

Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023

FÉVRIER 2023

RAPPORT DE SURVEILLANCE

Bureau d'information et d'études
en santé des populations (BIESP)

AUTEURE ET AUTEUR

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

RELECTRICE & RELECTEUR

Micha Simard
Issouf Traoré
Institut de la statistique du Québec

La relectrice et le relecteur ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

SOUS LA COORDINATION DE

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATEUR

Isaora Zefania, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

MISE EN PAGE

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

Ce document est une mise à jour de :

Levesque, P., Rassy, J., Genest, C. (2022). Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 56 pages.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

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

Besoin d'aide?

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

Téléphone : 1 866 APPELLE (277-3553)

Texte : #535353

Clavardage, informations et outils : www.suicide.ca

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

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

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

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-93872-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

Dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé élaborée en 2016, le gouvernement du Québec vise le renforcement des mesures de prévention dans le système de santé et des services sociaux auprès des personnes vulnérables, notamment en matière de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Afin de soutenir la prise de décision liée à la planification et à la réalisation des politiques en prévention du suicide, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie depuis 2004 un rapport présentant les données les plus récentes sur les comportements suicidaires au Québec^{1,2}.

Le Québec a fait de grands progrès en matière de prévention du suicide, et ce, grâce aux efforts d'une multitude d'acteurs et d'organisations. Les mesures de prévention mises en place semblent avoir porté ses fruits et le taux de suicide a beaucoup diminué au Québec depuis le début des années 2000. Néanmoins, ces efforts doivent continuer et même s'accroître puisque de nouvelles réalités s'imposent. Par exemple, l'augmentation des idées suicidaires chez les jeunes filles est un phénomène particulièrement préoccupant qui devra faire l'objet d'une surveillance accrue.

De plus, en amont de la prévention du suicide, la mise en place de mécanismes de protection pour le maintien d'une bonne santé mentale demeure un enjeu majeur.

Dans ce contexte, l'implantation de mesures concrètes visant l'augmentation du bien-être et la santé mentale positive des Québécoises et des Québécois est d'autant plus nécessaire. Ce rapport annuel basé initialement sur la surveillance des suicides s'est élargi pour incorporer d'autres comportements suicidaires tels que les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Un spectre plus large d'indicateurs de surveillance apportera une meilleure connaissance de ce qui est vécu dans la population.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	IV
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
2 MÉTHODES (ABRÉGÉES)	3
3 RÉSULTATS.....	5
3.1 Les suicides au Québec.....	5
3.2 Les hospitalisations pour tentative de suicide au Québec.....	16
3.3 Visites aux urgences en raison de comportements suicidaires.....	20
3.4 Relation entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires.....	28
3.5 Enquête québécoise sur la santé de la population.....	31
4 DISCUSSION.....	35
5 CONCLUSION.....	37
6 RÉFÉRENCES.....	39
ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES	41
ANNEXE 2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide par sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2021	8
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2021	18
Tableau 3	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022	22
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022	25

EN ANNEXE

Tableau A1	Nombre et taux de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 2016 à 2021	46
Tableau A2	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2016 à 2021.....	49
Tableau A3	Nombre et taux d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021	50
Tableau A4	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2017 à 2021.....	51
Tableau A5	Nombre et taux de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022	52
Tableau A6	Nombre et taux de visites aux urgences pour tentative de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2018 à 2022	54
Tableau A7	Nombre et taux de visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022	55
Tableau A8	Nombre et taux de visites aux urgences pour idées suicidaires, selon la région sociosanitaire, sexe réunis, de 2018 à 2022	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux ajusté de suicide par sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2021	9
Figure 2	Taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2021	9
Figure 3	Taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2021	10
Figure 4	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2018-2020.....	12
Figure 5	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2018-2020.....	12
Figure 6	Proportion (%) des suicides par sexe et par moyen utilisé, ensemble du Québec, 2018-2020	13
Figure 7	Taux ajusté de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, ensemble du Québec, 2018-2020	15
Figure 8	Taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2021	19
Figure 9	Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021	19
Figure 10	Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021	20
Figure 11	Taux ajusté de visite à l'urgence pour tentative de suicide par sexe ensemble du Québec, 2014 à 2022	22
Figure 12	Taux de visite à l'urgence pour tentative de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022.....	23
Figure 13	Taux de visite à l'urgence pour tentative de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022.....	23
Figure 14	Taux ajusté de visite à l'urgence pour idées suicidaires par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022.....	26
Figure 15	Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022.....	26
Figure 16	Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022.....	27
Figure 17	Ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires chez les hommes par groupes d'âge.....	29

Figure 18	Ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires chez les femmes par groupes d'âge.....	30
Figure 19	Proportion d'hommes qui rapportent avoir sérieusement songé au suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge	33
Figure 20	Proportions de femmes qui rapportent avoir sérieusement songé au suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge	33
Figure 21	Proportion d'hommes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge	34
Figure 22	Proportion de femmes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge	34

EN ANNEXE

Figure A1	Taux ajusté de suicide chez les hommes par régions sociosanitaires, ensemble du Québec, 2018-2020.....	47
Figure A2	Taux ajusté de suicide chez les femmes par régions sociosanitaires, ensemble du Québec, 2018-2020.....	48
Figure A3	Taux de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2022.....	53
Figure A4	Taux de visites aux urgences pour idées suicidaires pas sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2022	56

FAITS SAILLANTS

- Selon les données officielles pour l'année 2020, 1 055 personnes se sont enlevé la vie au Québec. C'est un taux ajusté de suicide de 12,3 par 100 000 personnes;
- Le Bureau du coroner en chef du Québec n'a pas terminé de comptabiliser les suicides pour 2021, mais selon la plus récente mise à jour (16 décembre 2022), il y aurait minimalement 1 008 suicides au Québec en 2021;
- Le taux de suicide continue de diminuer au Québec, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes;
- Au Québec, le suicide est au 8^e rang des causes de décès dans la province;
- Le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le suicide chez les hommes

- Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes de 50 à 64 ans;
- Après avoir atteint un sommet en 1999, le taux de suicide chez les hommes a constamment diminué pour atteindre en 2020 le taux ajusté le plus bas depuis le début de la période d'observation, soit 18,8 par 100 000 personnes.

Le suicide chez les femmes

- Comme chez les hommes, le taux de suicide le plus élevé chez les femmes s'observe chez celles de 50 à 64 ans;
- Il y a une légère tendance à la hausse pour le taux de suicide chez les femmes de 65 ans et plus;
- Après avoir atteint un sommet en 1999, le taux de suicide chez les femmes a constamment diminué pour atteindre en 2020 le taux ajusté le plus bas depuis le début des années 1990, soit 5,9 par 100 000 personnes.

Utilisation des services hospitaliers pour comportements suicidaires

- Les adolescents et adolescentes (15-19 ans) et les jeunes adultes (20-34 ans) du Québec font davantage appel aux urgences pour tentative de suicide ou idées suicidaires comparativement aux groupes plus âgés. Ils sont aussi plus hospitalisés pour ces raisons;
- Il y a eu une hausse importante du taux de visites aux urgences et d'hospitalisations pour comportements suicidaires chez les jeunes filles, les adolescentes et les jeunes femmes entre 2008 et 2022.

Enquête québécoise sur la santé de la population

- La comparaison entre les deux dernières enquêtes (2020-2021 et 2014-2015) indique qu'il y a eu au cours des six dernières années une augmentation des idées suicidaires sérieuses chez les filles de 15 à 19 ans et chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans.

1 INTRODUCTION

Dans le cadre de ce rapport, l'Institut travaille en étroite collaboration avec différents partenaires. Ce travail collaboratif est essentiel puisqu'il permet d'améliorer le portrait des comportements suicidaires au Québec en y intégrant de nouvelles informations et points de vue d'experts. À ce sujet, le Bureau du coroner fait partie des partenaires qui soutiennent l'INSPQ en lui procurant des données qui viennent bonifier la période d'observation des suicides en plus de fournir de judicieux conseils tout au long de l'année.

Outre cette précieuse collaboration, le portrait sur les comportements suicidaires est réalisé cette année en partenariat avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). L'ISQ fournit des informations statistiques fiables et objectives quant à tous les aspects de la société québécoise. Grâce aux enquêtes qu'elle conduit, l'ISQ produit de nombreux indicateurs sur la santé de la population, notamment sur les comportements suicidaires. Plus spécifiquement, la plus récente Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) menée conjointement par l'ISQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a permis de recueillir pour 2020-2021 des informations sur les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide durant la première année de la pandémie. Grâce au travail conjoint de l'ISQ et l'INSPQ, ces informations sont publiées pour la première fois dans ce rapport et mises en relation avec d'autres indicateurs sur le suicide, et ce, dans le but d'offrir le portrait le plus complet possible.

Le présent rapport a pour objectifs de :

- dresser un portrait général de la situation des suicides au Québec et présenter les plus récentes données disponibles;
- analyser les tendances temporelles et les variations des suicides selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- rapporter les tendances concernant les visites aux urgences et les hospitalisations en raison de comportements suicidaires selon le sexe et l'âge;
- comparer les indicateurs sur les comportements suicidaires recensés dans la plus récente Enquête québécoise de santé des populations (2020-2021) et la précédente (2014-2015).

2 MÉTHODES (ABRÉGÉES)

Pour les années 1981 à 2020, les données sur le suicide sont issues du Registre des événements démographiques — Fichier des décès du MSSS. Pour 2021, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner et mise à jour le 16 décembre 2022. Éventuellement, les décès pour l'année 2021 seront traités à l'ISQ où ils seront intégrés au Fichier des décès. Concernant l'année 2021, 14 % des investigations des coroners étaient en cours au moment de l'extraction des données, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation importante du nombre de suicides. Pour cette raison, les résultats pour 2021 sont présentés à titre indicatif seulement.

Les hospitalisations attribuables à une tentative 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 le 2 novembre 2022. Ces hospitalisations sont codifiées selon la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) et ont été identifiées à l'aide des codes X60 à X84 et Y87.0.

Les données sur les visites aux urgences pour des idées suicidaires ou une tentative de suicide proviennent du Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU). Ce système recueille des éléments permettant de fournir des données du domaine informationnel de l'environnement sociosanitaire en regard de l'état de santé des usagers qui reçoivent des services aux urgences^a du Québec³. Les données du SIGDU sont disponibles à l'Infocentre de santé publique du Québec (Infocentre) et mises à jour quotidiennement. Dans le cadre de ce rapport, une extraction des données à partir de l'Infocentre a été réalisée le 1^{er} janvier 2023, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant de 2014 (première année disponible dans le SIGDU) jusqu'à 2022. Les visites à l'urgence attribuables à une tentative de suicide ou des idéations suicidaires sont identifiées dans le SIGDU à partir de la variable « raison de la visite ».

En collaboration avec l'ISQ, cette mise à jour présente pour la première fois des résultats sur les comportements suicidaires de la plus récente édition de l'EQSP. L'objectif de l'EQSP est de recueillir à l'échelle provinciale des renseignements sur les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale ainsi que d'autres déterminants de la santé de la population. Dans le cadre de cette enquête, des informations sur les tentatives de suicide et les idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ont été recueillies. Plus spécifiquement, cette mise à jour rapporte la proportion de personnes qui mentionnent avoir eu des idées suicidaires sérieuses ou fait une tentative de suicide. Ces résultats sont présentés selon le sexe et par groupes d'âge. Il est important de souligner qu'en raison des petits effectifs les personnes de 35 à

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

49 ans et celles de 50 à 64 ans ont été regroupées sous un même groupe d'âge, soit les personnes de 35 à 64 ans.

La collecte de données de l'EQSP s'est déroulée du 2 novembre 2020 au 19 décembre 2021 et a été menée auprès des 47 153 personnes de 15 ans ou plus qui vivent dans un ménage privé au Québec^b. Deux autres éditions ont déjà été réalisées en 2008 et 2014-2015. Les données de la précédente édition seront d'ailleurs utilisées afin de comparer la proportion de personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses ou ayant fait une tentative de suicide avec celles de l'édition de 2020-2021.

Pour calculer les différents taux, les estimations de la population pour les années 1981 à 2022 ont été utilisées. Ces estimations sont le produit d'une collaboration entre Statistique Canada et l'ISQ. Les taux sont calculés selon le sexe, les groupes 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.

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

^b À l'exclusion des personnes résidant dans les réserves ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

3 RÉSULTATS

3.1 Les suicides au Québec

Les nombres et les taux de suicide au Québec, entre 1981 et 2021, sont présentés au tableau 1. Selon les données officielles émises pour 2020, le taux ajusté de suicide était de 12,3 par 100 000 personnes. Ces nouvelles données suggèrent que le taux de suicide au Québec continue de diminuer légèrement. À titre de comparaison, des taux de 13,1 et 13,4 par 100 000 personnes ont été observés successivement pour les années 2018 et 2019. Au total, 1 094 suicides ont été enregistrés en 2018, 1 128 en 2019 et 1 055 en 2020.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. Effectivement, en 2020, le taux ajusté de suicide des Québécois s'élevait à 18,8 par 100 000 personnes (801 décès) tandis que celui des Québécoises était de 5,9 par 100 000 personnes (254 décès), ce qui représente un taux trois fois plus élevé chez les hommes du Québec comparativement aux femmes.

L'évolution temporelle du taux ajusté de suicide selon le sexe au Québec, de 1981 à 2021, est illustrée à la figure 1^c. Pour les hommes, le taux ajusté de suicide a été relativement stable au cours des années 1980, puis s'est accru dans les années 1990 pour atteindre un sommet en 1999, soit 35,3 par 100 000 personnes (voir tableau 1). Depuis le début des années 2000, le taux de suicide chez les hommes a beaucoup diminué, mais sa progression vers le bas a ralenti depuis quelques années. La donnée de 2020 indique que le taux ajusté de suicide chez les hommes était 18,8 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas observé depuis quarante ans^d.

Chez les femmes, le taux ajusté de suicide a légèrement diminué au cours des années 1980 pour ensuite augmenter jusqu'en 1999 avec un taux de 8,8 par 100 000 personnes. Depuis, ce taux a recommencé à diminuer pour atteindre 5,9 par 100 000 personnes en 2020 (voir tableau 1). C'est le taux le plus bas observé depuis trente ans^d.

Évolution des suicides par sexe et par groupes d'âge

Les figures 2 et 3^c permettent d'examiner l'évolution du taux de suicide au Québec, de 1981 à 2021, chez les hommes et les femmes par groupes d'âge.

À l'exception des garçons de 10 à 14 ans chez qui les suicides sont très rares, ce sont les adolescents de 15 à 19 ans qui affichent le taux de suicide le plus bas depuis le début des années 2000 (figure 2). Entre 1995 et 2006, ce taux est passé de 35,1 par 100 000 personnes à

^c Les figures 1, 2 et 3 présentent des moyennes mobiles. Pour plus d'exactitude, les taux mentionnés dans cette section réfèrent aux taux spécifiques pour chaque groupe d'âge et année mentionnés.

^d Cette affirmation ne prend pas en considération les données provisoires de 2021.

9,8 par 100 000 personnes^e. Cette diminution de 72 % est la plus importante observée parmi les groupes d'âge examinés chez les hommes. Depuis 2006, le taux de suicide chez les adolescents varie considérablement avec des taux oscillants entre 8 et 14 par 100 000 personnes^f. Cette variabilité s'explique en partie par le nombre peu élevé de cas depuis quelques années. Les données officielles les plus récentes indiquent que le taux de suicide chez les adolescents était de 8,3^g par 100 000 personnes en 2020. C'est le taux le plus bas observé depuis 1981^f.

Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans, il y a eu une forte diminution du taux de suicide entre 1999 et 2013. Durant cette période, le taux est passé de 47,5 à 18,4 par 100 000 personnes. Depuis cette importante diminution, le taux de suicide s'est stabilisé pour atteindre 17,9 par 100 000 personnes en 2020.

Au début des années 1980, le taux de suicide chez les hommes de 35 à 49 ans a augmenté pour atteindre un sommet à la fin des années 1990 (52,7 par 100 000 personnes en 1999). Ce groupe affichait alors le taux de suicide le plus élevé au Québec. Depuis le début des années 2000, ce taux a progressivement diminué pour atteindre 23,1 par 100 000 personnes en 2020. En raison de la diminution observée au cours des vingt dernières années, les hommes de 35 à 49 ans ne représentent plus le groupe avec le taux de suicide le plus élevé au Québec.

Depuis 2015, le taux de suicide le plus élevé est observé chez des hommes de 50 à 64 ans. Dans les années 1990, ce taux a augmenté jusqu'en 1995 (38,1 par 100 000 personnes) pour ensuite diminuer de nouveau, mais beaucoup plus lentement que dans les autres groupes d'âge. Depuis 2005, le taux de suicide chez les hommes de 50 à 64 ans est plutôt stable et représentait 28,5 par 100 000 personnes en 2020. Le plateau observé depuis plusieurs années contraste avec la tendance à la baisse observée chez les hommes de 15 à 49 ans.

Chez les hommes de 65 ans et plus, il y a eu au début des années 2000, une légère diminution du taux de suicide, mais comme chez les hommes de 50 à 64 ans, cette baisse a été moins marquée comparativement aux hommes plus jeunes. Dans la dernière décennie, le taux de suicide chez les hommes de 65 ans et plus s'est stabilisé. En 2020, il était de 22,5 par 100 000 personnes.

En résumé, chez les hommes le taux de suicide a baissé ou est resté relativement stable selon le groupe d'âge observé.

^e Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.

^f Résultats ciblant les données officielles seulement.

^g Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.

Malgré quelques variations, le taux de suicide chez les adolescentes de 15 à 19 ans est resté relativement stable depuis une dizaine d'années. Selon les données officielles pour 2020, ce taux était de 1,9 par 100 000^{h,i}.

Chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, il y a eu une forte diminution du taux de suicide entre 1998 et 2013. Durant cette période, le taux est passé de 9,8 à 4,5 par 100 000 personnes. Depuis cette importante diminution, le taux de suicide s'est stabilisé pour atteindre 5,8 par 100 000 personnes en 2020.

Chez les femmes de 35 à 49 ans, il y a une diminution du taux de suicide depuis quelques années. Entre 2013 et 2020, ce taux a baissé progressivement passant de 11,0 à 7,1 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas depuis le début de la période d'observation en 1981ⁱ.

Chez les femmes de 50 à 64 ans, le portrait est similaire à celui des femmes de 35 à 49 ans bien que la tendance soit légèrement plus élevée. Le taux de suicide a diminué entre 2015 et 2019 passant de 12,8 à 8,4 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas depuis une vingtaine d'années. En 2020, ce taux est resté relativement bas avec une valeur de 8,9 par 100 000 personnes.

Malgré une variation non négligeable, il semble y avoir une légère augmentation du taux de suicide depuis 2010 chez les femmes de 65 ans et plus. C'est le seul groupe d'âge avec une tendance à la hausse. Le nombre de suicides en 2020 a été particulièrement élevé avec 63 suicides.

Les nombres et les taux de suicide par sexe et par groupes d'âge pour les années 2016 à 2021 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A1.

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

ⁱ Résultats ciblant les données officielles seulement.

