes était en moyenne de 11 points d'écart pour les années 2010-2011, cette différence a augmenté à 19 points d'écart pour les années 2021-2022.

Chez les hommes, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a légèrement augmenté de 2010 à 2017, passant de 32,6 à 38,4 par 100 000 personnes. Cette augmentation de 2,5 % par an traduit une tendance à la hausse sur une période de 7 ans. Toutefois, à partir de 2017, une baisse quasi équivalente de 2,7 % par an a été observée, ramenant le taux à 32,0 par 100 000 personnes en 2023, un niveau bas pour la période d'observation. Ces deux tendances opposées ont conduit le taux à un niveau proche de celui du début de la période d'étude.

Chez les femmes, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a montré une augmentation plus marquée de 2010 à 2017, passant de 42,7 à 56,8 par 100 000 personnes, soit une hausse de 4,4 % par an. Ce pic a été suivi d'une décroissance progressive de 2017 à 2023 avec une diminution de 1,3 % par an. Après une légère baisse en 2020, probablement liée au contexte pandémique, les taux ont rebondi en 2021 atteignant 56,6 par 100 000 personnes. Depuis, le ralentissement semble se poursuivre, avec des taux de 53,0 et 50,6 par 100 000 personnes en 2022 et 2023. Si cette tendance à la baisse se maintient à cette hauteur, il faudrait néanmoins attendre une quinzaine d'années pour que les taux retrouvent les niveaux les plus bas observés au début de la période d'observation.

Ces résultats mettent en évidence des évolutions contrastées entre les sexes, avec une diminution qui semble plus prononcée chez les hommes tandis que les femmes continuent de présenter des taux relativement élevés malgré une décroissance amorcée en 2017.

---

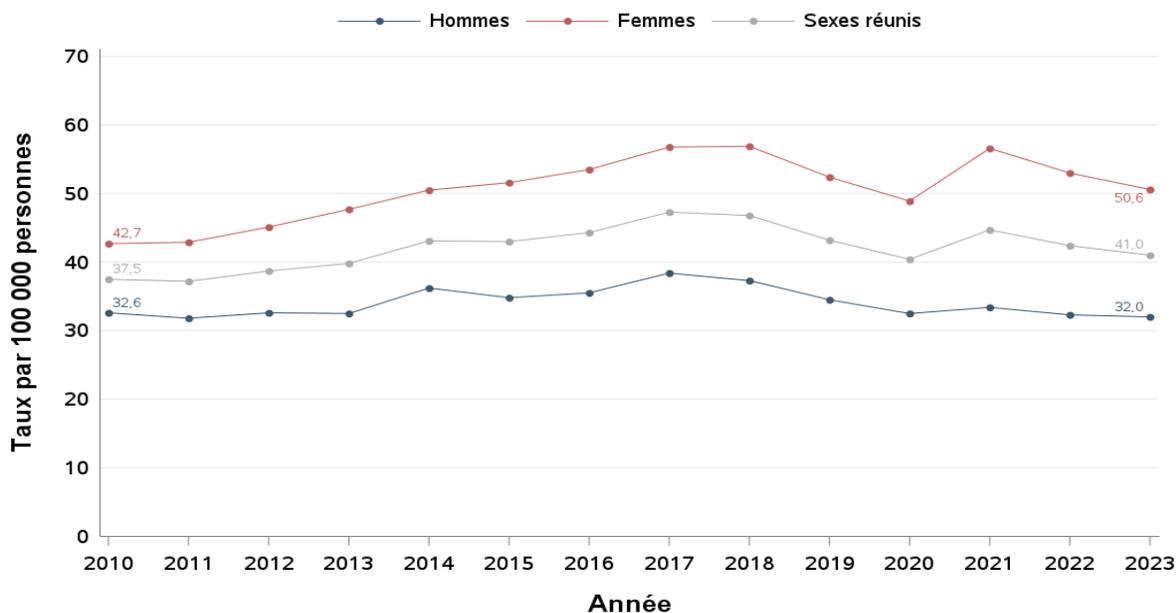
<sup>9</sup> Tout groupe d'âge confondu.

**Tableau 4** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
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	1 391	32,0	32,3	2 246	51,7	53,0	3 637	41,8	42,4
2023	1 414	31,8	32,0	2 189	49,7	50,6	3 603	40,7	41,0

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.  
Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 8** Taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023



<sup>1</sup> Taux ajusté par 100 000 personnes selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 5** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2010 à 2023<sup>2</sup>

Sexe	Segment 1			Segment 2			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
Homme	2010-2017	+2,5*	[+1,4 ; +4,8]	2017-2023	-2,7*	[-5,1 ; -1,3]	↓ depuis 6 ans
Femme	2010-2017	+4,4*	[+3,3 ; +6,0]	2017-2023	-1,3*	[-3,1 ; -0,1]	↓ depuis 6 ans
Sexes réunis	2010-2017	+3,6*	[+2,6 ; +4,9]	2017-2023	-1,9*	[-3,4 ; -0,8]	↓ depuis 6 ans

<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population québécoise en 2016.

<sup>2</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro (0) à un seuil de signification de 0,05.

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.2.2 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge

La figure 9 présente l'évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes de 2010 à 2023 (voir aussi annexe 2, tableau A4) tandis que le tableau 6 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les garçons de 10 à 14 ans, les taux d'hospitalisations montrent des fluctuations modérées sur l'ensemble de la période (2010 à 2023) avec un taux variant entre 3 et 12 par 100 000 personnes. Il est cependant difficile de tirer des conclusions précises, car les taux ont un coefficient de variation supérieur à 16 % et parfois même 33 %.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, les variations sont marquées. De 2010 à 2019, le taux d'hospitalisations a augmenté de manière soutenue, passant de 41,9 à 67,6 par 100 000 personnes (hausse de 7,0 % par an). Après 2019, une diminution de 10,2 % par an a été observée, ramenant le taux à un niveau inférieur à 50 par 100 000 personnes en 2023. Si cette tendance se maintient, le taux pourrait retrouver d'ici deux ans les niveaux les plus bas observés depuis le début de la période.

Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisations est passé de 38,4 par 100 000 personnes en 2010 à un sommet de 51,1 par 100 000 personnes en 2017. De 2010 à 2021, une augmentation de 2,1 % par an a été observée, traduisant une hausse progressive au cours de cette période. Cependant, de 2021 à 2023, une diminution de 12,4 % par an a été enregistrée, ramenant le taux à des niveaux plus bas, soit 39,8 par 100 000 en 2023. Si cette tendance descendante se maintient, les taux pourraient retrouver, d'ici deux à trois ans, les niveaux les plus bas observés au début de la période d'analyse.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, les taux d'hospitalisations montrent une diminution continue depuis le début de la période d'observation, passant de 52,8 par 100 000 personnes en 2010 à 41,6 par 100 000 personnes en 2023. Cette diminution constante de 1,5 % par an fait de ce groupe le seul à enregistrer une baisse continue sur toute la période.

Concernant les hommes de 50 à 64 ans, trois tendances ont émergé (2010 à 2017, 2017 à 2021 et 2021 à 2023), mais ces tendances ne sont pas statistiquement significatives. Toutefois en 2017, les taux atteignaient un pic de 45,1 pour 100 000 personnes. En 2023, le taux s'établit à 38,3 pour 100 000 personnes.

Chez les hommes de 65 ans et plus, les résultats montrent une augmentation constante du taux de 1,7 % par an depuis le début de la période d'observation atteignant 25,7 et 25,2 par 100 000 personnes en 2022 et 2023.

### 3.2.3 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge

La figure 10 présente l'évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes de 2010 à 2023 (voir aussi annexe 2, tableau A4) tandis que le tableau 6 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide a connu une augmentation importante, triplant durant la période d'observation. De 2010 à 2016, le taux est passé de 29,2 à 74,9 par 100 000 personnes. En 2021, cette hausse est devenue encore plus préoccupante, atteignant un pic de 118,2 par 100 000 personnes. Depuis, il semble visuellement y avoir eu une légère diminution, ramenant le taux à 90,7 par 100 000 personnes en 2023. En somme, l'analyse *Joinpoint* rapporte une hausse marquée du taux de 8,5 % par an de 2010 à 2023, indiquant une tendance soutenue sur l'ensemble de la période. Cette progression représente l'une des hausses marquées les plus persistantes observées, quel que soit l'âge ou le sexe.

Ce sont les adolescentes de 15 à 19 ans qui présentent les taux les plus élevés et la hausse la plus marquée. De 2010 à 2013, le taux a augmenté de manière significative avec une progression annuelle de 19,5 %. Cette hausse s'est poursuivie, bien qu'à un rythme plus modéré, de 2013 à 2021, avec une augmentation annuelle de 4,6 %. De 2021 à 2023, les taux ont présenté une légère variation de 7,7 % par an, sans toutefois atteindre un seuil de significativité statistique. Les années 2022 et 2023 présentent des taux de 193,1 et 175,6 par 100 000 personnes qui demeurent parmi les plus élevés de la période observée.

Chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisations a augmenté de 52,3 à 78,9 par 100 000 personnes de 2010 à 2018. Cette progression comprend une période de stabilité de 2010 à 2012, suivie d'une hausse marquée de 7,7 % par an de 2012 à 2018. Depuis, une baisse significative de 2,6 % par an a été observée de 2018 à 2023, ramenant ce taux à 69,6 par 100 000 personnes en 2023. Si la tendance actuelle se maintient, il faudrait environ 4 à 5 ans pour retrouver les taux initiaux.

Chez les femmes de 35 à 49 ans, une baisse de 4,6 % par an a été observée à partir de 2018, atteignant un niveau plancher de 50,2 pour 100 000 personnes en 2023, le plus bas enregistré depuis le début de la période d'observation.

Le taux d'hospitalisations des femmes de 50 à 64 ans a montré une hausse modérée de 2,5 % par an de 2010 à 2016, avant d'entamer une diminution de 4,3 % par an de 2016 à 2023. Cette tendance descendante a ramené le taux à 40,0 par 100 000 personnes en 2023, le plus bas de la période analysée.

