

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 DISCUSSION

4.1 Les suicides

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 CONCLUSION

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

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

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

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

ANNEXE 1 DONNÉES ET MÉTHODES

Données sur le suicide

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

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

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

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

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

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

Données sur les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Analyses statistiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Validation de la variable Z915

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

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

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

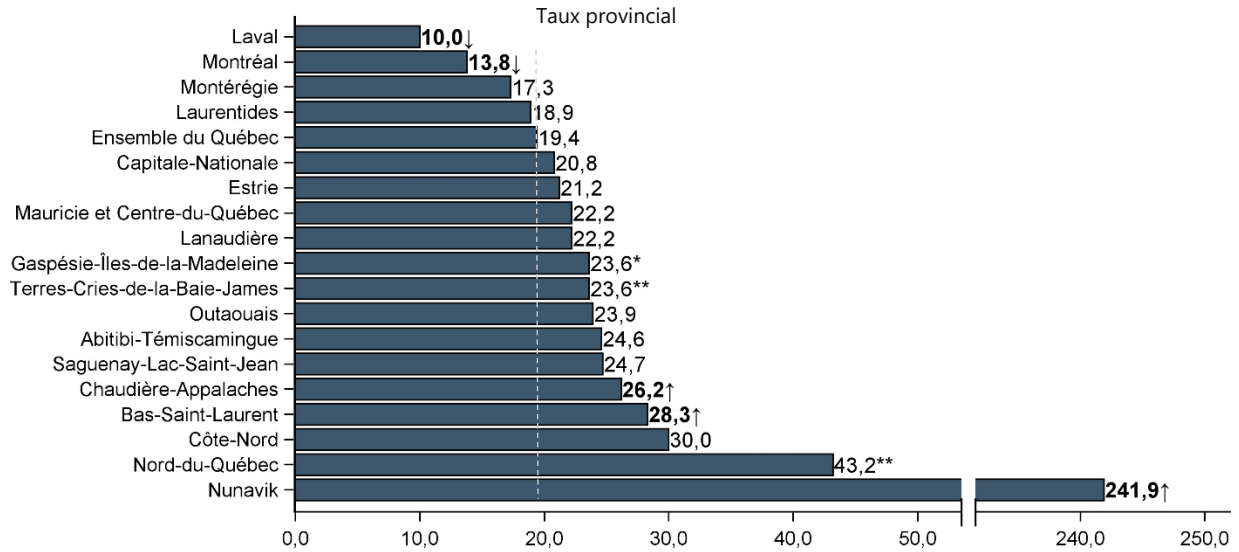
Un processus de validation similaire a été entrepris afin de déterminer si les cas présentaient un indice de défavorisation plus élevé que les témoins considérant également que l'indice de défavorisation est un indicateur de vulnérabilité chez les personnes présentant des comportements suicidaires. Il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

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

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

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

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



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

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

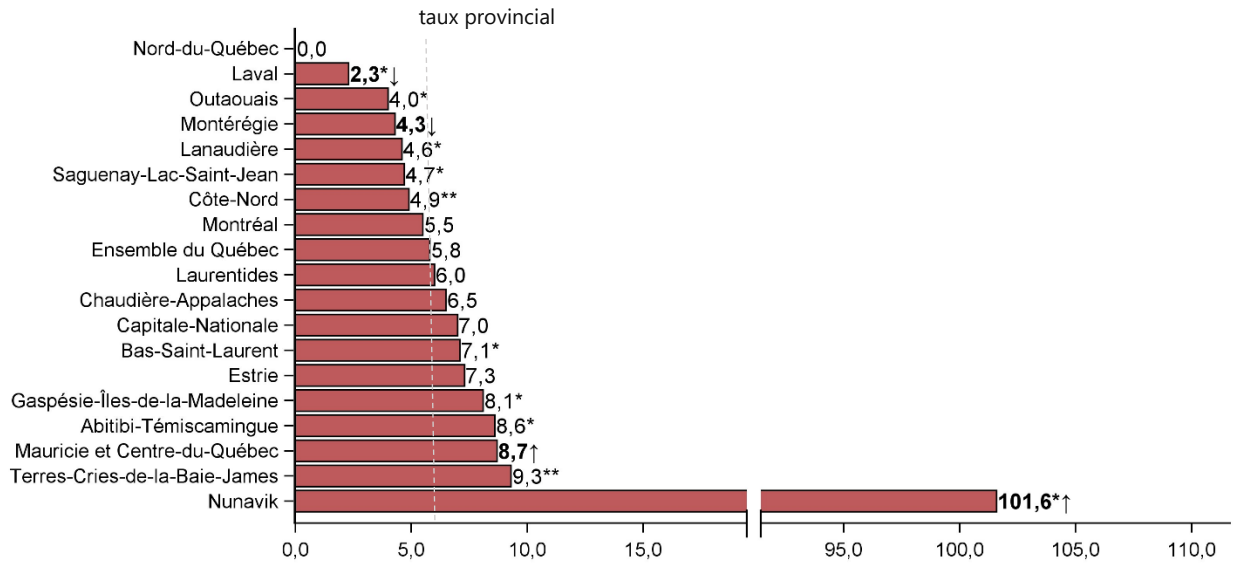
↓↑ Les flèches vers le bas indiquent un taux significativement plus faible et les flèches vers le haut indiquent un taux significativement plus élevé comparativement autres régions du Québec, à un seuil de 5 %.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Taux par 100 000 personnes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

