

**INSPQ**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

# Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2026

SURVEILLANCE ET VIGIE

JANVIER 2026

RAPPORT DE SURVEILLANCE

## AUTRICE 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

## SOUS LA COORDINATION DE

Éric Pelletier, 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  
Rabi Joël Gansaonré, conseiller scientifique  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Madalina Burtan, conseillère scientifique  
Secrétariat général

## RÉVISION

Gisèle Contreras, épidémiologiste principale  
Eric Vallières, Analyste de recherche  
Agence de la santé publique du Canada

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'autrice et l'auteur ainsi que les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

## 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. (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.

## COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

Levesque, P. & Perron, P. A. (2026). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2026. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 69 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 : 535353**

**Clavardage, informations et outils : [www.suicide.ca](http://www.suicide.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 ou 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 2026  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-555-03151-7 (PDF)  
DOI : <https://doi.org/10.64490/QYDD8202>

© Gouvernement du Québec (2026)

## REMERCIEMENTS

Nous remercions Paul-André Perron pour son appui constant aux activités de surveillance depuis plusieurs années. Nous soulignons également la collaboration des membres de l'Agence de la santé publique du Canada, Gisèle Contreras et Éric Vallières, dont l'expertise, la rigueur et la disponibilité ont contribué de manière significative à l'enrichissement et à la qualité des travaux.

Nous remercions les membres du Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) pour leurs commentaires éclairés et leurs vérifications approfondies, qui ont permis de bonifier le document et d'en assurer la qualité scientifique et méthodologique. Nous remercions également l'équipe de l'unité Affaires publiques, communications et transfert des connaissances pour leur accompagnement à l'édition et à la parution de ce document

## 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 la 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 la 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 2026*, 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 de la 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. Les données compilées dans ce rapport peuvent servir aux universitaires qui effectuent des recherches supplémentaires sur les déterminants multifactoriels entourant la problématique du suicide, les facteurs de risque et de protection, de même que les meilleures pratiques en matière de prévention. Ce portrait sur le suicide peut également aider les organismes communautaires à planifier 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.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>V</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>4</b>
2.1 Données sur le suicide .....	4
2.2 Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide .....	4
2.3 Données sur les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires .....	5
2.4 Précisions sur le calcul des taux et les tendances .....	5
<b>3 RÉSULTATS</b> .....	<b>7</b>
3.1 Les suicides .....	7
3.1.1 Évolution du taux de suicide selon le sexe .....	7
3.1.2 Évolution des taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge .....	10
3.1.3 Évolution des taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge .....	11
3.1.4 Importance du suicide parmi l'ensemble des causes de décès selon le sexe et les groupes d'âge .....	14
3.1.5 Moyens utilisés pour s'enlever la vie selon le sexe .....	17
3.1.6 Taux de suicide selon le sexe et les régions sociosanitaires .....	18
3.2 Les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide .....	20
3.2.1 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe .....	20
3.2.2 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge .....	23
3.2.3 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge .....	24
3.2.4 Évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires .....	25
3.3 Les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide .....	27

3.3.1	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe .....	27
3.3.2	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge .....	29
3.3.3	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge .....	30
3.3.4	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires .....	31
3.4	Les visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires .....	33
3.4.1	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe .....	33
3.4.2	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge .....	35
3.4.3	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge .....	35
3.4.4	Évolution des taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon les régions sociosanitaires .....	38
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>DONNÉES ET MÉTHODES.....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES.....</b>	<b>47</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicides selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2024.....	8
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2011 à 2024.....	21
Tableau 3	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	28
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	34

### EN ANNEXE

Tableau A1	Nombre et taux de suicide, selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 2019 à 2024.....	47
Tableau A2	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2024.....	50
Tableau A3	Nombre et taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2011 à 2024.....	51
Tableau A4	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024.....	52
Tableau A5	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	54
Tableau A6	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2021 à 2025.....	55
Tableau A7	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	56
Tableau A8	Nombre et taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2021 à 2025.....	58

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1990 à 2024 .....	9
Figure 2	Taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2024 .....	12
Figure 3	Taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2024 .....	13
Figure 4	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2021-2023.....	15
Figure 5	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2021-2023.....	16
Figure 6	Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sexe, ensemble du Québec, 2021-2023 .....	17
Figure 7	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2021-2023 .....	19
Figure 8	Taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2011 à 2024 .....	22
Figure 9	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2011 à 2024 .....	26
Figure 10	Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2011 à 2024.....	26
Figure 11	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025 .....	28
Figure 12	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025 .....	32
Figure 13	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	32
Figure 14	Taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025 .....	34
Figure 15	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025 .....	37
Figure 16	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025.....	37

**EN ANNEXE**

Figure A1	Taux ajusté de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2021-2023.....	48
Figure A2	Taux ajusté de suicide chez les femmes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2021-2023.....	49
Figure A3	Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2025 .....	53
Figure A4	Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2025 .....	57

## FAITS SAILLANTS

### Suicides en 2023

- 1 043 personnes se sont enlevé la vie, correspondant à un taux ajusté de 11,9 suicides par 100 000 personnes. Il s'agit du plus bas taux de suicide du Québec depuis que les données sur les décès par suicide sont disponibles.
- Le taux de suicide reste trois fois plus élevé chez les hommes (18,1 par 100 000 personnes) que chez les femmes (5,7 par 100 000 personnes).
- Les hommes de 50 à 64 ans ont le taux de suicide le plus élevé : 28,4 par 100 000 personnes.
- Globalement, les taux de suicide observés en 2023 semblent poursuivre la tendance à la baisse qui a débuté à la fin des années 1990, tant chez les hommes que chez les femmes.

### Hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

- En 2024, le taux ajusté d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide au Québec s'établit à 42,0 par 100 000 personnes, ce qui représente 3 786 hospitalisations.
- Les tendances d'hospitalisations liées aux tentatives de suicide diffèrent selon le sexe : les hommes maintiennent des taux en baisse ou stables, tandis que les femmes présentent des niveaux toujours élevés, souvent au-delà de 50 hospitalisations par 100 000 personnes.
- Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans affichent le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide le plus élevé : 178,0 hospitalisations par 100 000 personnes en 2024.
- Chez les filles de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide a triplé entre 2010 et 2024 pour atteindre 94,1 par 100 000 personnes, une hausse principalement attribuable au bond observé en 2021.

### Visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide

- Après une augmentation marquée au début des années 2020, les taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide demeurent élevés. À titre illustratif, le taux ajusté (sexes réunis) est passé de 50,9 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2019, à 57,9 en 2024 et 57,4 en 2025, ne montrant pas de diminution au cours des années récentes.
- Les filles et adolescentes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans présentent les taux les plus élevés de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide, soit respectivement 116,7 et 261,6 visites par 100 000 personnes en 2025.

### Visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires

- Les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ont augmenté de façon soutenue depuis 2016. En 2025, le taux se stabilise, mais demeure élevé.
- Contrairement aux suicides, plus fréquents chez les hommes, et aux tentatives de suicide, plus fréquentes chez les femmes, les visites aux urgences pour des idées suicidaires présentent des taux globalement similaires chez les deux sexes.

## SOMMAIRE

- Le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2026* 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 2023, 1 043 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 de tentatives de suicide plus élevée chez les femmes, particulièrement chez les jeunes adolescentes.

# 1 INTRODUCTION

Au Québec, de nombreux acteurs, organisations et institutions contribuent depuis plusieurs années à réduire le fardeau collectif associé au suicide. Les actions mises en place dans divers milieux, incluant celles portées par la *Stratégie nationale de prévention du suicide : Rallumer l'espoir*, s'inscrivent dans un effort concerté visant à diminuer les idées suicidaires, les tentatives de suicide et la mortalité par suicide. Malgré ces avancées, le suicide demeure un enjeu majeur de santé publique, imposant une vigilance constante.

Dans ce contexte, la surveillance populationnelle joue un rôle essentiel. Elle permet de suivre l'évolution des comportements suicidaires, d'identifier les groupes présentant des vulnérabilités particulières, de documenter les changements dans les tendances et d'éclairer les décisions stratégiques. Depuis 2004, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) produit chaque année un portrait statistique permettant de mettre à jour les connaissances sur la situation québécoise et d'alimenter les interventions en cours.

Ainsi, l'édition poursuit l'objectif central de fournir un portrait complet, rigoureux et actuel de la situation à partir des données de surveillance les plus récentes, afin de soutenir l'action collective en matière de santé publique.

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 sur les nombre et taux de suicides selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- rapporter les tendances concernant les visites aux urgences et les hospitalisations attribuables aux comportements suicidaires selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires.

## 2 MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Données sur le suicide

Pour les années 1981 à 2023, 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 2024, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner mise à jour le 25 novembre 2025. À terme, ces décès pour l'année 2024 seront traités à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où ils seront intégrés au Fichier des décès. Concernant l'année 2024, 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 2024 sont provisoires et 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 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.

Il peut toutefois exister de légères disparités entre les taux présentés dans ce rapport et ceux publiés antérieurement, en raison des ajustements inhérents aux estimations et projections démographiques.

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

Pour une période d'analyse s'étendant de 2011 à 2024, 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 2025. 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 d'accident à l'aide des codes X60 à X84 et Y87.0.

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, soit : < 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans ... 80-84 ans, 85-89 ans et 90 ans et plus. Il peut toutefois exister de légères disparités entre les taux présentés dans ce rapport et ceux publiés antérieurement, en raison des ajustements inhérents aux estimations et projections démographiques.

## 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>a</sup> du Québec. Dans le cadre de ce rapport, une extraction des données a été réalisée le 5 janvier 2026, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2025. Dans le SIGDU, l'identification des visites aux urgences pour tentative de suicide ou idées suicidaires repose sur la variable « raison de la visite ».

Les taux ajustés pour les visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires 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 sont: 0-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus.

Il est important de souligner que les données issues du SIGDU pourraient sous-estimer le nombre de visites aux urgences pour tentatives de suicide et idées suicidaires dans la région du Nunavik. En effet, cette région ne dispose pas de salles d'urgence telles que définies dans le SIGDU. Les CLSC des 14 communautés constituent l'unique porte d'entrée pour les urgences médicales. Les consultations réalisées dans ces milieux ne sont donc probablement pas captées par le SIGDU. Par conséquent, les visites rapportées pour le Nunavik pourraient principalement concerner des personnes résidant dans cette région, mais ayant consulté une urgence située au sud du Québec au moment de l'événement. Cette particularité doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats pour le Nunavik.

## 2.4 Précisions sur le calcul des taux et les tendances

Pour déterminer les taux associés aux divers comportements suicidaires mentionnés ci-dessus, des estimations de la population des années 1981 à 2025 ont été employées. Ces estimations sont le produit d'une collaboration entre Statistique Canada et l'ISQ. Il convient de noter que les années qui ont été prises en compte varient en fonction du comportement analysé.

Les taux sont présentés selon le sexe, les groupes d'âge<sup>b</sup> et les régions sociosanitaires de résidence des personnes visées. Les groupes d'âge ont été définis de façon à rassembler des personnes affichant des niveaux de risque relativement similaires. La classification retenue (10-14 ans, 15-19 ans, 20-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans et 65 ans et plus) s'appuie sur les profils

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

épidémiologiques observés, notamment les transitions clés du cycle de vie où les taux de suicide peuvent changer de manière marquée.

Les tendances présentées dans ce rapport proviennent des analyses publiées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025*. Ces analyses ont été réalisées lors de la mise à jour précédente, à partir des données disponibles au moment de la production de ce rapport, en février 2025.

Les analyses de tendance, effectuées à l'aide de la méthode *Joinpoint*, permettent d'identifier si les taux observés augmentent, diminuent ou demeurent stables au fil du temps. Les périodes analysées peuvent toutefois varier selon l'indicateur, en fonction de la disponibilité des données.

- Pour les décès par suicide, les analyses reposent sur les données disponibles jusqu'en 2023, l'année 2024 n'étant pas encore accessible au moment de leur réalisation.
- Pour les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide, les analyses incluent les données disponibles jusqu'en 2024.
- Pour les visites aux urgences, les analyses de tendance reposent également sur les données disponibles jusqu'en 2024.

Aucune nouvelle analyse de tendance n'a été réalisée dans le cadre de la présente mise à jour. Ainsi, les années les plus récentes ajoutées dans ce rapport, lorsqu'elles ne font pas partie des analyses de tendance, sont présentées à titre descriptif seulement et ne doivent pas être interprétées comme indiquant une évolution ou une tendance dans le temps.

## 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 au Québec de 1981 à 2024. L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 1981 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie section 2.4 pour plus de détails).

Selon la plus récente mise à jour du fichier des décès, le taux ajusté de suicide s'établit à 13,4 suicides par 100 000 personnes en 2022 et à 11,9 suicides par 100 000 personnes en 2023. Ce dernier correspond au niveau le plus faible observé depuis 1981, confirmant la poursuite de la baisse amorcée au début des années 2000. Cette évolution se traduit aussi par une diminution du nombre annuel de décès par suicide, passant de 1 152 décès en 2022 à 1 043 décès en 2023. Les données provisoires du Bureau du coroner indiquent qu'en 2024, 964 décès par suicide ont été enregistrés, correspondant à un taux ajusté de 10,7 suicides par 100 000 personnes<sup>c</sup>.

Chez les hommes, les taux ajustés de suicide augmentent au cours des années 1990 pour atteindre un sommet de 35,8 suicides par 100 000 personnes en 1999. Depuis le début des années 2000, une diminution soutenue est observée, bien que la diminution se poursuive à un rythme plus modéré au cours de la dernière décennie. En 2023, le taux ajusté s'établit à 18,1 suicides par 100 000 personnes. Il s'agit du taux le plus faible observé depuis 1981.

Chez les femmes, les taux de suicide atteignent des niveaux plus élevés à la fin des années 1990, avec un pic en 1999, soit 9,1 suicides par 100 000 personnes, avant d'amorcer une diminution graduelle et soutenue au cours des vingt-cinq dernières années. En 2023, le taux ajusté de suicide s'établit à 5,7 suicides par 100 000 personnes, correspondant à l'un des niveaux les plus faibles observés depuis 1981.

Les taux de suicide demeurent systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 2023, le taux ajusté s'établit à 18,1 suicides par 100 000 personnes chez les hommes (793 décès) et à 5,7 suicides par 100 000 personnes chez les femmes (250 décès), confirmant à la fois la diminution observée pour les deux sexes et le maintien du ratio à environ trois pour un en défaveur des hommes.

Globalement, l'évolution des taux de suicide au Québec met en évidence une diminution marquée depuis la fin des années 1990, tant chez les hommes que chez les femmes.

<sup>c</sup> Les résultats pour l'année 2024 doivent être interprétés avec prudence, ceux-ci étant sous-estimés en raison du caractère non finalisé de certains rapports du coroner, toujours en cours d'évaluation au moment de l'extraction des données.

**Tableau 1** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de suicides selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2024<sup>2</sup>

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	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	27,3	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	6,2	1 134	14,0	13,9
2014	858	21,2	21,3	292	7,1	7,1	1 150	14,1	14,1
2015	852	20,9	21,0	301	7,3	7,3	1 153	14,1	14,1
2016	838	20,5	20,6	270	6,5	6,5	1 108	13,5	13,5
2017	788	19,1	19,2	273	6,6	6,6	1 061	12,8	12,8
2018	825	19,7	20,0	270	6,4	6,5	1 095	13,1	13,1
2019	876	20,7	21,0	257	6,0	6,1	1 133	13,4	13,5

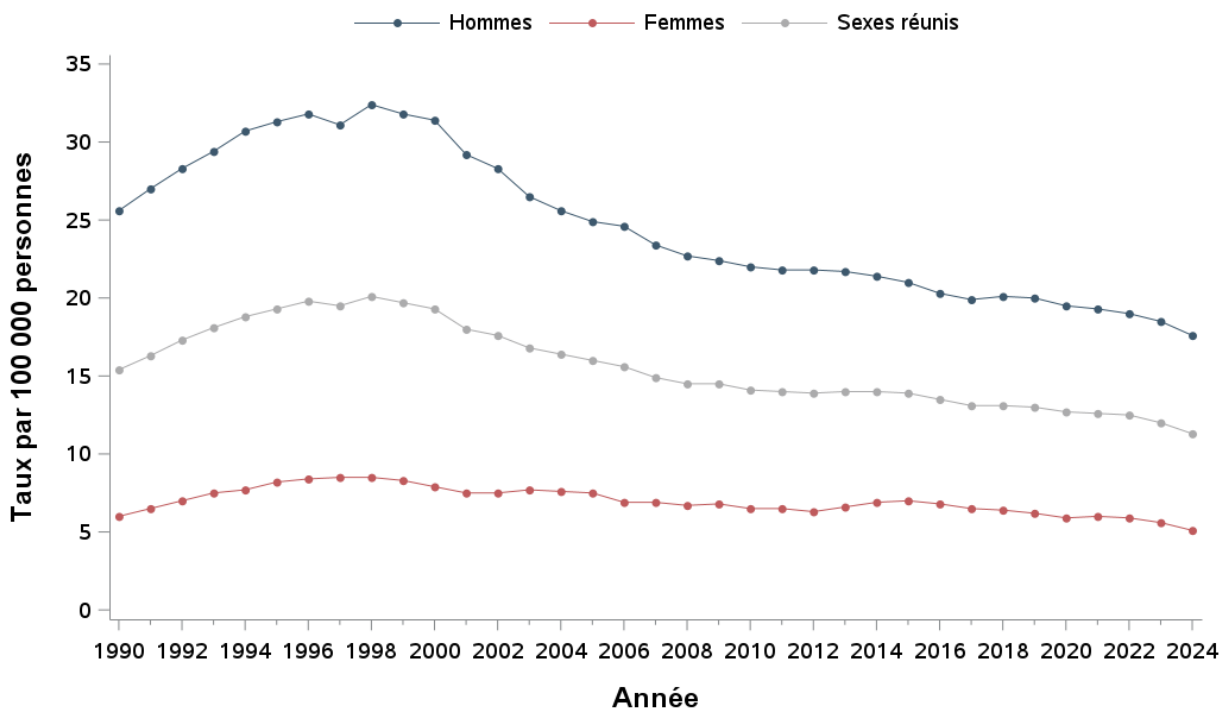
Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
2020	797	18,7	18,9	254	5,9	6,0	1 051	12,3	12,4
2021	794	18,5	18,7	234	5,5	5,5	1 028	12,0	12,1
2022	872	20,1	20,3	280	6,5	6,5	1152	13,3	13,4
2023	793	17,8	18,1	250	5,7	5,7	1043	11,8	11,9
2024	765	16,8	17,0	199	4,4	4,5	964	10,6	10,7

<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 2024.