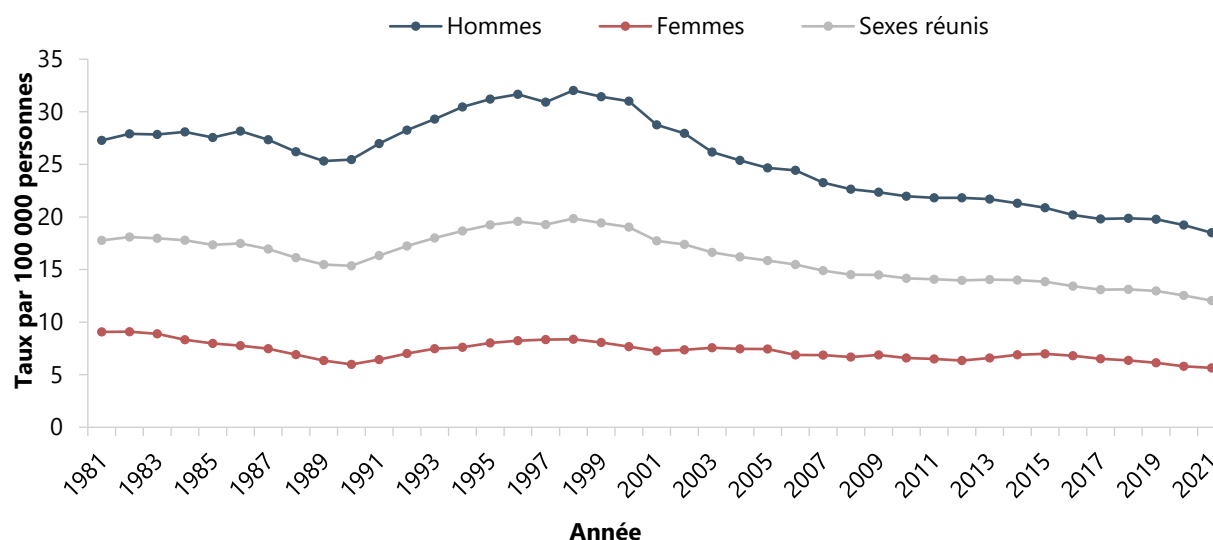
Tableau 1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide par sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2021²

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1981	795	24,6	26,9	252	7,6	8,8	1 047	16,0	17,4
1982	862	26,5	27,7	284	8,5	9,4	1 146	17,4	18,1
1983	903	27,7	29,2	279	8,4	9,1	1 182	17,9	18,7
1984	834	25,5	26,7	247	7,4	8,2	1 081	16,3	17,1
1985	871	26,5	28,4	241	7,1	7,7	1 112	16,7	17,6
1986	885	26,8	27,6	262	7,7	8,1	1 147	17,1	17,4
1987	910	27,2	28,5	255	7,4	7,5	1 165	17,2	17,5
1988	858	25,5	25,9	235	6,8	6,9	1 093	16,0	16,0
1989	818	24,0	24,1	220	6,3	6,4	1 038	15,0	14,9
1990	902	26,1	25,9	202	5,7	5,8	1 104	15,8	15,5
1991	898	25,8	26,3	207	5,8	5,8	1 105	15,6	15,6
1992	984	28,1	28,7	272	7,5	7,7	1 256	17,7	17,8
1993	1 049	29,8	29,7	264	7,3	7,5	1 313	18,4	18,3
1994	1 027	29,0	29,5	264	7,2	7,2	1 291	18,0	17,9
1995	1 144	32,2	32,2	298	8,1	8,2	1 442	20,0	19,8
1996	1 136	31,8	32,0	327	8,9	8,7	1 463	20,2	20,0
1997	1 095	30,5	30,8	287	7,8	7,8	1 382	19,0	18,9
1998	1 072	29,8	30,0	315	8,5	8,5	1 387	19,0	18,9
1999	1 284	35,6	35,3	336	9,0	8,8	1 620	22,1	21,7
2000	1 059	29,2	29,0	266	7,1	6,9	1 325	18,0	17,7
2001	1 055	28,9	28,7	279	7,4	7,3	1 334	18,0	17,7
2002	1 052	28,6	28,6	290	7,7	7,6	1 342	18,0	17,8
2003	980	26,5	26,6	279	7,4	7,2	1 259	16,8	16,7
2004	875	23,5	23,4	302	7,9	7,9	1 177	15,6	15,5
2005	987	26,3	26,2	283	7,4	7,3	1 270	16,8	16,5
2006	918	24,3	24,4	276	7,2	7,2	1 194	15,6	15,6
2007	874	23,0	22,7	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	6,8	1 127	14,2	14,2
2011	858	21,6	21,6	258	6,4	6,4	1 116	13,9	13,8
2012	886	22,1	22,1	259	6,4	6,4	1 145	14,2	14,2
2013	873	21,7	21,8	256	6,3	6,3	1 129	13,9	13,9
2014	856	21,1	21,2	291	7,1	7,1	1 147	14,1	14,0
2015	849	20,9	20,9	301	7,3	7,3	1 150	14,1	14,1
2016	835	20,4	20,5	270	6,5	6,5	1 105	13,4	13,4
2017	787	19,0	19,1	272	6,5	6,6	1 059	12,8	12,8
2018	824	19,7	19,8	270	6,4	6,4	1 094	13,0	13,1
2019	872	20,5	20,7	256	6,0	6,1	1 128	13,3	13,4
2020	801	18,7	18,8	254	5,9	5,9	1 055	12,3	12,3
2021	778	18,1	18,2	230	5,4	5,4	1 008	11,7	11,7

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

² Données provisoires pour 2021.

Sources : MSSS : Fichier des décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec pour 2021 | MSSS : Estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

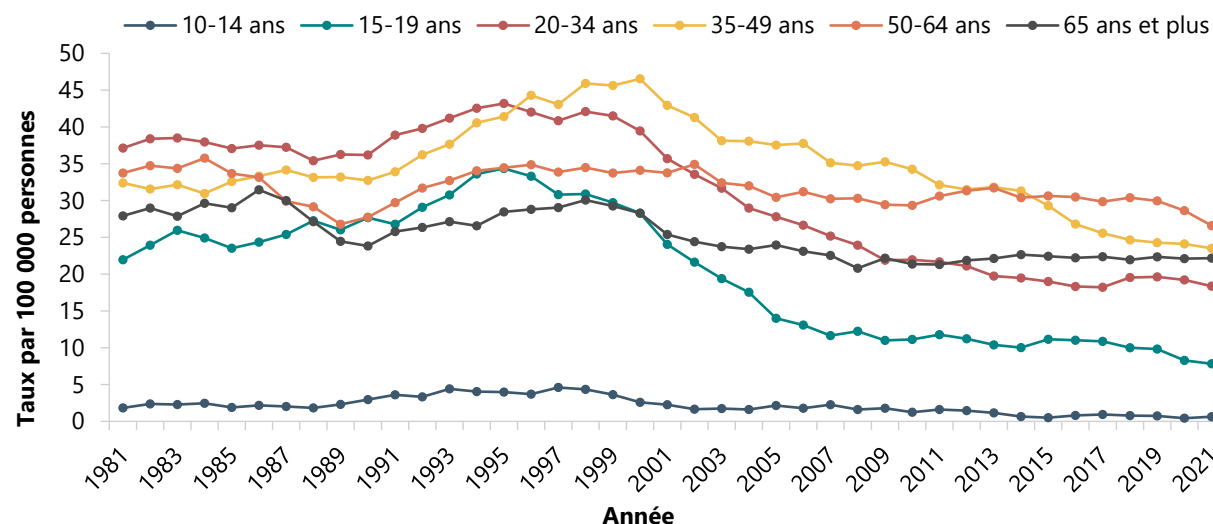
Figure 1 Taux ajusté^{1, 2} de suicide par sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2021³

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

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2020. Pour 1981 et 2021, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

³ Données provisoires pour 2021.

Sources : MSSS : Fichier des décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronar en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

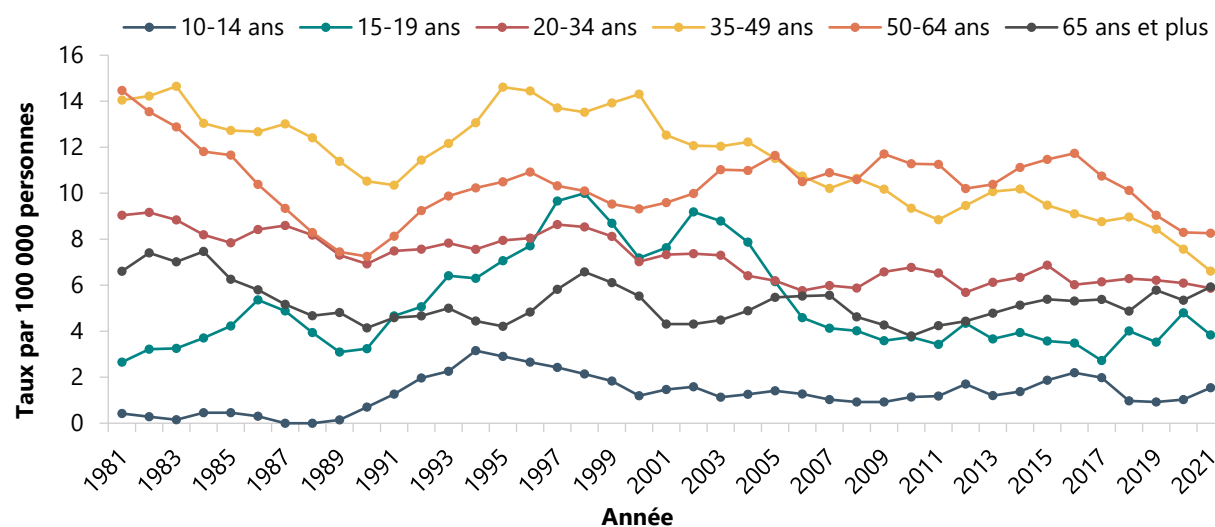
Figure 2 Taux de suicide¹ chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2021²

¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2020. Pour 1981 et 2021, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2021.

Sources : MSSS : Fichier des décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronar en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 3 Taux de suicide¹ chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 1981 à 2021²



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2020. Pour 1981 et 2021, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2021.

Sources : MSSS : Fichier des décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Importance du suicide parmi l'ensemble des décès

Les suicides sont au 8^e rang des causes de décès les plus fréquentes au Québec après les maladies du cœur, les traumatismes non intentionnels, les maladies des voies respiratoires inférieures, les maladies cérébrovasculaires, la maladie d'Alzheimer et finalement la grippe et autres pneumopathies^J.

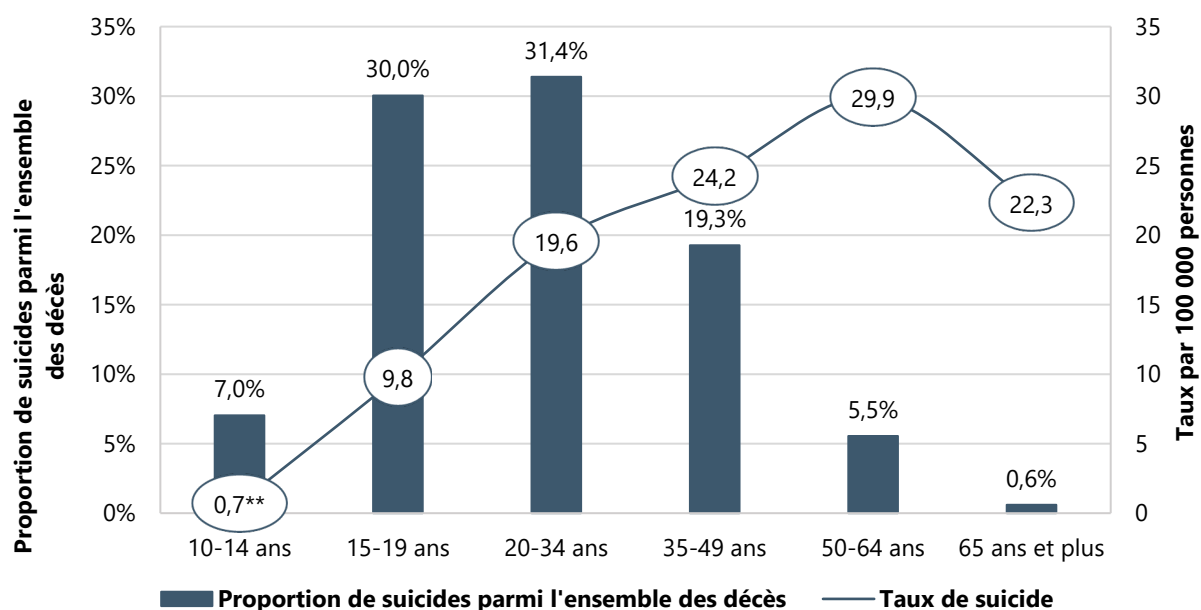
Les figures 4 et 5 illustrent, pour la période 2018-2020, la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès chez les hommes et les femmes de différents groupes d'âge. Il est important de mentionner que l'interprétation de la proportion de suicides parmi tous les décès doit tenir compte de l'importance des causes concurrentes de mortalité qui s'accroît avec le vieillissement des individus.

Au Québec, le suicide représentait 1,6 % de tous les décès pour les années 2018-2020. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (2,4 %) que chez les femmes (0,7 %) (données non présentées). Des proportions similaires ont été observées dans les années précédentes^{3,4}.

Chez les hommes et chez les femmes, la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les groupes de 15 à 34 ans comparativement ceux de 35 ans et plus. Il faut spécifier qu'à partir d'un certain âge, l'importance relative du suicide s'amenuise au fur et à mesure que les autres causes de décès s'accumulent. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est respectivement de 30,0 % et 31,4 % chez les adolescents de 15 à 19 ans et les hommes de 20 à 34 ans. Chez les femmes, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est de 23,2 % chez les adolescentes de 15 à 19 ans et de 22,3 % chez les femmes de 20 à 34 ans.

^J MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2022.
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 20 décembre 2022 à 10 h 45.
Mise à jour de l'indicateur le 27 octobre 2022.

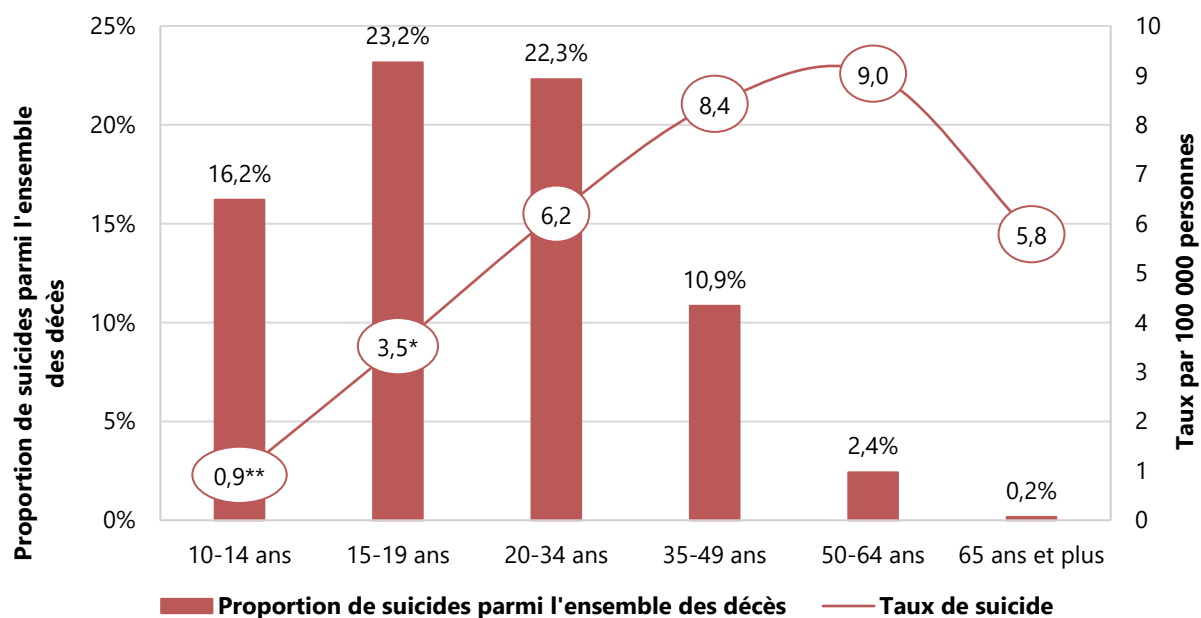
Figure 4 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2018-2020



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

Source : MSSS, Fichier des décès de 2018 à 2020.

Figure 5 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2018-2020



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

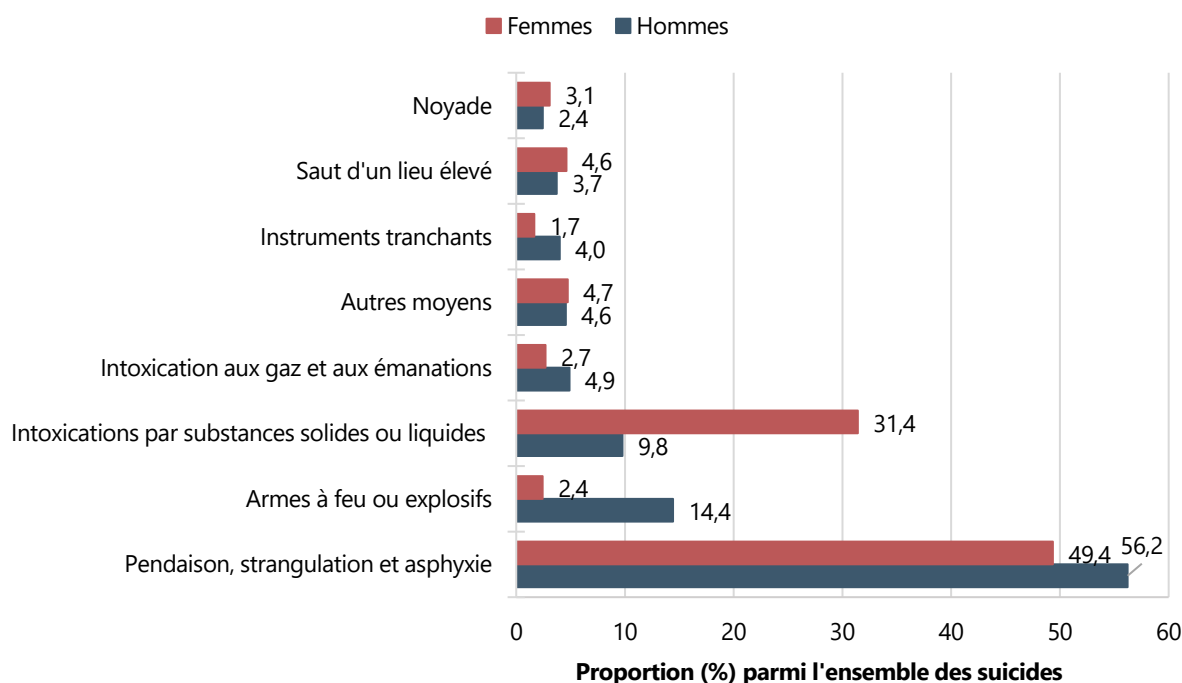
** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Source : MSSS, Fichier des décès 2018 à 2020.