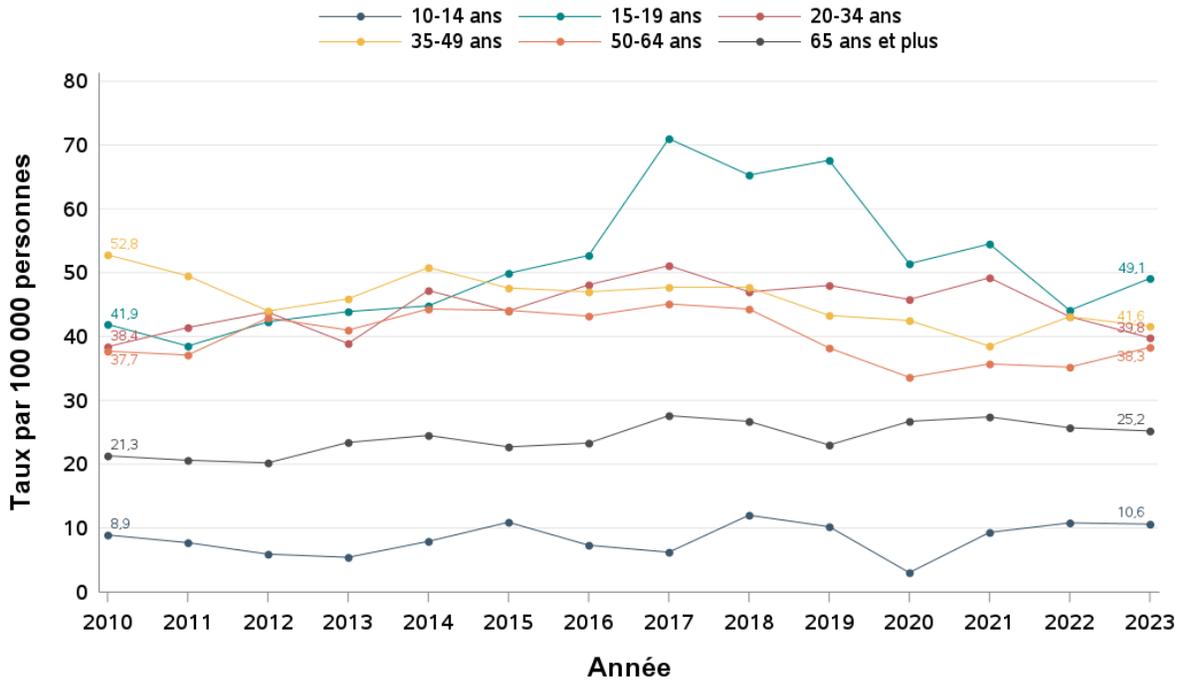
Chez les aînées de 65 ans et plus, le taux d'hospitalisations a connu une augmentation depuis 2010, enregistrant une croissance de 2,5 % par année. Cette progression a débuté avec un taux de 19,7 par 100 000 personnes en 2010. En 2023, ce taux s'établit à 25,0 par 100 000 personnes. Visuellement, l'essentiel de cette hausse semble se produire dans la première moitié de la période d'observation.

### 3.2.4 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires

Les nombres et les taux d'hospitalisations 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 A5. Les tests statistiques réalisés dans le cadre de ce rapport montrent plusieurs différences régionales qui peuvent être constatées à la lecture du tableau.

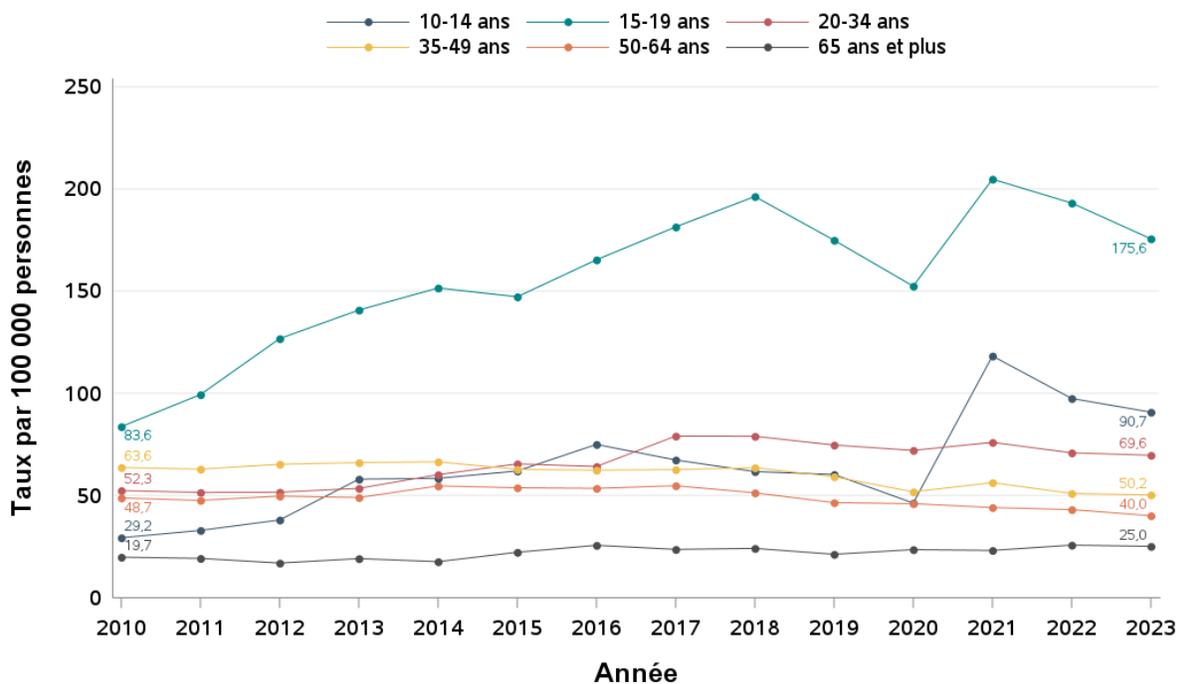
Pour plus de détails sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide et les tests statistiques pour les différences régionales, visitez le portail de l'[Infocentre de santé publique](#) : Taux d'hospitalisation spécifique aux lésions traumatiques causées par un traumatisme.

**Figure 9** Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 10 Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 6** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 à 2023<sup>1</sup>

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Segment 3			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
<b>Hommes</b>										
10 – 14 ans†	2010-2023	+3,1	[-0,5; +7,4]	---	---	---	---	---	---	↔ depuis 13 ans
15 – 19 ans	2010-2019	+7,0*	[+4,9; +10,9]	2019-2023	-10,2*	[-24,3; -3,7]	---	---	---	↓ depuis 4 ans
20 – 34 ans	2010-2021	+2,1*	[+1,1; +5,0]	2021-2023	-12,4*	[-20,8; -1,3]	---	---	---	↓ depuis 2 ans
35 – 49 ans	2010-2023	-1,5*	[-2,4; -0,6]	---	---	---	---	---	---	↓ depuis 13 ans
50 – 64 ans	2010-2017	+2,6	[-4,1; +11,3]	2017-2021	-6,7	[-10,3; +8,0]	2021-2023	+4,3	[-5,9; +13,5]	↔ depuis 2 ans
65 ans et plus	2010-2023	+1,7*	[+0,2; +3,4]	---	---	---	---	---	---	↑ depuis 13 ans
<b>Femmes</b>										
10 – 14 ans†	2010-2023	+8,5*	[+4,8; +13,6]	---	---	---	---	---	---	↑ depuis 13 ans
15 – 19 ans	2010-2013	+19,5*	[+13,4; +31,2]	2013-2021	+4,6*	[+3,1; +6,9]	2021-2023	-7,7	[-12,6; +0,0]	↔ depuis 2 ans
20 – 34 ans	2010-2012	-1,2	[-6,1; +5,7]	2012-2018	+7,7*	[+6,0; +12,1]	2018-2023	-2,6*	[-5,3; -0,6]	↓ depuis 5 ans
35 – 49 ans	2010-2018	-0,3	[-1,1; +1,6]	2018-2023	-4,6*	[-8,5; -2,8]	---	---	---	↓ de 5 ans
50 – 64 ans	2010-2016	+2,5*	[+1,0; +5,2]	2016-2023	-4,3*	[-6,2; -3,1]	---	---	---	↓ de 7 ans
65 ans et plus	2010-2023	+2,5*	[+0,9; +4,4]	---	---	---	---	---	---	↑ depuis 13 ans

<sup>1</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro (0) à un seuil de signification de 0,05.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.3 Les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide

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

Le tableau 7 et la figure 11 présentent l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes de 2016 à 2024 tandis que le tableau 8 présente les analyses *Joinpoint*.

Après des fluctuations modérées de 2016 à 2019 (respectivement 54,7 et 50,8 par 100 000 personnes), le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide, sexes réunis, a diminué en 2020 (45,5 par 100 000 personnes). Il faut se rappeler que le contexte pandémique a pu avoir un effet significatif sur l'accès aux soins et les comportements liés à la santé, influençant ainsi les données observées. Depuis, ce taux a bondi, atteignant 59,2 par 100 000 personnes en 2024.

Le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes. La différence entre les sexes s'observe principalement chez les enfants (10 à 14 ans), les adolescents et adolescentes (15-19 ans) et les jeunes adultes (20 à 34 ans) alors que chez les individus de 35 ans et plus, le taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide est relativement similaire entre les sexes (données présentées pour 2024 seulement, annexe 2, figure A3).

De 2016 à 2024, le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes a présenté deux tendances distinctes. Une diminution de 2,8 % par an a été observée de 2016 à 2021, avec des taux ajustés passant de 48,4 à 42,9 par 100 000 personnes. Cependant, depuis 2021, une augmentation notable de 4,8 % par an est enregistrée, atteignant un taux ajusté de 49,5 par 100 000 personnes en 2024. Cette reprise récente, après plusieurs années de baisse, est particulièrement visible sur les trois dernières années.

Chez les femmes, le taux ajusté a également connu des variations marquées. De 2016 à 2019, une baisse non significative de 3,0 % par an a été observée, démontrant une certaine stabilité des taux, qui ont oscillé entre 61,4 et 57,5 par 100 000 personnes au cours de cette période. Toutefois, à partir de 2019, une augmentation continue de 3,6 % par an a été enregistrée, atteignant un taux ajusté de 69,6 par 100 000 en 2024.