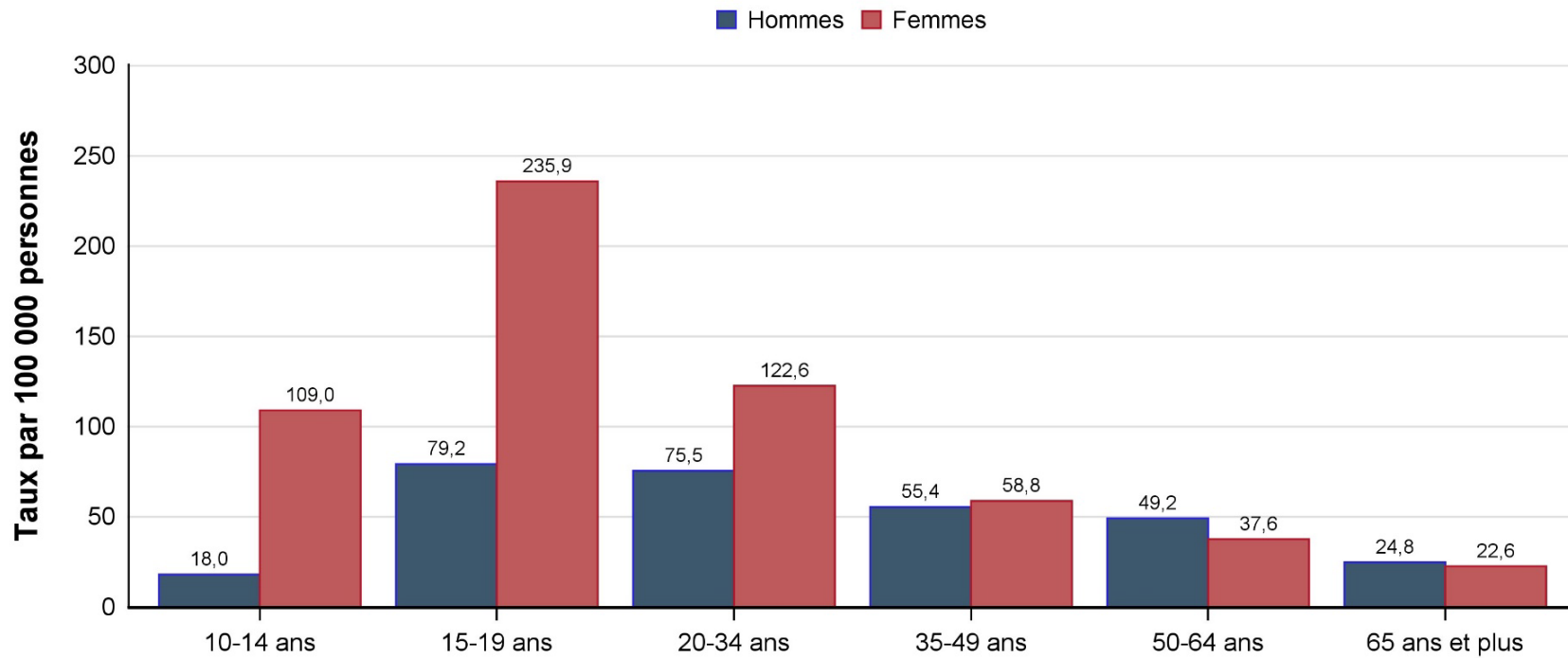
Tableau A6 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux tentatives de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023