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

Pour 2018-2020, le moyen le plus commun pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. La figure 6 permet de constater que ce moyen était utilisé dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (56,2 %) et dans une proportion moindre chez les femmes (49,4 %). Les suicides par arme à feu sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (14,4 %) que chez les femmes (2,4 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins létaux pour s'enlever la vie que les hommes⁵. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (31,4 %) que par les hommes (9,8 %).

Figure 6 Proportion (%) des suicides par sexe et par moyen utilisé, ensemble du Québec, 2018-2020



Source : MSSS, Fichier des décès de 2018 à 2020.

Suicide par régions sociosanitaires

La comparaison des taux de suicide selon la région sociosanitaire est présentée à la figure 7. Cette figure permet de constater que les taux de suicide varient considérablement d'une région à l'autre au Québec. De plus, le tableau A2 de l'annexe 2 présente les taux bruts et taux ajustés de suicide par régions sociosanitaires pour les années 2016 à 2021.

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 13 000 individus) affichait pour 2018-2020 un taux de suicide beaucoup plus élevé (175,6 par 100 000 personnes) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (12,9 par 100 000 personnes). Deux autres régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province soient : Abitibi-Témiscamingue (20,3 par 100 000 personnes) et Chaudière-Appalaches (16,3 par 100 000 personnes).

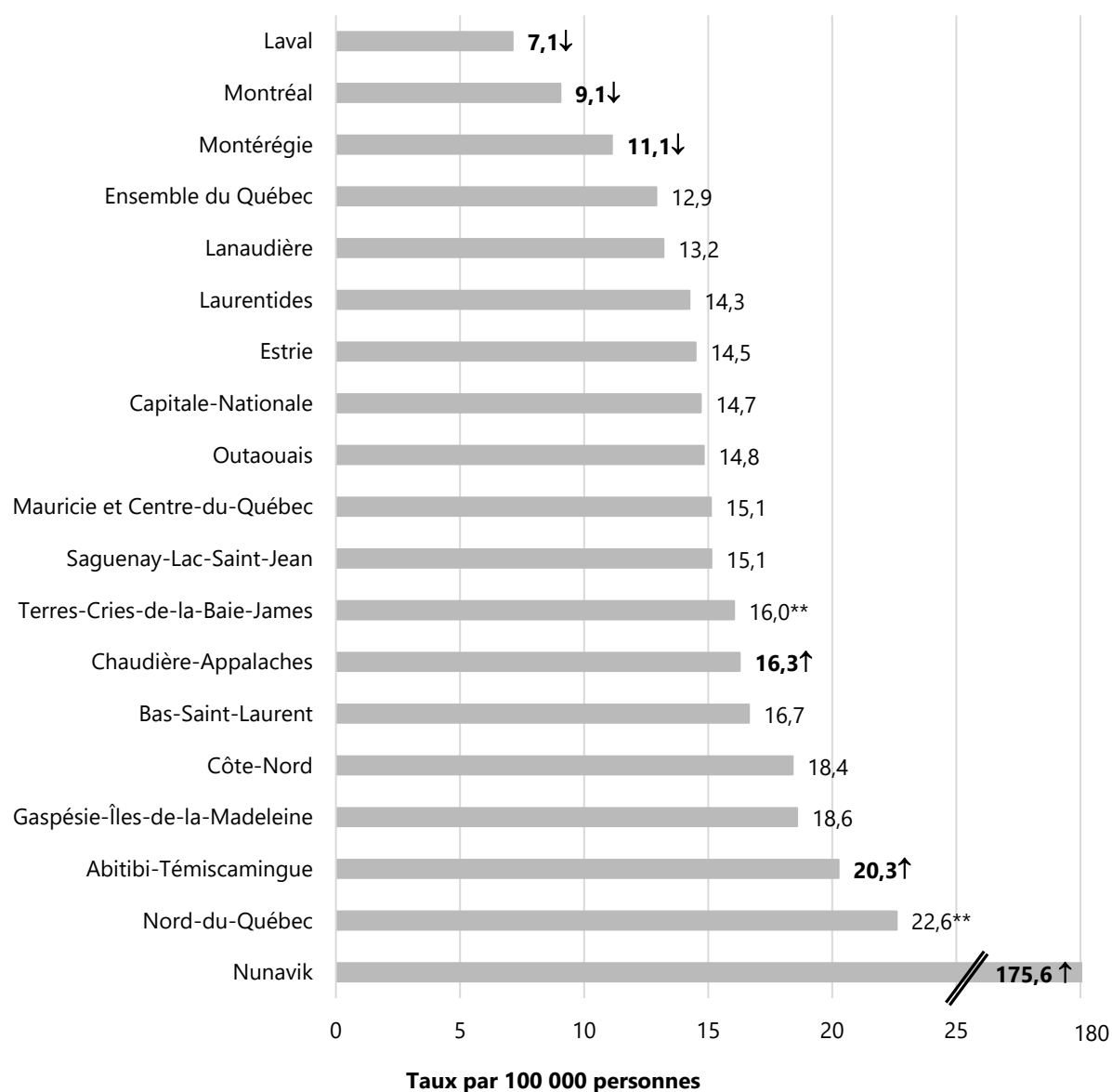
Trois régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement inférieur au reste de la province soit Laval, Montréal et la Montérégie (respectivement 7,1, 9,1 et 11,1 par 100 000 personnes).

Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 230,8 par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (19,8 par 100 000 personnes). La région de Chaudière-Appalaches avait également un taux de suicide significativement plus élevé que le reste de la province (soit 25,2 par 100 000) tandis que les régions de Laval et de Montréal avaient des taux significativement plus bas (respectivement 11,5 par 100 000 personnes et 13,2 par 100 000 personnes).

Chez les femmes du Nunavik, le taux de suicide était de 117,1^k par 100 000 personnes comparativement à 6,2 par 100 000 personnes dans le reste de la province (annexe 2, figure A2). Les femmes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue avaient aussi un taux de suicide significativement supérieur comparativement aux femmes du reste de la province (13,6^k par 100 000 personnes) tandis que celles de la région de Laval avaient un taux significativement plus bas (3,0^k par 100 000 personnes).

^k Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.

Figure 7 Taux ajusté¹ de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, ensemble du Québec, 2018-2020²



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

² 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 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, Fichier des décès de 2018 à 2020 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

3.2 Les hospitalisations pour tentative de suicide au Québec

Selon les plus récentes données disponibles, le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec était de 46,4 par 100 000 personnes en 2021 (3 780 hospitalisations pour tentative de suicide) (tableau 2). Contrairement aux suicides qui sont plus élevés chez les hommes, les hospitalisations pour tentative de suicide sont plus fréquentes chez les femmes¹ et l'écart entre les sexes augmente depuis plus de dix ans (figure 8). Alors que la différence de taux entre les deux sexes était en moyenne de 9 points d'écart pour les années 2008-2010, cette différence a augmenté à 21 points d'écart pour les années 2019-2021.

Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide par sexe

Le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les femmes augmente depuis 2008, atteignant 59,7 par 100 000 personnes en 2018 (figure 8). Après avoir légèrement diminué en 2019 et 2020, ce taux est revenu à 59,5 par 100 000 personnes en 2021.

Chez les hommes, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté entre 2008 et 2017 pour ensuite redescendre à partir de 2018. En 2020 et 2021, ce taux était respectivement de 33,1 et 34,0 par 100 000 personnes.

Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge

Chez les hommes, c'est l'augmentation depuis une dizaine d'années du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans qui se démarque (figure 9) (annexe 2, tableau A3). Pour ce groupe, ce taux monte progressivement de 34,9 à 52,7 par 100 000 personnes entre 2008 et 2016. Les années 2017, 2018, 2019 sont marquées par un accroissement rapide du taux d'hospitalisations qui bondit alors jusqu'à 71,0 par 100 000 personnes. Pour 2020 et 2021, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adolescents est revenu à un niveau semblable à celui observé en 2016, soit 51,3 et 54,5 par 100 000 personnes.

La tendance indique une augmentation du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes de 20 à 34 ans principalement entre 2008 et 2017. Ce taux passe alors de 38,7 à 51,1 par 100 000 personnes. Depuis les cinq dernières années, ce taux est resté relativement stable et était de 49,1 par 100 000 personnes en 2021.

Chez les hommes de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a été stable entre 2012 et 2018 (autour de 45 par 100 000 personnes). Depuis 2019, ce taux est en diminution. En 2021, il atteignait alors 38,4 par 100 000 personnes pour les hommes de 35 à 49 ans et 35,7 par 100 000 personnes pour les hommes de 50 à 64 ans.

¹ Tout groupes d'âge confondu.

Chez les hommes de 65 ans et plus, le taux d'hospitalisation a augmenté entre 2008 et 2021, passant de 18,3 à 27,3 par 100 000 personnes. Ce taux demeure quand même beaucoup moins élevé que celui observé chez leurs homologues moins âgés.

Ce sont les adolescentes de 15 à 19 ans qui présentent la hausse la plus marquée du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide (figure 10). Entre 2008 et 2018, ce taux a constamment augmenté et l'écart avec les autres groupes d'âge s'est agrandi. Après avoir diminué en 2019 et 2020, ce taux a rebondi en 2021 pour atteindre 204,9 par 100 000 personnes (voir aussi annexe 2, tableau A3). Ce taux est presque 3 fois plus élevé que celui observé en 2008, soit 73,5 par 100 000 personnes.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, il y a aussi une augmentation importante du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide. Ce taux a plus que doublé en dix ans, passant progressivement de 25,5 par 100 000 personnes en 2008 pour monter à 74,9 par 100 000 personnes en 2016 et ensuite redescendre à 60,2 par 100 000 personnes en 2019. Pour 2021, le phénomène est encore plus préoccupant puisque ce taux a encore augmenté pour atteindre 118,4 par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté entre 2008 et 2017 passant de 45,0 à 79,0 par 100 000 personnes. Depuis, ce taux est relativement stable et représentait 75,7 par 100 000 personnes en 2021.

Malgré quelques variations, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est relativement stable chez les femmes de 35 à 49 ans. En 2008, ce taux était de 58,8 par 100 000 personnes alors qu'en 2021, il était de 56,2 par 100 000 personnes. Chez les femmes de 50 à 64 ans, la tendance est similaire. En 2008, leur taux d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 43,0 par 100 000 personnes et en 2021 de 44,0 par 100 000 personnes.

Chez les femmes de 65 ans et plus, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a légèrement augmenté entre 2014 et 2016 pour se stabiliser par la suite. En 2021, ce taux était de 22,9 par 100 000 personnes.

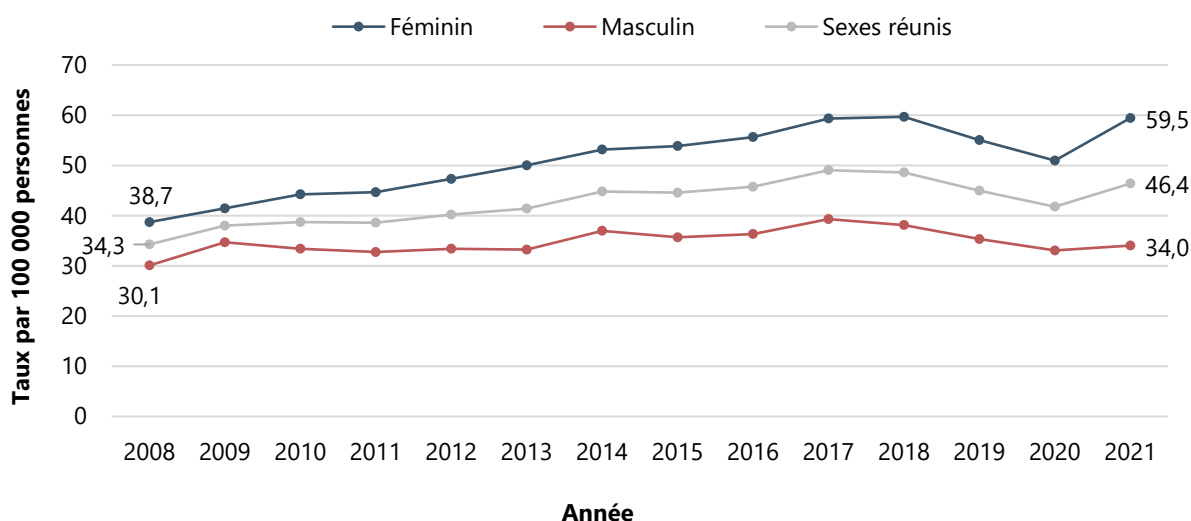
Les nombres et les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon les régions sociosanitaires pour les années 2017 à 2021 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A4.

Tableau 2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2021

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2008	1 176	30,6	30,1	1 526	38,9	38,7	2 702	34,8	34,3
2009	1 377	35,4	34,7	1 634	41,3	41,5	3 011	38,4	38,0
2010	1 327	33,8	33,4	1 758	44,0	44,3	3 085	38,9	38,7
2011	1 311	33,0	32,8	1 779	44,1	44,7	3 090	38,6	38,6
2012	1 345	33,6	33,4	1 874	46,2	47,3	3 219	39,9	40,2
2013	1 335	33,1	33,2	1 971	48,3	50,0	3 306	40,8	41,4
2014	1 487	36,7	37,0	2 078	50,7	53,2	3 565	43,7	44,8
2015	1 434	35,3	35,7	2 108	51,3	53,9	3 542	43,3	44,6
2016	1 460	35,6	36,3	2 181	52,8	55,7	3 641	44,3	45,8
2017	1 585	38,3	39,3	2 320	55,7	59,3	3 905	47,0	49,1
2018	1 555	37,1	38,1	2 336	55,5	59,7	3 891	46,3	48,6
2019	1 460	34,4	35,3	2 171	51,0	55,1	3 631	42,7	45,0
2020	1 380	32,2	33,1	2 037	47,5	51,0	3 417	39,8	41,8
2021	1 424	33,1	34,0	2 356	54,8	59,5	3 780	43,9	46,4

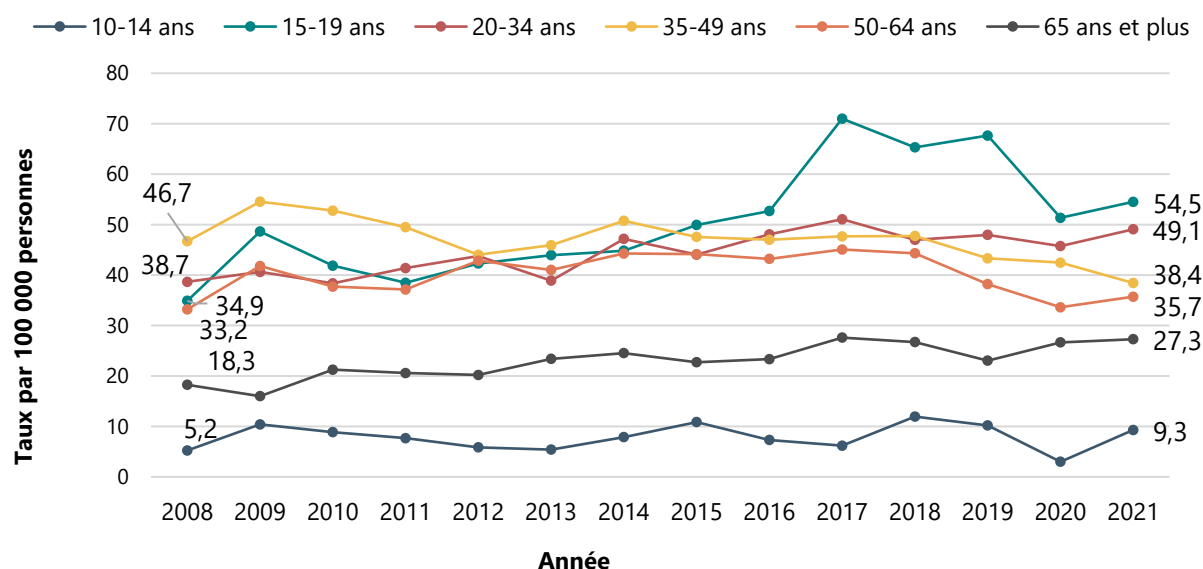
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 10 novembre 2022.

Figure 8 Taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2021



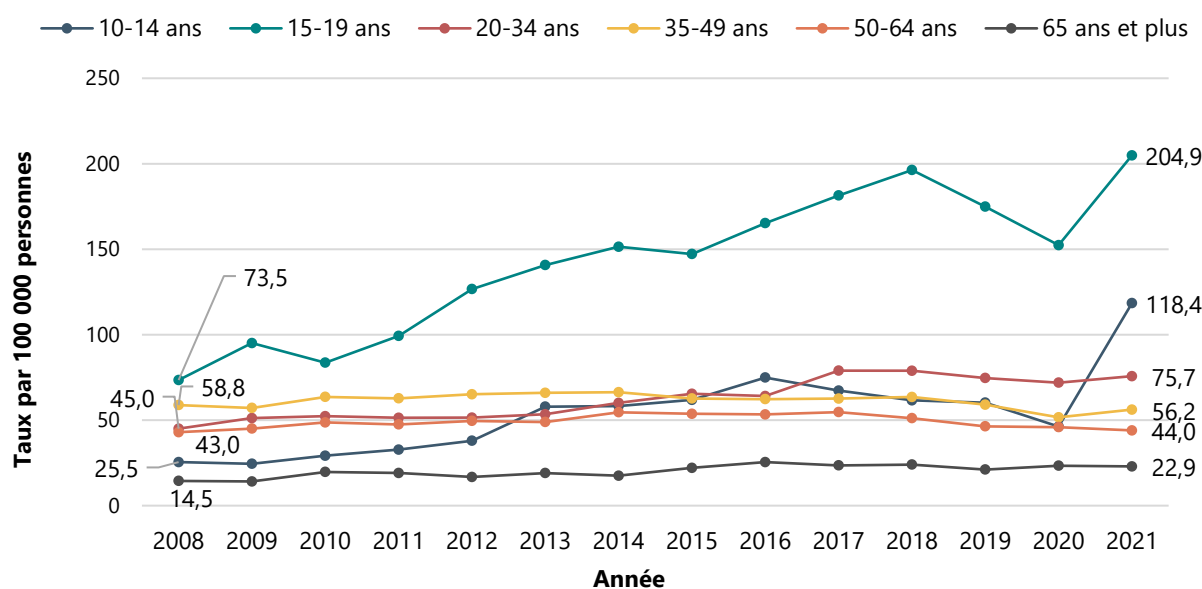
¹ Taux ajusté par 100 000 personnes selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 10 novembre 2022.

Figure 9 Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021



Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 10 novembre 2022.

Figure 10 Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021



Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 10 novembre 2022.

3.3 Visites aux urgences en raison de comportements suicidaires

Évolution des visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe

Entre 2014 et 2019, il y a eu une diminution progressive du taux de visites aux urgences pour tentative de suicide (tableau 3 et figure 11) passant de 63,9 à 50,7 par 100 000 personnes (sexes réunis). Pour 2020, une baisse importante de 5,4 points a été observée et le taux atteint 45,3 par 100 000 personnes. Il est possible qu'il y ait eu une réelle réduction des tentatives de suicide. Cependant, il est aussi possible que les diverses craintes liées à la pandémie et les mesures sanitaires mises en place aient découragé plusieurs personnes de visiter les urgences.