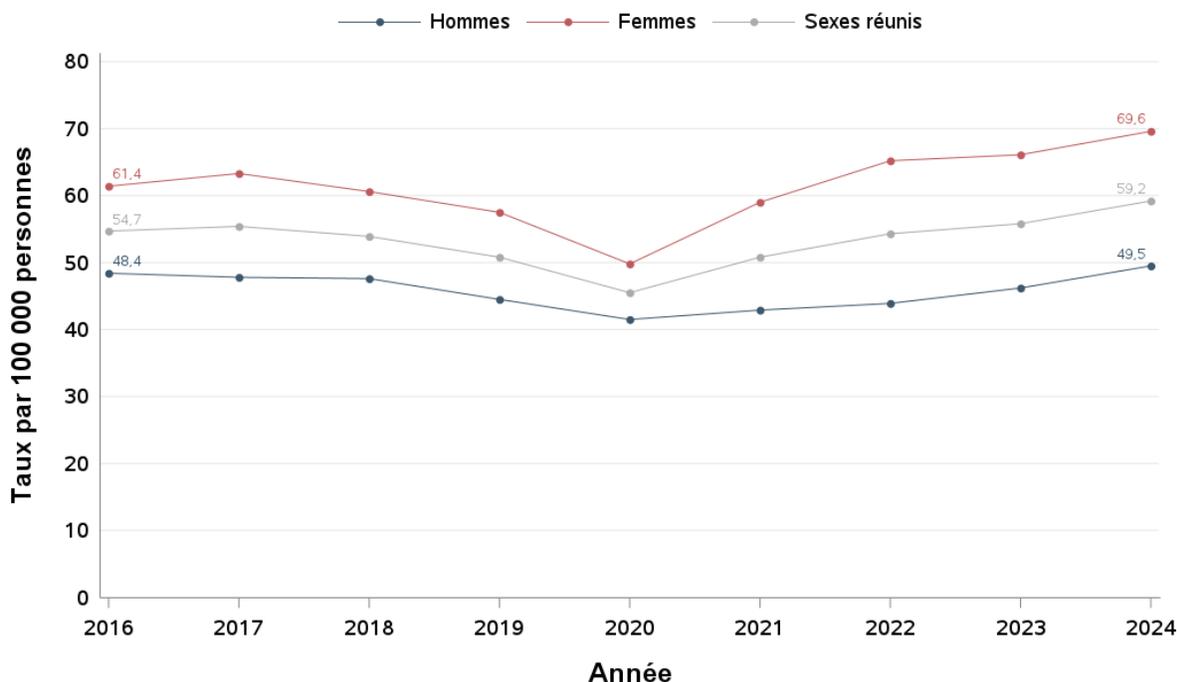
En conclusion, la hausse la plus récente semble plus importante chez les hommes que chez les femmes (4,8 % comparativement à 3,6 %). Toutefois, les femmes continuent d'afficher des taux ajustés nettement supérieurs à ceux des hommes, en particulier depuis 2020, accentuant la disparité entre les sexes.

**Tableau 7** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
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	59,0	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
2024	2 210	49,2	49,5	2 984	67,1	69,6	5 196	58,2	59,2

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.  
Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 11** Taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024



<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.  
Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 8** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024<sup>2</sup>

Sexe	Segment 1			Segment 2			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
Homme	2016-2021	-2,8 *	[-6,1 ; -1,4]	2021-2024	+4,8*	[+1,7 ; +9,5]	↑ depuis 3 ans
Femme	2016-2019	-3,0	[-7,1 ; +0,3]	2019-2024	+3,6*	[+2,0 ; +7,3]	↑ depuis 5 ans
Sexes réunis	2016-2021	-1,7 *	[-4,1 ; -0,5]	2021-2024	+5,3*	[+2,8 ; +9,1]	↑ depuis 3 ans

<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population québécoise en 2016.

<sup>2</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro (0) à un seuil de signification de 0,05.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.3.2 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge

La figure 12 présente l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes de 2016 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A6) tandis que le tableau 9 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les garçons âgés de 10 à 14 ans, les taux ont montré une augmentation significative de 27,8 % par an de 2016 à 2018, atteignant un pic de 26,2 par 100 000 personnes en 2018. Cependant, de 2018 à 2024, une diminution de 3,6 % par an a été observée, bien que cette baisse ne soit pas statistiquement significative. Le nombre total de cas dans ce groupe d'âge reste faible, variant de 27 en 2016 à 49 en 2024, ce qui limite la robustesse des analyses et justifie une interprétation prudente des résultats.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, une tendance à la baisse non significative de 1,7 % par an a été observée sur l'ensemble de la période d'observation. Les taux ont oscillé entre 84,5 par 100 000 personnes en 2016 et 81,5 par 100 000 personnes en 2024 suggérant une relative stabilité sans qu'une diminution nette puisse être confirmée.

Pour les hommes âgés de 20 à 34 ans, les taux ont montré une légère diminution non significative avec une variation de 0,8 % par an de 2016 à 2024 suggérant une relative stabilité. Les taux sont passés de 82,4 par 100 000 personnes en 2016 à 81,0 par 100 000 personnes en 2024.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, une baisse de 5,9 % par an a été observée de 2016 à 2021, suivie d'une reprise notable de 10,0 % par an de 2021 à 2024. Les taux passent alors de 49,9 par 100 000 personnes en 2021 à 66,7 par 100 000 personnes en 2024. L'augmentation récente, courte, mais importante, a annulé la baisse observée précédemment.

Dans le groupe des hommes âgés de 50 à 64 ans, les taux oscillent entre 46,0 et 40,5 par 100 000 personnes de 2016 à 2021 avant d'augmenter significativement au cours des trois dernières années. Toutefois, cette augmentation de 8,2 % par an n'est pas statistiquement significative. En 2024, le taux de visites aux urgences pour une tentative de suicide était de 48,1 par 100 000 personnes.

Enfin, chez les hommes de 65 ans et plus, une baisse des taux de 3,4 % par an a été observée de 2016 à 2021, suivie d'une augmentation de 8,7 % par an de 2021 à 2024. Cependant, ces variations n'étant pas statistiquement significatives, elles suggèrent une probable stabilité des taux sur l'ensemble de la période. Les taux ont varié de 21,7 par 100 000 personnes en 2016 à 24,5 par 100 000 personnes en 2024.

### 3.3.3 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge

La figure 13 présente l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes de 2016 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A6) tandis que le tableau 9 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les filles âgées de 10 à 14 ans, une diminution des taux de 12,6 % par an a été observée de 2016 à 2018, mais cette variation n'est pas statistiquement significative. Par la suite, de 2018 à 2024, les taux semblent augmenter, passant de 47,3 par 100 000 personnes en 2018 à 119,7 par 100 000 personnes en 2024. L'analyse *Joinpoint* a toutefois relevé que cette période se résumait à une hausse de 16,7 % par an qui n'était pas statistiquement significative, rapportant de très larges intervalles de confiance.

Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, les taux ont montré une augmentation significative de 3,1 % par an de 2016 à 2024. Cette progression constante se reflète dans l'évolution des taux, qui sont passés de 191,5 par 100 000 personnes en 2016 à 240,6 par 100 000 personnes en 2024. Ce groupe d'âge témoigne d'une augmentation soutenue sur huit ans.

Pour les femmes âgées de 20 à 34 ans, aucune tendance significative à la hausse ou à la baisse n'a été observée de 2016 à 2024. Les taux, qui ont oscillé entre 111,8 et 121,9 par 100 000 personnes, indiquent une relative stabilité sur cette période de huit ans.

Chez les femmes âgées de 35 à 49 ans, une diminution de 3,1 % par an a été enregistrée de 2016 à 2022, suivie d'une augmentation marquée de 11,6 % par an de 2022 à 2024. Ces tendances font passer les taux de 65,7 par 100 000 personnes en 2016 à 67,9 par 100 000 personnes en 2024. Ces résultats montrent une hausse récente sur deux ans.

Dans le groupe des femmes âgées de 50 à 64 ans, une baisse des taux de 4,0 % par an a été observée de 2016 à 2022. Cependant, cette tendance s'est inversée de 2022 à 2024, avec une reprise marquée de 11,2 % par an. Les taux sont ainsi passés de 34,8 par 100 000 personnes en 2022 à 43,0 par 100 000 personnes en 2024, montrant que cette hausse récente a annulé la diminution accumulée au cours des années précédentes.

Enfin, chez les femmes de 65 ans et plus, il n'y a pas de tendance significative de 2016 à 2024. Les taux sont de 21,5 par 100 000 personnes en 2016 à 20,2 par 100 000 personnes en 2024.

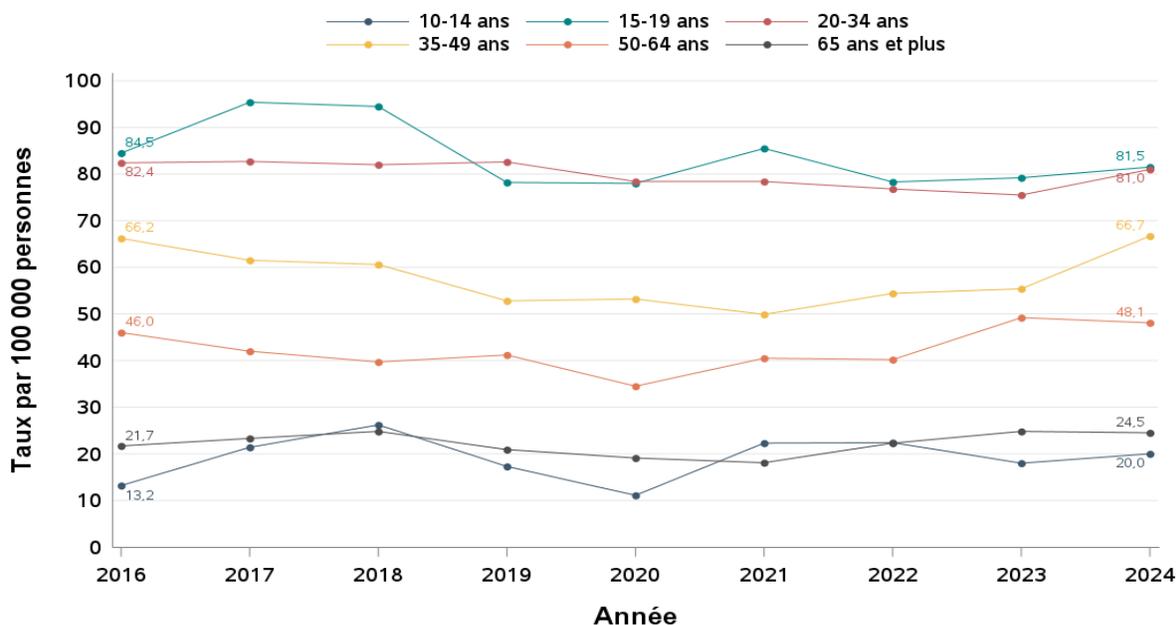
Ces résultats mettent en lumière des tendances variées et des évolutions significatives dans plusieurs groupes d'âge, notamment l'augmentation chez les adolescentes de 15 à 19 ans ainsi que les reprises récentes observées chez les femmes de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans.

### **3.3.4 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires**

Les nombres et les taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires pour les années 2020 à 2024 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A7.