Sources : MSSS : RED/D de 1981 à 2023 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2024 | 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 2024<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 2023. Pour 1990 et 2024, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>3</sup> Données provisoires pour 2024.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2023 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2024 | 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 par groupe d'âge, de 1990 à 2024 et le tableau A1 (annexe 2) fournit le détail des résultats pour les années les plus récentes (2019 à 2024). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 1981 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie section 2.4 pour plus de détails).

Chez les garçons de 10 à 14 ans, les taux de suicide demeurent relativement faibles en raison du nombre restreint de cas observés. Au cours de la période la plus récente de 2019 à 2024, les taux varient entre 0 et 2 suicides par 100 000 personnes. Il est important de mentionner que ces taux sont accompagnés au tableau A1 d'un indicateur de variabilité (\* ou \*\*), signifiant qu'ils doivent être interprétés avec prudence ou considérés comme indicatif seulement.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, les taux de suicide ont diminué de plus de la moitié depuis le début de la période d'observation en 1981. Les valeurs pour les années 2019 à 2023 montrent une oscillation entre 4 et 11 suicides par 100 000 personnes. Le taux de 2023 s'établit à 4,7 suicides par 100 000 personnes correspondant à 11 suicides. En raison des fluctuations importantes dues aux faibles nombres annuels d'événements, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans, les taux de suicide augmentent dans les années 1990 pour atteindre un sommet en 1999, puis diminuent jusqu'en 2009. Depuis, ils demeurent stables. En 2023, le taux s'établit à 14,4 suicides par 100 000 personnes (n = 127 suicides), soit un taux relativement faible depuis le début de la période d'observation en 1981<sup>d</sup>.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, les dernières années montrent une tendance toujours à la baisse. Les données de 2023 indiquent une valeur de 25,1 suicides par 100 000 personnes (n = 225 suicides) et malgré certaines variations annuelles, les niveaux récents demeurent nettement inférieurs aux valeurs observées à la fin des années 1990.

Malgré une diminution lente, mais progressive depuis plus de quarante ans, les hommes de 50 à 64 ans continuent de présenter des taux de suicide élevés comparativement aux autres groupes d'âge. Depuis une dizaine d'années, ce groupe affiche d'ailleurs les taux de suicide les plus élevés, avec un taux de 28,4 suicides par 100 000 personnes en 2023 (n = 247 suicides).

Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, les taux de suicide ont connu un léger déclin sur plusieurs décennies sans toutefois atteindre l'ampleur des diminutions observées chez les groupes d'âge de moins de 50 ans. De 2019 à 2023, ils oscillent entre 21 et 24 suicides par 100 000 personnes. Plus spécifiquement, le taux en 2023 s'établit à 21,0 suicides par 100 000 personnes correspondant à 180 suicides. Chez les hommes adultes, il s'agit du taux le plus faible.

<sup>d</sup> Excluant l'année 2024 avec des données provisoires.

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

La figure 3 illustre l'évolution des taux de suicide chez les femmes par groupe d'âge, de 1990 à 2024. Le tableau A1, présenté en annexe 2, fournit le détail des résultats pour les années les plus récentes (2019 à 2024). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 1981 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails).

Chez les filles de 10 à 14 ans, les taux de suicide demeurent relativement bas depuis plusieurs décennies, ce qui reflète la rareté des événements dans ce groupe. Les taux récents de 2019 à 2024 montrent des valeurs qui oscillent entre 0 et 4 suicides par 100 000 personnes ce qui représente de 0 à 9 suicides selon l'année. Il est important de noter que ces taux, présentés au tableau A1 en annexe, sont accompagnés d'un indicateur de variabilité (\* ou \*\*). Cela signifie qu'ils doivent être interprétés avec prudence ou considérés à titre indicatif seulement.

Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, les taux augmentent graduellement dans les années 1990, atteignent un sommet en 1998, puis amorcent une baisse progressive au début des années 2000. Plus récemment, entre 2019 et 2023, les taux présentent une variabilité importante, variant entre 2 et 7 suicides par 100 000 personnes. En 2023, le taux de décès s'établit à 2,6 suicides par 100 000 personnes (6 suicides). En raison du nombre d'événements relativement bas, les résultats doivent être interprétés avec prudence ou considérés à titre indicatif seulement.

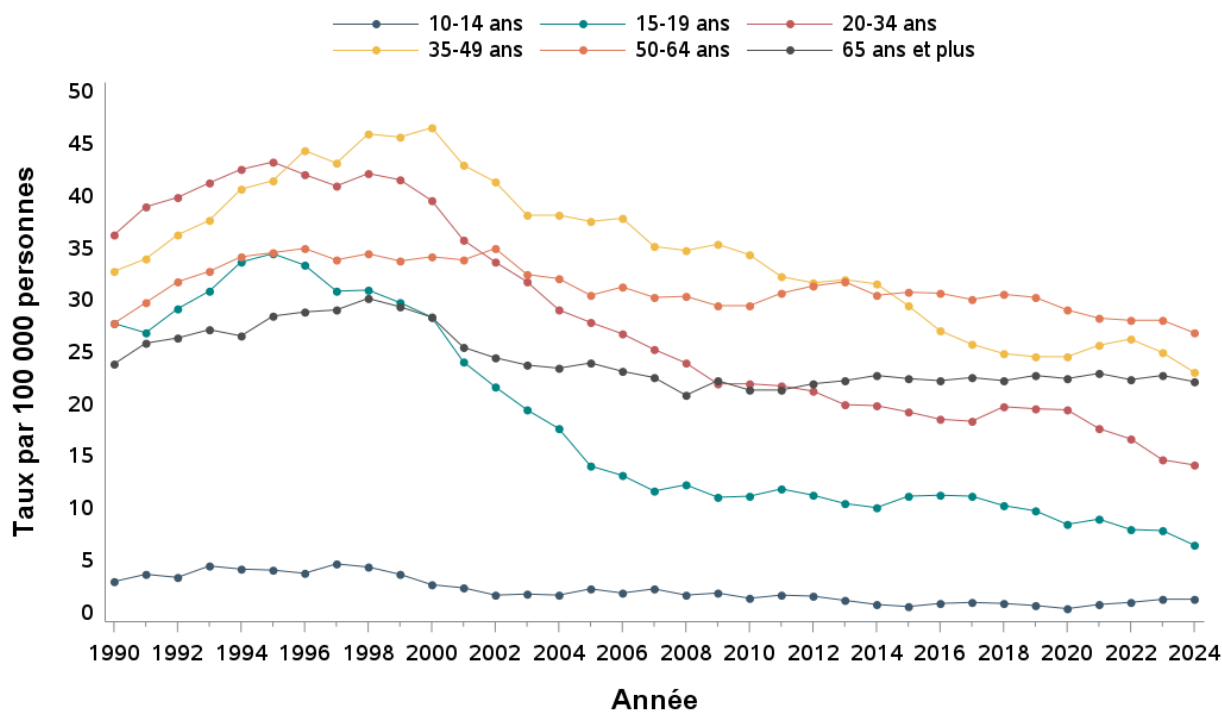
Chez les femmes de 20 à 34 ans, les taux de suicide montrent une tendance à la baisse depuis le début de la période d'observation. De 2019 à 2023, ils se situent autour de 6 suicides par 100 000 personnes. En 2023, il y a 49 suicides, soit un taux de 6,0 suicides par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 35 à 49 ans, les taux de suicide atteignent un sommet marqué au milieu des années 1990, dépassant 17 suicides par 100 000 personnes. Une diminution soutenue s'amorce par la suite et se poursuit jusqu'en 2022. De 2019 à 2023, les taux varient entre 6 et 10 suicides par 100 000 personnes, soit des niveaux nettement inférieurs à ceux observés au début de la période d'observation et qui s'inscrivent dans une tendance générale à la baisse. Malgré cette baisse en 2023, le taux s'établit à 8,3 décès par 100 000 personnes, correspondant à 71 suicides. Ce taux est l'un des plus élevés parmi les groupes d'âge féminins.

Malgré une diminution amorcée à partir de 2015, les femmes de 50 à 64 ans présentent un taux de suicide parmi les plus élevés chez les groupes d'âge féminins. En 2023, le taux s'établit à 7,4 suicides par 100 000 personnes, correspondant à 63 suicides.

Chez les femmes de 65 ans et plus, les taux de suicide sont les plus faibles parmi les groupes d'âge féminins adultes. Les valeurs fluctuent légèrement d'une année à l'autre, oscillant entre 4 et 7 suicides par 100 000 personnes au cours des cinq dernières années. En 2023, le taux s'établit à 5,6 suicides par 100 000 personnes, correspondant à 55 suicides.

Figure 2 Taux de suicide<sup>1</sup> chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1990 à 2024<sup>2</sup>

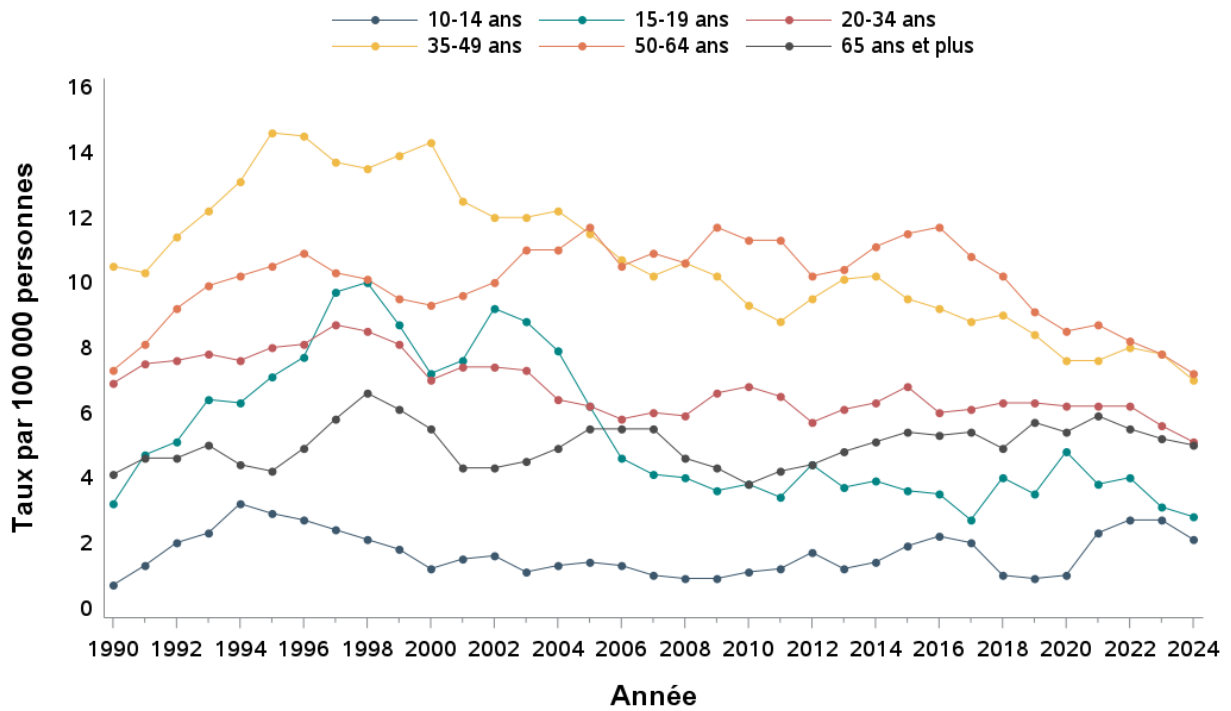


<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2023. Pour 1990 et 2024, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2024.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2023 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2024 | 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 2024<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1991 à 2023. Pour 1990 et 2024, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2024.

Sources : MSSS : RED/D de 1990 à 2023 et banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec pour 2024 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 3.1.4 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 2021-2023, 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.

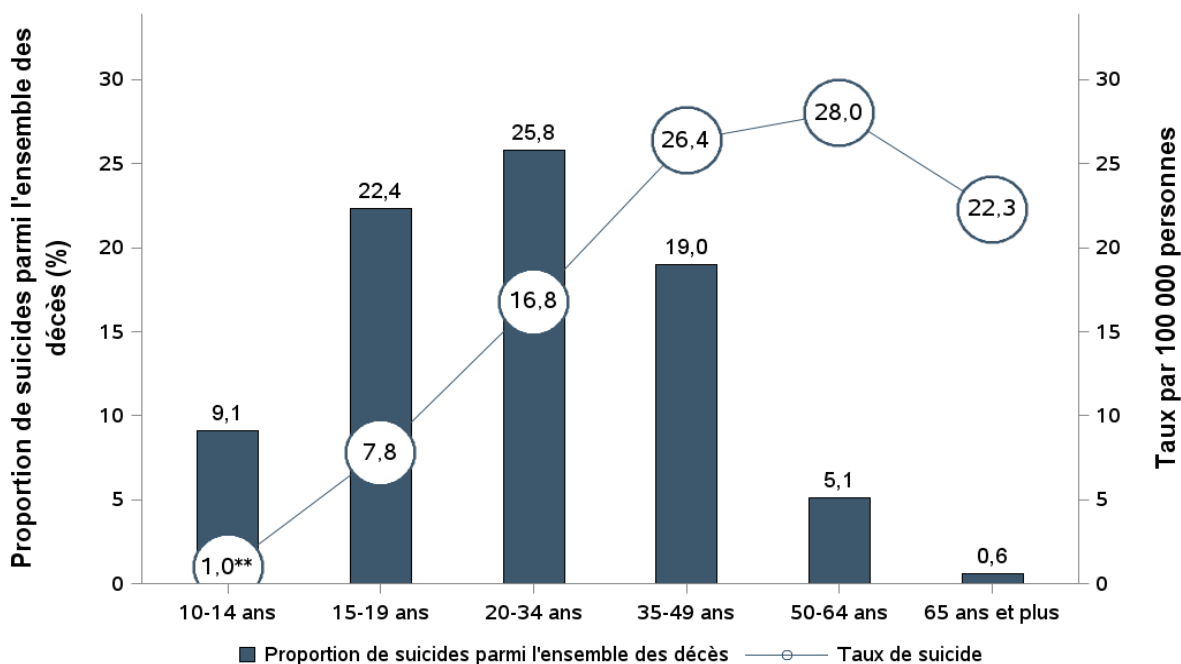
Au Québec, le suicide se situe au dixième rang des principales causes de décès et représente 1,5 % de l'ensemble des décès en 2021-2022. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (2,3 %) que chez les femmes (0,7 %), plaçant le suicide respectivement aux 7<sup>e</sup> rang chez les hommes et aux 10<sup>e</sup> rang chez les femmes parmi les causes de décès<sup>e</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 (22,4 %) et de 20 à 34 ans (25,8 %) comparativement aux hommes de 35 à 49 ans (19,0 %) et de 50 à 64 ans (5,1 %), et ce, même si leurs taux de suicide sont plus bas (respectivement 7,8 et 16,8 suicides par 100 000 personnes comparativement à 26,4 et 28,0 suicides 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 22,3 suicides par 100 000 personnes.

Pour l'ensemble des femmes, ce sont les jeunes filles de 10 à 14 ans qui enregistrent la proportion la plus élevée de suicides parmi toutes les causes de décès avec 26,0 %. À titre comparatif, cette proportion était de 16,0 % en moyenne pour 2018-2020. Il pourrait s'agir 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 (22,6 %) et les jeunes femmes de 20 à 34 ans (21,5 %), comparativement aux femmes de 35 à 49 ans (9,7 %) et de 50 à 64 ans (2,2 %). Toutefois, leurs taux de suicide sont plus bas, soit 4,0 et 6,2 suicides par 100 000 personnes respectivement, contre 8,1 et 8,2 suicides 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 5,5 suicides par 100 000 personnes.