La tendance à la baisse observée depuis 2015 a été freinée en 2020 et le taux de visites aux urgences pour tentative de suicide a augmenté en 2021 et 2022 pour atteindre respectivement 50,4 et 53,8 par 100 000 personnes.

Tel qu'illustré à la figure 11, le taux de visites aux urgences pour tentative de suicide a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De plus, la hausse observée entre 2020 et 2022 est beaucoup plus importante chez les femmes (hausse de 29 %) que chez les hommes (hausse de 6 %). La différence entre les sexes s'observe principalement chez les enfants (10 à 14 ans), les adolescents (15-19 ans) et les jeunes adultes (20 à 34 ans) alors que chez les individus de 35 ans et plus, le taux de tentatives de suicide est relativement similaire entre les sexes (données présentées pour 2022 seulement, annexe 2, figure A3).

Évolution des visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge

En ce qui concerne les tentatives de suicide chez les individus de sexe masculin, le taux de visite aux urgences est plus élevé chez les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes hommes de 20 à 34 ans (figure 12 et annexe 2, tableau A5).

Malgré quelques variations, le taux de visites aux urgences pour tentative de suicide chez les hommes est resté relativement stable depuis 2016, et ce, pour la majorité des groupes d'âge. Cependant chez les hommes de 35 à 49 ans, le taux de visites aux urgences pour tentative de suicide a beaucoup diminué. Alors qu'il était environ au même niveau que celui des adolescents (15-19 ans) et des jeunes hommes (20-34 ans), il a progressivement descendu passant de 88,1 à 54,5 par 100 000 personnes entre 2014 et 2022.

Chez les individus de sexe féminin, le taux de visites aux urgences est plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans, et ce, tout au long de la période d'observation, loin devant les jeunes femmes de 20 à 34 ans (figure 13 et annexe 2, tableau A5).

Alors que la tendance est toujours stable pour le taux de visites aux urgences pour tentative de suicide chez les femmes de 35 ans et plus, il y a une hausse importante de ce taux en 2021 et 2022 chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, les adolescentes de 15 à 19 ans et les jeunes femmes de 20 à 34 ans. La hausse la plus abrupte s'observe chez les jeunes filles de 10 à 14 ans.

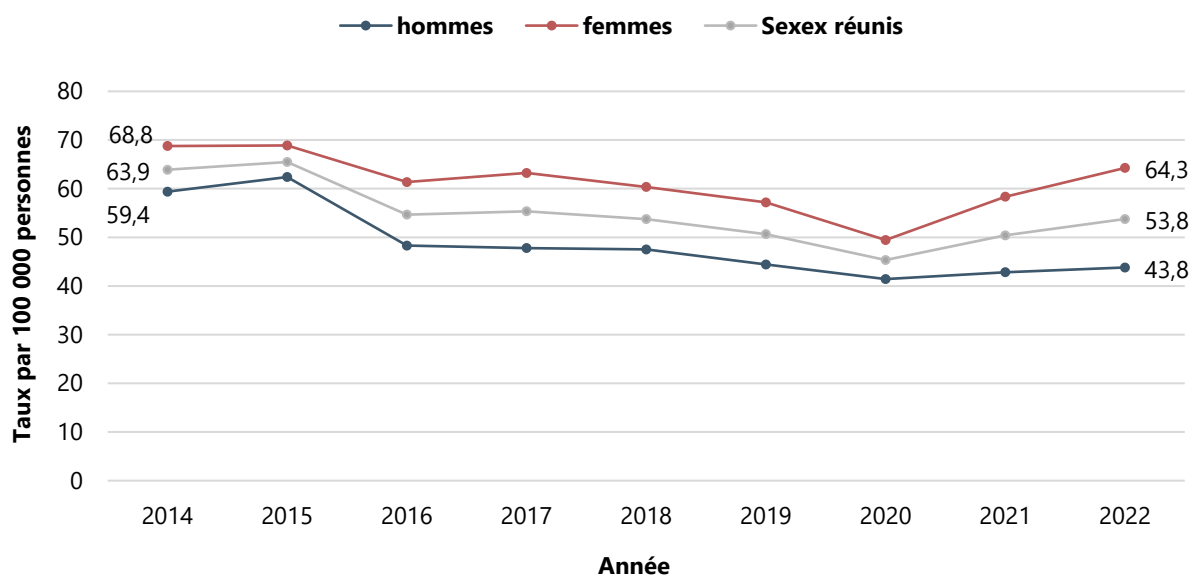
Les nombres et les taux de visites aux urgences pour tentative de suicide selon les régions sociosanitaires pour les années 2018 à 2022 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A6

Tableau 3 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2014	2 458	60,6	59,4	2 827	69,0	68,8	5 285	64,9	63,9
2015	2 581	63,5	62,4	2 811	68,4	68,9	5 392	66,0	65,5
2016	2 001	48,9	48,3	2 496	60,4	61,4	4 497	54,7	54,7
2017	1 990	48,1	47,8	2 584	62,0	63,2	4 574	55,1	55,4
2018	1 999	47,7	47,5	2 480	58,9	60,4	4 479	53,3	53,7
2019	1 890	44,5	44,4	2 374	55,8	57,2	4 264	50,1	50,7
2020	1 776	41,4	41,4	2 068	48,2	49,5	3 844	44,8	45,3
2021	1 834	42,6	42,8	2 436	56,7	58,4	4 270	49,6	50,4
2022	1 898	43,6	43,8	2 720	62,7	64,3	4 618	53,1	53,8

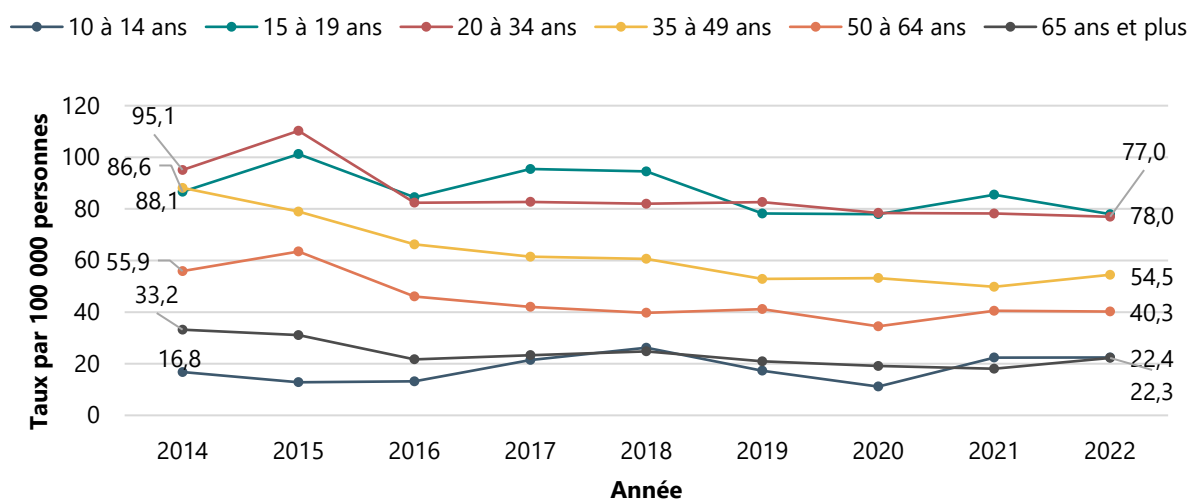
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 11 Taux ajusté¹ de visite à l'urgence pour tentative de suicide par sexe ensemble du Québec, 2014 à 2022



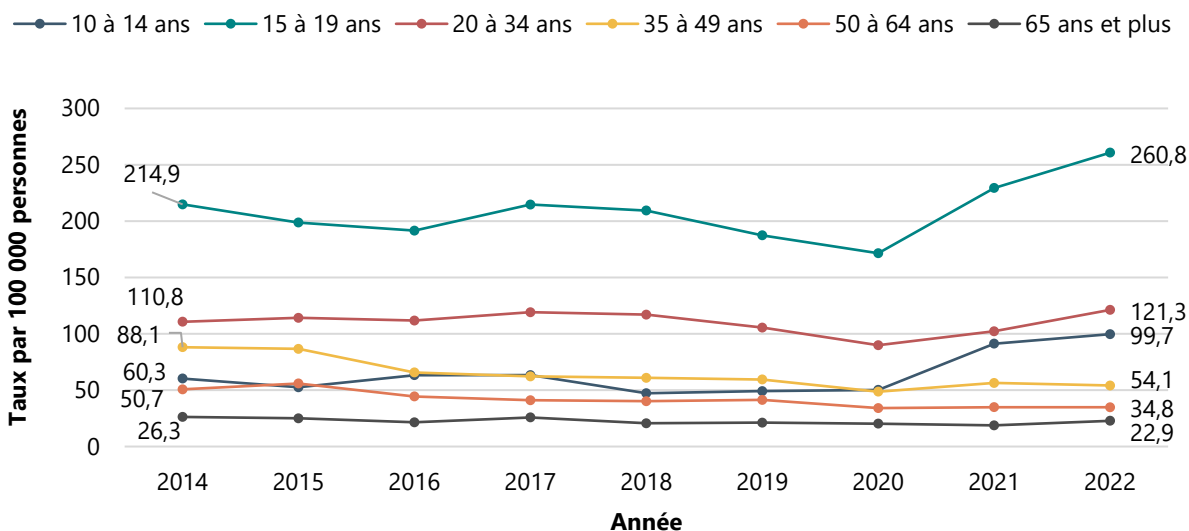
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 12 Taux de visite à l'urgence pour tentative de suicide chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 13 Taux de visite à l'urgence pour tentative de suicide chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Évolution des visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe

La tendance à la hausse du taux de visites aux urgences pour idées suicidaires observées au cours des cinq années précédant la pandémie est interrompue en 2020 avec l'apparition de la COVID-19 (tableau 4 et figure 14). Le taux passe alors de 418,3 à 350,4 par 100 000 personnes entre 2019 et 2020. Il s'agit d'une baisse de 16 %. Les raisons expliquant cette baisse sont probablement les mêmes que celles énoncées pour les tentatives de suicide. Au cours des deux dernières années, il semble que la population ait recommencé à consulter les urgences⁶. En effet, le taux de visite aux urgences pour idées suicidaires a recommencé à monter pour atteindre 394,9 et 403,9 par 100 000 personnes en 2021 et 2022.

Entre 2014 et 2020, le taux de visite aux urgences pour idées suicidaires est semblable chez les hommes et des femmes. En 2021 et 2022, les femmes se démarquent des hommes avec une augmentation importante de leur taux qui atteint alors 431,5 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus haut enregistré depuis le début de la période d'observation en 2014. Cette hausse marquée s'observe principalement chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, chez les adolescentes de 15 à 19 ans et, dans une moindre mesure, chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans (données présentées pour 2022 seulement, annexe 2, figure A4). Chez les individus de 35 ans et plus, ce sont les hommes qui ont un taux de visites aux urgences pour idées suicidaires légèrement supérieur à celui des femmes.

Évolution des visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe et par groupes d'âge

Chez les individus de sexe masculin, ce sont les adolescents de 15 à 19 ans qui ont le taux de visite aux urgences pour idées suicidaires le plus élevé (figure 15 et annexe 2, tableau A7). Ce taux a augmenté entre 2015 et 2019 (respectivement 619,9 et 877,3 par 100 000 personnes) pour ensuite redescendre en 2020 (684,5 par 100 000 personnes). À l'exception des garçons de 10 à 14 ans, le taux de visite aux urgences pour idées suicidaires diminue avec l'âge. Ainsi, les hommes de 65 ans et plus sont ceux ayant le moins fréquenté les urgences pour cette raison.

Entre 2020 et 2022, il y a une légère hausse des visites aux urgences pour idées suicidaires chez les hommes, mais majoritairement à des niveaux inférieurs à la période prépandémique^m.

Chez les femmes, les mêmes tendances sont observées, mais dans une amplitude encore plus importante (figure 16 et annexe 2, tableau A7). Après avoir diminué pendant la première année de la COVID-19, le taux de visite aux urgences pour idées suicidaires a rapidement augmenté chez les adolescentes pour atteindre en 2021 le taux le plus haut enregistré depuis la période d'observation, soit 1 645,5 par 100 000 personnes. En 2022, ce taux a diminué légèrement (1 544,2 par 100 000 personnes), mais reste supérieur aux valeurs prépandémiques.

^m Seuls les hommes de 65 ans et plus ont un taux supérieur en 2022 comparativement à 2019.

Chez les jeunes filles de 10 à 14 ans, le taux de visites aux urgences pour idées suicidaires a aussi augmenté de façon remarquable passant de 586,6 par 100 000 personnes en 2019 à 888,2 par 100 000 personnes en 2021 et 783,5 par 100 000 personnes en 2022.

Une augmentation a également été observée chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans et le taux de visites aux urgences pour idées suicidaires est passé de 646,5 à 814,9 entre 2020 et 2022. C'est le taux le plus haut enregistré depuis la période d'observation en 2014.

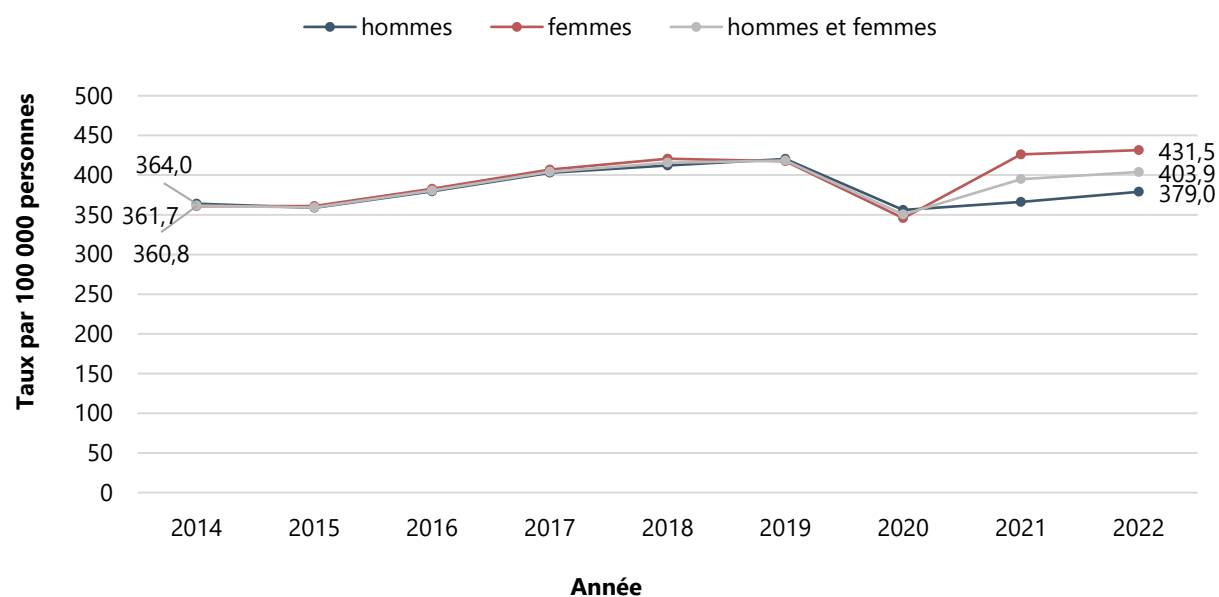
Les nombres et les taux de visites aux urgences pour idées suicidaires selon les régions sociosanitaires pour les années 2018 à 2022 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A8.

Tableau 4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2014	15 118	373,0	364,0	14 815	361,7	360,8	29 933	367,3	361,7
2015	14 865	365,4	358,8	14 711	358,2	360,9	29 576	361,8	359,2
2016	15 745	384,4	379,4	15 560	376,7	382,7	31 305	380,6	380,5
2017	16 798	406,1	402,9	16 591	398,3	406,9	33 389	402,2	404,2
2018	17 354	414,2	412,1	17 294	410,6	420,6	34 648	412,4	415,7
2019	17 894	421,4	420,3	17 341	407,4	417,5	35 235	414,4	418,3
2020	15 264	355,9	356,1	14 462	337,1	345,8	29 726	346,5	350,4
2021	15 723	365,3	366,2	17 807	414,1	426,0	33 530	389,7	394,9
2022	16 428	377,5	379,0	18 234	420,0	431,5	34 662	398,7	403,9

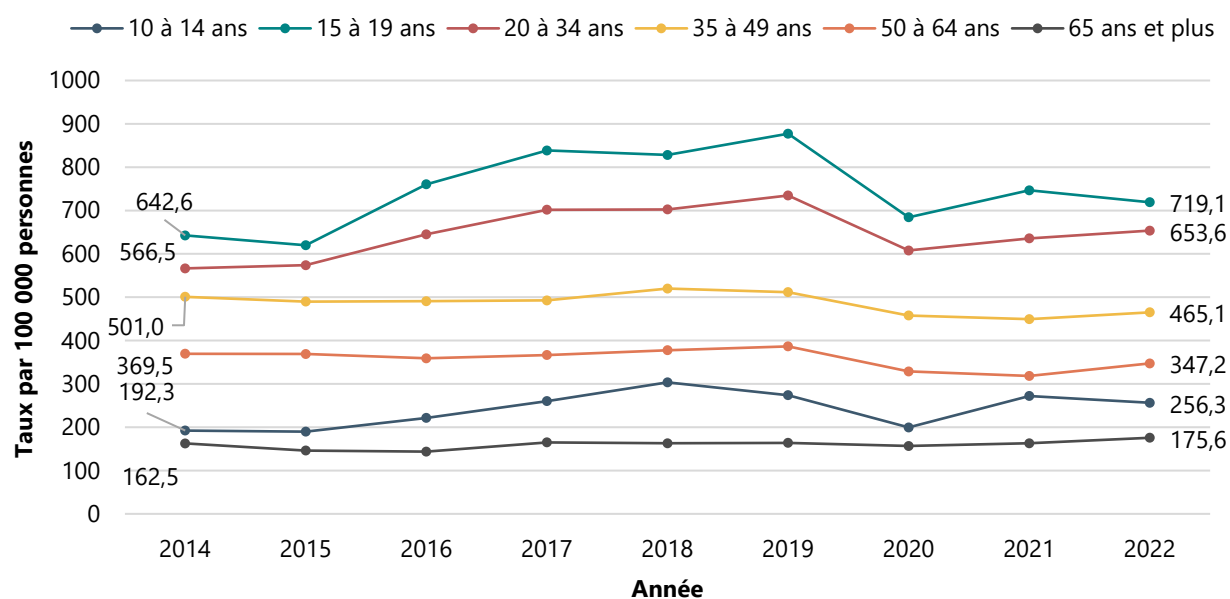
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 14 Taux ajusté¹ de visite à l'urgence pour idées suicidaires par sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2022



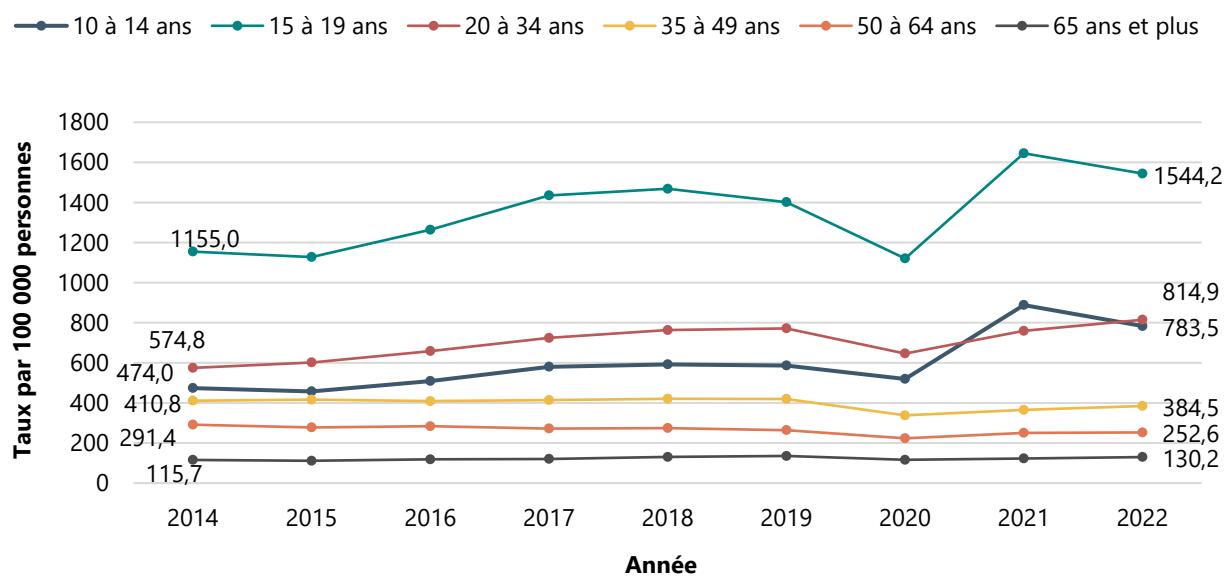
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 15 Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires chez les hommes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 16 Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires chez les femmes par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022 | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

3.4 Relation entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires

Cette section synthétise et compare les résultats des sections précédentes sur le suicide, les hospitalisations pour tentative de suicide, les visites aux urgences pour tentative de suicide et les visites aux urgences pour idées suicidaires.