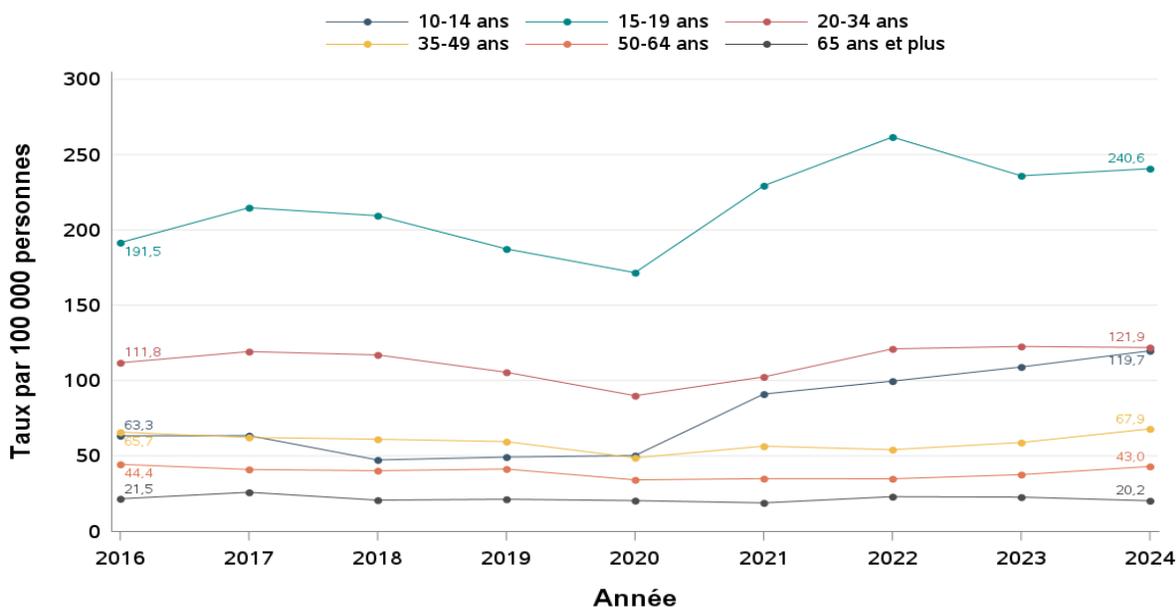
De 2020 à 2024, les taux ajustés de visites aux urgences pour tentative de suicide au Québec sont passés de 45,5 à 59,2 par 100 000 habitants, soit une augmentation de 30 %. Bien que des tests de tendance n'aient pas été réalisés, plusieurs régions enregistrent également des hausses durant cette période.

Figure 12 Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | 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 par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 9** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024<sup>1</sup>

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
<b>Hommes</b>							
10 – 14 ans	2016-2018	+27,8*	[+0,5 ; +65,2]	2018-2024	-3,6	[-19,3 ; +4,0]	↔ depuis 6 ans
15 – 19 ans	2016-2024	-1,7	[-4,9 ; +1,7]	---	---	---	↔ depuis 8 ans
20 – 34 ans	2016-2024	-0,8	[-1,9 ; +0,2]	---	---	---	↔ depuis 8 ans
35 – 49 ans	2016-2021	-5,9*	[-10,4 ; -3,5]	2021-2024	+10,0 *	[+4,6 ; +18,6]	↑ depuis 3 ans
50 – 64 ans	2016-2021	-2,3	[-13,9 ; +10,2]	2021-2024	+8,2	[-3,6 ; +23,6]	↔ depuis 3 ans
65 ans et plus	2016-2021	-3,4	[-17,7 ; +13,6]	2021-2024	+8,7	[-4,6 ; +26,9]	↔ depuis 8 ans
<b>Femmes</b>							
10 – 14 ans	2016-2018	-12,6	[-30,5 ; +17,8]	2018-2024 :	+16,7	[-1,2 ; +41,8]	↔ depuis 6 ans
15 – 19 ans	2016-2024	+3,1*	[+1,1 ; +5,3]	---	---	---	↑ depuis 8 ans
20 – 34 ans	2016-2024	+0,8	[-1,0 ; +2,7]	---	---	---	↔ depuis 8 ans
35 – 49 ans	2016-2022	-3,1*	[-3,7 ; -2,5]	2022-2024 :	+11,6 *	[+9,4 ; +13,8]	↑ depuis 2 ans
50-64 ans	2016-2022	-4,0*	[-6,3 ; -2,7]	2022-2024 :	+11,2 *	[+4,5 ; +16,5]	↑ depuis 2 ans
65 ans et plus	2016-2024	-1,0	[-5,0 ; +3,5]	---	---	---	↔ depuis 8 ans

<sup>1</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

## 3.4 Les visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires

### 3.4.1 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe

Le tableau 10 et la figure 14 présentent l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes et chez les femmes de 2016 à 2024, tandis que le tableau 11 présente les analyses *Joinpoint*.

Les résultats indiquent une augmentation générale des taux ajustés au fil des ans, avec des tendances particulièrement marquées dans les années récentes. Chez les hommes, une progression significative a été enregistrée de 2022 à 2024 (11,8 % en moyenne annuellement) où les taux ajustés sont passés de 380,0 à 466,3 par 100 000 personnes. Quant aux femmes, elles ont connu une hausse depuis 2016 (2,0 % par an), atteignant un taux ajusté de 480,6 en 2024.

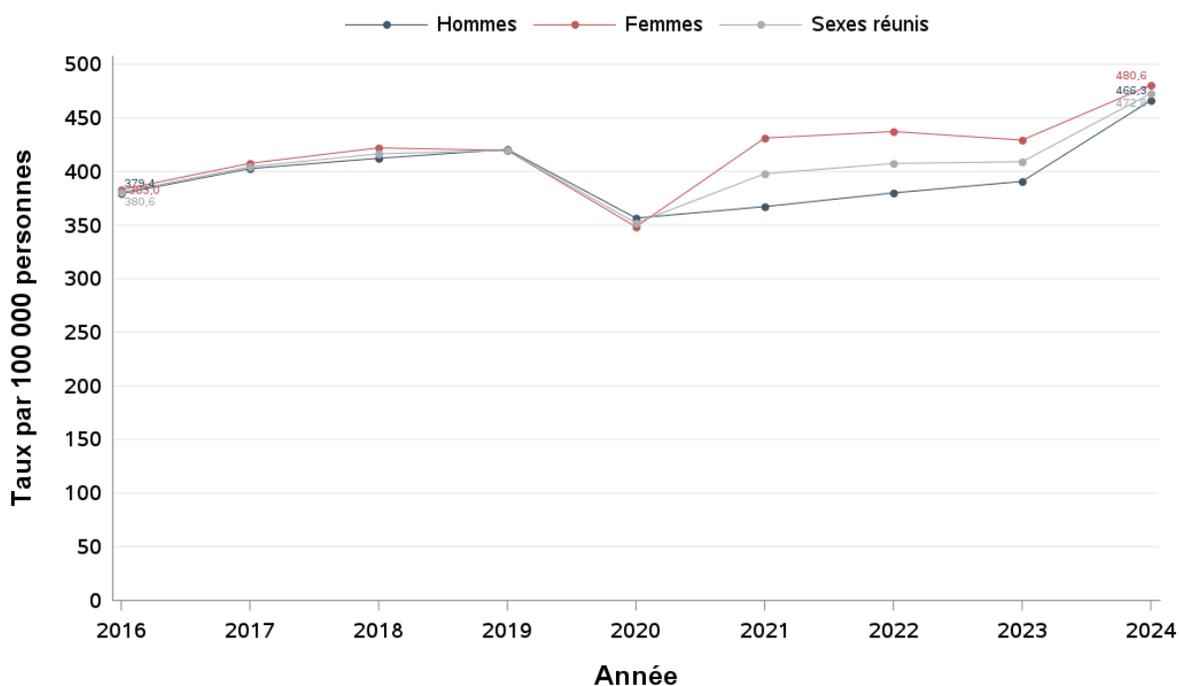
Les taux ajustés de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ont suivi des tendances similaires chez les hommes et chez les femmes jusqu'en 2020, ce qui contraste avec les différences notables entre les sexes en matière de comportements suicidaires. Des écarts significatifs ont commencé à émerger à partir de 2020 alors que les deux groupes voyaient des augmentations dans leurs taux ajustés, mais les tendances semblent converger à nouveau en 2024, suggérant un retour possible à une dynamique plus homogène.

**Tableau 10** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
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	380,0	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
2024	20 766	462,8	466,3	20 669	464,9	480,6	41 453	464,0	472,8

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.  
Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure 14** Taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024



<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.  
Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 11** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2016 à 2024<sup>2</sup>

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Segment 3			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (Années)	CAMP (%)	IC 95 %	
Hommes	2016-2018	5,2	[-2,5 ; +16,1]	2018-2022	-3,5	[-7,1 ; +0,4]	2022-2024	+11,8*	[+2,2 ; +20,7]	↑ depuis 2 ans
Femmes	2016-2024	+2,0*	[+0,8 ; +3,3]	---	---	---	---	---	---	↑ depuis 8 ans
Sexes réunis	2016-2018	+4,9*	[+1,2 ; +9,6]	2018-2022	-1,5	[-3,3 ; +0,3]	2022-2024	+8,2*	[+4,0 ; +12,2]	↑ depuis 2 ans

<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population québécoise en 2016.

<sup>2</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro à un seuil de signification de 0,05.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.4.2 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge

La figure 15 présente l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes de 2016 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A8) tandis que le tableau 12 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les garçons âgés de 10 à 14 ans, les taux ont montré une augmentation significative de 14,6 % par an de 2016 à 2018, passant de 221,4 à 303,5 par 100 000 personnes. Cependant, de 2018 à 2024, une diminution de 3,2 % par an a été observée, avec une baisse du taux à 264,7 par 100 000 personnes en 2024. Cette diminution reste statistiquement significative, soulignant une tendance à la baisse récente.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, les taux ont connu de 2016 à 2019 une augmentation non significative de 3,8 % par an. Cependant, une baisse significative de 6,7 % par an a été observée de 2019 à 2024. Les taux passent alors de 877,3 à 647,4 par 100 000 personnes en 2024, indiquant une diminution marquée au cours de la période récente.

Pour les hommes âgés de 20 à 34 ans, les taux sont restés relativement stables avec une augmentation non significative de 0,1 % par an sur l'ensemble de la période de 2016 à 2024 alors que les taux passent durant cette période de 645,1 à 739,6 par 100 000 personnes.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, une baisse significative de 3,7 % par an a été observée de 2018 à 2022, suivie d'une reprise importante de 19,0 % par an de 2022 à 2024. Les taux augmentent alors de 464,3 à 642,0 par 100 000 personnes marquant, récemment une inversion claire de la tendance.

Dans le groupe des 50 à 64 ans, une diminution non significative de 1,8 % par an de 2016 à 2022 a été suivie d'une augmentation significative de 19,4 % par an de 2022 à 2024. Les taux sont passés de 346,9 à 490,1 par 100 000 personnes durant cette période, montrant une nette tendance à la hausse au cours des années récentes.

Enfin, chez les hommes de 65 ans et plus, il y a une augmentation de 9,4 % par an de 2022 à 2024. Le taux atteint alors 208,0 par 100 000 personnes à la fin de cette période, soulignant une hausse récente.

### 3.4.3 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge

La figure 16 présente l'évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes de 2016 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A8) tandis que le tableau 12 présente les analyses *Joinpoint*.

Chez les filles âgées de 10 à 14 ans, une augmentation de 10,8 % par an a été observée de 2016 à 2021, les taux passant de 509,4 à 886,3 par 100 000 personnes, ce qui en fait le groupe d'âge et de sexe affichant les taux les plus élevés. Cependant, depuis 2021, soit seulement deux ans, une légère diminution de 2,3 % par an a été enregistrée, ramenant le taux à 787,6 par 100 000 personnes en 2024. Malgré cette baisse récente, les taux demeurent particulièrement marqués.

Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, les taux sont les plus élevés, tous âges et sexes confondus. Une augmentation de 4,2 % par an a été enregistrée de 2016 à 2021, atteignant un sommet de 1 644,8 par 100 000 personnes. Depuis 2021, une baisse de 5,6 % par an a été observée, ramenant les taux à 1 405,4 par 100 000 personnes en 2024. Malgré cette diminution récente, les taux restent exceptionnellement élevés.

Pour les femmes âgées de 20 à 34 ans, les taux ont montré une augmentation modérée de 2,3 % par an sur l'ensemble de la période de 2016 à 2024. Les taux sont passés de 658,4 à 858,1 par 100 000 personnes, soulignant une tendance globale à la hausse.

Chez les femmes de 35 à 49 ans, une baisse non significative de 2,0 % par an a été enregistrée de 2016 à 2022, suivie d'une hausse significative de 14,4 % par an de 2022 à 2024. Les taux ont ainsi augmenté de 384,6 à 500,0 par 100 000 personnes, illustrant une tendance à la hausse récente.

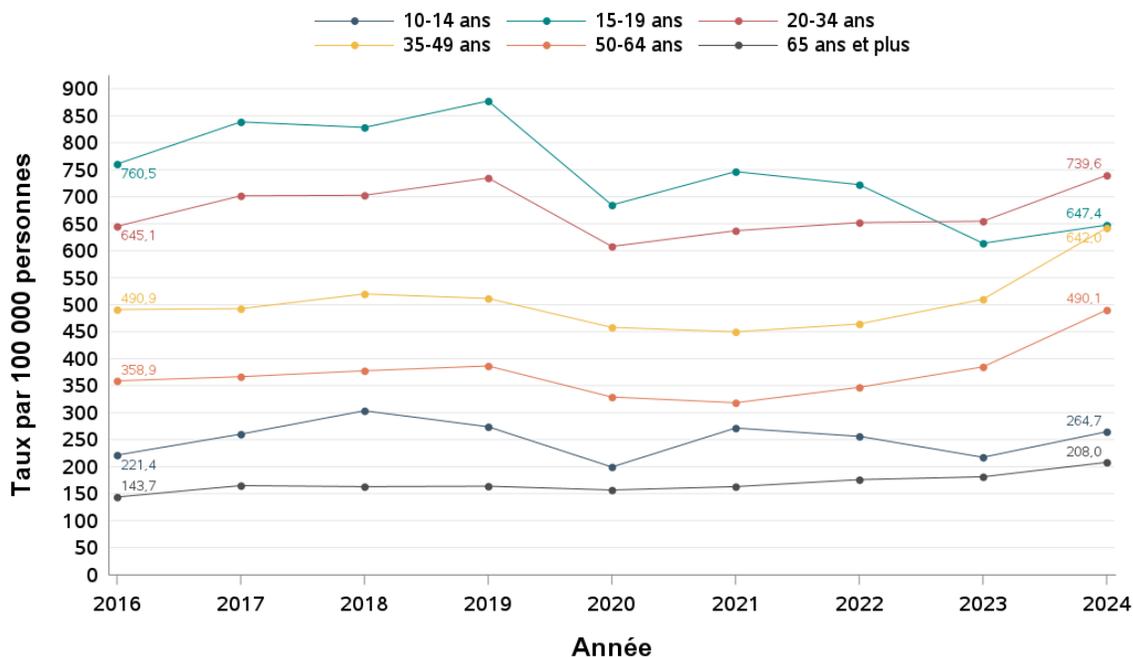
Dans le groupe des femmes de 50 à 64 ans, une diminution de 2,1 % par an a été observée de 2016 à 2022, les taux passant de 283,5 à 252,2 par 100 000 personnes. Cependant, cette tendance s'est inversée de 2022 à 2024, avec une augmentation de 10,6 % par an, le taux atteignant alors 305,7 par 100 000 personnes en 2024.

Enfin, chez les femmes de 65 ans et plus, une faible croissance non significative de 0,5 % par an a été constatée de 2016 à 2022. Entre 2022 et 2024, une augmentation significative de 11,4 % par an a été observée, les taux passant de 130,2 à 162,8 par 100 000 personnes, mettant en évidence une tendance récente à la hausse dans ce groupe d'âge.

### **3.4.4 Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon les régions sociosanitaires**

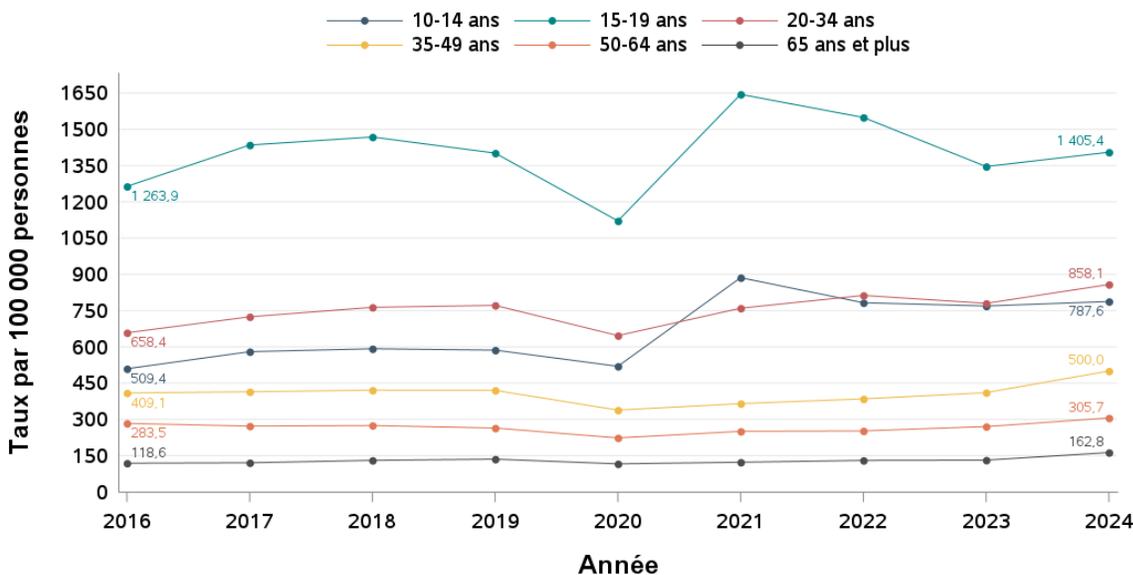
Les nombres et les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon les régions sociosanitaires pour les années 2020 à 2024 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A9. De 2020 à 2024, les taux ajustés de l'ensemble du Québec montrent une augmentation constante, passant de 351,9 à 472,8 par 100 000. Bien que des tests de tendance n'aient pas été réalisés, plusieurs régions enregistrent également des hausses durant cette période.

**Figure 15** Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | 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 par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau 12** Changement annuel moyen en pourcentage (CAMP) du taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024<sup>1</sup>

Sexe et groupes d'âge	Segment 1			Segment 2			Segment 3			Tendance la plus récente
	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	Période (années)	CAMP (%)	IC 95 %	
<b>Hommes</b>										
10 – 14 ans	2016-2018	+14,6*	[+2,3; +28,0]	2018-2024	-3,2*	[-9,6; -1,0]	---	---	---	↓ depuis 6 ans
15 – 19 ans	2016-2019	+3,8	[-1,8; +12,4]	2019-2024	-6,7*	[-11,4; -4,4]	---	---	---	↓ depuis 5 ans
20 – 34 ans	2016-2024	+0,1	[-2,5; +2,9]	---	---	---	---	---	---	↔ depuis 8 ans
35 – 49 ans	2016-2018	+3,4	[-2,2; +10,9]	2018-2022	-3,7*	[-6,4; -1,0]	2022-2024	+19,0*	[+11,9; +25,8]	↑ depuis 2 ans
50 – 64 ans	2016-2022	-1,8	[-13,0; +1,9]	2022-2024	+19,4*	[+3,1; +32,5]	---	---	---	↑ depuis 2 ans
65 ans et plus	2016-2022	+1,8	[-4,8; +7,6]	2022-2024	+9,4*	[+2,5; +15,4]	---	---	---	↑ depuis 2 ans
<b>Femmes</b>										
10 – 14 ans	2016-2021	10,8*	[+7,4; +23,7]	2021-2024	2,3	[-12,0; +3,9]	---	---	---	↔ depuis 3 ans
15 – 19 ans	2016-2021	+4,2*	[+1,8; +10,0]	2021-2024	-5,6*	[-11,7; -1,1]	---	---	---	↓ depuis 3 ans
20 – 34 ans	2016-2024	+2,3*	[+1,0; +3,7]	---	---	---	---	---	---	↑ depuis 8 ans
35 – 49 ans	2016-2022	-2,0	[-11,1; +1,0]	2022-2024	+14,4*	[+1,9; +24,2]	---	---	---	↑ depuis 2 ans
50 – 64 ans	2016-2022	-2,1*	[-4,6; -1,0]	2022-2024	+10,6*	[+4,5; +14,6]	---	---	---	↑ depuis 2 ans
65 ans et plus	2016-2022	+0,5	[-9,9; +12,3]	2022-2024	+11,4*	[+0,1; +22,1]	---	---	---	↑ depuis 2 ans

<sup>1</sup> L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, a été exclue des analyses en raison de perturbations dans l'accès aux services d'urgence et de possibles biais liés à un sous-recours aux soins.

\* Indique que le changement annuel moyen en pourcentage est significativement différent de zéro (0) à un seuil de signification de 0,05.

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

## 4 DISCUSSION

La principale force de ce rapport réside dans la richesse et la précision des données présentées. En explorant plusieurs comportements suicidaires selon des variables clés comme le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires, il permet une compréhension fine de la problématique du suicide au Québec.

Les résultats confirment que les hommes continuent de présenter des taux de suicide nettement plus élevés que les femmes, atteignant 20,0 par 100 000 personnes contre 6,5 par 100 000 personnes en 2022. En revanche, les femmes sont plus fréquemment hospitalisées pour des tentatives de suicide, avec un taux en 2023 de 50,6 par 100 000 personnes comparativement à 32,0 par 100 000 personnes chez les hommes. Les hommes ont davantage recours à des méthodes comme la pendaison (56,6 %) et les armes à feu (13,8 %). Les femmes aussi utilisent la pendaison, mais également d'autres méthodes comme les intoxications pour s'enlever la vie (34,2 %).

L'utilisation de la régression *Joinpoint* constitue un autre point fort du document pour la mise à jour annuel 2025. Cette méthode analytique innovante permet de repérer les moments où des changements significatifs se produisent dans les tendances temporelles, offrant ainsi une compréhension approfondie des dynamiques à long terme. Les résultats révèlent, par exemple, une baisse constante des taux de suicide chez les hommes depuis les années 2000.