<sup>e</sup> MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2025. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 28 décembre 2025 à 20:42. Mise à jour de l'indicateur le 23 juillet 2024.

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, 2021-2023

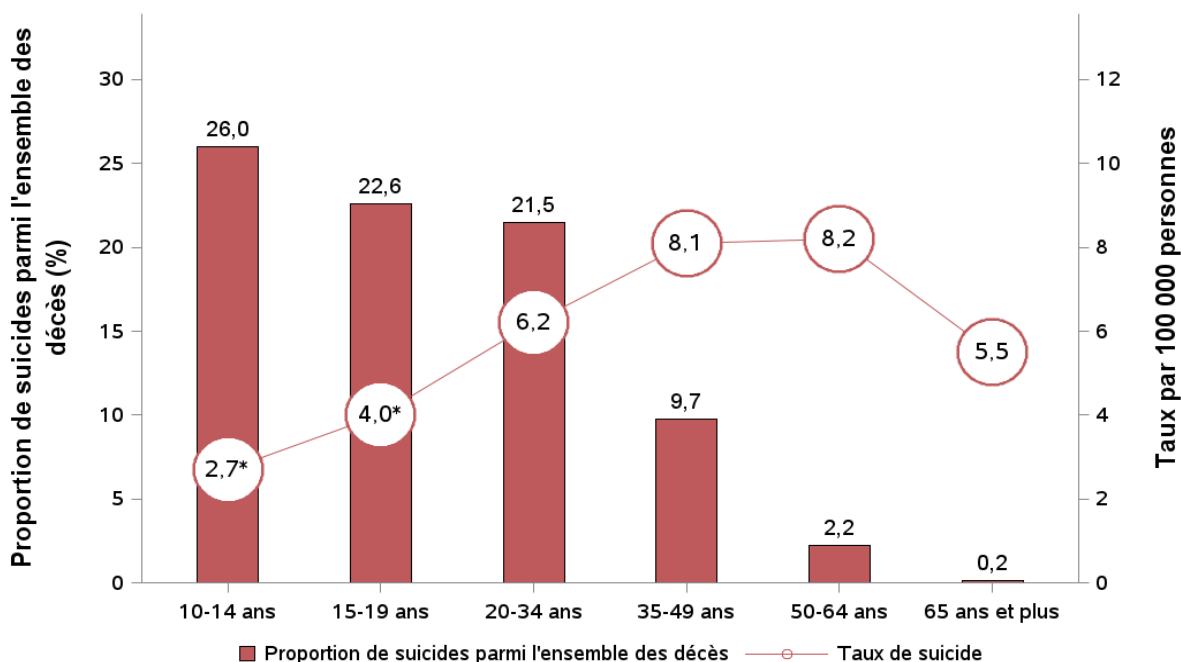


<sup>1</sup> Le taux se calcule en prenant le nombre cumulé de cas sur 3 ans, divisé par la population de l'année médiane multipliée par la durée de la période.

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

Sources : MSSS, RED/D de 2021 à 2023 | 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, 2021-2023



<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.

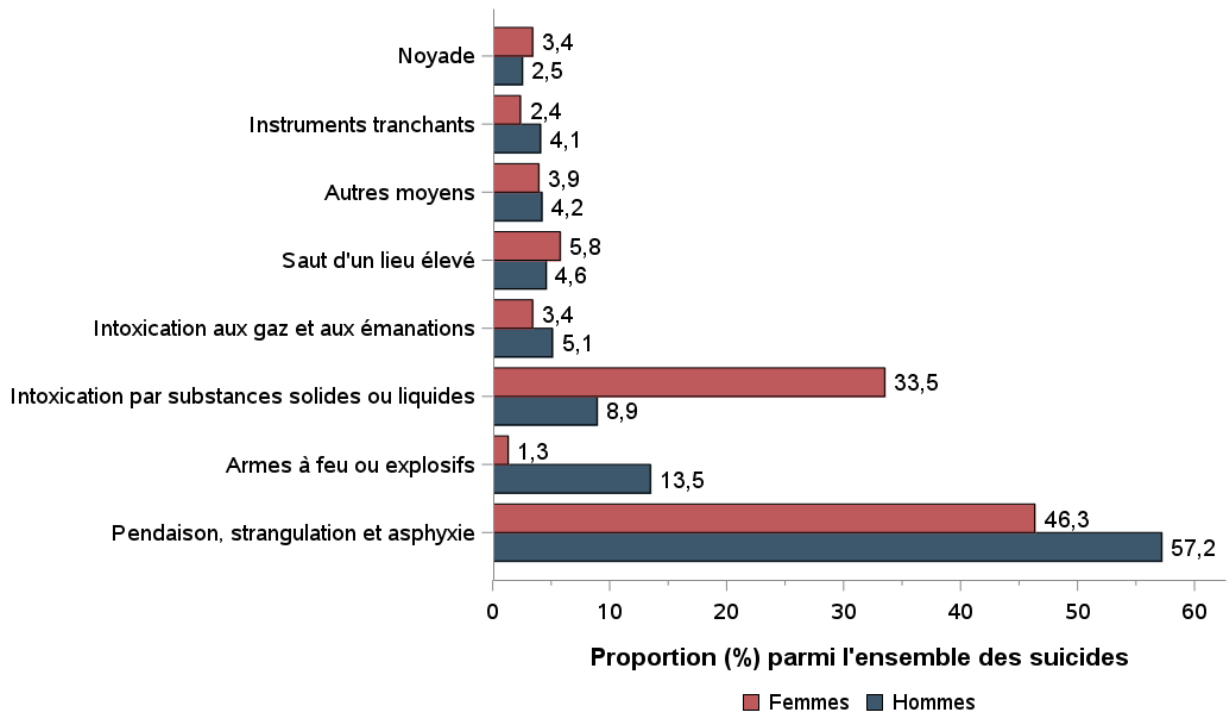
\* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33 %, interpréter la valeur avec prudence.

Source : MSSS, RED/D 2021 à 2023 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

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

Pour la période 2021-2023, 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 (57,2 %) et un peu moins de la moitié chez les femmes (46,3 %). Les suicides par armes à feu sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (13,5 %) que chez les femmes (1,3 %). Les intoxications par substances solides ou liquides, incluant l'ingestion de médicaments, ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (33,5 %) que par les hommes (8,9 %).

Figure 6 Répartition (%) des moyens utilisés pour s'enlever la vie par sexe, ensemble du Québec, 2021-2023



Source : MSSS, RED/D 2021 à 2023.

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

Les taux<sup>f</sup> moyens (2012-2023) sont comparés selon la région sociosanitaire à la figure 7. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient d'une région à l'autre au Québec.

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 14 000 individus) affiche pour la période analysée un taux de suicide plus élevé (122,7 suicides par 100 000 personnes) que pour le reste du Québec (12,5 suicides par 100 000 personnes). Cinq autres régions ont des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province, soit Abitibi-Témiscamingue (22,1 suicides par 100 000 personnes), Chaudière-Appalaches (16,9 suicides par 100 000 personnes), Mauricie et Centre-du-Québec (16,6 suicides par 100 000 personnes), l'Estrie (15,3 suicides par 100 000 personnes) et le Saguenay-Lac-Saint-Jean (15,2 suicides par 100 000 personnes).

Pour la même période, trois régions ont des taux de suicide significativement inférieurs au reste de la province, soient Laval, Montréal et la Montérégie (respectivement 6,4 suicides par 100 000 personnes, 9,9 suicides par 100 000 personnes et 10,3 suicides par 100 000 personnes).

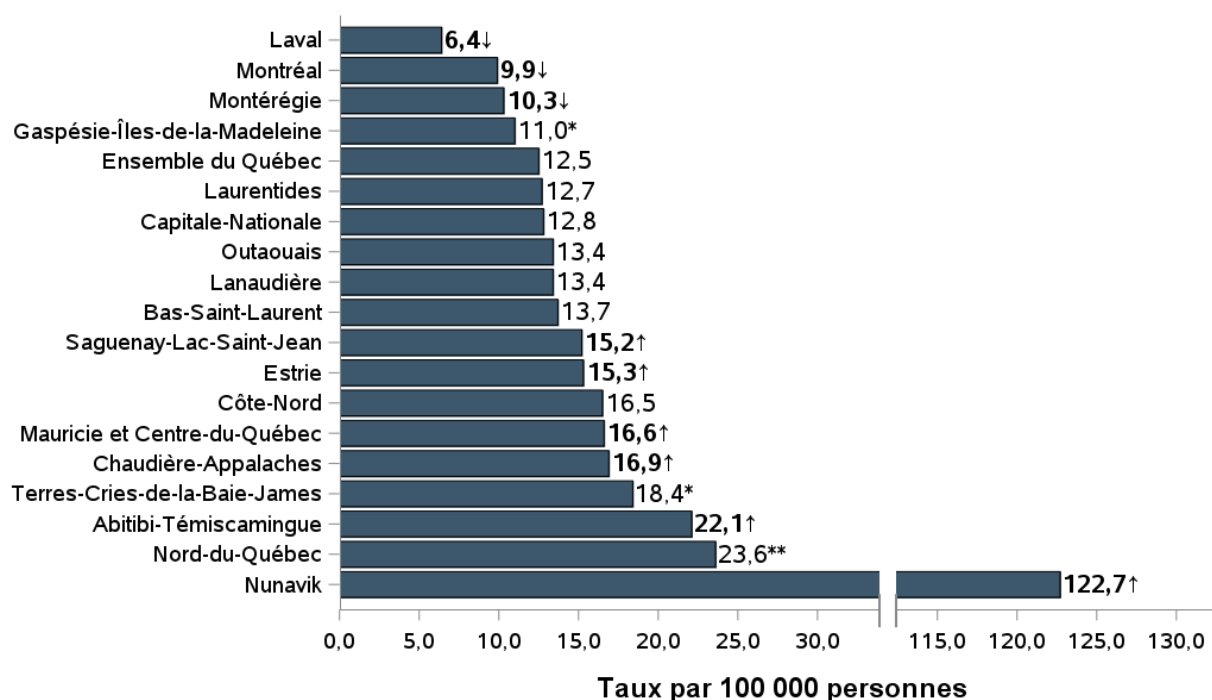
Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik est de 178,7 suicides par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (19,1 suicides par 100 000 personnes). Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue (35,8 suicides par 100 000 personnes), de la Côte-Nord (27,8 suicides par 100 000 personnes), de la Mauricie et Centre-du-Québec (26,0 suicides par 100 000 personnes), de Chaudière-Appalaches (25,3 suicides par 100 000 personnes), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (23,5 suicides par 100 000 personnes) et de l'Estrie (23,1 suicides par 100 000 personnes) ont aussi un taux de suicide significativement plus élevé que les hommes du reste de la province, tandis que les régions de Laval, de Montréal et de la Montérégie ont des taux significativement plus bas (respectivement 10,2 suicides par 100 000 personnes, 14,5 suicides par 100 000 personnes et 16,3 suicides par 100 000 personnes).

Chez les femmes au Nunavik, le taux de suicide est de 67,4 suicides par 100 000 personnes, comparativement à 5,9 suicides par 100 000 personnes pour l'ensemble de la province (annexe 2, figure A2). La région de Chaudière-Appalaches présente aussi un taux significativement plus élevé (8,3 suicides par 100 000 personnes) comparativement au reste de la province, tandis que les femmes des régions de Laval et de la Montérégie affichent des taux significativement plus bas, soit respectivement 2,8 et 4,6 suicides par 100 000 personnes.

Le tableau A2 de l'annexe 2 présente les taux bruts et ajustés de suicide par régions sociosanitaires pour les années 2019 à 2024. Les comparaisons provinciales et internationales ne sont pas présentées dans ce document. Elles sont toutefois accessibles dans [l'indicateur de santé publique](#), à titre d'information complémentaire.

<sup>f</sup> Les taux sont calculés sur trois ans (2021 à 2023).

Figure 7 Taux ajusté<sup>1</sup> de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2021-2023<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 aux autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

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

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

Sources : MSSS : RED/D de 2021 à 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

## 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 2 et la figure 8 présentent l'évolution des taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes et les femmes de 2011 à 2024. L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2010 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails).

En 2024, le taux ajusté au Québec s'établit à 42,0 hospitalisations par 100 000 personnes, correspondant à 3 786 hospitalisations. Contrairement aux suicides, plus fréquents chez les hommes, les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide sont plus élevées chez les femmes<sup>9</sup>, et l'écart entre les sexes s'accroît depuis 2010. Alors qu'il était d'environ 12 points d'écart pour la moyenne établie pour 2011-2012, cet écart atteint près de 21 points en 2023-2024.

Chez les hommes, la tendance indique une légère augmentation de 2010 à 2017 suivie d'une diminution jusqu'en 2023. Les données les plus récentes montrent la poursuite vraisemblable de cette tendance, le taux atteignant 30,9 hospitalisations par 100 000 personnes en 2024 (n = 1 401), soit le taux le plus bas depuis le début de la période d'observation.

Chez les femmes, une tendance à la hausse est observée de 2010 à 2017. Le taux atteint son niveau le plus élevé en 2018 (57,0 hospitalisations par 100 000 personnes). Le taux se maintient à un niveau élevé et s'établit à 53,7 hospitalisations par 100 000 personnes en 2024.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence des trajectoires distinctes selon le sexe : chez les hommes, les taux diminuent ou se stabilisent à des niveaux plus faibles, tandis que chez les femmes, ils demeurent élevés depuis plusieurs années, généralement au-delà de 50 hospitalisations par 100 000 personnes.

---

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

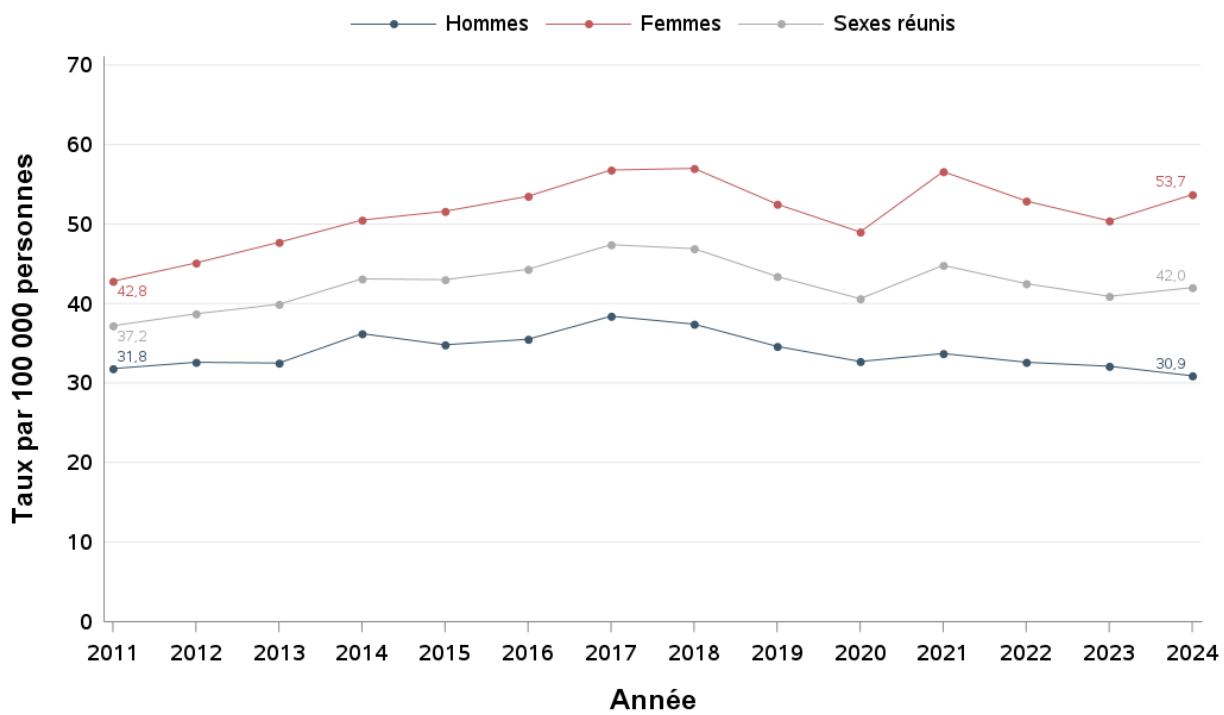
**Tableau 2** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2011 à 2024

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
2011	1 311	33,0	31,8	1 779	44,1	42,8	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	39,9
2014	1 487	36,7	36,2	2 078	50,7	50,5	3 565	43,8	43,1
2015	1 434	35,3	34,8	2 108	51,3	51,6	3 542	43,3	43,0
2016	1 460	35,7	35,5	2 181	52,8	53,5	3 641	44,3	44,3
2017	1 585	38,4	38,4	2 320	55,7	56,8	3 905	47,1	47,4
2018	1 555	37,2	37,4	2 336	55,5	57,0	3 891	46,4	46,9
2019	1 460	34,5	34,6	2 171	51,1	52,5	3 631	42,8	43,4
2020	1 380	32,3	32,7	2 037	47,6	49,0	3 417	40,0	40,6
2021	1 425	33,3	33,7	2 359	55,0	56,6	3 784	44,1	44,8
2022	1 391	32,1	32,6	2 246	51,8	52,9	3 637	41,9	42,5
2023	1 415	31,8	32,1	2 195	49,6	50,4	3 610	40,7	40,9
2024	1 401	30,8	30,9	2 385	53,0	53,7	3 786	41,8	42,0

<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 2011 à 2024 | 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, 2011 à 2024



<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 2011 à 2024 | 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 2011 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A3). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2010 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails)

Chez les garçons de 10 à 14 ans, les taux demeurent les plus faibles de tous les groupes d'âge. De 2011 à 2024, ils oscillent entre 3 et 12 hospitalisations par 100 000 personnes, reflétant une grande variabilité liée aux petits nombres. En 2024, le taux atteint 11,4 hospitalisations par 100 000 personnes, soit l'une des valeurs les plus élevées de la période. Malgré cette hausse, l'interprétation demeure limitée, plusieurs estimations ayant des coefficients de variation élevés.