Les figures 17 et 18 (a, b, c, d, e) illustrent le ratio ou la relation entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires selon le sexe et l'âge. Plus spécifiquement, ces figures permettent d'estimer pour chaque suicide commis à quel point les urgences du Québec ont été utilisées pour des idées suicidaires ou une tentative de suicide ainsi que le nombre d'hospitalisations pour ces mêmes raisons. Les jeunes de 10 à 14 ans ont été exclus de cette analyse en raison du très petit nombre de suicides pour cette population.

Chez les hommes, le ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour les comportements suicidaires diminue progressivement avec l'âge. Alors que pour chaque suicide survenu chez les adolescents (15-19 ans), il y a 80 visites aux urgences pour idées suicidaires, 9 visites aux urgences pour tentatives de suicide et 6 hospitalisations, ce ratio diminue pour atteindre, chez les personnes de 65 ans et plus, un seuil de 7 visites aux urgences pour idées suicidaires, 1 visite aux urgences pour tentative de suicide et 1 hospitalisation. Ainsi, il est possible que les hommes plus âgés soient moins enclins à chercher de l'aide dans les hôpitaux lors de crise suicidaire. Il est aussi possible que ces hommes utilisent des moyens plus létaux lors de crises suicidaires ne permettant pas une prise en charge assez rapide pour éviter la mort.

Comparativement aux hommes, le ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers est beaucoup plus élevé chez les femmes. Dans cette perspective, il est possible que les femmes vivent plus de crises suicidaires nécessitant une prise en charge dans les centres hospitaliers, mais qu'elles soient moins nombreuses à s'enlever la vie. Elles utilisent souvent des moyens moins létaux que les hommes ce qui aide à leur survie. Il est aussi probable qu'elles soient plus disposées à chercher de l'aide lorsque des crises se manifestent.

Comme chez les hommes, le ratio entre le suicide et l'utilisation de services pour les comportements suicidaires diminue avec l'âge. Pour chaque suicide survenu chez les adolescentes, il y a 248 visites aux urgences pour idées suicidaires, 58 visites aux urgences pour tentatives de suicide et 52 hospitalisations. Ce ratio diminue pour atteindre chez les femmes de 65 ans et plus, un seuil de 25 visites aux urgences pour idées suicidaires, 4 visites aux urgences pour tentative de suicide et 4 hospitalisations.

En étant plus exposé à des programmes de soutien psychologique (soit à l'école ou au travail) et davantage soutenus par leurs proches lors de crises suicidaires, il est possible que les jeunes hommes et les jeunes femmes soient orientés plus rapidement vers les services hospitaliers comparativement aux personnes âgées^{7,8}. Le besoin d'aide est peut-être plus difficile à détecter chez les personnes âgées surtout si elles vivent seules ou souffrent d'isolement social.

Figure 17 Ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires chez les hommes par groupes d'âge


















































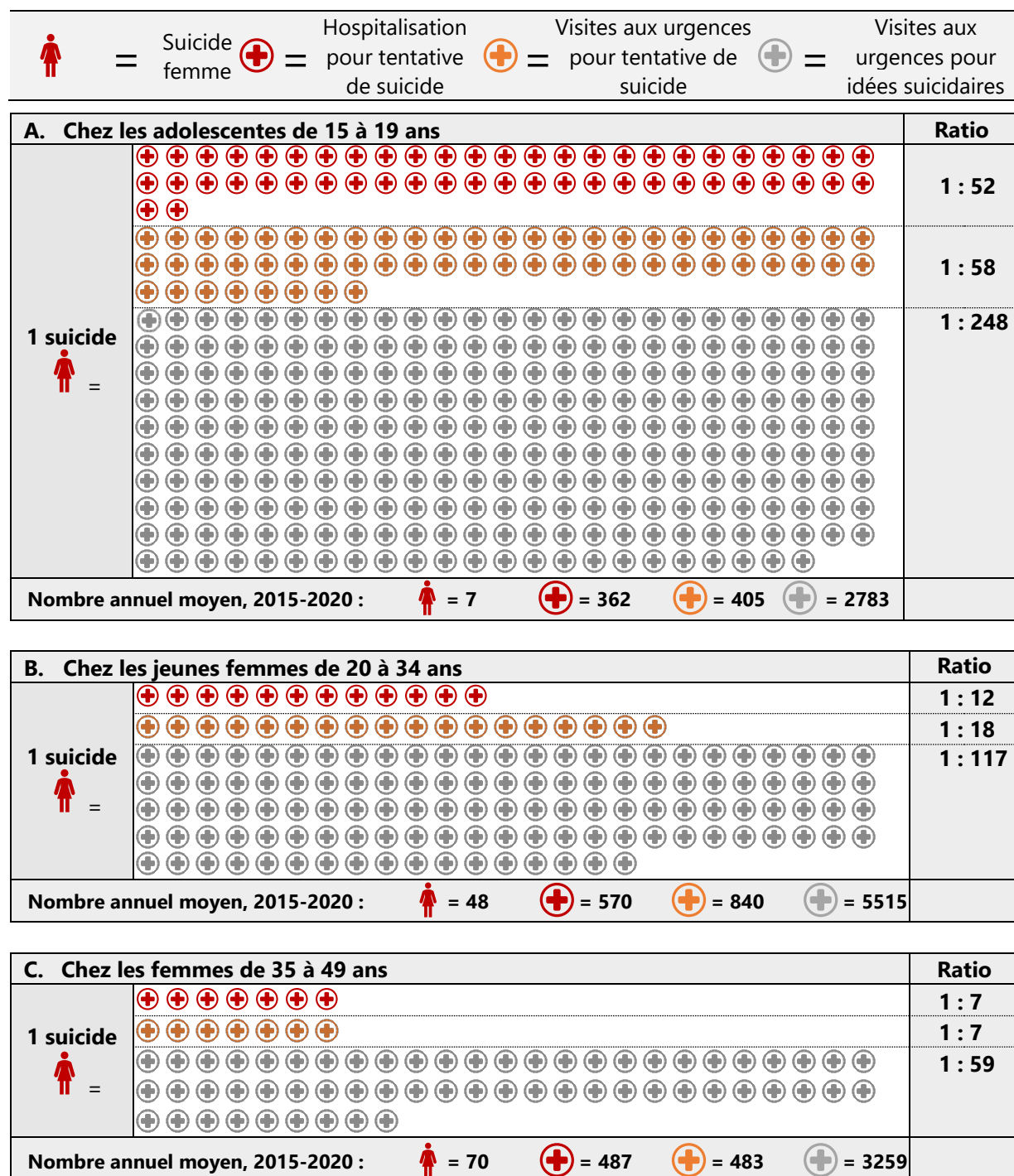



















































































































































	=	Suicide homme		=	Hospitalisation pour tentative de suicide		=	Visites aux urgences pour tentative de suicide		=	Visites aux urgences pour idées suicidaires			
A. Chez les adolescents de 15 à 19 ans											Ratio			
1 suicide 	=									1 : 6				
										1 : 9				
										1 : 80				
														
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :											 = 22	 = 134	 = 187	 = 1736
B. Chez les jeunes hommes de 20 à 34 ans											Ratio			
1 suicide 	=									1 : 3				
										1 : 4				
										1 : 36				
														
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :											 = 153	 = 392	 = 668	 = 5550
C. Chez les hommes de 35 à 49 ans											Ratio			
1 suicide 	=									1 : 2				
										1 : 2				
										1 : 20				
														
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :											 = 210	 = 382	 = 493	 = 4146
D. Chez les hommes de 50 à 64 ans											Ratio			
1 suicide 	=									1 : 1				
										1 : 1				
										1 : 12				
														
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :											 = 276	 = 374	 = 472	 = 3323
E. Chez les hommes de 65 ans et plus											Ratio			
1 suicide 	=									1 : 1				
										1 : 1				
										1 : 7				
														
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :											 = 162	 = 185	 = 159	 = 1153

Figure 18 Ratio entre le suicide et l'utilisation de services hospitaliers pour comportements suicidaires chez les femmes par groupes d'âge



D. Chez les femmes de 50 à 64 ans				Ratio
1 suicide  =	    			1 : 5
	   			1 : 4
	                             			1 : 37
	                             			
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :  = 90  = 458  = 366  = 2401				

E. Chez les femmes de 65 ans et plus				Ratio
1 suicide  =	   			1 : 4
	   			1 : 4
	                             			1 : 25
	                             			
Nombre annuel moyen, 2015-2020 :  = 47  = 201  = 187  = 1062				

3.5 Enquête québécoise sur la santé de la population

Grâce à la collaboration avec l'ISQ, cette mise à jour présente l'évolution des comportements suicidaire telle que mesurée par EQSP en 2014-2015 et 2020-2021. Il est important de souligner qu'en raison des effectifs parfois limités, certains résultats doivent être interprétés avec prudence et d'autres sont même présentés à titre indicatif seulement, en raison de leur variabilité trop importante.

Évolution de l'indicateur sur les idées suicidaires sérieuses par sexe et par groupes d'âge

Alors que 6,1 %ⁿ des adolescents de 15 à 19 ans affirment avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, cette proportion diminue à 4,6 % chez les hommes de 20 à 34 ans, à 3,4 % chez ceux de 45 à 64 ans et à 1,4 % chez hommes de 65 ans et plus (figure 17). Il faut toutefois mentionner que chez les adolescents, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du coefficient de variation oscillant entre 15 et 25 %. De plus, bien qu'il semble y avoir une tendance à la baisse avec l'avancement en âge, ces différences entre les groupes d'âge ne sont pas statistiquement significatives.

À première vue, la figure 17 montre également une tendance à l'augmentation de la proportion d'adolescents (15-19 ans) et de jeunes hommes (20-34 ans) qui rapporte avoir sérieusement songé au suicide entre 2014-2015 et 2020-2021. Cependant, cette augmentation n'est pas statistiquement significative. Il faut aussi ajouter qu'en raison de l'importante variabilité en 2014-2015 pour les données chez les adolescents, il est déconseillé de conclure à une réelle augmentation.

Il y a aussi un gradient entre l'âge et la proportion de femmes qui affirment avoir eu des pensées suicidaires sérieuses pour 2020-2021 (figure 18). Alors qu'environ 11,1 % des adolescentes de 15 à 19 ans affirment avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, cette proportion diminue à 5,9 % chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, à 3,6 % chez celles de 35 à 64 ans et à 1,4 % chez femmes de 65 ans et plus.

Environ une adolescente sur dix (11,1 %) affirme avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête de 2020-2021 (figure 18). C'est environ deux fois plus qu'en 2014-2015, période durant laquelle la proportion était plutôt d'une sur vingt (5,4 %)^o. Chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, il y a aussi une augmentation et la proportion qui affirme avoir sérieusement songé au suicide est passée de 3,7 % à 5,9 %^o.

Évolution de l'indicateur sur les tentatives de suicide par sexe et par groupes d'âge

En raison de l'importante variabilité des résultats, la proportion d'hommes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide selon l'âge est présentée à titre indicatif seulement (figure 19). Cependant, chez les hommes de tous âges confondus, le pourcentage de tentatives de suicide rapporté lors des deux dernières éditions de l'EQSP était de 0,3 % ce qui équivaut à 3 tentatives pour 1 000 hommes sur une période de douze mois^p.

L'EQSP 2020-2021 révèle que 3,6 % des adolescentes de 15-19 ans mentionnent avoir fait une tentative de suicide tandis que cette proportion diminue à 1,5 % chez les jeunes femmes de 20-34 ans (figure 20)^p. La différence entre ces deux groupes est significative. Chez les femmes de 34-64 ans et de 65 ans et plus, la proportion qui rapporte avoir fait une tentative de suicide diminue encore pour atteindre respectivement 0,3 % et 0,1 %^q. L'ensemble de ces résultats doit être interprété avec prudence en raison de la variabilité.

À première vue, les proportions d'adolescentes (15-19 ans) et de jeunes femmes (20-34 ans) qui ont fait une tentative de suicide semblent augmenter entre 2014-2015 et 2020-2021 (figure 20). Cependant, cette augmentation n'est pas statistiquement significative. Il faut aussi ajouter qu'en raison de l'importante variabilité des données chez les différents groupes d'âge, il est déconseillé de conclure à une réelle augmentation.

Pour plus de renseignements sur les résultats de l'ISQ : statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/idees-suicidaires-serieuses-tentatives-suicide

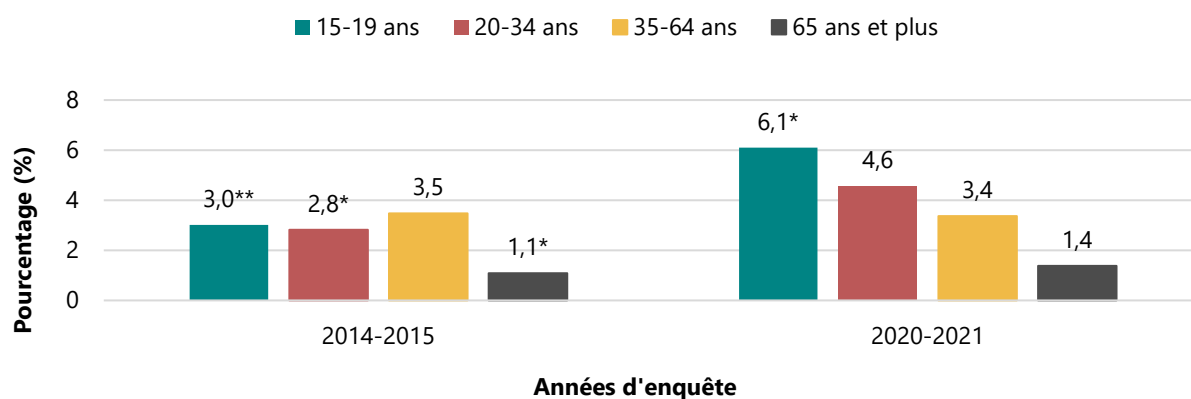
ⁿ Coefficient de variation entre 15 et 25 %, interpréter avec prudence.

^o Une analyse statistique a été réalisée et la différence entre les résultats de 2014-2015 et 2020-2021 est significative.

^p Coefficient de variation entre 15 et 25 %.

^q Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Figure 19 Proportion d'hommes qui rapportent avoir sérieusement songé au suicide¹ durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge²



¹ Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont exclues.

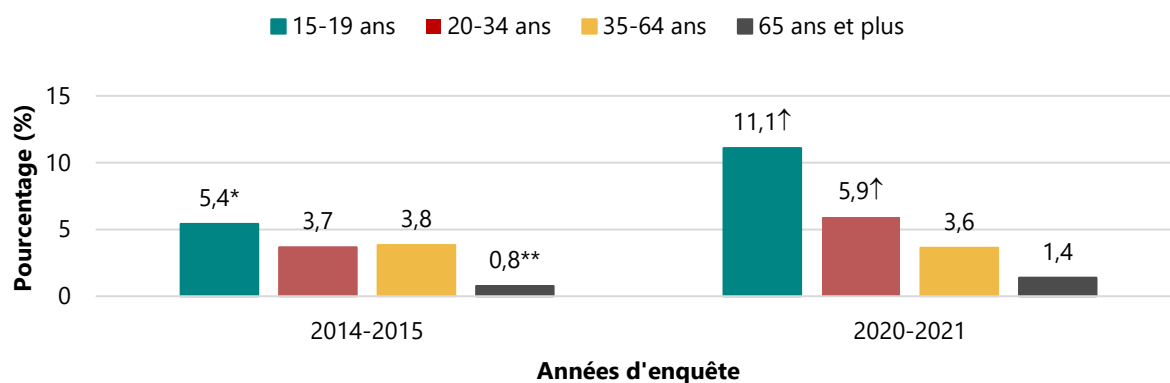
² Pour l'indicateur sur les idées suicidaires sérieuses, les valeurs présentées dans ce tableau ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet multimode seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2014-2015.

* Coefficient de variation entre 15 et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 et 2020-2021.

Figure 20 Proportions de femmes qui rapportent avoir sérieusement songé au suicide¹ durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge²



¹ Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont exclues.

² Pour l'indicateur sur les idées suicidaires sérieuses, les valeurs présentées dans ce tableau ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet multimode seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2014-2015.

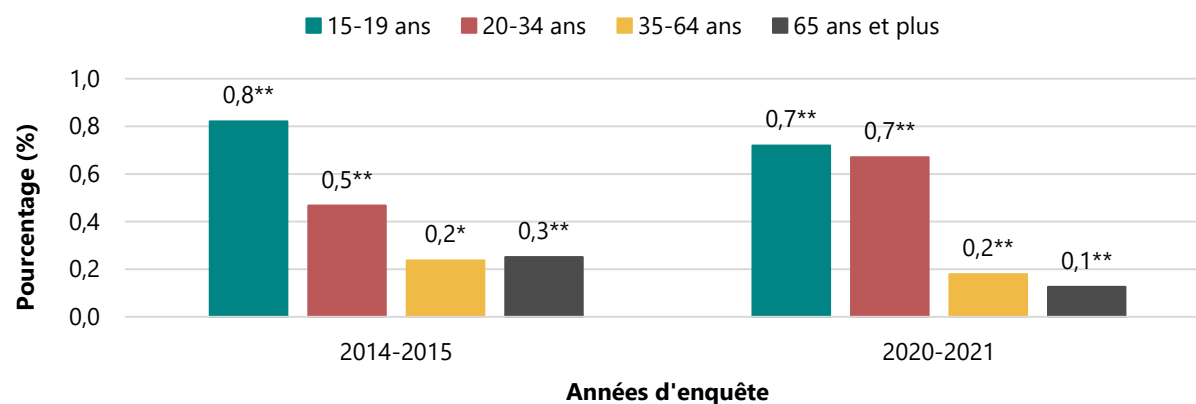
* Coefficient de variation entre 15 et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

↑ Les flèches vers le haut indiquent une hausse significative du taux pour le groupe d'âge visé comparativement à 2014-2015.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 et 2020-2021.