Le rapport met également en lumière des disparités régionales importantes. Les taux de suicide dans certaines régions éloignées ou rurales dépassent largement la moyenne provinciale. À l'inverse, les régions urbaines comme Laval et Montréal affichent des taux significativement plus bas. Ces disparités indiquent la nécessité de soutenir l'adaptation des interventions visant la prévention du suicide à la réalité du contexte local.

Parmi les constats principaux, il y a finalement l'augmentation marquée des hospitalisations chez les jeunes filles et les adolescentes.

## 5 CONCLUSION

Le portrait des comportements suicidaires au Québec présenté dans ce rapport met en lumière des tendances significatives et des enjeux persistants en matière de santé publique. Si des progrès notables ont été réalisés au fil des années, grâce aux efforts de prévention, le fardeau du suicide et des tentatives de suicide demeure élevé, notamment chez certains groupes vulnérables tels que les adolescentes, les jeunes adultes et les personnes résidant dans des régions sociosanitaires spécifiques.

Les données analysées révèlent des disparités marquées selon le sexe, l'âge et la région, soulignant la nécessité d'interventions adaptées à ces caractéristiques. Les tendances récentes, bien qu'encourageantes pour certains groupes, indiquent que des efforts soutenus et ciblés sont nécessaires pour maintenir et accélérer les progrès observés.

En particulier, les données sur les visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide mettent en évidence des opportunités cruciales d'intervention dans le système de santé. Une attention particulière devra être accordée à ces portes d'entrée pour mieux identifier, orienter et soutenir les personnes en détresse.

Enfin, ce rapport souligne l'importance de maintenir une surveillance continue et rigoureuse des comportements suicidaires afin d'orienter les politiques publiques et les initiatives de prévention. En collaborant ensemble, les décisionnaires, les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux ainsi que les organismes communautaires peuvent faire des pas supplémentaires pour prévenir les comportements suicidaires et promouvoir la santé mentale au Québec.

## 6 RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Québec. Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 (2022).
2. St-Laurent, D. & Bouchard, C. L'Épidémiologie Du Suicide Au Québec : Que Savons-Nous de La Situation Récente? 1–23 (2004).
3. Levesque, P. & Perron, P. A. 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. 72 pages (2024).
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre Normatif Du Système Med-Écho (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) (2016).
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire. Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences (SIGDU). (2021).
6. Thibodeau, L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques. (2015).
7. Geran, L., Tully, P., Wood, P., Thomas, B. Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada. Division des méthodes des enquêtes auprès des ménages), Statistique Canada (2008).

## 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 2024) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2023. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents et résidentes du Québec survenus dans la province ou à l'extérieur de la province. Les cas de suicide ont été déterminés à l'aide des causes initiales de décès colligées dans le RED/D et codifiées selon deux versions CIM : la 9<sup>e</sup> révision (CIM-9) de 1981 à 1999 et la 10<sup>e</sup> 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 X60 à 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 Fichier des décès. Il y a dans cette extraction a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un ou une coroner et dont la conclusion est un décès par suicide (94,0 % pour 2023) ; et b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (6 % pour 2023). Au moment de l'extraction des données (2 décembre 2024), 12 % de l'ensemble des investigations du coroner pour des décès survenus en 2023 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 2023. Pour cette raison, les résultats pour 2023 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 2023 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

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 question (6). 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 2023). 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)(7).

Les données des fichiers fermés des décès, pour les années 2013 à 2022, excluent les événements de résidentes et 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 issues du système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) (mise à jour novembre 2024). Ces hospitalisations sont identifiées à partir de la variable diagnostic principale 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 Québécoises et Québécois ayant été admis à l'hôpital du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2023 ont été sélectionnées.

Une personne est considérée comme 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 2010 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 extraites du Système d'information et de gestion des urgences<sup>3</sup> (SIGDU) (mise à jour le 6 janvier 2025).

Les données saisies dans ce système concernent les usagers et usagères 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 ou l'utilisatrice.

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 ou l'utilisatrice qui arrive avec une ordonnance médicale prescrivant un test diagnostique tel qu'un repas baryté et que l'on oriente immédiatement vers un 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 ou l'utilisatrice se présente à l'urgence pour un test diagnostique ;
- épisodes pour lesquels l'utilisateur ou l'utilisatrice se présente pour une visite en consultation externe.

Les comportements suicidaires ont été déterminés 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 et de gravité pour les départements d'urgence. Elle correspond au symptôme principal, les symptômes étant regroupés par système.

Il est important de mentionner que les bases de données MED-ÉCHO et SIGDU ne sont pas jumelées et ont été analysées séparément.

Une personne est considérée comme « inscrite à l'urgence » tant qu'elle y reçoit des soins sans être hospitalisée ou hébergée, et qu'elle n'occupe pas de lit dans l'établissement. Cela correspond à un épisode de soins à l'urgence, comptabilisé comme une visite dans le SIGDU.

Si une personne est hospitalisée après son passage à l'urgence, elle sera incluse dans le SIGDU. Toutefois, il est difficile de savoir si les données sont codées de manière identique entre l'urgence et l'hospitalisation. Par exemple, une blessure peut être enregistrée sans être initialement classée comme une tentative de suicide, mais cette information pourrait être précisée lors de l'hospitalisation.

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<sup>10</sup>. 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 2024 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 2024 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

<sup>10</sup> <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>.

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<sup>11</sup>. 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 groupes d'âge de la population, ont également été calculés.

Pour quelques figures, des moyennes mobiles sur trois années<sup>12</sup> 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 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 (score Z).

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.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord) et de logiciel *Joinpoint Regression Program (Version 4.8.0.1)*.

---

<sup>11</sup> Le nombre élevé d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide permet une pondération plus fine avec un nombre plus élevé de groupes d'âge.

<sup>12</sup> 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.

## ANNEXE 2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Tableau A1 Nombre et taux<sup>1</sup> de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981<sup>2</sup> à 2023<sup>3</sup>

Années	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

**Tableau A1** Nombre et taux<sup>1</sup> de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981<sup>2</sup> à 2023<sup>3</sup> (suite)

Années	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
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	3	1,2**	25	11,3*	130	15,5	246	28,2	264	29,8	196	23,2
2023	3	1,2**	11	4,7*	122	14,0	218	24,4	239	27,3	173	19,8

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2023.

<sup>3</sup> Les coefficients de variation sont présentés uniquement pour les cinq dernières années. Cette décision repose sur le fait que l'analyse récente offre des informations plus pertinentes pour évaluer la précision des données actuelles et leur effet sur les tendances récentes.

\* 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, Fichier des décès de 1981 à 2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A2 Nombre et taux<sup>1</sup> de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981<sup>2</sup> à 2023<sup>3</sup>

Années	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

**Tableau A2** Nombre et taux<sup>1</sup> de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 1981<sup>2</sup> à 2023<sup>3</sup> (suite)

Années	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
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**	8	3,7**	51	6,5	78	9,3	79	9,0	53	5,5
2023	5	2,1**	5	2,2**	48	6,0	65	7,6	60	6,9	56	5,6

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2023.

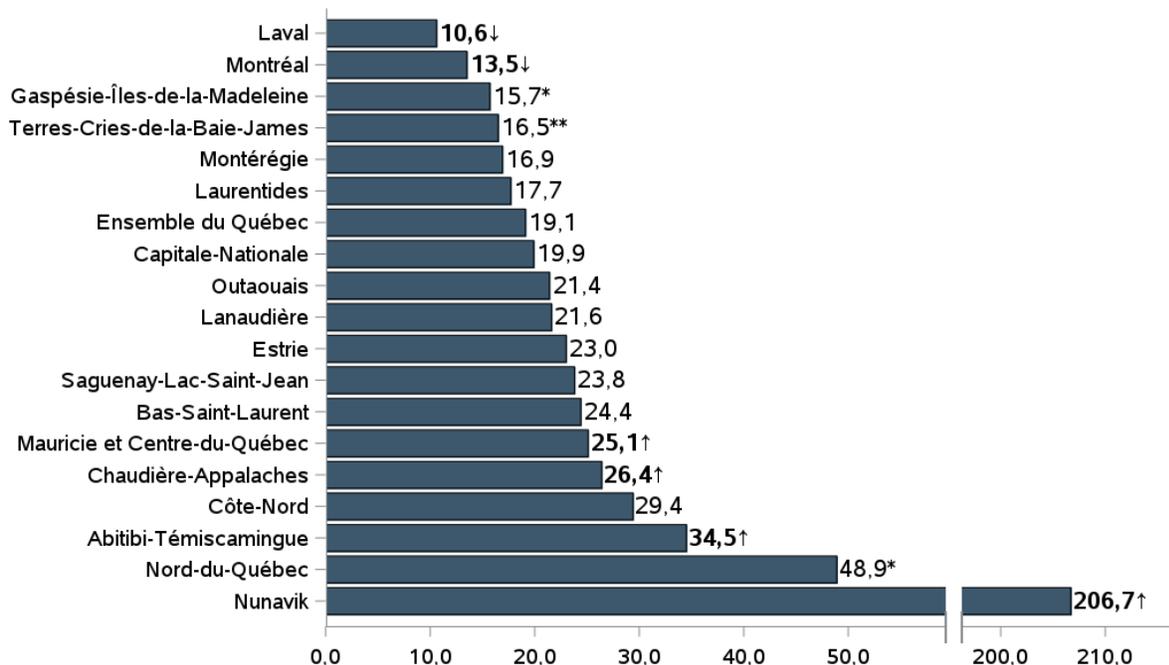
<sup>3</sup> Les coefficients de variation sont présentés uniquement pour les cinq dernières années. Cette décision repose sur le fait que l'analyse récente offre des informations plus pertinentes pour évaluer la précision des données actuelles et leur effet sur les tendances récentes.

\* 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, Fichier des décès de 1981 à 2023. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A1 Taux ajusté<sup>1</sup> de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2020-2022<sup>2</sup>



<sup>1</sup> 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 cumulé de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

<sup>2</sup> 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 %.