Les adolescents de 15 à 19 ans présentent systématiquement les taux les plus élevés depuis 2015. Une progression notable est observée de 2010 à 2019, suivie d'un recul au cours des années suivantes jusqu'en 2023. Les niveaux récents demeurent plus élevés qu'au début de la période d'observation, avec un taux de 46,3 hospitalisations par 100 000 personnes en 2024.

Chez les hommes de 20 à 34 ans, les taux de 2011 et 2024 varient entre 38 et 52 hospitalisations par 100 000 personnes. Un sommet survient en 2017 avec 51,1 hospitalisations par 100 000 personnes. À partir de 2021, une tendance à la baisse s'installe au moins jusqu'en 2023. En 2024, le taux est de 39,7 hospitalisations par 100 000 personnes, soit l'une des valeurs les plus faibles de la série, indiquant que la tendance à la baisse se poursuit probablement.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, les taux de 2011 à 2024 oscillent généralement entre 40 et 50 hospitalisations par 100 000 personnes. Malgré un pic en 2014, une tendance à la baisse est présente de 2010 à 2023. En 2024, le taux s'établit à 40,8 hospitalisations par 100 000 personnes, l'une des valeurs les plus faibles de la série.

Chez les hommes de 50 à 64 ans, aucune tendance statistiquement significative ne se dégage au cours de la période d'observation. Les taux présentent des fluctuations au fil du temps, avec un pic observé en 2017. En 2024, le taux d'hospitalisations est de 36,1 par 100 000 personnes.

Chez les hommes de 65 ans et plus, les taux sont inférieurs à ceux observés dans la majorité des autres groupes d'âge masculins, se situant généralement entre 20 et 28 hospitalisations par 100 000 personnes de 2011 à 2024. Une augmentation lente et graduelle est observée de 2010 à 2023. Malgré cette hausse progressive, le taux enregistré en 2024 diminue, s'établissant à 22,6 hospitalisations par 100 000 personnes.

Globalement, les taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes varient selon l'âge, les adolescents de 15 à 19 ans présentant les niveaux les plus élevés, tandis que les garçons de 10 à 14 ans et les hommes de 65 ans et plus affichent les taux les plus faibles.

### 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 2011 à 2024 (voir aussi annexe 2, tableau A3). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2010 à 2023). L'année 2024 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails).

Chez les filles de 10 à 14 ans, une augmentation des taux est observée à partir de 2010. À partir de 2013, les valeurs dépassent systématiquement 50 hospitalisations par 100 000 personnes atteignant un maximum de 117,2 hospitalisations par 100 000 personnes en 2021. Malgré une baisse subséquente, les taux restent élevés avec 94,1 hospitalisations par 100 000 personnes en 2024. Il s'agit du deuxième groupe d'âge chez les femmes ayant les taux les plus élevés d'hospitalisations pour tentative de suicide.

Les adolescentes de 15 à 19 ans affichent quant à elles les taux les plus élevés de tous les groupes d'âge, tous sexes confondus, avec une croissance soutenue entre 2011 et 2021 (respectivement 99,3 et 201,7 hospitalisations par 100 000 personnes). Bien qu'une diminution amorcée en 2021 se dessine jusqu'en 2023 (173,1 hospitalisations par 100 000 personnes), le taux remonte légèrement en 2024 pour atteindre 178,0 hospitalisations par 100 000 personnes. Les niveaux récents demeurent largement supérieurs à ceux observés en début de période d'observation.

Chez les femmes de 20 à 34 ans, la tendance augmente de 2011 à 2018. Une baisse graduelle suit, menant à un taux de 68,0 hospitalisations par 100 000 personnes en 2023. En 2024, une légère remontée est observée (71,9 hospitalisations par 100 000 personnes), et les taux demeurent supérieurs à ceux du début de la période d'observation.

Les femmes de 35 à 49 ans présentent des taux relativement stables de 2011 à 2018, oscillant entre 62 et 66 hospitalisations par 100 000 personnes. Une tendance à la baisse est observée à partir de 2019. Le taux atteint 50,3 hospitalisations par 100 000 personnes en 2023 avant de remonter à 59,3 en 2024. Malgré cette hausse récente, les taux demeurent comparables ou légèrement inférieurs à ceux observés en début de période.

Chez les femmes de 50 à 64 ans, le taux d'hospitalisations a montré une hausse modérée entre 2010 et 2016, suivie d'une diminution de 2016 à 2023. Cette tendance à la baisse a ramené le taux à 40,9 hospitalisations par 100 000 personnes en 2023, soit le niveau le plus bas observé depuis le début de la période d'observation. En 2024, le taux augmente légèrement pour s'établir à 45,4 hospitalisations par 100 000 personnes.

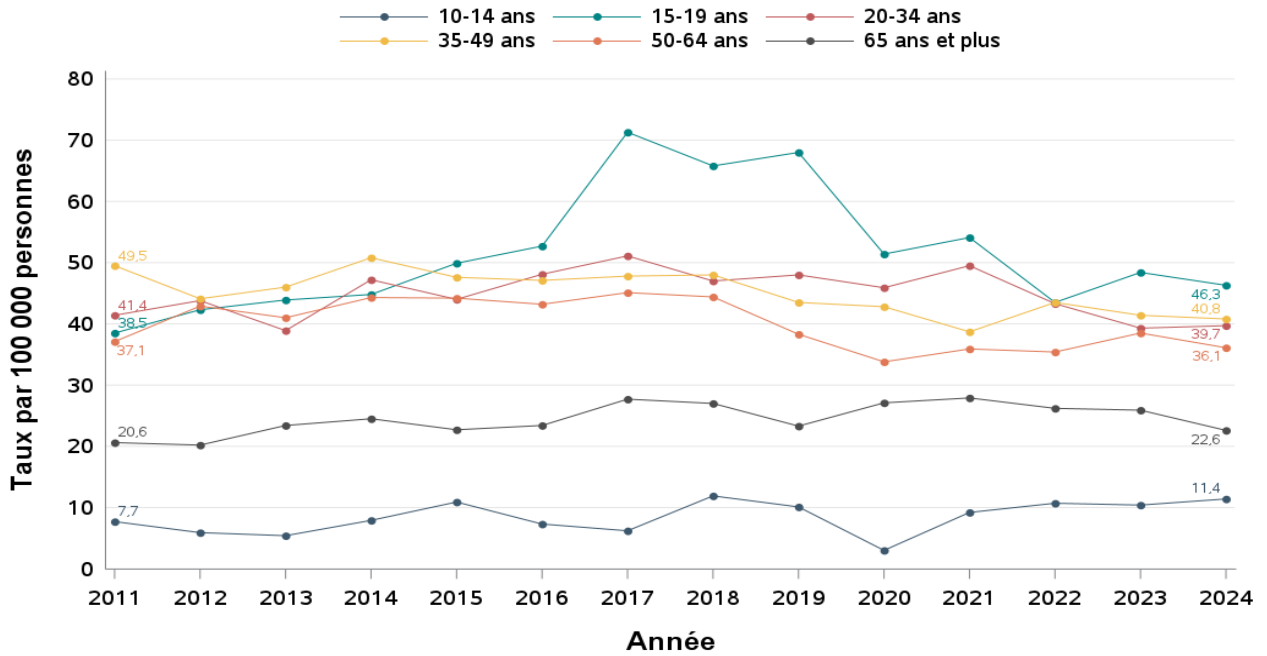
Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, les analyses de tendance indiquent une augmentation des taux d'hospitalisations. De 2011 à 2023, il passe de 19,1 à 25,4 hospitalisations par 100 000 personnes. L'année 2024 montre un taux de 22,2 hospitalisations par 100 000 personnes.

Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les femmes ont augmenté au cours des années 2010, avec des niveaux particulièrement élevés chez les jeunes filles et adolescentes. Bien que certaines diminutions récentes soient observées, les taux demeurent supérieurs à ceux du début de la période d'observation.

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

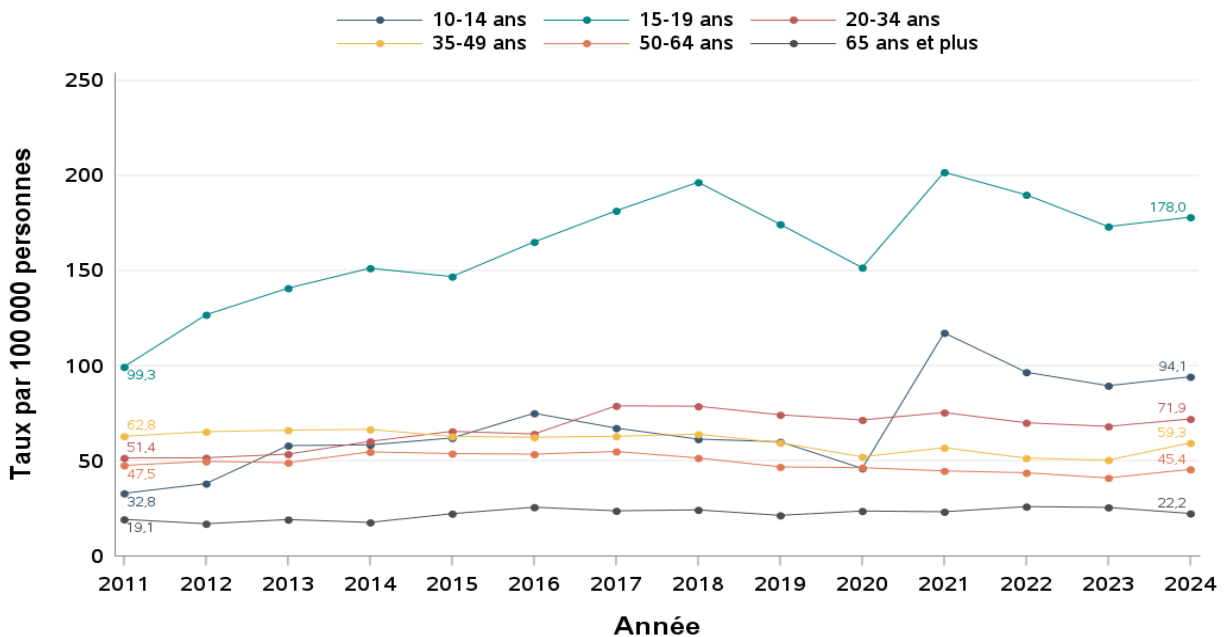
Les nombres et les taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon les régions sociosanitaires, pour les années 2020 à 2024, sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A4. Les tests statistiques réalisés montrent plusieurs différences régionales qui peuvent être constatées à la lecture du tableau.

**Figure 9** Taux d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2011 à 2024



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2011 à 2024 | 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, 2011 à 2024



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2011 à 2024 | 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 3 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 2017 à 2025. L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails).

Après des fluctuations modérées entre 2017, 2018 et 2019 (respectivement 55,5, 54,0 et 50,9 visites aux urgences par 100 000 personnes), le taux ajusté (sexes réunis) a diminué en 2020 (45,6 par 100 000 personnes). Il faut se rappeler que le contexte pandémique a pu avoir un effet sur l'utilisation des soins et services de même que sur les comportements liés à la santé, influençant ainsi les données observées. Depuis, ce taux a augmenté de façon marquée, atteignant 57,9 et 57,4 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2024 et 2025.

De 2017 à 2024, le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes a présenté deux tendances distinctes. Une diminution a été observée de 2017 à 2021, avec des taux ajustés passant de 47,9 à 43,2 visites aux urgences par 100 000 personnes. Cependant, depuis 2021, une augmentation notable est enregistrée, atteignant le taux ajusté de 48,5 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2024. Pour 2025, le taux est similaire avec 47,7 visites par 100 000 personnes.

Chez les femmes, le taux ajusté a connu des variations marquées. De 2017 à 2019, la tendance indique une certaine stabilité des taux, qui ont oscillé entre 57 et 64 visites aux urgences par 100 000 personnes. Toutefois, à partir de 2019, une augmentation continue a été enregistrée et les taux ajustés atteignent 68,0 et 67,7 visites aux urgences par 100 000 en 2024 et 2025.

Globalement, le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les différences s'observent chez les filles et les garçons de 10 à 14 ans, (respectivement 26,1 et 116,7 visites aux urgences par 100 000 personnes), les adolescentes et adolescents de 15 à 19 ans (respectivement 261,6 et 75,8 visites aux urgences par 100 000 personnes), ainsi que chez les jeunes femmes et jeunes hommes de 20 à 34 ans (respectivement 112,1 et 73,6 visites aux urgences par 100 000 personnes). Cependant, 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 et même légèrement supérieur chez les hommes (données pour 2025, annexe 2, figure A3).

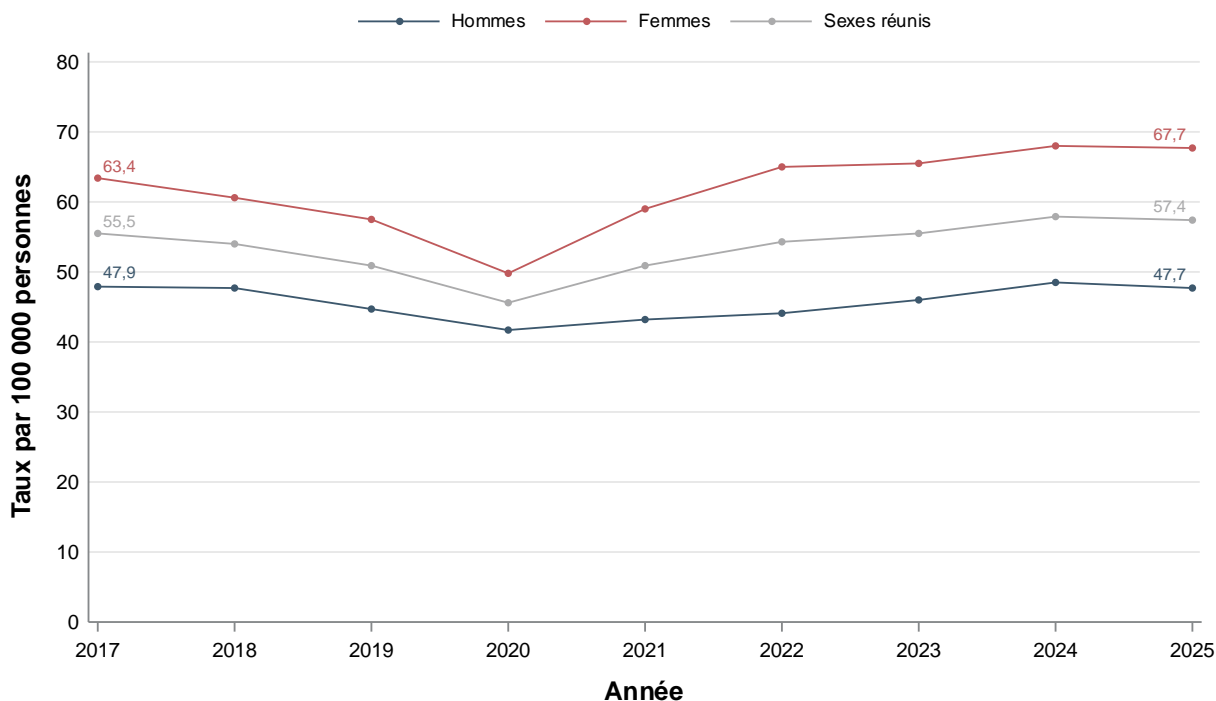
Dans l'ensemble, les taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide montrent une hausse marquée depuis le début des années 2020, avec des niveaux plus élevés chez les adolescentes comparativement aux adolescents, tandis que les écarts entre les sexes s'atténuent à partir de 35 ans et plus.

**Tableau 3** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
2017	1 990	48,2	47,9	2 584	62,1	63,4	4 575	55,2	55,5
2018	1 999	47,8	47,7	2 480	59,0	60,6	4 484	53,5	54,0
2019	1 890	44,6	44,7	2 374	55,9	57,5	4 264	50,3	50,9
2020	1 776	41,6	41,7	2 068	48,3	49,8	3 844	45,0	45,6
2021	1 834	42,8	43,2	2 436	56,8	59,0	4 273	49,8	50,9
2022	1 898	43,8	44,1	2 719	62,7	65,0	4 617	53,2	54,3
2023	2 033	45,7	46,0	2 820	63,8	65,5	4 854	54,7	55,5
2024	2 211	48,6	48,5	2 984	66,3	68,0	5 197	57,4	57,9
2025	2 164	47,6	47,7	2 973	66,0	67,7	5 138	56,8	57,4

<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, 2017-2025 | 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, 2017 à 2025



<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, 2017-2025 | 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 2017 à 2025 (voir aussi annexe 2, tableau A5). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie à la section 2.4 pour plus de détails).