Figure 21 Proportion d'hommes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge

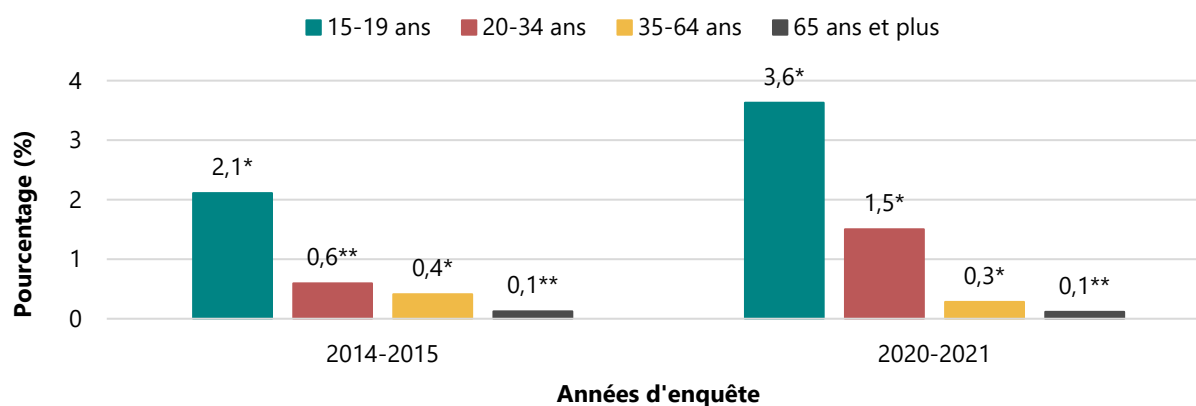


* Coefficient de variation entre 15 et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 et 2020-2021.

Figure 22 Proportion de femmes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide durant les 12 mois précédant les deux dernières éditions de l'Enquête québécoise sur la santé de la population par groupes d'âge



* Coefficient de variation entre 15 et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 et 2020-2021.

4 DISCUSSION

Selon les plus récentes observations, la tendance indique que le taux de suicide est encore en légère diminution en 2020. Cette tendance s'observe autant chez les hommes que chez les femmes, et ce, pour la majorité des groupes d'âge. Depuis quelques années, des mesures de prévention innovantes ont été développées au Québec et viennent s'ajouter aux efforts déjà en place pour réduire les suicides. De nouveaux modes de communication tels que l'utilisation du texto ou du clavardage sont des voies prometteuses dans la prévention du suicide. Le site suicide.ca offre d'ailleurs déjà ce type de service à la population québécoise depuis octobre 2020.

Que ce soit par les enquêtes populationnelles ou l'utilisation de services de santé, plusieurs indicateurs pointent vers le même constat : il y a une augmentation des comportements suicidaires chez les jeunes filles. En effet, la proportion d'adolescentes et de jeunes femmes qui mentionnent avoir eu des idées suicidaires sérieuses est en hausse, elles sont particulièrement à risque de se retrouver dans les urgences en raison de crises suicidaires et elles constituent le groupe avec le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide le plus élevé. Toutefois, il faut aussi souligner que le taux de suicide reste, pour cette population, le plus bas parmi l'ensemble des groupes d'âge. Des tendances similaires ont été observées dans d'autres pays comme l'Australie et les États-Unis ^{9,10}.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette surreprésentation chez les jeunes femmes. Il est possible que ce groupe vive plus de crises nécessitant une prise en charge. Certains chercheurs identifient de nouveaux facteurs aggravants au-delà des facteurs de risque bien connus de mauvaise santé mentale, tels que les abus et les traumatismes. Parmi ces nouveaux facteurs se retrouve l'utilisation des médias sociaux par les jeunes après le lancement de Facebook (2004), Snapchat (2011) et d'autres plateformes ^{11,12}. L'utilisation des médias sociaux pourrait diminuer les communications en face à face, entraîner une dépendance excessive à être « aimé » pour la validation sociale et ainsi affecter négativement la santé mentale, notamment chez les jeunes filles.

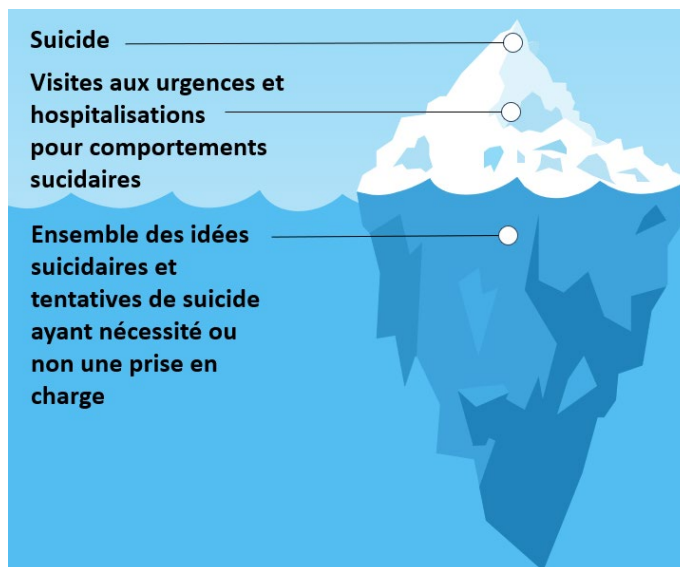
D'un autre côté, il est également possible que les jeunes filles soient davantage ouvertes à chercher de l'aide lorsque nécessaire, qu'elles soient bien soutenues par leurs proches et conduites plus rapidement aux urgences lorsque qu'une crise suicidaire se manifeste ¹³⁻¹⁵. Dans ce contexte, il est essentiel de continuer à promouvoir et même améliorer la recherche d'aide afin que d'autres groupes dans le besoin puissent être pris en charge lors d'événements similaires. Par exemple, chez les hommes d'âge mûr, la recherche d'aide doit être considérée comme une action forte, positive et acceptée socialement et non comme un signe de faiblesse ^{16,17}.

Finalement, il faut agir en amont afin de soutenir l'adoption de stratégies pour la promotion d'une bonne santé mentale et ainsi prévenir les comportements suicidaires. Il serait pertinent de tenter de rejoindre les jeunes dans leurs milieux de vie tels que le milieu scolaire, par l'entremise des médias sociaux afin d'augmenter leur littératie en santé mentale et les outiller avec des stratégies d'adaptation positive¹⁸⁻²⁰.

L'examen du taux de suicide en fonction des régions sociosanitaires met en évidence la disparité des réalités. Depuis plusieurs années, le taux de suicide pour la région du Nunavik est le plus important de la province. Alors qu'en 2020 ce taux est de 12,3 par 100 000 personnes pour l'ensemble de Québec, il est de 161,6 par 100 000 personnes au Nunavik. Les difficultés d'accès à des soins et services spécialisés, les enjeux de recrutement et de rétention des ressources humaines, les impacts encore actuels de la récente colonisation, les difficultés socio-économiques, des pratiques non adaptées culturellement et linguistiquement sont quelques-uns des facteurs qui peuvent expliquer les taux plus élevés du Nunavik²¹ dont la population est majoritairement inuite (près de 90 % des habitants). Le Nunavik s'est doté d'une stratégie régionale en prévention du suicide en 2019. L'ensemble des partenaires régionaux sont mobilisés autour d'actions visant à réduire l'ampleur du problème dans la région. Il sera essentiel de suivre l'impact que pourra avoir cette stratégie régionale sur les taux de suicide chez cette population.

5 CONCLUSION

Cette mise à jour présente pour la première fois des données de l'Enquête québécoise sur la santé des populations. Ces données sont particulièrement importantes, car elles permettent d'estimer, la proportion de personnes qui ont eu des comportements ou pensées suicidaires dans la population. Pour illustrer ce phénomène, le modèle de l'iceberg est souvent utilisé²²⁻²⁴. Tout en haut de la partie émergée de la mer se trouvent les gens qui se sont enlevé la vie; au milieu se trouvent ceux qui, en raison de l'utilisation de services de santé pour comportements suicidaires, ont pu être identifiés dans les banques de données médico-administratives; et au fond, sous l'eau se trouve la partie la plus importante du glacier, c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait une tentative de suicide, mais qui n'ont pas nécessairement eu recours à des services de santé.



Source de l'image : presentationgo.com

Grâce aux enquêtes menées par l'ISQ, il est possible pour 2020-2021 d'avoir un meilleur aperçu de la partie submergée et mieux saisir l'ampleur du phénomène. Certes, les suicides sont plus fréquents chez les hommes, mais ce sont chez les femmes et notamment chez les jeunes filles que se manifestent le plus souvent les autres comportements suicidaires, représentés par la plus grande partie du glacier.

Une autre nouveauté cette année est la présentation de données officielles pour le nombre de décès en 2020, c'est-à-dire la première année de la pandémie de la COVID-19. Bien que les impacts de cette pandémie ne cessent de se manifester, il est possible que les activités de préventions mises en place aient réussi à faire diminuer encore le taux de suicide au Québec, et ce, malgré la crise. Toutefois, de nouveaux phénomènes sont en émergence. La nouvelle Enquête québécoise sur la santé de la population montre notamment une augmentation significative des idées suicidaires sérieuses chez les jeunes filles et les jeunes femmes. À ce sujet, des spécialistes de la recherche sur le suicide s'entendent pour dire que nous avons besoin d'une compréhension plus approfondie des facteurs de risque et de protection rattachés à cette population^{25,26}. Une piste à explorer pourrait être de contrecarrer les effets nocifs que peuvent entraîner certains médias sociaux en utilisant d'autres possibilités offertes par Internet, tels que la réduction de l'isolement social et l'intervention en ligne pour les personnes en détresse. Il est

aussi essentiel de favoriser les compétences sociales et émotionnelles chez les jeunes afin qu'ils développent des mécanismes de protection pour une bonne santé mentale.

Finalement, bien que la hausse des visites et des hospitalisations dans les centres de santé suggère à priori une augmentation des idées suicidaires et des tentatives de suicide, il est possible que ce phénomène soit le reflet d'une plus grande propension à chercher de l'aide lors de crise suicidaire. Ainsi, l'application des meilleures pratiques de prise en charge et aussi de prévention du suicide doit s'appliquer dans les hôpitaux. Il faut aussi mentionner qu'il est essentiel d'axer la prévention vers le développement à long terme d'une bonne santé mentale, et ce, dans le but premier de diminuer les crises suicidaires nécessitant la demande d'aide dans les urgences.

6 RÉFÉRENCES

1. St-Laurent, D. & Bouchard, C. L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente? 1–23.
2. Levesque, P., Rassy, J., & Genest, C. Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022. 1-56.
3. Direction générale des services de santé et & médecine universitaire. Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences (SIGDU) -Version 3 (2021).
4. Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É. & Perron, P.-A. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018. 1-23.
5. Elnour, A. A. & Harrison, J. Lethality of suicide methods. *Injury Prevention* 14, 39–45 (2008).
6. Gariépy, P. L.-C. B.-G. Vigie des idéations suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences. (2021).
7. Maltais, D. & Côté, N. Soutien social et personnes âgées en cas de désastre : points saillants des recherches existantes. *Vie et vieillissement* 6, 39–42 (2007).
8. Barnow, S., Linden, M. & Freyberger, H.-J. The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological medicine* 34, 741–746 (2004).
9. Delaney, S. K., Allison, S., Looi, J. C., Bidargaddi, N. & Bastiampillai, T. Rapid national increases in the hospitalisation of Australian youth due to intentional self-harm between 2008 and 2019. *Australasian psychiatry* 30, 166–170 (2022).
10. Griffin, E. *et al.* Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 53, 663–671 (2018).
11. Twenge, J. M. Increases in depression, self-harm, and suicide among US adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice* 2, 19–25 (2020).
12. Cataldo, I., Lepri, B., Neoh, M. J. Y. & Esposito, G. Social media usage and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence: a review. *Frontiers in psychiatry* 11, 508595 (2021).
13. Kerr DCR, Preuss LJ, King CA. Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol.* 1 févr 2006;34(1).
14. Vaux, A. Variations in Social Support Associated with Gender, Ethnicity, and Age. *Journal of Social Issues* 41, 89–110 (1985).
15. Pikó, B. Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology* 3, 333–344 (1998).

16. Rondeau, G. *et al.* Les hommes: s' ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux (2004).
17. Houle, J. La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide. (Université du Québec à Montréal, 2005).
18. Lesage, A. *et al.* Solidaires pour la vie. Perspectives Psy 59, 127–139 (2020).
19. Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H. & Sager, M. The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* 65, 399–412 (2019).
20. Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R. & Ougrin, D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 32, 534–541 (2019).
21. Inuit Tapiriit Kanatami. National Inuit Suicide Prevention Strategy. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf> (2016).
22. Troya, M. I. *et al.* Self-harm in older adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 214, 186–200 (2019).
23. Geulayov, G. *et al.* Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry* 5, 167–174 (2018).
24. Arensman, E., Corcoran, P. & McMahon, E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet. Psychiatry* 5, 100–101 (2017).
25. Gunnell, D., Kidger, J. & Elvidge, H. Adolescent mental health in crisis. *Bmj* vol. 361 (2018).
26. Marchant, A. *et al.* A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PloS one* 12, e0181722 (2017).
27. Thibodeau, L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XX^e siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques. (2015).
28. Geran, L. (2008). Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada. ProQuest.

ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES

Sources des données

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 2020 (mise à jour 8 décembre 2022) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2022. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus dans la province ou à l'extérieur de la province^r. Les cas de suicide provenant des données du RED/D sont codifiés selon deux versions de la classification internationale des maladies (CIM) : la 9^e révision (CIM-9) de 1981 à 1999 et la 10^e révision (CIM-10) pour les années 2000 à 2020. Les suicides ont été identifiés à l'aide des codes E950 à E959 pour les années codifiées selon la CIM-9 et des codes X60 à X84 et Y87.0 pour les années codifiées selon la CIM-10.

L'utilisation d'une extraction de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'analyser des données récentes qui n'ont pas encore été ajoutées au Fichier des décès. Il y a dans cette extraction a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion est un décès par suicide (89,1 % pour 2021) ; et b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (10,9 % pour 2021). Au moment de l'extraction des données (16 décembre 2022), 14 % de l'ensemble des investigations du coroner pour des décès survenus en 2021 étaient en cours. Il est probable que ces investigations en cours recèlent un certain nombre de suicides indétectables à partir des informations disponibles. 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 2021. Pour cette raison, les résultats pour 2021 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 2021 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

^r Pour les années 2013 à 2019, les suicides survenus en Ontario n'ont pu être comptabilisés.

Fiabilité des données sur le suicide

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 question²⁷. 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 2019). 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)²⁸.

Les données des fichiers fermés des décès, pour les années 2013 à 2019, excluent les événements de résidents québécois survenus en Ontario. De 2015 à 2019, les événements de résidents québécois survenus au Manitoba sont également exclus. Ces décès représentent moins de 1 % de l'ensemble des décès survenus au Québec pour ces années. Cette situation entraîne une sous-estimation des décès pour quelques régions et de manière plus importante pour la région de l'Outaouais.

Données sur les hospitalisations pour tentative de suicide

Les hospitalisations attribuables à une tentative de suicide sont identifiées dans le système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) (mise à jour 2 novembre 2022). Cette variable correspond au code enregistré dans MED-ÉCHO selon la dixième révision de la version canadienne de la CIM (CIM-10-CA) (codes X60 à X84 et Y87.0).

Toutes les hospitalisations attribuables aux traumatismes survenus chez des Québécois ayant été admis à l'hôpital entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2021 ont été sélectionnées.

Une personne est considérée un cas lorsqu'elle a été admise pour une hospitalisation pour 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 évènement 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).

Données sur les visites aux urgences pour comportements suicidaires

Les informations sur la SIGDU proviennent du cadre normatif³. Les données saisies dans ce système concernent les usagers qui ont reçu des soins et services urgents nécessitant l'ouverture d'un épisode de soins dans l'une des installations opérant une urgence. Certaines informations sont de nature sociodémographique ou temporelle alors que d'autres concernent l'état de santé de l'usager.

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'usager qui arrive avec une ordonnance médicale prescrivant un test diagnostique tel qu'un repas baryté et qu'on réfère immédiatement au service d'imagerie médicale.

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

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

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

Bien que le cadre conceptuel du SIGDU ne présente pas de définition spécifique pour les différents comportements suicidaires, l'INSPQ a adopté la définition de l'Organisation mondiale de la santé qui définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort⁵. Le terme « tentative de suicide » désigne tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagressions, avec intention de mourir ou pas. Les idéations suicidaires (ou idées suicidaires) réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Il faut noter que les actes d'automutilations constituent dans le SIGDU une raison de la visite spécifique qui n'a pas été considérée dans l'analyse des comportements suicidaires.

Indicateurs de l'EQSP sur les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2020-2021) vise les personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec, à l'exception de celles résidant dans les réserves ou dans les régions sociosanitaires (RSS) du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Un échantillon de 78 388 personnes, stratifié selon le réseau local de services (RLS), l'âge et le sexe, a été sélectionné à partir du Fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Une collecte de données réalisée en ligne ou par appel téléphonique s'est déroulée du 2 novembre 2020 au 19 décembre 2021. Au total, 47 153 personnes ont rempli le questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 64 %.

Toutes les estimations résultant de l'EQSP ont aussi été pondérées afin de représenter la population québécoise. Des poids d'autoamorçage (bootstrap) ont été utilisés pour la production des estimations de précision et des tests statistiques, afin de tenir compte du plan de sondage. Les estimations dont le coefficient de variation (CV) était supérieur à 15 % ont été annotées pour indiquer qu'elles sont moins précises.

L'indicateur sur les idées suicidaires sérieuses est affecté par le changement de mode de collecte. Ainsi, les comparaisons temporelles entre 2014-2015 et 2020-2021 sont présentées en utilisant un échantillon comparable pour l'édition 2014-2015. Il ne s'agit donc pas des estimations officielles pour 2014-2015, mais bien d'estimations comparables à celles de l'EQSP 2020-2021.

⁵ [Rapport québécois sur la violence et la santé | INSPQ](#)

Contrairement aux résultats des éditions précédentes, ceux de l'EQSP 2020-2021 sont généralement présentés selon le genre de la personne plutôt que selon le sexe. Ce choix a une incidence négligeable sur les résultats et ne pose pas de problème de comparabilité temporelle.

L'EQSP 2020-2021 s'est déroulée dans un contexte exceptionnel de crise sanitaire alors que certains comportements et habitudes de vie ont pu être bouleversés. Cela doit aussi être pris en considération dans l'interprétation des résultats.