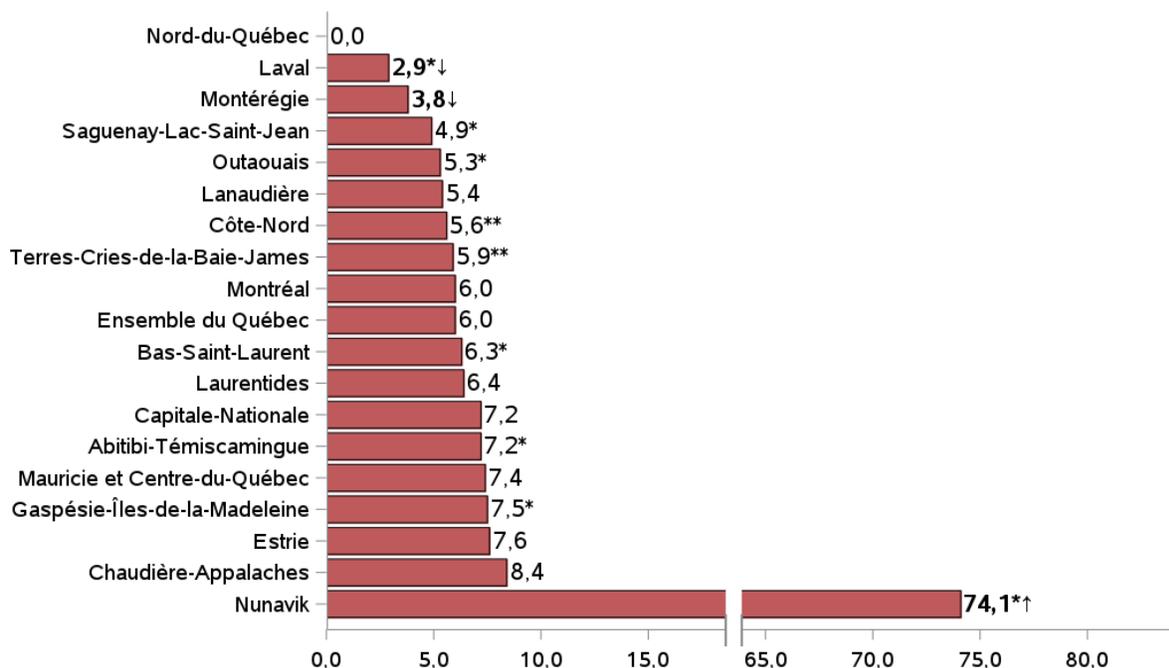
↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

\* 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 2020 à 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Figure A2 Taux ajusté<sup>1</sup> de suicide chez les femmes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2020-2022<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 2020 à 2022 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A3 Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2018 à 2023<sup>2</sup>

Région sociosanitaire	Année																	
	2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté															
Bas-Saint-Laurent	28	14,2*	13,6*	32	16,2*	16,4*	40	20,2	19,5	34	17,1*	17,2*	20	10,0*	9,6*	28	13,9*	14,0*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	38	13,7	13,5	46	16,5	16,6	45	16,1	16,2	32	11,4*	11,9*	43	15,2	15,6	42	14,8	15,0
Capitale-Nationale	96	12,9	12,7	117	15,6	15,7	120	15,9	15,6	81	10,6	10,3	112	14,5	14,7	101	12,9	13,0
Mauricie et Centre-du-Québec	67	13,0	12,9	85	16,3	16,7	77	14,6	14,9	78	14,6	15,0	103	19,1	19,1	77	14,1	14,2
Estrie	76	15,7	15,9	68	13,9	14,0	67	13,5	13,5	74	14,6	14,9	90	17,5	17,5	62	11,9	12,2
Montréal	185	9,1	9,3	198	9,6	9,7	161	7,8	8,0	216	10,7	10,9	194	9,5	9,8	174	8,3	8,6
Outaouais	70	17,8	17,9	61	15,4	15,5	45	11,2	11,5	59	14,6	14,7	55	13,4	13,7	44	10,6	10,8
Abitibi-Témiscamingue	37	25,1	25,3	23	15,6*	15,6*	29	19,6*	19,9*	21	14,2*	14,1*	42	28,3	29,4	33	22,1*	22,5*
Côte-Nord	18	19,7*	20,0*	16	17,6*	16,7*	17	18,8*	18,3*	16	17,7*	17,9*	15	16,6*	17,1*	14	15,5*	15,6*
Nord-du-Québec	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**	2	15,0**	16,1**
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	17	18,8*	17,9*	23	25,4*	23,0*	14	15,4*	15,4*	8	8,7**	9,0**	12	13,0*	10,4*	14	15,1*	13,5*
Chaudière-Appalaches	69	16,2	16,3	62	14,5	14,9	76	17,6	17,6	74	16,9	17,1	78	17,6	17,9	63	14,0	14,1
Laval	36	8,3*	8,4*	23	5,2*	5,1*	34	7,7*	7,7*	23	5,2*	5,1*	31	6,9*	7,1*	29	6,4*	6,5*
Lanaudière	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	69	12,5	12,6
Laurentides	96	15,7	15,7	100	16,1	15,9	72	11,4	11,3	66	10,2	10,1	96	14,6	14,7	82	12,3	12,3
Montérégie	160	11,4	11,5	164	11,5	11,6	148	10,3	10,4	146	10,0	10,1	151	10,3	10,4	148	9,9	9,9
Nunavik	36	260,5*	203,8*	35	248,0*	180,3*	29	202,0*	178,2*	29	199,1*	160,6*	17	116,0*	89,2*	16	107,8*	87,3*
Terres-cries-de-la-Baie-James	2	11,2**	8,0**	6	33,1**	29,6**	2	10,9**	8,7**	3	16,1**	12,1**	3	15,9**	13,3**	7	36,6**	32,4**
Ensemble du Québec	1 095	13,0	13,1	1 133	13,3	13,4	1 051	12,3	12,3	1 028	12,0	12,0	1 142	13,1	13,2	1 005	11,4	11,4

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

<sup>2</sup> 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 2018 à 2022 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A4** Nombre et taux<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2010 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
<b>Hommes</b>												
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
2023	26	10,6*	114	49,1	346	39,8	371	41,6	335	38,3	221	25,2
<b>Femmes</b>												
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
2023	213	90,7	393	175,6	557	69,6	429	50,2	347	40,0	250	25,0

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 : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2010 à 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A5** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2023<sup>2</sup>

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	131	66,3	<b>70,1↑</b>	117	59,1	<b>65,1↑</b>	125	62,8	<b>70,8↑</b>	112	55,9	<b>59,5↑</b>	103	51,1	<b>57,1↑</b>
Saguenay–Lac-Saint-Jean	181	65,1	<b>69,4↑</b>	148	53,1	<b>56,1↑</b>	180	64,3	<b>71,3↑</b>	169	59,9	<b>64,2↑</b>	163	57,3	<b>61,8↑</b>
Capitale-Nationale	267	35,5	<b>36,6↓</b>	293	38,7	39,9	414	54,4	<b>55,8↑</b>	359	46,5	<b>47,9↑</b>	299	38,1	39,6
Mauricie et Centre-du-Québec	353	67,8	<b>72,9↑</b>	311	59,2	<b>63,4↑</b>	345	64,7	<b>70,1↑</b>	334	61,8	<b>66,9↑</b>	333	60,8	<b>63,9↑</b>
Estrie	233	47,6	<b>49,6↑</b>	208	41,8	42,7	197	38,9	40,3	195	37,9	39,6	212	40,6	41,8
Montréal	495	24,0	<b>24,4↓</b>	457	22,1	<b>22,2↓</b>	559	27,6	<b>27,9↓</b>	559	27,4	<b>27,6↓</b>	548	26,1	<b>26,3↓</b>
Outaouais	206	51,9	<b>51,7↑</b>	193	48,1	<b>48,3↑</b>	168	41,5	40,8	152	37,2	36,7	159	38,4	38,0
Abitibi-Témiscamingue	84	56,9	<b>59,7↑</b>	90	60,8	<b>63,6↑</b>	108	72,9	<b>74,5↑</b>	96	64,6	<b>67,7↑</b>	114	76,5	<b>79,9↑</b>
Côte-Nord	69	76,1	<b>81,9↑</b>	65	71,7	<b>76,6↑</b>	58	64,1	<b>67,6↑</b>	55	60,8	<b>64,5↑</b>	73	81,0	<b>84,5↑</b>
Nord-du-Québec	9	65,9**	64,0**	6	44,6**	47,5**	8	59,7**	60,0**	5	37,4**	39,6**	7	52,5**	47,8**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	61	67,4	<b>74,9↑</b>	47	51,8	54,4	43	46,7	53,8	46	49,8	<b>57,7↑</b>	52	56,1	<b>62,7↑</b>
Chaudière-Appalaches	204	47,6	<b>50,1↑</b>	194	44,8	<b>48,2↑</b>	193	44,0	47,3	191	43,0	44,8	188	41,8	44,1
Laval	83	18,9	<b>18,8↓</b>	90	20,3	<b>20,0↓</b>	110	24,8	<b>23,9↓</b>	123	27,5	<b>26,8↓</b>	127	28,1	<b>27,8↓</b>
Lanaudière	201	39,0	39,7	166	31,7	<b>32,4↓</b>	197	36,8	<b>37,2↓</b>	192	35,3	<b>35,8↓</b>	183	33,2	<b>33,4↓</b>
Laurentides	213	34,3	<b>34,8↓</b>	257	40,7	41,1	257	39,7	40,4	232	35,3	<b>36,1↓</b>	248	37,1	38,3
Montérégie	688	48,3	<b>49,5↑</b>	637	44,3	<b>45,6↑</b>	689	47,4	<b>48,4↑</b>	711	48,4	<b>49,4↑</b>	675	45,3	<b>46,0↑</b>
Nunavik	106	751,2	<b>560,8↑</b>	96	668,7	<b>486,0↑</b>	92	631,8	<b>470,1↑</b>	78	532,1	<b>443,9↑</b>	98	660,2	<b>524,1↑</b>
Terres-Cries-de-la-Baie-James	47	259,2	<b>188,6↑</b>	42	228,7	<b>181,5↑</b>	39	208,8	<b>162,6*↑</b>	28	148,1*	<b>111,0*↑</b>	21	109,7*	<b>82,6*↑</b>
Ensemble du Québec	3 631	42,7	43,2	3 417	39,8	40,4	3 782	44,0	44,7	3 637	41,8	42,4	3 603	40,7	41,0

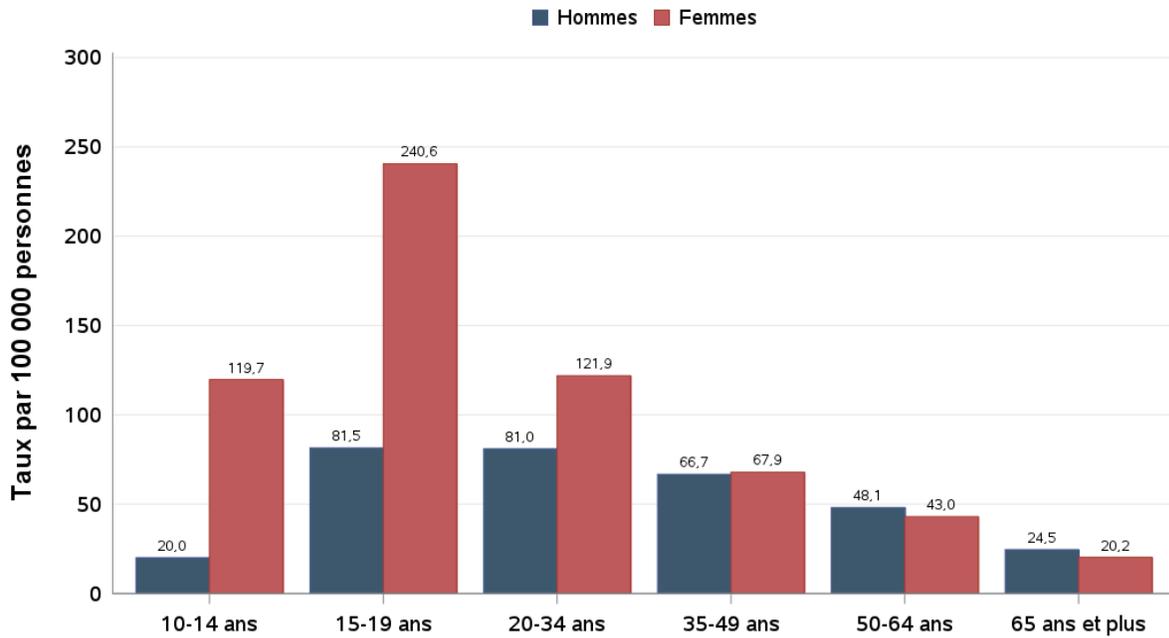
<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016 | <sup>2</sup> Les coefficients de variation sont calculés sur les taux ajustés seulement. | <sup>3</sup> Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents 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 %. | <sup>4</sup> 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 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 par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2024 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A6** Nombre et taux<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024