Chez les garçons âgés de 10 à 14 ans, une tendance à la hausse est observée de 2017 à 2018, avec un pic de 26,0 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2018. À partir de 2018 et jusqu'en 2024, la tendance est stable. En 2025, une augmentation ponctuelle est observée (26,1 visites par 100 000 personnes), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il s'agit d'un changement durable ou d'une fluctuation annuelle. Le nombre de cas demeure faible dans ce groupe, ce qui limite la robustesse des analyses et justifie une interprétation prudente des résultats.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, la tendance est stable de 2017 à 2024 malgré des oscillations importantes, le taux variant entre 77 et 96 visites aux urgences par 100 000 personnes. Parmi les hommes, ce groupe d'âge partage avec les 20 à 34 ans, les taux les plus élevés. En 2025, le taux chez les adolescents de 15 à 19 ans s'établit à 75,8 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les hommes de 20 à 34 ans, la tendance est stable de 2017 à 2024, les taux variant entre 74 et 83 visites aux urgences par 100 000 personnes. Parmi les hommes, ce groupe d'âge partage avec les 15 à 19 ans les taux les plus élevés. En 2025, le taux chez les hommes de 20 à 34 ans s'établit à 73,6 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, une baisse des taux a été observée de 2017 à 2021, suivie d'une hausse notable de 2021 à 2024. Les taux passent alors de 50,2 à 65,3 par 100 000 personnes de 2021 à 2024. L'augmentation récente, de courte durée, mais importante, a annulé la baisse observée précédemment. En 2025, le taux pour ce groupe s'établit à 67,1 visites aux urgences par 100 000 personnes et semble confirmer la hausse observée des dernières années.

Chez les hommes âgés de 50 à 64 ans, les taux de visites aux urgences montrent une diminution jusqu'au début des années 2020, suivie d'une remontée au cours des années subséquentes. Toutefois, aucune tendance significative ne se dégage sur l'ensemble de la période, suggérant une stabilité des taux dans ce groupe d'âge. En 2024, le taux s'établit à 48,2 visites aux urgences par 100 000 personnes et pour 2025, le taux s'inscrit dans la continuité de cette stabilité et s'établit à 44,4 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les hommes de 65 ans et plus, une baisse des taux a été observée de 2017 à 2021, suivie d'une augmentation 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. En 2025, le taux est de 25,9 visites par 100 000 personnes et semble poursuivre cette tendance.

### 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 2017 à 2025 (voir aussi annexe 2, tableau A5). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement.

Chez les filles âgées de 10 à 14 ans, une tendance à la hausse semble apparaître depuis 2018. Toutefois, les variations ne permettent pas de dégager une tendance statistiquement significative. En 2024, le taux s'établit à 116,4 visites aux urgences par 100 000 personnes, tandis qu'en 2025, le taux pour ce groupe d'âge s'établit à 116,7 visites aux urgences par 100 000 personnes. Pour la première fois, ce taux est supérieur à celui observé chez les femmes âgées de 20 à 34 ans.

Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, les taux augmentent depuis 2017, faisant de ce groupe d'âge celui qui présente, de manière constante, les niveaux les plus élevés de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les femmes. En 2024, le taux atteint 235,4 visites aux urgences par 100 000 personnes. En 2025, il s'établit à 261,6 par 100 000 personnes, soit la valeur la plus élevée observée à ce jour. Bien que cette dernière donnée ne fasse pas partie des analyses de tendance, elle s'inscrit dans la continuité de la hausse observée depuis 2017.

Pour les femmes âgées de 20 à 34 ans, aucune tendance significative à la hausse ou à la baisse n'a été observée de 2017 à 2024. Il semble que 2025 ne fasse pas exception à la règle avec un taux de 112,1 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les femmes âgées de 35 à 49 ans, une diminution a été enregistrée de 2017 à 2022, suivie d'une augmentation marquée de 2022 à 2024. Cette tendance fait passer les taux de 54,5 à 67,0 visites aux urgences par 100 000 personnes. Pour 2025, le taux est de 65,2 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les femmes âgées de 50 à 64 ans, une diminution graduelle des taux est observée de 2017 jusqu'en 2022, suivie d'une hausse récente. Cette hausse de 2022 à 2024 annule la baisse observée au cours des années précédentes. En 2025, le taux pour ce groupe s'établit à 37,7 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 65 ans et plus, les taux demeurent relativement stables sur l'ensemble de la période d'observation. Ce groupe d'âge présente les taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide les plus faibles parmi les femmes. En 2024 et 2025, les taux s'établissent respectivement à 20,4 et 22,8 visites aux urgences par 100 000 personnes.

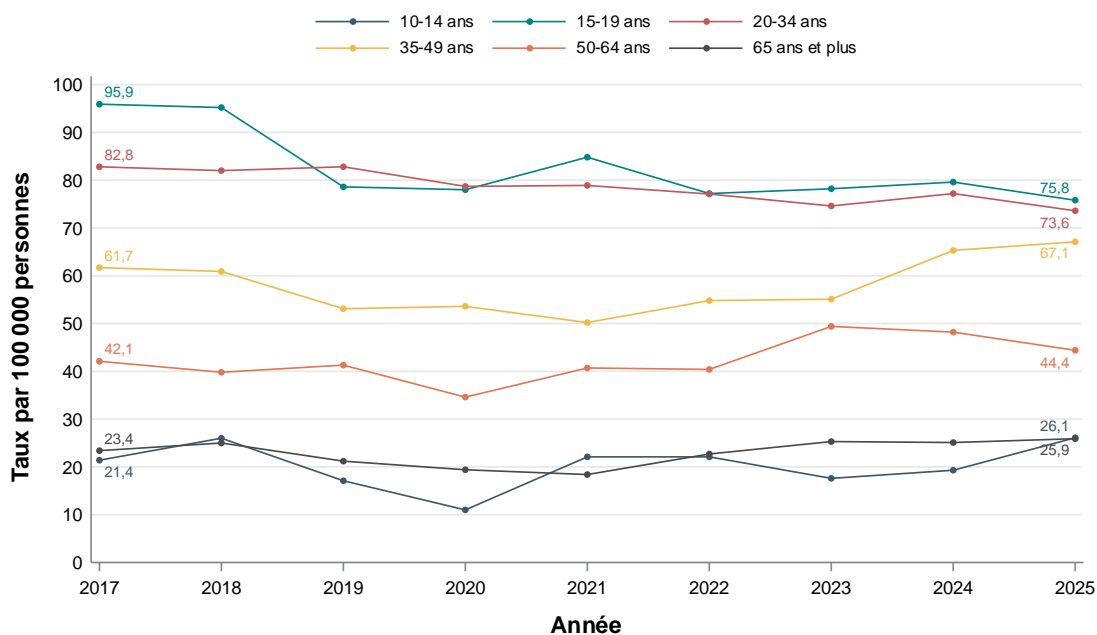
Ces résultats mettent en lumière des tendances variées et des évolutions significatives dans plusieurs groupes d'âge, notamment l'augmentation chez les filles et adolescentes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans.

### **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 2021 à 2025 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A6.

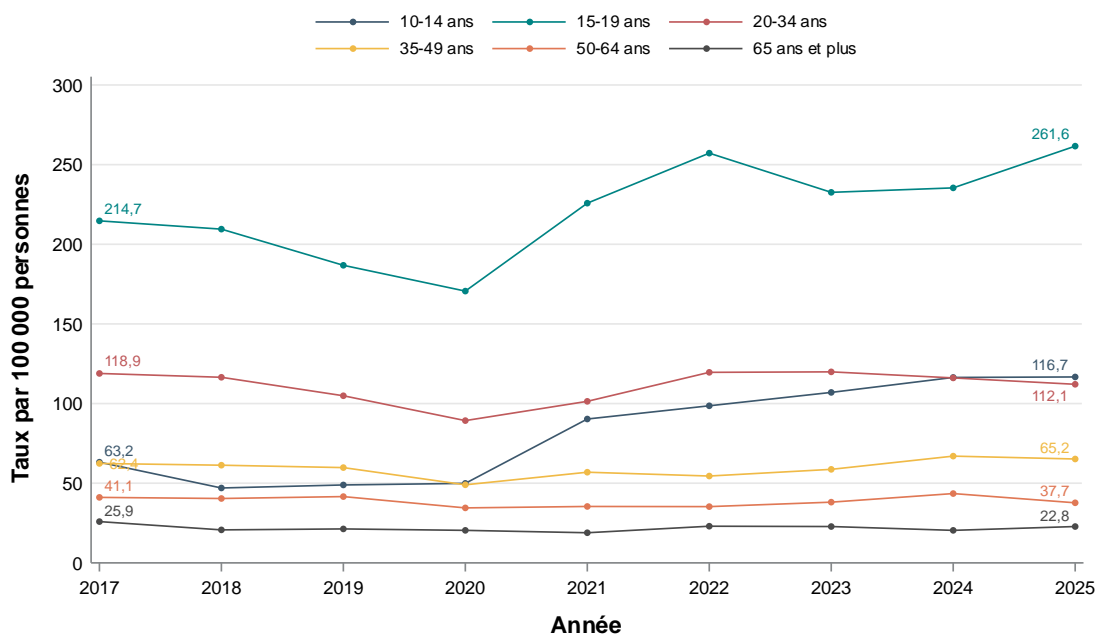
À l'échelle du Québec, le taux ajusté de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide montre une augmentation progressive entre 2021 et 2024, passant de 50,9 à 57,9 visites par 100 000 personnes. Des augmentations s'observent dans plusieurs régions du Québec.

**Figure 12** Taux de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025 | 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, 2017 à 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025 | 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 4 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 2017 à 2025. L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie section 2.4 pour plus de détails).

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 381,5 à 456,4 visites aux urgences par 100 000 personnes. Chez les femmes, une tendance générale à la hausse est observée sur l'ensemble de la période 2017 à 2024, atteignant alors 469,7 par 100 000 personnes. Pour les deux sexes réunis, le taux s'établit à 463,1 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2025, une valeur du même ordre de grandeur que celle observée en 2024.

En 2025, les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans les groupes de 10 à 14 ans, 15 à 19 ans et 20 à 34 ans. À partir de 35 ans, les taux deviennent comparables entre les sexes et sont même légèrement plus élevés chez les hommes dans les groupes d'âge plus avancés (annexe 2, figure A4).

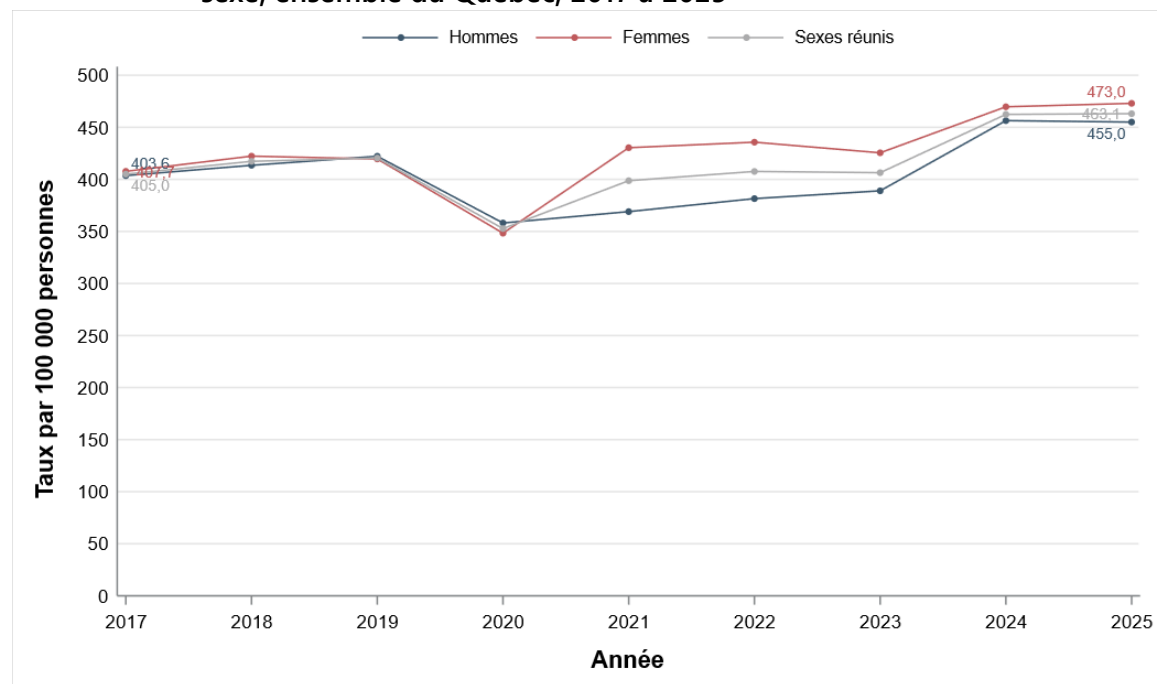
Les taux ajustés de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ont évolué selon des tendances et des ordres de grandeur comparables chez les hommes et chez les femmes jusqu'en 2020, contrastant avec les disparités observées pour les autres comportements suicidaires. À partir de 2020, des augmentations sont observées dans les deux groupes, mais selon des trajectoires distinctes. En 2024, les données suggèrent toutefois une convergence des taux, indiquant un possible retour vers une dynamique plus homogène entre les sexes.

**Tableau 4** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe, ensemble du Québec, 2017 à 2025

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
2017	16 798	406,8	403,6	16 591	398,5	407,7	33 399	402,7	405,0
2018	17 352	415,1	413,5	17 294	411,1	422,3	34 656	413,2	417,3
2019	17 894	422,7	422,2	17 341	408,1	419,6	35 254	415,6	420,5
2020	15 264	357,4	358,1	14 462	337,9	348,3	29 737	347,8	352,7
2021	15 721	367,1	369,0	17 805	415,0	430,4	33 541	391,3	398,7
2022	16 427	378,8	381,5	18 235	420,5	435,7	34 674	399,8	407,6
2023	17 263	387,7	389,0	18 279	413,4	425,5	35 560	400,7	406,4
2024	20 767	456,0	456,4	20 670	459,5	469,7	41 455	458,0	462,4
2025	20 579	452,3	455,0	20 782	461,5	473,0	41 374	457,0	463,1

<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, 2017-2025 | 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, 2017 à 2025



<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, 2017-2025 | 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 2017 à 2025 (voir aussi l'annexe 2, tableau A7). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement.

Chez les garçons âgés de 10 à 14 ans, une hausse des taux est observée jusqu'en 2018, suivie d'une diminution au cours des années subséquentes. En 2025, le taux s'établit à 253,1 visites aux urgences par 100 000 personnes, traduisant probablement la continuité de la récente baisse.

Chez les adolescents de 15 à 19 ans, les taux augmentent jusqu'en 2019, puis diminuent par la suite. Cette baisse soutenue se traduit par un recul important des taux au cours de la période récente, ceux-ci atteignant 631,9 et 632,4 visites aux urgences par 100 000 personnes en 2024 et 2025, de sorte que ce groupe d'âge ne présente plus les taux les plus élevés, ceux-ci étant désormais observés chez les hommes de 20 à 34 ans.

Chez les hommes âgés de 20 à 34 ans, les taux demeurent relativement stables sur l'ensemble de la période d'observation, avec des fluctuations annuelles. En 2024 et en 2025, le taux atteint respectivement 704,7 et 703,2 visites aux urgences par 100 000 personnes, ce qui en fait le groupe d'âge masculin présentant les taux les plus élevés.

Chez les hommes de 35 à 49 ans, une diminution est observée entre 2018 et 2022 suivies d'une remontée marquée au cours des années plus récentes. En 2025, le taux s'établit à 615,4 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les hommes âgés de 50 à 64 ans, les taux diminuent jusqu'en 2022, puis augmentent de façon notable au cours des années suivantes. En 2025, le taux atteint 487,2 visites aux urgences par 100 000 personnes, traduisant le maintien probable de la hausse récente.

Chez les hommes de 65 ans et plus, une hausse est observée de 2017 à 2024. Malgré cette hausse, ce groupe présente les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires les plus faibles parmi les hommes. En 2025, il est de 223,3 visites aux urgences par 100 000 personnes.

### 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 2017 à 2025 (voir aussi l'annexe 2, tableau A7). L'interprétation des tendances s'appuie sur les analyses *Joinpoint* réalisées dans le rapport *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025* (1) à partir des données disponibles à ce moment (soit

de 2016 à 2024). L'année 2025 est présentée à titre descriptif seulement (voir la méthodologie, section 2.4).