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

¹ Taux par 100 000 personnes

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

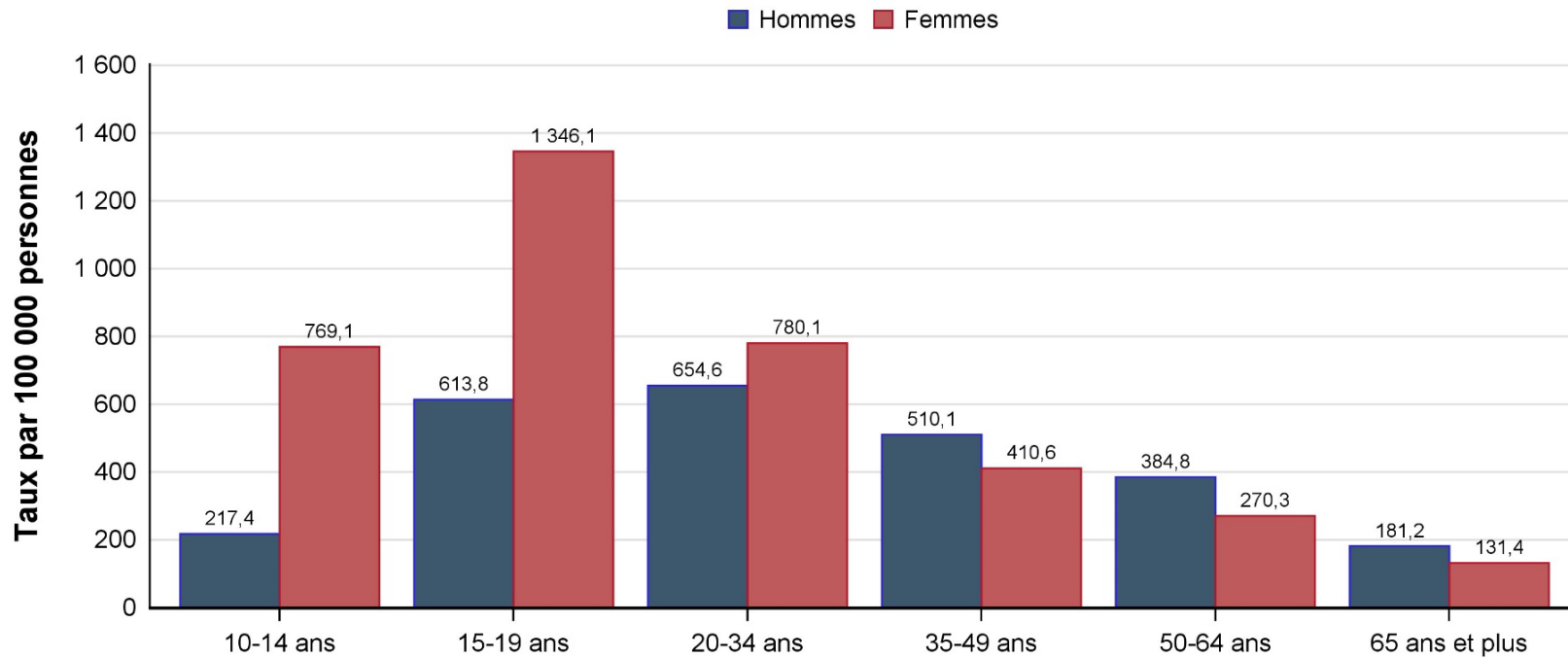
Tableau A8 Nombre et taux¹ de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires selon le sexe et le groupe d'âge, ensemble du Québec, 2015 à 2023

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

¹ Taux par 100 000 personnes.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Taux par 100 000 personnes.

² Données provisoires pour 2022.

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

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

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

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

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

¹ Taux par 100 000 personnes.

² Données provisoires pour 2022.

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

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

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