Analyses statistiques

Pour calculer les taux des différents comportements suicidaires, les estimations de la population pour les années 1981 à 2022 ont été utilisées. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'ISQ. Les taux sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et la région sociosanitaire 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, pour la plupart, 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 sur le suicide et ceux relatifs aux visites aux urgences. Pour le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide, ce calcul est effectué par l'Infocentre qui utilise la population québécoise de l'année 2011. La méthode d'ajustement utilise 5 grands groupes d'âge pour la pondération. 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^t ont été calculées pour atténuer les fluctuations annuelles, augmenter la précision statistique, souligner les tendances à plus long terme et améliorer les figures présentées.

Les tests statistiques et les intervalles de confiance utilisent un seuil de 0,05. Une correction pour les comparaisons multiples a été appliquée lors des comparaisons entre les régions.

^t Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2019. 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 taux¹ de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, de 2016 à 2021

Groupes d'âge	Année											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux
Sexes réunis												
10-14 ans	7	1,7**	5	1,2**	6	1,4**	0	0,0	5	1,1**	5	1,1**
15-19 ans	32	7,5*	26	6,1*	30	7,1*	34	8,0*	22	5,2*	28	6,6*
20-34 ans	183	11,7	189	12,0	213	13,4	224	13,9	194	12,0	202	12,6
35-49 ans	301	18,6	270	16,5	276	16,7	293	17,5	257	15,2	257	15,2
50-64 ans	380	20,7	385	21,0	352	19,2	374	20,6	338	18,7	289	16,2
65 ans et plus	202	13,7	184	12,0	217	13,7	203	12,4	239	14,1	224	12,8
Total ¹	1 105	13,4	1 059	12,8	1 094	13,1	1 128	13,4	1 055	12,3	1 008	11,7
Hommes												
10-14 ans	1	0,5**	2	1,0**	3	1,4**	0	0,0	2	0,9**	1	0,4**
15-19 ans	26	11,8*	19	8,8*	26	12,0*	20	9,2*	18	8,3*	16	7,4*
20-34 ans	136	16,9	143	17,7	164	20,1	173	20,9	149	17,9	156	18,9
35-49 ans	230	28,0	200	24,2	205	24,5	215	25,3	198	23,1	206	23,9
50-64 ans	286	31,1	274	29,8	262	28,6	298	32,7	258	28,5	221	24,7
65 ans et plus	156	23,2	149	21,3	164	22,6	166	22,0	176	22,5	178	21,9
Total ¹	835	20,5	787	19,1	824	19,8	872	20,7	801	18,8	778	18,2
Femmes												
10-14 ans	6	3,0**	3	1,5**	3	1,4**	0	0,0	3	1,3**	4	1,8**
15-19 ans	6	2,9**	7	3,4**	4	1,9**	14	6,7*	4	1,9**	12	5,8*
20-34 ans	47	6,1	46	6,0	49	6,3	51	6,5	45	5,8	46	6,0
35-49 ans	71	8,9	70	8,7	71	8,7	78	9,5	59	7,1	51	6,1
50-64 ans	94	10,3	111	12,1	90	9,9	76	8,4	80	8,9	68	7,6
65 ans et plus	46	5,7	35	4,2*	53	6,2	37	4,2	63	6,9	46	4,9
Total ¹	270	6,5	272	6,6	270	6,4	256	6,1	254	5,9	230	5,3

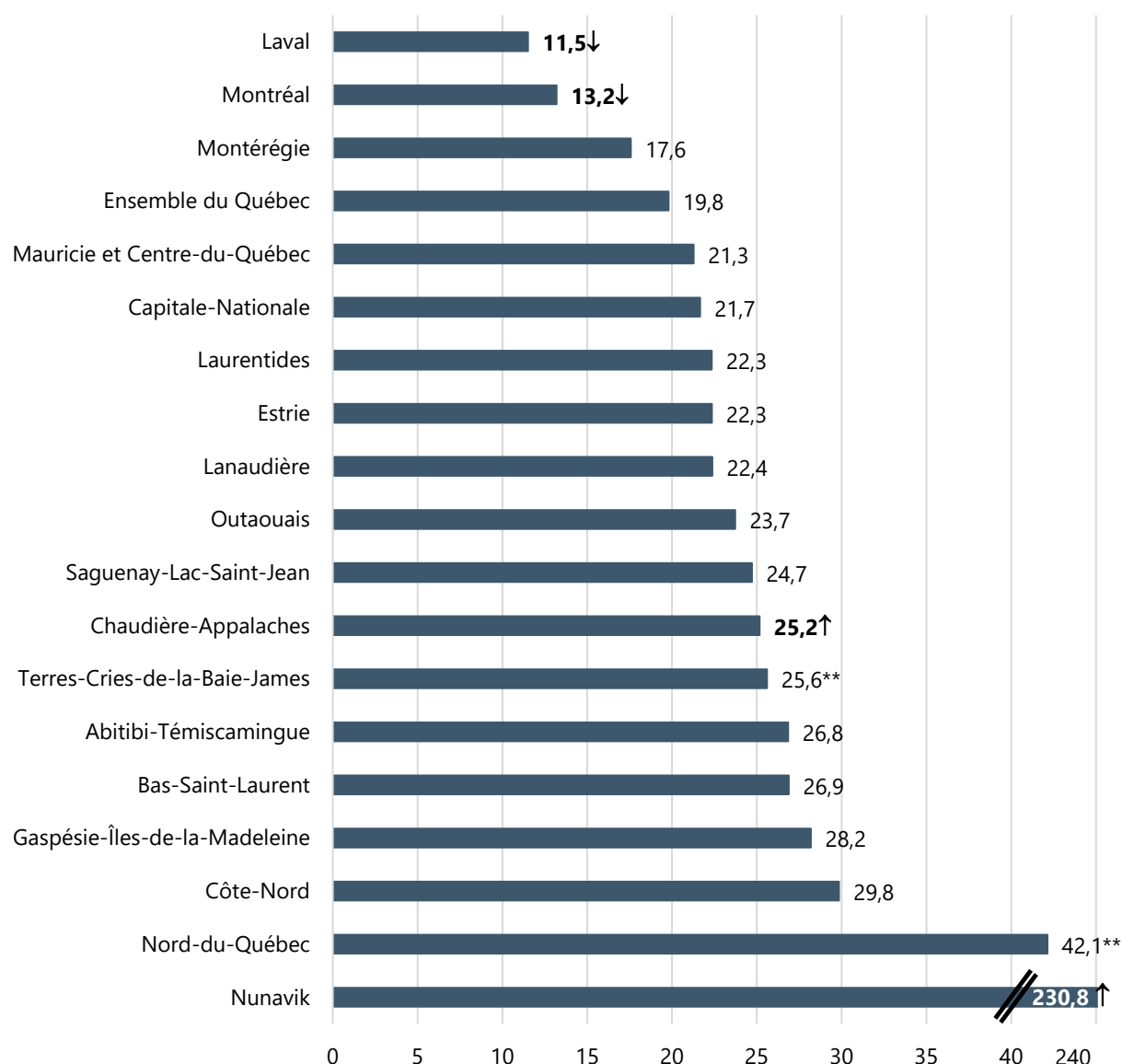
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

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

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2016 à 2021. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A1 Taux ajusté¹ de suicide chez les hommes par régions sociosanitaires, ensemble du Québec, 2018-2020²



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

² 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 %.

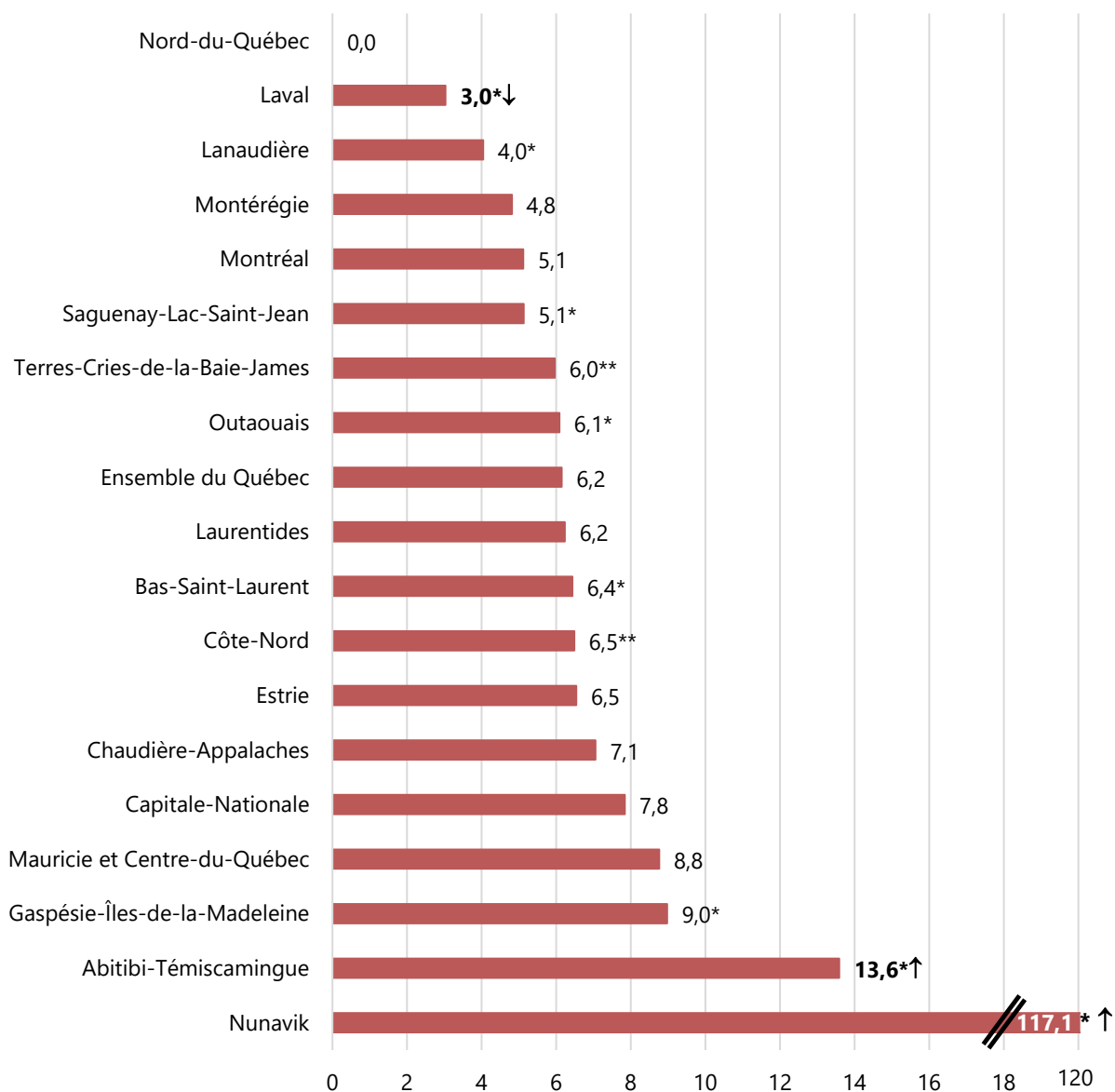
↓↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus bas et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

* 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 décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronar en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A2 Taux ajusté¹ de suicide chez les femmes par régions sociosanitaires, ensemble du Québec, 2018-2020²



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

² 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 %.

* 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 décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronar en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2016 à 2021^{2,3}

Région sociosanitaire	Année																	
	2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	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	30	15,2	14,8*	23	11,6	11,9*	28	14,2	13,7*	32	16,2	16,4*	40	20,2	19,6	31	15,6	15,6*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	44	15,9	15,8	47	17,0	16,6	38	13,7	13,5	46	16,5	16,6	43	15,4	15,3	29	10,4	10,8*
Capitale-Nationale	96	13,1	12,9	97	13,1	13,1	96	12,9	12,8	117	15,6	15,6	121	16,0	15,8	80	10,5	10,3
Mauricie et Centre-du-Québec	83	16,3	16,5	70	13,6	13,3	67	13,0	12,8	85	16,3	16,8	81	15,4	15,6	77	14,5	14,8
Estrie	67	14,1	14,2	64	13,4	13,3	76	15,7	15,9	68	13,9	14,1	67	13,5	13,5	70	13,8	14,1
Montréal	222	11,3	11,6	176	8,9	9,1	185	9,1	9,3	196	9,5	9,6	165	8,0	8,3	211	10,4	10,7
Outaouais	54	14,0	14,3	53	13,7	13,8	70	17,9	18,0	59	14,9	15,1	45	11,2	11,4	64	15,8	16,0
Abitibi-Témiscamingue	31	21,1	21,2*	35	23,7	23,9*	37	25,1	25,2	23	15,6	15,4*	29	19,6	19,8*	22	14,8	14,6*
Côte-Nord	15	16,2	15,5*	16	17,4	17,3*	18	19,8	20,0*	16	17,6	16,9*	17	18,8	18,3*	15	16,6	16,4*
Nord-du-Québec	2	14,4	16,5**	2	14,4	14,5**	2	14,5	15,9**	4	29,3	29,2**	3	22,3	23,0**	3	22,4	23,2**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	19	20,9	20,7*	13	14,4	13,4*	17	18,8	18,0*	23	25,4	24,1*	13	14,3	13,5*	7	7,6	7,4*
Chaudière-Appalaches	72	17,1	16,8	82	19,3	19,9	69	16,2	16,4	62	14,5	14,8	76	17,6	17,6	74	16,9	17,2
Laval	43	10,1	10,2	32	7,5	7,7*	36	8,3	8,4*	23	5,2	5,4*	33	7,5	7,6*	22	5,0	5,0*
Lanaudière	60	12,1	12,0	71	14,1	14,2	62	12,2	12,3	70	13,6	13,6	71	13,5	13,7	67	12,5	12,7
Laurentides	80	13,5	13,4	95	15,8	15,9	96	15,7	15,7	99	16,0	15,8	72	11,4	11,3	62	9,6	9,6
Montréal	166	12,1	12,2	155	11,2	11,3	159	11,3	11,4	164	11,5	11,7	148	10,3	10,4	143	9,8	9,9
Nunavik	18	134,5	97,6*	25	184,5	166,5*	36	260,6	195,2*	35	248,0	171,2*	29	202,1	161,6*	27	185,2	153,8*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	17,3	11,6**	3	17,0	13,7**	2	11,2	7,5**	6	33,1	31,8**	2	10,9	8,7**	3	16,1	11,7**
Ensemble du Québec	1 105	13,4	13,4	1 059	12,8	12,8	1 094	13,0	13,1	1 128	13,3	13,4	1 055	12,3	12,3	1 008	11,7	11,7

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

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

³ Données provisoires pour 2021.

* 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 décès de 1981 à 2020 et banque de données informatisée du Bureau du coronar en chef du Québec pour 2021 | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A3 Nombre et taux¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2008 à 2021

Année	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2008	12	5,2*	90	34,9	303	38,7	413	46,7	266	33,2	89	18,3
2009	23	10,4*	126	48,6	323	40,6	476	54,5	345	41,8	81	16,0
2010	19	8,9*	107	41,9	310	38,4	456	52,8	320	37,7	112	21,3
2011	16	7,7*	96	38,5	339	41,4	423	49,5	323	37,1	113	20,6
2012	12	5,9*	103	42,3	360	43,8	373	44,0	378	42,9	116	20,2
2013	11	5,4*	104	43,9	320	38,9	385	45,9	367	41,0	140	23,4
2014	16	7,9*	103	44,8	386	47,2	421	50,8	401	44,3	153	24,5
2015	22	10,9*	112	49,9	356	44,0	391	47,6	404	44,1	147	22,7
2016	15	7,3*	116	52,7	387	48,1	386	47,0	397	43,2	157	23,3
2017	13	6,2*	154	71,0	413	51,1	394	47,7	414	45,1	193	27,6
2018	26	12,0*	141	65,3	384	47,0	400	47,7	406	44,3	194	26,7
2019	23	10,2*	147	67,6	397	48,0	368	43,3	348	38,2	174	23,0
2020	7	3,0**	112	51,3	381	45,8	364	42,5	304	33,6	209	26,7
2021	22	9,3*	118	54,5	406	49,1	331	38,4	320	35,7	222	27,3
Femmes												
2008	56	25,5	183	73,5	339	45,0	504	58,8	350	43,0	93	14,5
2009	52	24,5	240	95,1	391	51,2	482	57,1	375	45,1	94	14,2
2010	60	29,2	210	83,6	407	52,3	530	63,6	413	48,7	135	19,7
2011	65	32,8	244	99,3	406	51,4	517	62,8	410	47,5	135	19,1
2012	74	37,9	299	126,7	408	51,5	533	65,2	434	49,6	122	16,8
2013	112	57,9	320	140,7	423	53,4	535	66,0	435	48,9	142	19,0
2014	113	58,3	332	151,5	472	60,1	534	66,4	492	54,6	134	17,5
2015	120	61,9	314	147,2	506	65,4	501	62,7	490	53,7	173	22,1
2016	148	74,9	346	165,3	491	64,1	499	62,3	489	53,4	205	25,5
2017	136	67,3	376	181,4	607	79,0	504	62,6	501	54,7	195	23,5
2018	129	61,6	406	196,3	611	78,9	517	63,5	467	51,2	205	24,0
2019	131	60,2	364	174,9	581	74,6	486	59,1	421	46,4	186	21,1
2020	104	46,2	318	152,4	561	71,9	429	51,7	413	45,9	212	23,4
2021	270	118,4	427	204,9	584	75,7	468	56,2	392	44,0	215	22,9

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.

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 11 novembre 2022.

Tableau A4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2017 à 2021^{2,3}

Région sociosanitaire	Année														
	2017			2018			2019			2020			2021		
	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	140	70,9	77,3 ↑	128	64,9	73,0 ↑	131	66,3	71,9 ↑	117	59,1	68,7 ↑	125	62,8	73,4 ↑
Saguenay–Lac-Saint-Jean	177	63,9	70,6 ↑	213	76,8	84,4 ↑	181	65,1	71,9 ↑	148	53,1	58,1 ↑	180	64,3	74,7 ↑
Capitale-Nationale	382	51,7	53,6	302	40,6	42,5	267	35,5	37,9 ↓	293	38,7	41,1	414	54,4	57,0 ↑
Mauricie–Centre-du-Québec	329	64,0	69,4 ↑	358	69,3	78,1 ↑	353	67,8	76,6 ↑	311	59,2	65,4 ↑	345	64,7	73,4 ↑
Estrie	245	51,2	54,4	233	48,1	52,2	233	47,6	51,5	208	41,8	44,0	197	38,9	42,0
Montréal	510	25,7	26,8 ↓	540	26,6	27,5 ↓	495	24,0	25,4 ↓	457	22,0	22,7 ↓	557	27,5	28,8 ↓
Outaouais	183	47,1	49,2	229	58,4	61,2 ↑	206	51,9	53,6	193	48,1	50,3 ↑	168	41,6	43,4
Abitibi-Témiscamingue	118	79,9	84,6 ↑	105	71,1	75,1 ↑	84	56,9	61,4 ↑	90	60,8	66,4 ↑	108	72,9	78,1 ↑
Côte-Nord	72	78,4	82,3 ↑	76,0	83,4	92,4	69	76,1	87,2 ↑	65	71,7	80,0 ↑	58	64,1	72,8 ↑
Nord-du-Québec	8	57,8	64,4**	n. d ⁴	n. d	n. d	9	65,9*	65,8	6	44,5**	52,1	8	59,6**	68,1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	70	77,3	87,4 ↑	66	72,8	79,8 ↑	61	67,4	78,1 ↑	47	51,8	54,6	43	46,7	55,5
Chaudière-Appalaches	220	51,9	56,0	173	40,6	43,8	204	47,6	51,7	194	44,8	49,6	193	44,1	49,2
Laval	103	24,0	24,5 ↓	120	27,6	28,7 ↓	83	18,9	19,5 ↓	90	20,3	20,7 ↓	110	24,8	24,9 ↓
Lanaudière	222	44,1	46,4	229	45,0	47,1	201	39,0	41,4	166	31,7	33,7 ↓	197	36,8	38,8
Laurentides	273	45,3	46,1	263	43,0	44,6	213	34,3	35,9 ↓	257	40,7	42,0	257	39,7	41,7
Montérégie	682	49,2	51,8	746	53,1	56,1 ↑	688	48,3	51,4 ↑	637	44,2	47,1 ↑	689	47,4	50,1
Nunavik	122	900,4	672,0 ↑	71	513,9	424,8 ↑	106	751,2	605,4 ↑	96	668,9	519,0 ↑	92	631,2	505,0 ↑
Terres-Cries-de-la-Baie-James	49	277,1	218,5 ↑	36	201,1	166,9 ↑	47	259,2	202,7 ↑	42	228,8	191,7 ↑	39	208,8	171,8 ↑
Ensemble du Québec	3 905	47,0	49,1	3 891	46,3	48,6	3 631	42,7	45,0	3 417	39,8	41,8	3 780	43,9	46,4

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

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

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

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

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

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

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisations spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme.

Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1996-2041 : version février 2022). Date de consultation : 7 janvier 2023.

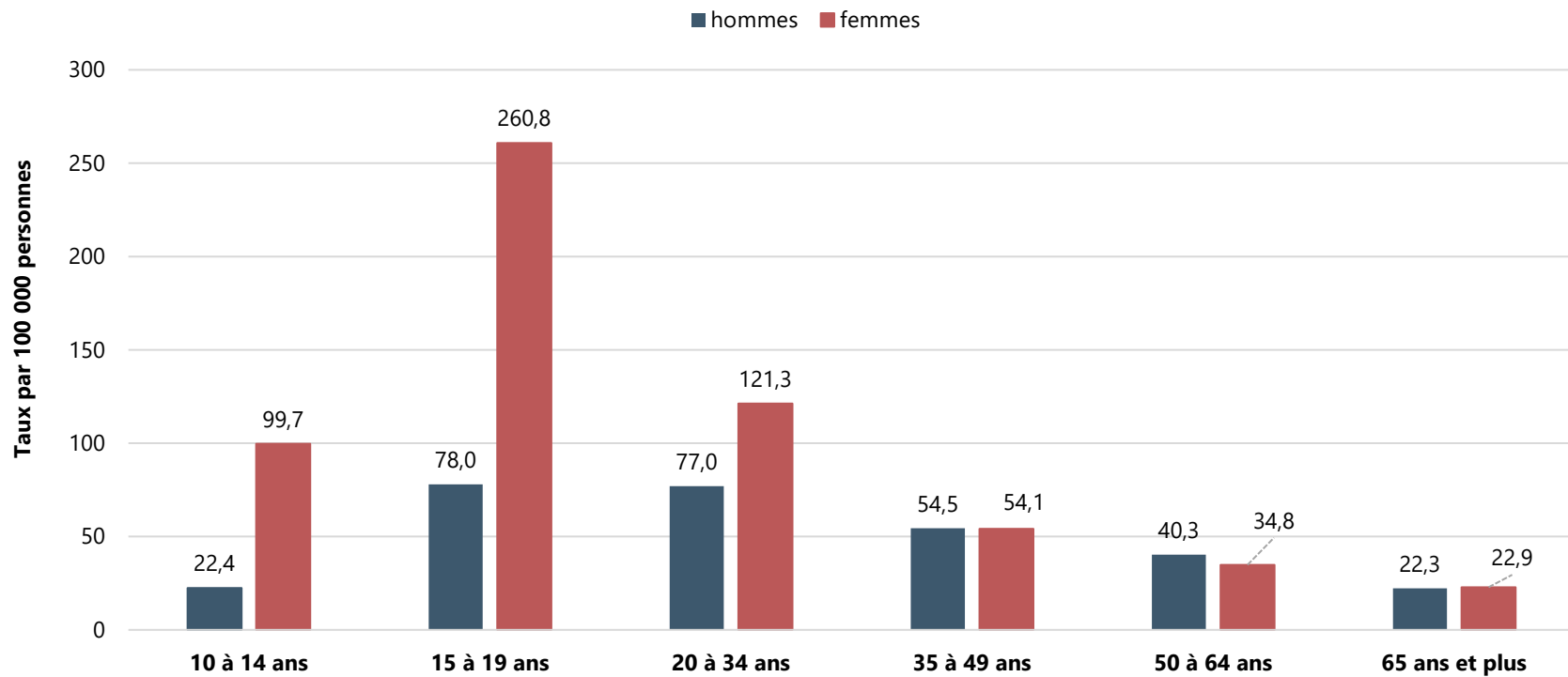
Tableau A5 Nombre et taux¹ de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022

Année	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2014	34	16,8	199	86,6	778	95,1	731	88,1	506	55,9	207	33,2
2015	26	12,9	227	101,2	891	110,3	649	79,0	581	63,5	201	31,1
2016	27	13,2	186	84,5	663	82,4	544	66,2	423	46,1	146	21,7
2017	45	21,4	207	95,4	669	82,7	508	61,5	386	42,0	163	23,3
2018	57	26,2	204	94,5	670	82,0	508	60,6	364	39,7	180	24,8
2019	39	17,3	170	78,2	684	82,6	449	52,9	375	41,2	158	20,9
2020	26	11,2	170	77,9	653	78,4	456	53,2	312	34,5	150	19,1
2021	53	22,4	185	85,5	647	78,2	429	49,8	363	40,5	147	18,1
2022	54	22,4	174	78,0	643	77,0	474	54,5	356	40,3	188	22,3
Femmes												
2014	117	60,3	471	214,9	870	110,8	709	88,1	457	50,7	201	26,3
2015	102	52,6	424	198,8	883	114,2	693	86,7	510	55,9	196	25,0
2016	125	63,3	401	191,6	856	111,8	526	65,7	407	44,4	173	21,5
2017	128	63,4	445	214,7	916	119,2	501	62,2	376	41,1	214	25,8
2018	99	47,3	433	209,4	906	117,0	496	61,0	367	40,2	176	20,6
2019	107	49,2	390	187,4	822	105,5	489	59,4	375	41,3	187	21,2
2020	113	50,2	358	171,5	701	89,9	404	48,7	307	34,1	184	20,3
2021	208	91,2	478	229,4	789	102,3	470	56,4	311	34,9	176	18,8
2022	231	99,7	561	260,8	942	121,3	455	54,1	306	34,8	221	22,9

¹ Taux par 100 000 personnes

Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A3 Taux de visites aux urgences pour tentative de suicide par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A6 Nombre et taux¹ de visites aux urgences pour tentative de suicide par régions sociosanitaires, sexe réunis, de 2018 à 2022

Région sociosanitaire	Année														
	2018			2019			2020			2021			2022		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	46	23,3	26,4	71	35,9	38,9	44	22,2	25,0	50	25,1	27,1	53	26,5	28,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	102	36,8	39,8	102	36,7	39,7	95	34,1	36,8	124	44,3	49,1	131	46,6	50,6
Capitale-Nationale	527	70,8	72,6	504	67,1	68,8	460	60,8	62,7	529	69,5	71,7	507	65,9	68,0
Mauricie–Centre-du-Québec	55	10,6	11,7	59	11,3	12,2	60	11,4	12,5	64	12,0	13,2	55	10,2	11,3
Estrie	264	54,5	57,6	266	54,3	56,9	256	51,5	53,8	309	61,0	64,5	336	65,3	68,6
Montréal	953	47,0	45,1	896	43,4	41,6	729	35,2	33,3	768	37,9	36,7	933	45,8	43,5
Outaouais	206	52,5	52,1	187	47,1	46,8	148	36,9	36,9	211	52,2	52,1	200	48,9	48,9
Abitibi-Témiscamingue	105	71,1	72,9	91	61,6	64,7	94	63,5	66,7	88	59,4	62,0	125	84,1	89,0
Côte-Nord	73	80,1	85,7	65	71,7	75,8	80	88,3	94,3	97	107,1	113,2	89	98,4	102,0
Nord-du-Québec ²	nd ³	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	30	33,1	36,7	18	19,9	22,6	23	25,4	30,2	19	20,6	23,8	19	20,5	24,1
Chaudière-Appalaches	113	26,5	27,6	119	27,7	29,4	99	22,9	24,9	121	27,6	29,3	141	31,9	33,8
Laval	216	49,6	49,6	176	40,0	40,3	162	36,6	36,3	183	41,3	41,1	181	40,5	40,0
Lanaudière	229	45,0	46,2	173	33,5	34,6	193	36,8	38,0	181	33,8	34,5	207	38,1	39,0
Laurentides	204	33,3	34,3	225	36,3	37,5	186	29,4	30,3	234	36,2	37,4	252	38,2	39,4
Montréal	1 276	90,9	92,7	1 227	86,2	88,5	1 144	79,5	81,5	1 211	83,3	85,4	1 299	88,2	89,9
Nunavik	nd	nd	30,1	9	63,8	44,1	nd	nd	30,3	9	61,8	44,0	11	74,4	53,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	9	50,3	40,6	nd	nd	12,3	6	32,7	30,0	11	58,9	50,3	7	36,9	24,9
Ensemble du Québec	4 479	53,3	53,7	4 264	50,1	50,7	3 844	44,8	45,3	4 270	49,6	50,4	4 618	53,1	53,8

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

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

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2018-2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

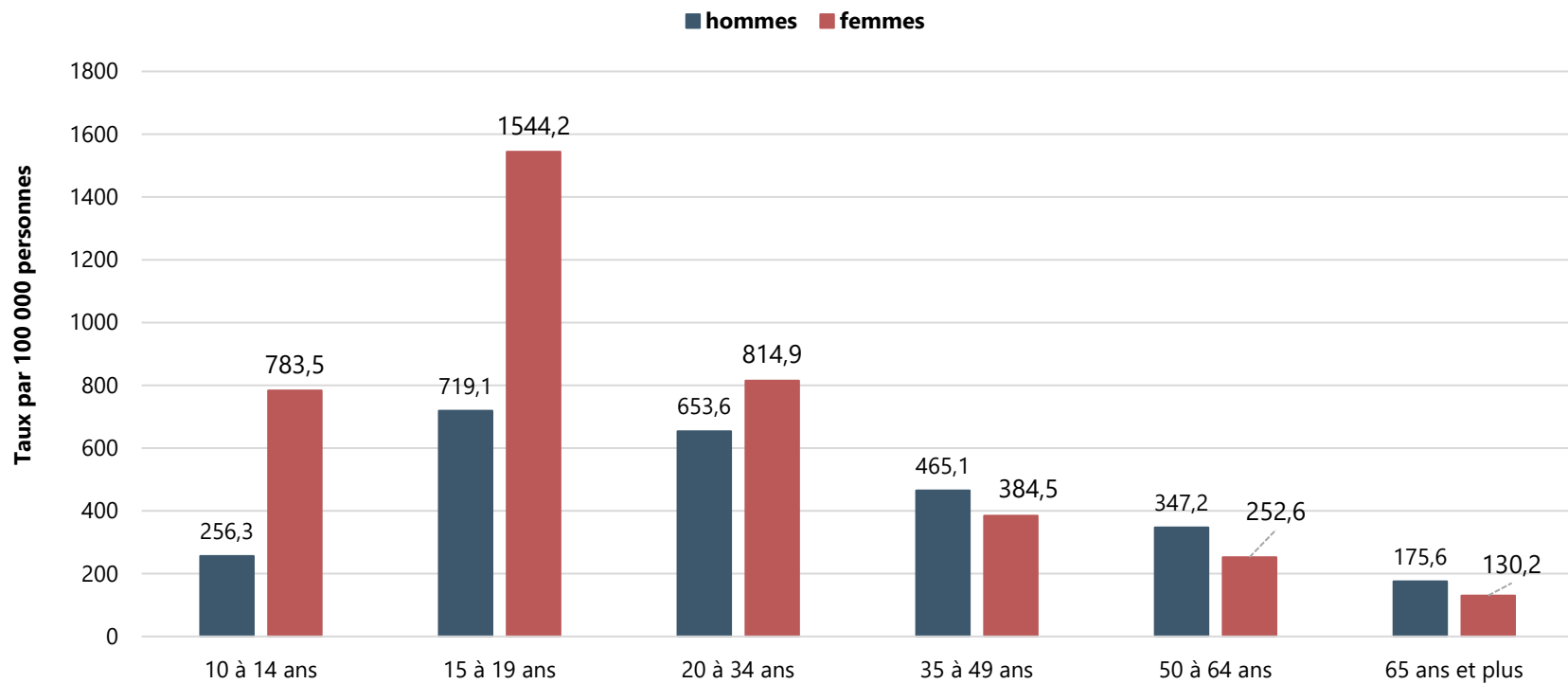
Tableau A7 Nombre et taux¹ de visites aux urgences pour idées suicidaires par sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2014 à 2022

	Groupes d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Hommes												
2014	390	192,3	1 476	642,6	4 635	566,5	4 155	501,0	3 346	369,5	1 013	162,5
2015	384	189,7	1 390	619,9	4 637	573,8	4 027	489,9	3 376	368,9	945	146,2
2016	454	221,4	1 674	760,5	5 192	645,2	4 031	490,9	3 297	358,9	966	143,7
2017	546	260,2	1 819	838,6	5 675	701,7	4 072	492,6	3 367	366,6	1 153	164,9
2018	660	303,5	1 788	828,3	5 742	702,6	4 356	519,9	3 459	377,6	1 183	163,0
2019	618	273,9	1 907	877,3	6 082	734,7	4 346	511,5	3 521	386,5	1 237	163,8
2020	465	199,4	1 493	684,5	5 061	607,8	3 924	457,8	2 973	328,7	1 228	156,7
2021	644	272,0	1 616	746,7	5 259	635,7	3 870	449,3	2 852	318,3	1 325	162,9
2022	617	256,3	1 605	719,1	5 462	653,6	4 047	465,1	3 071	347,2	1 483	175,6
Femmes												
2014	919	474,0	2 532	1 155,0	4 515	574,8	3 306	410,8	2 626	291,4	886	115,7
2015	887	457,3	2 406	1 127,8	4 654	601,8	3 327	416,0	2 532	277,6	872	111,4
2016	1 006	509,4	2 646	1 263,9	5 042	658,4	3 276	409,1	2 598	283,5	954	118,6
2017	1 172	580,1	2 974	1 435,1	5 568	724,4	3 333	414,1	2 494	272,3	999	120,5
2018	1 240	592,1	3 036	1 468,2	5 913	763,6	3 422	420,6	2 508	274,7	1 113	130,4
2019	1 276	586,6	2 918	1 401,7	6 012	771,7	3 456	420,0	2 396	264,0	1 193	135,4
2020	1 169	519,8	2 339	1 120,7	5 041	646,5	2 807	338,1	2 010	223,4	1 053	116,0
2021	2 025	888,2	3 429	1 645,5	5 858	759,5	3 042	365,0	2 232	250,5	1 149	122,6
2022	1 815	783,5	3 322	1 544,2	6 331	814,9	3 233	384,5	2 219	252,6	1 259	130,2

¹ Taux par 100 000 personnes

Sources : MSSS, SIGDU, 2014-2022. | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016

Figure A4 Taux de visites aux urgences pour idées suicidaires pas sexe et par groupes d'âge, ensemble du Québec, 2022



Sources : MSSS, SIGDU, 2022. | MSSS : estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A8 Nombre et taux¹ de visites aux urgences pour idées suicidaires, selon la région sociosanitaire, sexe réunis, de 2018 à 2022

Région sociosanitaire	Année														
	2018			2019			2020			2021			2022		
	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté	Nb	Taux brut	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	558	282,8	309,2	651	329,6	368,8	608	307,0	342,1	649	326,0	368,9	648	324,1	361,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	604	217,8	234,1	666	239,5	257,4	579	207,6	223,4	665	237,5	257,6	769	273,3	294,4
Capitale-Nationale	3 706	497,9	511,1	3 830	509,7	523,2	3 333	440,3	453,0	3 547	466,1	483,1	3 699	481,0	496,8
Mauricie–Centre-du-Québec	1 572	304,1	328,0	1 602	307,7	333,7	1 225	233,0	250,1	1 343	252,0	271,1	1 514	281,2	303,5
Estrie	2 258	466,5	491,2	2 305	470,4	497,7	1 820	365,8	386,9	2 208	435,9	460,6	2 407	467,5	492,5
Montréal	8 847	436,2	423,0	9 078	439,4	424,7	7 618	367,6	354,3	8 369	413,1	398,5	8 446	414,7	399,0
Outaouais	1 848	471,2	467,1	1 761	443,6	440,6	1 481	369,1	366,9	1 902	470,5	467,2	1 999	488,6	486,3
Abitibi-Témiscamingue	1 059	717,5	740,1	1 001	678,0	699,9	978	661,0	691,9	1 039	700,9	733,6	983	661,7	693,7
Côte-Nord	645	707,6	739,5	631	695,6	722,1	595	656,7	692,8	717	791,9	829,6	707	781,9	818,6
Nord-du-Québec	13	94,0	96,6	16	117,2	118,6	18	133,5	136,4	14	104,3	106,1	20	150,1	151,3
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	319	352,0	399,8	299	330,6	385,1	287	316,4	361,9	341	370,4	427,0	321	346,6	400,1
Chaudière-Appalaches	1 652	387,3	407,9	1 686	393,0	416,7	1 403	324,1	348,7	1 704	389,0	411,4	1 789	404,6	430,3
Laval	1 734	398,5	396,9	1 689	384,2	383,9	1 326	299,5	299,1	1 482	334,4	333,8	1 538	343,7	342,7
Lanaudière	2 237	439,5	450,4	2 394	464,2	479,3	2 102	400,8	413,3	2 383	445,2	457,4	2 388	439,1	453,4
Laurentides	2 705	442,1	453,1	2 727	439,4	452,0	2 368	374,8	388,0	2 570	397,1	409,2	2 858	433,7	448,0
Montréal	4 324	308,0	313,0	4 283	301,0	307,0	3 458	240,2	245,0	4 084	281,0	285,6	3 993	271,1	277,4
Nunavik	21	152,0	124,9	33	233,9	199,7	21	146,3	114,5	19	130,4	115,9	31	209,7	167,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	29	162,0	126,0	28	154,4	139,1	21	114,4	107,4	27	144,6	142,9	41	216,2	182,9
Ensemble du Québec	34 648	412,4	415,7	35 235	414,4	418,3	29 726	346,5	350,4	33 530	389,7	394,9	34 662	398,7	403,9

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

Sources : MSSS, SIGDU, 2018-2022. | MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Centre de référence
et d'expertise

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