Après une augmentation subite en 2021, les taux de visites aux urgences chez les filles de 10 à 14 ans ne montrent pas de diminution subséquente, mais plutôt une stabilisation. Les taux observés en 2024 et 2025 (soit 765,8 et 789,5 visites aux urgences par 100 000 personnes) suggèrent que la hausse n'a pas été résorbée, les taux demeurant élevés comparativement à ceux observés avant cette période.

Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, une augmentation est observée jusqu'en 2021, suivie d'une diminution au cours des années subséquentes. Malgré ce recul, ce groupe demeure celui qui présente, de façon marquée, les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires les plus élevés chez les femmes. En 2025, le taux s'établit à 1 366,3 visites aux urgences par 100 000 personnes.

Chez les femmes âgées de 20 à 34 ans, une tendance à la hausse est observée sur l'ensemble de la période d'observation. En 2024 et en 2025, les taux atteignent respectivement 817,5 et 844,8 visites aux urgences par 100 000 personnes, plaçant ce groupe parmi ceux présentant les niveaux les plus élevés chez les femmes.

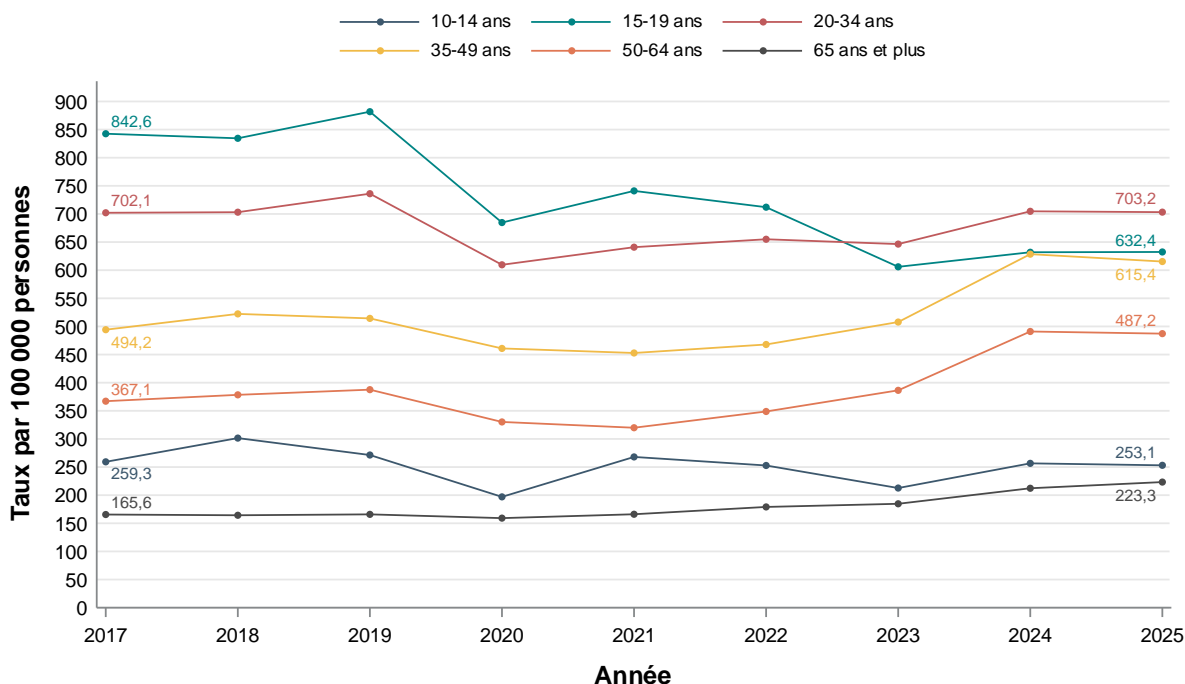
Chez les femmes de 35 à 49 ans, une faible diminution non significative est observée jusqu'en 2022, suivie d'une remontée marquée au cours des années plus récentes. En 2025, le taux s'établit à 489,7 visites aux urgences par 100 000 personnes, suggérant le maintien de la hausse récente.

Chez les femmes âgées de 50 à 64 ans, les taux diminuent jusqu'en 2022 avant d'augmenter par la suite. En 2025, le taux atteint 296,2 visites aux urgences par 100 000 personnes, traduisant également une hausse au cours de la période récente.

Enfin, chez les femmes de 65 ans et plus, les taux demeurent relativement faibles comparativement aux autres groupes d'âge féminins, malgré une augmentation observée à partir de 2022. En 2025, le taux s'établit à 164,0 visites aux urgences par 100 000 personnes, ce qui en fait le groupe présentant les taux les plus bas chez les femmes.

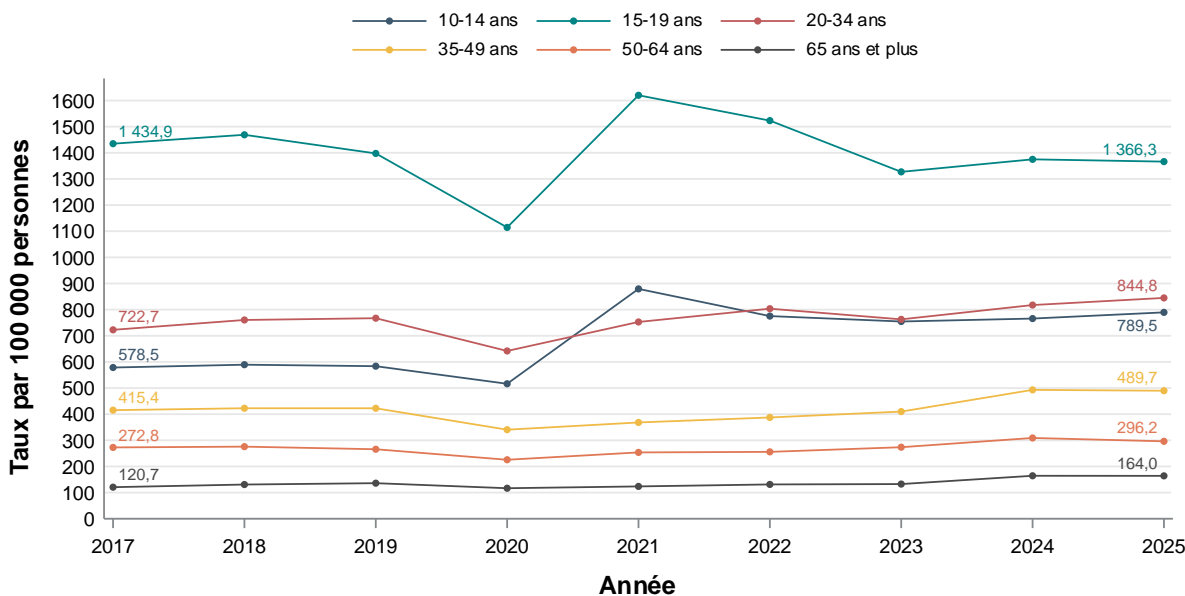
Contrairement à ce qui est observé pour les autres comportements suicidaires, les visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ne présentent pas de disparités marquées entre les sexes. Alors que les hommes présentent des taux plus élevés de suicide et que les femmes sont davantage hospitalisées à la suite de tentatives de suicide, les taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires sont globalement comparables chez les hommes et chez les femmes. Ces résultats suggèrent que les idées suicidaires constituent un phénomène tout aussi important dans les deux groupes, se distinguant ainsi des profils observés pour les autres comportements suicidaires.

**Figure 15** Taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025 | 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, 2017 à 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

### 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 2021 à 2025 sont présentés à l'annexe 2, tableau A8. Durant cette période, les taux ajustés de l'ensemble du Québec montrent une augmentation constante, passant de 398,7 à 463,1 par 100 000 personnes. Bien que des tests de tendance n'aient pas été réalisés, plusieurs régions enregistrent également des hausses durant cette période.

## 4 DISCUSSION

La principale force de ce rapport réside dans la richesse, la précision et la portée analytique des données présentées. En analysant les comportements suicidaires — incluant les suicides, les hospitalisations pour tentative de suicide et les visites à l'urgence associées aux tentatives de suicide ou aux idées suicidaires — selon des variables clés, le rapport contribue à une compréhension approfondie et nuancée de la problématique du suicide au Québec. Cette richesse s'explique notamment par l'utilisation de bases de données populationnelles avec une grande couverture. La majorité des comportements suicidaires sont codifiés selon la CIM-10, une classification internationale reconnue, ce qui renforce la comparabilité et la précision des analyses. Par ailleurs, pour les données issues des urgences, l'accès quasi en temps réel aux informations sur les tentatives de suicide et les idées suicidaires (disponibles jusqu'en 2025) constitue un atout majeur pour la surveillance. Enfin, la disponibilité de données régionales permet d'examiner les variations territoriales et d'adapter les actions de prévention aux réalités locales.

Malgré les résultats de cette nouvelle mise à jour qui confirment une diminution marquée des taux de suicide observée au Québec depuis la fin des années 1990, le suicide demeure un enjeu majeur de santé publique, caractérisé par d'importantes disparités selon le sexe, l'âge, les régions et le type de comportement suicidaires. En 2023, les hommes présentent toujours un taux de suicide environ trois fois plus élevé que celui observé chez les femmes, une tendance bien documentée tant au Québec qu'au Canada (2) ou à l'international(3). À l'inverse, les tentatives de suicide nécessitant une hospitalisation demeurent plus fréquentes chez les femmes, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes, ce qui met en lumière des profils distincts selon le sexe et le type de comportement suicidaire (4,5).

Ces résultats mettent en évidence d'importantes disparités régionales concernant les comportements suicidaires étudiés, ce qui est cohérent avec ce qui est documenté dans la littérature scientifique sur le suicide. En revanche, les recherches portant spécifiquement sur les tentatives de suicide et les idées suicidaires restent encore limitées (6–8). On y montre que les régions à plus faible densité de population présentent généralement des taux plus élevés de suicide, bien que l'interprétation de certaines estimations doive être nuancée en raison de la petite taille des populations et de l'instabilité statistique associée. À l'inverse, les grands centres urbains tendent à afficher des taux de suicide inférieurs. Ces études avancent que les écarts

régionaux seraient vraisemblablement le reflet d'un ensemble de facteurs interreliés, incluant notamment des différences dans l'accessibilité et l'organisation des services de santé et de services sociaux, mais aussi dans les contextes sociodémographiques (p. ex. composition de la population, présence de populations immigrantes, structure par âge) et les déterminants sociaux de la santé (p. ex. conditions socioéconomiques, isolement social, caractéristiques du milieu de vie) (9,10). La littérature suggère que ces facteurs peuvent interagir de façon complexe et différenciée selon les territoires, ce qui invite à la prudence dans l'interprétation des écarts observés. Dans ce contexte, la disponibilité de données populationnelles et régionales constitue un levier essentiel pour documenter ces disparités et soutenir le développement d'interventions de prévention et de services sensibles aux réalités locales (7,11,12).

La persistance de taux élevés de suicide chez certains groupes, la fréquence importante des tentatives de suicide ainsi que le recours accru aux services d'urgence rappellent l'importance de maintenir une surveillance fine et continue. L'intégration conjointe des données sur les suicides, les tentatives de suicide et les idées suicidaires, croisées avec des variables essentielles telles que le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires, permet de mieux orienter les actions de prévention, de soutenir les décideurs politiques et d'adapter les interventions aux réalités changeantes de la population québécoise.

Il importe de rappeler que ce portrait ne rend pas compte de l'ensemble des comportements suicidaires survenus dans la population, puisque les tentatives de suicide et les idées suicidaires n'ayant pas mené à une consultation dans un centre hospitalier ne sont pas recensées dans les banques de données utilisées. Les résultats reflètent donc principalement l'utilisation des services de santé en lien avec ces comportements. D'autres sources, notamment les enquêtes populationnelles, permettent d'estimer les comportements suicidaires dans un contexte plus large (13). Par ailleurs, dans certaines régions comme le Nunavik, les visites aux urgences sont probablement sous-estimées en raison de l'organisation locale des services, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

## 5 CONCLUSION

En conclusion, ce portrait 2026 met en évidence des profils distincts de comportements suicidaires selon l'âge et le sexe. La diminution soutenue de la mortalité par suicide contraste avec le maintien de taux élevés de tentatives de suicide ayant mené à une hospitalisation ou à une consultation à l'urgence, particulièrement chez les jeunes filles et les adolescentes. Chez ces groupes, les tentatives de suicide et les idées suicidaires ayant mené à une hospitalisation ou à une consultation à l'urgence sont fréquentes, alors que les décès par suicide demeurent relativement rares. À l'inverse, chez les hommes plus âgés, les taux de suicide restent plus élevés, tandis que le recours aux services d'hospitalisations et de visites aux urgences est moins élevé lors de tentatives de suicide.

Dans l'ensemble, les résultats confirment que des progrès ont été réalisés en matière de prévention du suicide au Québec, mais que le suicide demeure un enjeu majeur de santé publique. Ainsi, il est nécessaire de poursuivre une surveillance fine et différenciée des comportements suicidaires, afin de mieux adapter les actions de prévention et l'organisation des services aux réalités distinctes des groupes les plus concernés.

## 6 RÉFÉRENCES

1. 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.
2. Navaneelan T. Les taux de suicide: un aperçu. (82).
3. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative [En ligne]. Geneva : World Health Organization; 2014. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
4. Bommersbach TJ, Rosenheck RA, Petrakis IL, Rhee TG. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. août 2022;311:157-64.
5. Tsigotis K, Gruszczynski W, Tsigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 1 août 2011;17(8):PH65-70.
6. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SP, Haileyesus T, Kresnow-Sedacca M. Suicide Trends Among and Within Urbanization Levels by Sex, Race/Ethnicity, Age Group, and Mechanism of Death — United States, 2001–2015. *MMWR Surveill Summ* 2017;66(No. SS-18):1–16. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6618a1> »
7. Barry R, Rehm J, de Oliveira C, Gozdyra P, Chen S, Kurdyak P. Rurality as a Risk Factor for Attempted Suicide and Death by Suicide in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry*. sept 2022;67(9):679-89.
8. Pritchard TR, Buckle JL, Thomassin K, Lewis SP. Rural Suicide: A Systematic Review and Recommendations. *Clinical Psychological Science*. SAGE Publications Inc; 1 janv 2025;13(1):3-17.
9. Kegler SR, Stone DM, Holland KM. Trends in Suicide by Level of Urbanization — United States, 1999–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 17 mars 2017;66(10):270-3.
10. Casant J, Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; janv 2022;19(5):2669.
11. San Sebastián M, Edin-Liljegren A, Jonsson F. Rural–urban differences in suicide attempts and mortality among young people in northern Sweden, 1998–2017: A register-based study. *Scand J Public Health*. SAGE Publications Ltd STM; 1 déc 2020;48(8):794-800.
12. Goldman-Mellor S, Allen K, Kaplan MS. Rural/Urban Disparities in Adolescent Nonfatal Suicidal Ideation and Suicide Attempt: A Population-Based Study. *Suicide & Life Threat Behav*. déc 2018;48(6):709-19.
13. Institut de la statistique du Québec [En ligne]. Québec I de la statistique du. Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide; [cité le 20 janv 2026]. Disponible: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/idees-suicidaires-serieuses-tentatives-suicide>

## 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 2023 (mise à jour, décembre 2025) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2024. 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 codifiés 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 2024. 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. Cette extraction contient : 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 2024) ; et b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (6 % pour 2024). Au moment de l'extraction des données (2 décembre 2024), 12 % de l'ensemble des investigations du coroner pour des décès survenus en 2024 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 2024. Pour cette raison, les résultats pour 2024 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 2024 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. 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). Toutefois, 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).

Les données des fichiers fermés des décès, pour les années 2013 à 2023, 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 2025). 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 2011 au 31 décembre 2024 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 2011 à 2024 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 2026).

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 définitions spécifiques 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>h</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 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, en utilisant les groupes d'âge suivants : 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 2025 ont été utilisées. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'ISQ. Les taux sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et les régions sociosanitaires de résidence des personnes visées. Les catégories d'âge ont été définies en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires.

Les taux présentés dans ce document ont été ajustés selon l'âge et selon la méthode de standardisation directe. Cette opération est réalisée dans le but de limiter l'effet de la structure d'âge de la population sur les taux et de permettre les comparaisons entre les sexes, dans le temps ou entre les régions. La population québécoise de l'année 2016 a été retenue comme population de référence pour le calcul des taux. La méthode d'ajustement utilise sept groupes d'âge pour la pondération des décès et des visites aux urgences et 18 groupes pour les

---

<sup>h</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>

hospitalisations<sup>i</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>j</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 tient 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).