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
<b>Hommes</b>												
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
2024	49	20,0	196	81,5	711	81,0	603	66,7	415	48,1	222	24,5
<b>Femmes</b>												
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
2024	282	119,7	557	240,6	982	121,9	585	67,9	367	43,0	208	20,2

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A7** Nombre et taux<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024

Région sociosanitaire	Année														
	2020			2021			2022			2023			2024		
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	44	22,2	25,2	50	25,1	27,3	53	26,4	28,8	62	30,8	34,9	73	36,1	40,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	95	34,1	36,4	124	44,3	48,8	131	46,4	50,3	133	46,7	49,9	196	68,6	72,9
Capitale-Nationale	460	60,8	63,2	529	69,5	72,6	508	65,8	68,3	595	75,9	79,7	608	76,7	79,8
Mauricie et Centre-du-Québec	60	11,4	12,4	64	12,0	13,3	55	10,2	11,3	75	13,7	15,2	82	14,8	16,4
Estrie	256	51,5	53,8	311	61,4	65,4	336	65,3	68,7	400	76,5	80,6	361	68,3	72,5
Montréal	732	35,3	33,9	772	38,1	36,9	933	45,8	43,9	883	42,0	40,2	974	45,9	43,7
Outaouais	148	36,9	37,1	212	52,4	53,1	200	48,9	49,5	222	53,6	54,1	265	63,3	63,6
Abitibi-Témiscamingue	94	63,5	66,9	89	60,1	63,5	127	85,5	91,3	140	93,9	98,2	112	75,0	80,3
Côte-Nord	80	88,3	94,0	97	107,2	114,0	89	98,4	104,7	74	82,1	87,3	104	116,0	126,5
Nord-du-Québec	1	7,4**	7,3**	3	22,4**	24,1**	0	0,0	0,0	6	45,0**	46,1**	6	45,2**	46,5**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23	25,4*	30,2*	19	20,6*	23,9*	19	20,6*	25,4*	38	41,0	48,8*	33	35,6*	42,5*
Chaudière-Appalaches	102	23,6	25,5	122	27,8	29,8	141	31,8	34,3	157	34,9	37,3	192	42,4	46,0
Laval	162	36,6	36,4	184	41,5	41,9	184	41,2	40,9	228	50,4	50,2	163	35,7	35,8
Lanaudière	193	36,8	38,3	181	33,8	35,2	208	38,2	39,9	177	32,1	33,4	198	35,5	37,2
Laurentides	189	29,9	31,0	239	36,9	38,5	252	38,3	39,8	334	50,0	52,4	398	58,8	61,4
Montérégie	1 149	79,8	81,8	1 211	83,3	85,8	1 301	88,6	90,8	1 244	83,5	85,1	1 333	88,4	90,8
Nunavik	3	20,9**	28,1**	9	61,8**	45,3**	11	75,0*	53,4*	7	47,2**	43,6**	17	113,1*	111,4*
Terres-cries-de-la-Baie-James	6	32,7**	32,1**	11	58,9*	52,6*	7	37,0**	28,9**	11	57,5*	41,6*	12	61,9*	51,1*
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>3 844</b>	<b>44,8</b>	<b>45,5</b>	<b>4 273</b>	<b>49,7</b>	<b>50,8</b>	<b>4 617</b>	<b>53,1</b>	<b>54,3</b>	<b>4 854</b>	<b>54,9</b>	<b>55,8</b>	<b>5 196</b>	<b>58,2</b>	<b>59,2</b>

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

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

<sup>3</sup> 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, 2020-2024. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

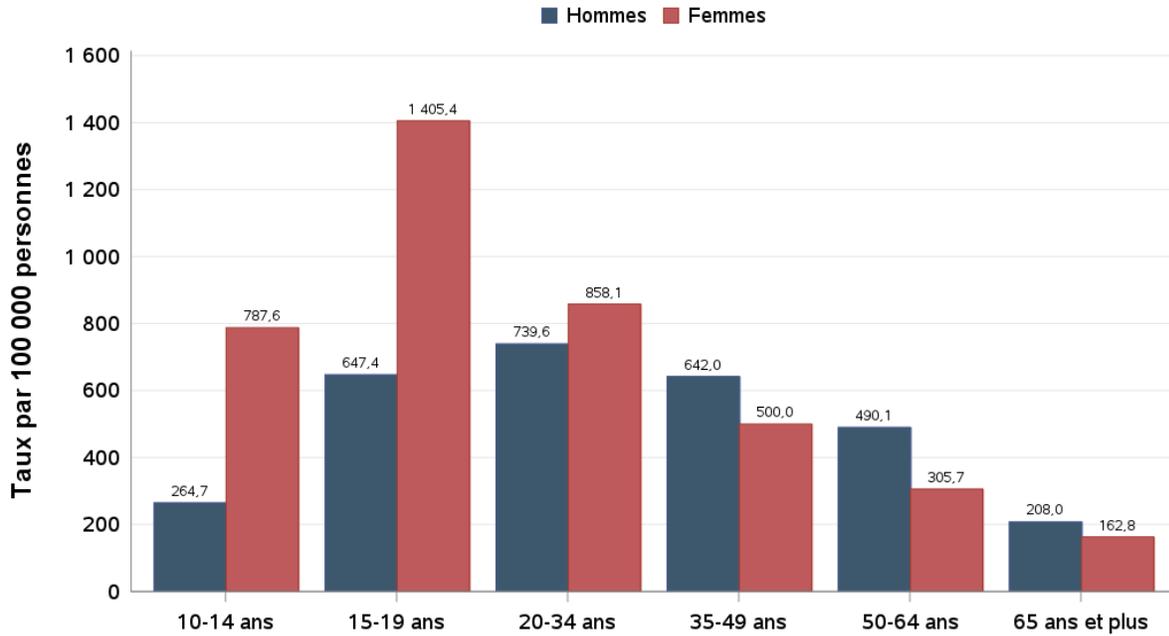
**Tableau A8** Nombre et taux<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2016 à 2024

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
<b>Hommes</b>												
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
2024	650	264,7	1 556	647,4	6 490	739,6	5 800	642,0	4 229	490,1	1 885	208,0
<b>Femmes</b>												
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
2024	1 855	787,6	3 253	1 405,4	6 912	858,1	4 307	500,0	2 609	305,7	1 675	162,8

<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes.

Sources : MSSS, SIGDU, 2016-2024. | 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 par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2024



Sources : MSSS, SIGDU, 2024. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A9** Nombre et taux<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024

Région sociosanitaire	Année														
	2020			2021			2022			2023			2024		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté												
Bas-Saint-Laurent	608	306,9	341,0	652	327,6	369,2	648	323,2	361,3	739	366,7	408,9	723	357,8	401,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	579	207,6	221,2	665	237,5	257,3	769	272,4	293,2	848	298,0	321,2	1 349	472,1	505,9
Capitale-Nationale	3 338	441,1	457,7	3 548	466,4	487,6	3 706	480,3	503,0	3 885	495,4	519,5	4 423	558,2	580,5
Mauricie et Centre-du-Québec	1 227	233,4	249,2	1 343	252,0	270,4	1 515	280,5	303,0	1 513	276,2	296,2	1 610	291,2	316,3
Estrie	1 827	367,3	388,1	2 214	437,1	463,5	2 423	470,8	498,2	2 350	449,5	476,1	2 479	468,7	498,5
Montréal	7 636	368,5	357,8	8 409	415,3	402,6	8 466	415,2	402,7	8 178	388,9	375,8	10 782	508,3	493,7
Outaouais	1 483	369,7	370,1	1 907	471,6	473,9	2 000	489,0	492,4	1 903	459,1	462,7	2 100	501,5	505,3
Abitibi-Témiscamingue	983	664,5	697,6	1 048	707,3	745,1	989	666,0	702,9	998	669,5	706,3	1 042	697,6	737,4
Côte-Nord	598	660,0	697,7	719	794,3	844,3	708	783,1	833,5	680	754,7	808,0	857	955,6	1 027,0
Nord-du-Québec	18	133,7*	140,7*	14	104,5*	106,1*	20	149,7*	155,0*	20	150,1*	156,2*	20	150,8*	151,6*
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	288	317,6	362,7	341	370,6	429,1	321	347,4	410,7	365	393,8	472,4	378	407,3	470,8
Chaudière-Appalaches	1 419	327,9	351,6	1 708	389,8	414,4	1 793	403,8	432,4	1 893	421,4	450,0	2 043	450,8	482,0
Laval	1 327	299,8	299,9	1 483	334,7	335,0	1 544	345,8	346,1	1 616	357,1	357,3	1 718	376,2	378,2
Lanaudière	2 106	401,6	417,1	2 385	445,7	464,8	2 393	439,7	461,3	2 495	452,4	472,4	2 677	480,1	503,2
Laurentides	2 409	381,3	395,5	2 596	401,3	417,5	2 879	438,0	455,6	3 010	450,7	468,8	3 203	473,2	493,5
Montérégie	3 464	240,7	246,5	4 089	281,4	289,3	4 009	273,1	281,4	4 508	302,5	312,0	5 374	356,5	366,9
Nunavik	21	146,3*	122,8*	19	130,5*	113,7*	31	211,5*	176,4*	26	175,1*	154,5*	41	272,8	253,2*
Terres-cries-de-la-Baie-James	21	114,4*	123,8*	27	144,5*	140,9*	41	216,9	180,5	50	261,2	246,7	44	226,9	213,9
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>29 737</b>	<b>346,7</b>	<b>351,9</b>	<b>33 541</b>	<b>389,9</b>	<b>397,9</b>	<b>34 674</b>	<b>398,8</b>	<b>407,5</b>	<b>35 560</b>	<b>401,9</b>	<b>409,1</b>	<b>41 453</b>	<b>464,0</b>	<b>472,8</b>

<sup>1</sup> 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, 2020-2024. | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.



Centre d'expertise et  
de référence en santé publique

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)