---

<sup>i</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>j</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, selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, de 2019 à 2024<sup>2</sup>

Groupe d'âge	Année											
	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
<b>Sexes réunis</b>												
10-14 ans	0	0,0	4	0,9**	5	1,1**	12	2,5*	9	1,8**	7	1,4**
15-19 ans	34	8,0*	21	4,9*	30	7,0*	32	7,2*	17	3,7*	27	5,6*
20-34 ans	226	14,0	192	11,9	208	13,0	183	11,3	176	10,4	161	9,1
35-49 ans	293	17,6	256	15,3	266	15,8	326	19,2	296	16,9	243	13,5
50-64 ans	377	20,8	340	19,0	295	16,7	348	19,9	310	17,9	275	16,1
65 ans et plus	203	12,5	238	14,2	224	13,0	251	14,0	235	12,7	251	13,2
<b>Total</b>	<b>1 133</b>	<b>13,5</b>	<b>1 051</b>	<b>12,4</b>	<b>1 028</b>	<b>12,1</b>	<b>1 152</b>	<b>13,4</b>	<b>1 043</b>	<b>11,9</b>	<b>964</b>	<b>10,7</b>
<b>Hommes</b>												
10-14 ans	0	0,0	1	0,4**	1	0,4**	3	1,2**	3	1,2**	3	1,2**
15-19 ans	20	9,2*	17	7,8*	18	8,3*	24	10,6*	11	4,7*	20	8,1*
20-34 ans	175	21,2	144	17,3	162	19,7	131	15,7	127	14,4	126	13,7
35-49 ans	215	25,4	198	23,3	213	24,9	248	28,7	225	25,1	193	20,9
50-64 ans	300	33,0	260	28,9	225	25,2	268	30,4	247	28,4	217	25,2
65 ans et plus	166	22,3	177	23,0	175	21,9	198	23,9	180	21,0	206	23,2
<b>Total</b>	<b>876</b>	<b>21,0</b>	<b>797</b>	<b>18,9</b>	<b>794</b>	<b>18,7</b>	<b>872</b>	<b>20,3</b>	<b>793</b>	<b>18,1</b>	<b>765</b>	<b>17,0</b>
<b>Femmes</b>												
10-14 ans	0	0,0	3	1,3**	4	1,7**	9	3,8**	6	2,5**	4	1,7**
15-19 ans	14	6,7*	4	1,9**	12	5,7*	8	3,7**	6	2,6**	7	3,0**
20-34 ans	51	6,5	48	6,1	46	5,9	52	6,6	49	6,0	35	4,1*
35-49 ans	78	9,5	58	7,0	53	6,4	78	9,3	71	8,3	50	5,7
50-64 ans	77	8,5	80	9,0	70	8,0	80	9,2	63	7,4	58	6,9
65 ans et plus	37	4,2	61	6,8	49	5,3	53	5,5	55	5,6	45	4,4
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>6,1</b>	<b>254</b>	<b>6,0</b>	<b>234</b>	<b>5,5</b>	<b>280</b>	<b>6,5</b>	<b>250</b>	<b>5,7</b>	<b>199</b>	<b>4,5</b>

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

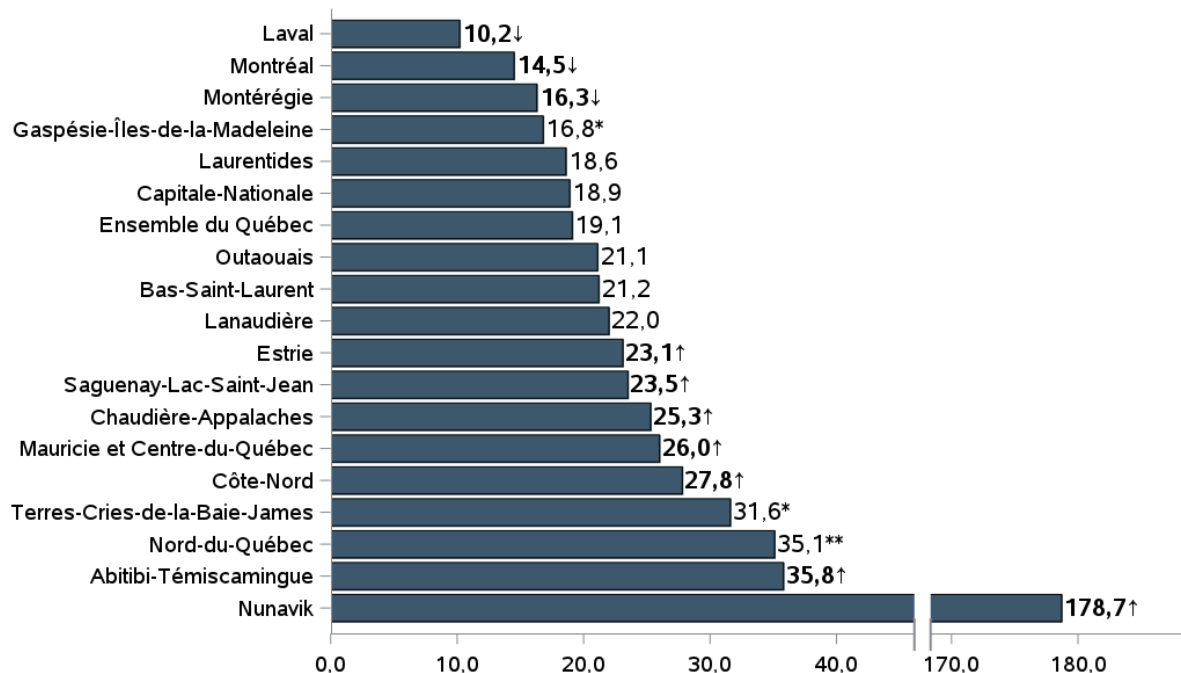
<sup>2</sup> Données provisoires pour 2024.

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

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

Sources : MSSS : RED/D de 2019 à 2023 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2024 | 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, 2021-2023<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 %.

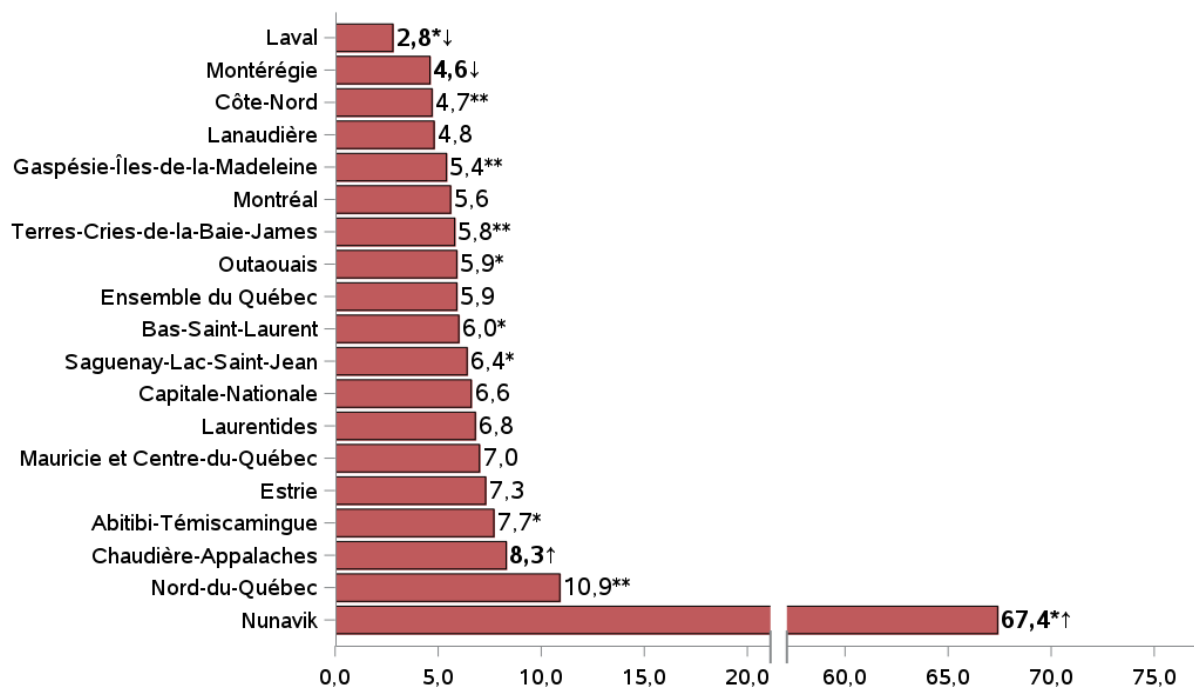
↑↓ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé, comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

\* 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 2021 à 2023 | 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, 2021-2023<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 2021 à 2023 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A2 Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2019 à 2024<sup>2</sup>

Région sociosanitaire	Année																	
	2019			2020			2021			2022			2023			2024 <sup>3</sup>		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	32	16,2*	16,4*	40	20,2	19,4	34	17,1*	17,1*	20	10,0*	9,5*	29	14,3*	14,4*	32	15,7*	14,8*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	46	16,7	16,7	45	16,3	16,4	32	11,6*	12,1*	46	16,5	16,9	46	16,2	16,7	43	15,0	15,6
Capitale-Nationale	117	15,5	15,7	120	15,8	15,6	81	10,6	10,4	111	14,3	14,6	103	12,9	13,2	99	12,1	12,2
Mauricie et Centre-du-Québec	85	16,4	16,9	77	14,8	15,1	78	14,8	15,2	103	19,3	19,4	81	14,9	15,2	82	14,8	15,3
Estrie	68	13,9	14,0	67	13,5	13,6	74	14,6	15,0	91	17,7	17,8	66	12,6	13,0	57	10,7	11,1
Montréal	198	9,6	9,8	161	7,8	8,1	216	10,7	11,0	195	9,6	9,9	178	8,4	8,7	147	6,7	6,8
Outaouais	61	15,3	15,5	45	11,1	11,4	59	14,5	14,6	55	13,4	13,6	49	11,7	12,0	57	13,4	13,5
Abitibi-Témiscamingue	23	15,6*	15,7*	29	19,7*	20,0*	21	14,2*	14,3*	42	28,3	29,5	33	22,2*	22,4*	31	20,8*	20,7*
Côte-Nord	16	17,7*	16,9*	17	18,9*	18,5*	16	17,7*	17,9*	15	16,7*	17,1*	13	14,4*	14,3*	18	20,1*	20,4*
Nord-du-Québec	4	29,2**	31,7**	3	22,1**	23,5**	2	14,8**	14,8**	5	37,2**	40,4**	2	14,9**	15,9**	5	37,2**	37,8**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23	25,7*	23,2*	14	15,6*	15,5*	8	8,8**	9,0**	12	13,1*	10,5*	14	15,2*	13,6*	11	11,9*	11,8*
Chaudière-Appalaches	62	14,5	15,0	76	17,6	17,7	74	17,0	17,2	80	18,1	18,5	67	14,9	15,1	66	14,5	14,4
Laval	23	5,2*	5,2*	34	7,7*	7,8*	23	5,2*	5,1*	31	7,0*	7,2*	30	6,6*	6,8*	23	5,0*	4,6*
Lanaudière	70	13,6	13,8	72	13,8	13,9	66	12,4	12,7	76	14,0	14,4	71	12,9	13,0	56	10,0	10,0
Laurentides	100	16,2	16,0	72	11,4	11,4	66	10,3	10,2	97	14,8	15,0	84	12,6	12,7	64	9,5	9,5
Montérégie	164	11,5	11,7	148	10,3	10,5	146	10,1	10,2	153	10,5	10,6	152	10,2	10,2	156	10,3	10,4
Nunavik	35	252,9*	185,2*	29	206,6*	184,1*	29	204,2*	167,0*	17	119,0*	91,7*	19	131,8*	108,4*	15	102,9*	77,0*
Terres-cries-de-la-Baie-James	6	33,4**	30,0**	2	11,0**	8,9**	3	16,3**	12,4**	3	16,1**	13,8**	6	31,8**	28,8**	2	10,5**	10,0**
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>1133</b>	<b>13,4</b>	<b>13,5</b>	<b>1051</b>	<b>12,3</b>	<b>12,4</b>	<b>1028</b>	<b>12,0</b>	<b>12,1</b>	<b>1152</b>	<b>13,3</b>	<b>13,4</b>	<b>1043</b>	<b>11,8</b>	<b>11,9</b>	<b>964</b>	<b>10,6</b>	<b>10,7</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 coefficients de variation sont calculés sur les taux ajustés seulement.

<sup>3</sup> Données provisoires pour 2024.

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

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

Sources : MSSS : RED/D de 2019 à 2024 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2024 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A3** Nombre et taux<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2011 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>												
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	44,1	378	42,9	116	20,2
2013	11	5,4*	104	43,9	320	38,9	385	46,0	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	44,2	147	22,7
2016	15	7,3*	116	52,7	387	48,1	386	47,1	397	43,2	157	23,4
2017	13	6,2*	154	71,3	413	51,1	394	47,8	414	45,1	193	27,7
2018	26	11,9*	141	65,8	384	47,0	400	48,0	406	44,4	194	27,0
2019	23	10,1*	147	68,0	397	48,0	368	43,5	348	38,3	174	23,3
2020	7	3,0**	112	51,4	381	45,9	364	42,8	304	33,8	209	27,1
2021	22	9,2*	118	54,1	406	49,5	331	38,7	320	35,9	223	27,9
2022	26	10,7*	98	43,5	361	43,3	376	43,5	312	35,4	217	26,2
2023	26	10,4*	114	48,4	346	39,3	371	41,4	335	38,5	222	25,9
2024	29	11,4*	114	46,3	366	39,7	377	40,8	311	36,1	201	22,6
<b>Femmes</b>												
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	151,2	472	60,1	534	66,4	492	54,6	134	17,5
2015	120	61,9	314	146,8	506	65,4	501	62,7	490	53,7	173	22,1
2016	148	74,9	346	165,0	491	64,0	499	62,3	489	53,4	205	25,5
2017	136	67,1	376	181,4	607	78,8	504	62,8	501	54,8	195	23,6
2018	129	61,3	406	196,4	611	78,6	517	63,9	467	51,4	205	24,1
2019	131	59,9	364	174,3	581	74,1	486	59,4	421	46,7	186	21,2
2020	104	45,9	318	151,5	561	71,4	429	52,0	413	46,3	212	23,5
2021	270	117,2	427	201,7	586	75,3	469	56,8	392	44,6	215	23,1
2022	226	96,5	414	189,8	551	69,9	428	51,3	378	43,6	248	25,8
2023	214	89,4	393	173,1	557	68,0	430	50,3	350	40,9	251	25,4
2024	228	94,1	421	178,0	608	71,9	518	59,3	383	45,4	226	22,2

1 Taux par 100 000 personnes.

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

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

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO de 2011 à 2024 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A4** Nombre, taux brut et taux ajusté<sup>1</sup> d'hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2020 à 2024<sup>2,3</sup>

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	117	59,1	<b>64,8↑</b>	125	62,7	<b>70,2↑</b>	112	55,7	<b>59,0↑</b>	103	50,8	<b>55,9↑</b>	111	54,3	<b>58,2↑</b>
Saguenay–Lac-Saint-Jean	148	53,6	<b>56,8↑</b>	180	65,1	<b>72,6↑</b>	168	60,1	<b>64,6↑</b>	163	57,5	<b>61,9↑</b>	176	61,5	<b>66,5↑</b>
Capitale-Nationale	293	38,6	39,6	414	54,3	<b>55,5↑</b>	359	46,3	<b>47,6↑</b>	299	37,6	38,9	281	34,5	<b>35,3↓</b>
Mauricie et Centre-du-Québec	311	59,7	<b>64,3↑</b>	345	65,5	<b>71,3↑</b>	334	62,5	<b>67,8↑</b>	333	61,3	<b>64,5↑</b>	355	64,2	<b>67,7↑</b>
Estrie	208	41,9	42,9	198	39,1	40,6	195	37,9	39,6	214	40,8	42,0	202	37,8	38,5
Montréal	457	22,2	<b>22,3↓</b>	560	27,8	<b>28,0↓</b>	559	27,5	<b>27,7↓</b>	551	25,9	<b>26,2↓</b>	530	24,2	<b>24,2↓</b>
Outaouais	193	47,8	<b>47,9↑</b>	168	41,2	40,5	153	37,1	36,7	159	37,9	37,6	188	44,2	42,9
Abitibi-Témiscamingue	90	61,0	<b>63,8↑</b>	108	73,1	<b>74,5↑</b>	96	64,8	<b>67,5↑</b>	114	76,6	<b>79,6↑</b>	96	64,3	<b>66,0↑</b>
Côte-Nord	65	72,1	<b>77,7↑</b>	58	64,3	<b>67,6↑</b>	55	61,1	<b>65,0↑</b>	73	81,1	<b>84,7↑</b>	59	65,8	<b>68,4↑</b>
Nord-du-Québec	6	44,3**	47,5**	8	59,2**	59,6**	5	37,2**	39,6**	7	52,1**	47,3**	n.d <sup>4</sup>	n.d	n.d
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	47	52,3	54,4	43	47,1	53,9	46	50,1	<b>57,7↑</b>	52	56,5	<b>62,1↑</b>	44	47,6	54,1
Chaudière-Appalaches	194	45,0	<b>48,6↑</b>	193	44,3	47,7	191	43,3	45,1	188	41,9	44,1	218	47,8	<b>50,0↑</b>
Laval	90	20,4	<b>20,1↓</b>	110	25,0	<b>24,0↓</b>	123	27,7	<b>26,9↓</b>	127	28,1	<b>27,7↓</b>	119	25,9	<b>25,7↓</b>
Lanaudière	166	31,8	<b>32,5↓</b>	197	37,0	<b>37,3↓</b>	192	35,4	<b>36,0↓</b>	183	33,2	<b>33,4↓</b>	231	41,3	42,9
Laurentides	257	40,9	41,4	257	40,0	40,8	232	35,5	<b>36,5↓</b>	248	37,3	38,7	289	42,8	43,4
Montérégie	637	44,3	<b>45,7↑</b>	689	47,5	<b>48,6↑</b>	711	48,6	<b>49,7↑</b>	677	45,5	<b>46,3↑</b>	760	50,2	<b>51,4↑</b>
Nunavik	96	684,0	<b>499,2↑</b>	92	647,8	<b>486,3↑</b>	78	545,9	<b>458,4↑</b>	98	679,8	<b>542,7↑</b>	92	631,0	<b>524,5↑</b>
Terres-cries-de-la-Baie-James	42	231,7	<b>185,0*↑</b>	39	211,8	<b>166,2*↑</b>	28	150,3*	<b>112,5*↑</b>	21	111,5*	<b>84,2*↑</b>	32	168,1*	<b>141,2*↑</b>
Ensemble du Québec	3 417	40,0	40,6	3 784	44,1	44,8	3 637	41,9	42,5	3 610	40,7	40,9	3 786	41,8	42,0

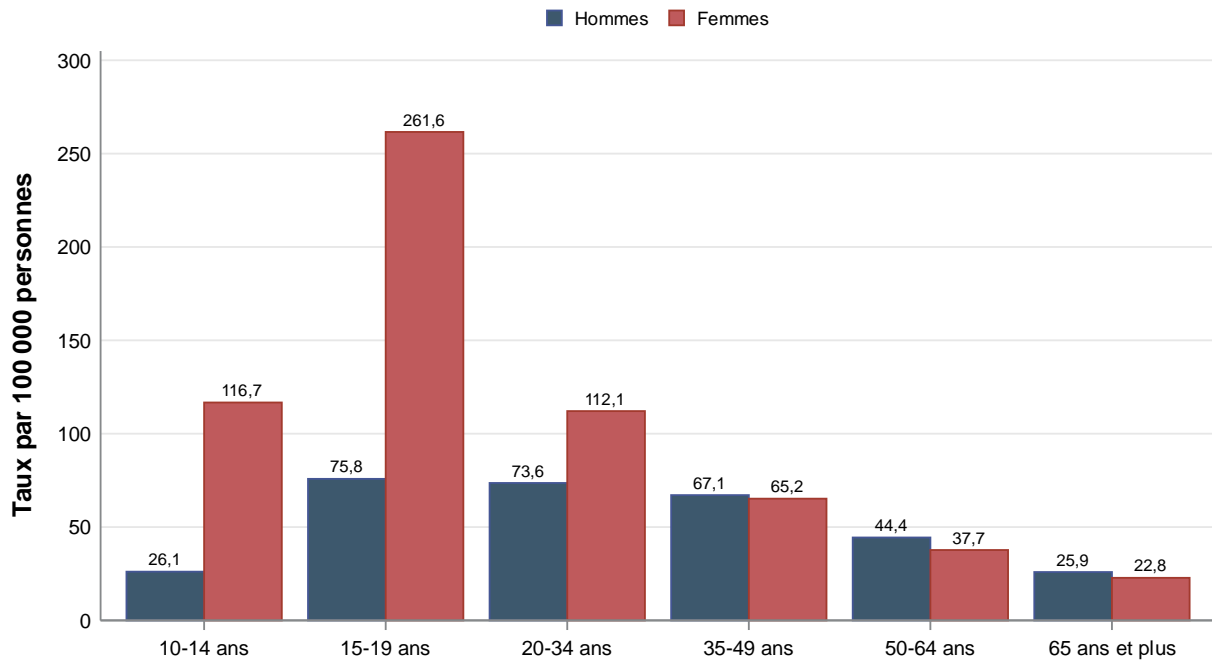
<sup>1</sup> Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. | <sup>2</sup> Les coefficients de variation sont calculés sur les taux ajustés seulement. | <sup>3</sup> Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents 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 2020 à 2024 | 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, 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2025 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

**Tableau A5** 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, 2017 à 2025

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>												
2017	45	21,4	207	95,9	669	82,8	508	61,7	386	42,1	163	23,4
2018	57	26,0	204	95,2	670	82,0	508	60,9	364	39,8	180	25,0
2019	39	17,1	170	78,6	684	82,8	449	53,1	375	41,3	158	21,2
2020	26	11,0*	170	78,0	653	78,7	456	53,6	312	34,6	150	19,4
2021	53	22,1	185	84,8	647	78,9	429	50,2	363	40,7	147	18,4
2022	54	22,1	174	77,2	643	77,1	474	54,8	356	40,4	188	22,7
2023	44	17,6	184	78,2	657	74,6	494	55,1	430	49,4	217	25,3
2024	49	19,3	196	79,6	711	77,2	603	65,3	415	48,2	223	25,1
2025	66	26,1	191	75,8	662	73,6	620	67,1	377	44,4	237	25,9
<b>Femmes</b>												
2017	128	63,2	445	214,7	916	118,9	501	62,4	376	41,1	214	25,9
2018	99	47,0	433	209,5	906	116,5	496	61,3	367	40,4	176	20,7
2019	107	48,9	390	186,8	822	104,9	489	59,8	375	41,6	187	21,3
2020	113	49,9	358	170,6	701	89,3	404	49,0	307	34,5	184	20,4
2021	208	90,3	478	225,8	789	101,4	470	56,9	311	35,4	176	18,9
2022	231	98,6	561	257,2	942	119,6	455	54,5	306	35,3	221	23,0
2023	256	107,0	528	232,6	982	119,9	502	58,7	326	38,1	226	22,8
2024	282	116,4	557	235,4	982	116,1	585	67,0	367	43,5	208	20,4
2025	282	116,7	633	261,6	930	112,1	572	65,2	314	37,7	239	22,8

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025 | 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 la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2021 à 2025

Région sociosanitaire	Année														
	2021			2022			2023			2024			2025		
	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	50	25,1	27,0	53	26,4	28,4	62	30,5	34,1	73	35,7	39,1	69	33,8	37,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	124	44,8	49,8	131	46,9	50,9	133	47,0	49,9	196	68,5	71,8	254	89,0	95,6
Capitale-Nationale	529	69,4	71,8	510	65,8	67,7	597	75,0	77,9	613	75,2	77,1	588	71,8	73,3
Mauricie et Centre-du-Québec	64	12,2	13,5	56	10,5	11,6	75	13,8	15,3	83	15,0	16,4	73	13,1	14,2
Estrie	311	61,4	65,1	336	65,3	68,4	402	76,7	80,3	363	67,9	71,2	347	64,5	67,9
Montréal	772	38,3	36,9	935	45,9	43,9	886	41,7	40,0	975	44,5	42,0	1 001	46,4	44,5
Outaouais	212	52,0	52,5	200	48,6	49,1	222	53,0	53,3	267	62,8	62,5	230	53,8	53,4
Abitibi-Témiscamingue	89	60,2	63,5	127	85,7	91,2	141	94,8	98,8	112	75,0	79,6	77	51,7	53,7
Côte-Nord	97	107,6	114,3	89	98,9	105,2	74	82,2	86,9	104	116,0	125,4	73	82,1	87,2
Nord-du-Québec <sup>2</sup>	n.d <sup>3</sup>	n.d	n.d	0	0,0	0,0	6	44,6**	45,5**	6	44,7**	46,1**	n.d <sup>3</sup>	n.d	n.d
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	19	20,8*	24,0*	19	20,7*	25,3*	38	41,3	48,6*	33	35,7*	42,2*	33	35,8*	44,6*
Chaudière-Appalaches	122	28,0	30,0	141	31,9	34,6	158	35,2	37,4	192	42,1	45,2	169	36,8	39,5
Laval	184	41,8	42,0	184	41,4	40,9	228	50,4	50,0	163	35,5	35,4	170	37,0	36,6
Lanaudière	181	34,0	35,5	208	38,4	40,1	179	32,4	33,7	199	35,6	37,0	206	36,5	38,2
Laurentides	239	37,2	39,0	254	38,9	40,6	335	50,4	53,0	402	59,5	62,0	374	54,8	57,6
Montréal	1 211	83,5	86,2	1 303	89,0	91,3	1 246	83,8	85,4	1 336	88,3	90,2	1 380	90,6	91,7
Nunavik	9	63,4**	46,5**	11	77,0*	54,2*	7	48,6**	45,6**	17	116,6*	115,9*	12	81,4*	68,0*
Terres-cries-de-la-Baie-James	11	59,7*	53,8*	7	37,6**	29,6**	11	58,4*	42,3*	12	63,1*	52,1*	11	57,3*	50,2*
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>4 273</b>	<b>49,8</b>	<b>50,9</b>	<b>4 617</b>	<b>53,2</b>	<b>54,3</b>	<b>4 854</b>	<b>54,7</b>	<b>55,5</b>	<b>5 197</b>	<b>57,4</b>	<b>57,9</b>	<b>5 138</b>	<b>56,8</b>	<b>57,4</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 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 : MSSS, SIGDU, 2021-2025 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

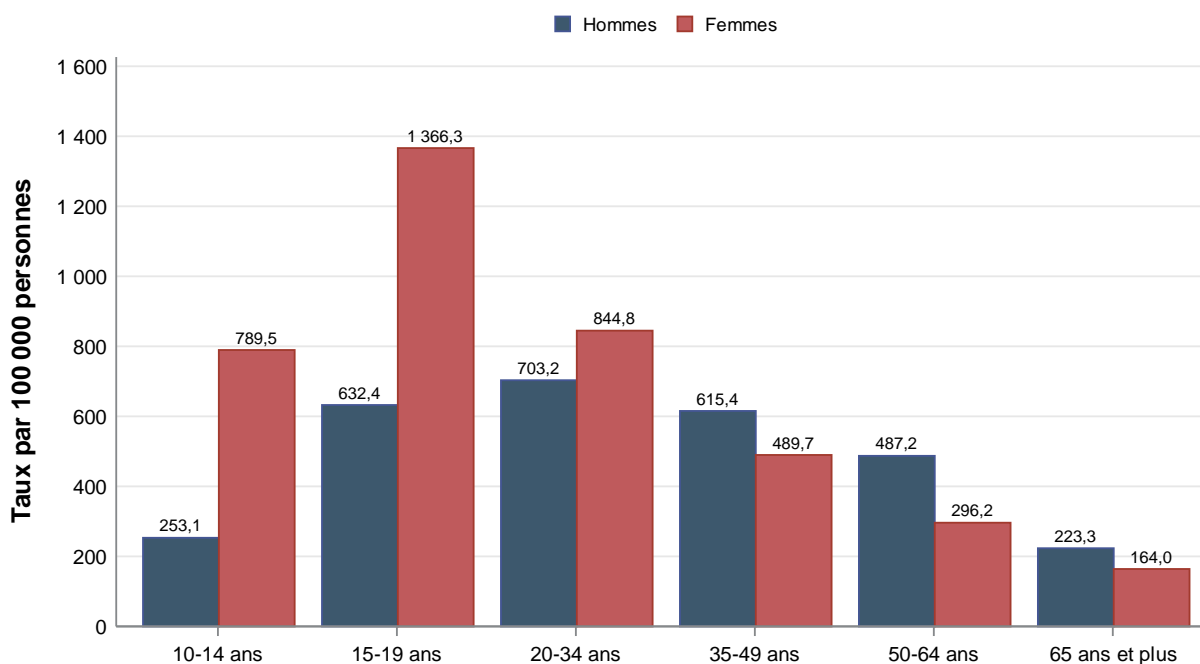
**Tableau A7** Nombre et taux<sup>1</sup> de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017 à 2025

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>												
2017	546	259,3	1 819	842,6	5 675	702,1	4 072	494,2	3 367	367,1	1 153	165,6
2018	660	301,5	1 788	834,5	5 742	703,1	4 356	522,3	3 459	378,4	1 183	164,3
2019	618	271,4	1 907	881,8	6 082	736,0	4 346	514,3	3 521	387,6	1 237	165,9
2020	465	197,0	1 493	684,7	5 061	609,6	3 924	460,9	2 973	330,2	1 228	159,2
2021	644	268,0	1 616	741,0	5 259	640,9	3 870	452,8	2 852	319,9	1 325	166,1
2022	617	252,8	1 605	712,0	5 462	655,0	4 047	467,9	3 071	348,8	1 483	179,1
2023	532	212,7	1 426	606,0	5 695	646,4	4 550	507,8	3 365	386,4	1 586	184,7
2024	650	256,6	1 556	631,9	6 490	704,7	5 801	628,5	4 229	491,0	1 885	212,3
2025	640	253,1	1 594	632,4	6 323	703,2	5 685	615,4	4 137	487,2	2 046	223,3
<b>Femmes</b>												
2017	1 172	578,5	2 974	1 434,9	5 568	722,7	3 333	415,4	2 494	272,8	999	120,7
2018	1 240	589,3	3 036	1 468,9	5 913	760,4	3 422	422,7	2 508	275,8	1 113	130,8
2019	1 276	583,6	2 918	1 397,6	6 012	767,2	3 456	422,6	2 396	265,8	1 193	136,0
2020	1 169	516,3	2 339	1 114,5	5 041	641,9	2 807	340,6	2 010	225,6	1 053	116,7
2021	2 025	879,3	3 429	1 620,1	5 858	752,8	3 042	368,3	2 232	253,7	1 149	123,6
2022	1 816	775,3	3 322	1 523,2	6 331	803,6	3 233	387,4	2 219	255,8	1 259	131,2
2023	1 806	754,6	3 013	1 327,1	6 247	762,8	3 507	409,9	2 343	273,6	1 312	132,6
2024	1 855	765,8	3 253	1 375,0	6 913	817,5	4 307	493,0	2 609	309,0	1 675	164,3
2025	1 908	789,5	3 306	1 366,3	7 009	844,8	4 298	489,7	2 464	296,2	1 720	164,0

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2017-2025. | 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, 2025



Sources : MSSS, SIGDU, 2025. | 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 la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2021 à 2025

Région sociosanitaire	Année														
	2021			2022			2023			2024			2025		
	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	652	327,1	364,7	648	322,5	356,0	739	364,1	399,5	723	353,9	388,5	743	364,3	401,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	665	240,5	261,9	769	275,2	296,2	848	299,4	321,1	1 349	471,3	498,9	1 520	532,4	567,5
Capitale-Nationale	3 548	465,2	481,9	3 708	478,3	495,8	3 889	488,6	506,8	4 436	544,4	557,3	4 028	491,6	505,4
Mauricie et Centre-du-Québec	1 343	255,1	274,9	1 516	283,7	307,0	1 514	278,7	298,7	1 611	291,1	313,3	1 497	269,2	289,5
Estrie	2 215	437,6	462,3	2 424	471,0	495,6	2 355	449,2	471,8	2 487	465,5	487,5	2 457	456,9	480,0
Montréal	8 415	417,4	403,6	8 478	416,6	403,1	8 201	386,0	372,9	10 799	492,6	477,1	11 443	530,9	515,2
Outaouais	1 908	467,6	469,0	2 004	486,5	489,4	1 905	454,7	456,7	2 103	494,8	495,0	1 872	438,0	437,2
Abitibi-Témiscamingue	1 051	710,9	746,2	990	668,1	702,4	1 001	672,7	706,1	1 043	698,4	731,7	960	644,2	676,6
Côte-Nord	720	798,5	850,0	708	786,9	838,1	682	758,0	807,5	858	956,9	1 019,8	799	898,2	968,1
Nord-du-Québec	14	103,6*	105,4*	20	148,8*	153,9*	20	148,7*	154,7*	20	148,9*	149,1*	16	120,2*	124,1*
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	341	373,4	428,5	321	349,6	408,1	365	396,3	468,2	378	409,3	465,6	337	365,4	426,8
Chaudière-Appalaches	1 709	392,3	417,1	1 793	406,2	434,5	1 898	423,0	449,6	2 058	451,3	477,3	2 056	448,2	475,7
Laval	1 483	336,7	336,2	1 544	347,8	347,4	1 616	357,5	356,4	1 721	375,1	375,1	1 647	358,1	358,7
Lanaudière	2 385	447,7	468,0	2 398	442,7	464,9	2 499	453,0	472,7	2 681	479,1	500,5	2 628	465,6	484,0
Laurentides	2 599	404,1	423,1	2 885	441,3	461,6	3 019	454,3	473,8	3 212	475,3	495,3	3 065	448,8	467,5
Montréal	4 090	282,2	290,2	4 018	274,6	282,7	4 518	303,9	312,6	5 389	356,2	364,3	5 732	376,2	385,9
Nunavik	19	133,8*	118,1*	31	217,0*	182,7*	26	180,4*	161,0*	41	281,2	264,6*	44	298,6	289,7
Terres-cries-de-la-Baie-James	27	146,6*	144,7*	41	220,1	184,9	50	265,4	251,9	44	231,2	218,5	62	322,7	292,2
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>33 541</b>	<b>391,3</b>	<b>398,7</b>	<b>34 674</b>	<b>399,8</b>	<b>407,6</b>	<b>35 560</b>	<b>400,7</b>	<b>406,4</b>	<b>41 455</b>	<b>458,0</b>	<b>462,4</b>	<b>41 374</b>	<b>457,0</b>	<b>463,1</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, 2021-2025. | 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)