



Une production du

BiESP

BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022

RAPPORT

Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022

RAPPORT

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Janvier 2022

AUTEURES

Pascale Levesque
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Christine Genest, inf. Ph. D.
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, les enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal

Jessica Rassy, inf. Ph. D.
École des sciences infirmières, FMSS, Université de Sherbrooke
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, les enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
Centre de recherche Charles-Le Moyne

RELECTEUR

Paul-André Perron
Bureau du coroner en chef du Québec

Marie-Claude Roberge
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION

Éric Pelletier
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

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

REMERCIEMENT

Nous tenons à remercier Michael O'Leary et Céline Carrier d'avoir lu ce rapport et nous avoir fait bénéficier de leurs judicieux commentaires.

Michael O'Leary, MAP
Pan clinique Nunavik

Céline Carrier
Pan clinique Nunavik

MISE EN PAGE

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

Ce document est une mise à jour de :

Levesque, P., Mishara, B. & Perron, P. A. (2021). Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 51 pages.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

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.

Si vous ou un de vos proches êtes en détresse, appelez sans frais, partout au Québec, le 1 866 APPELLE [277-3553]

- Par ce numéro, vous êtes en lien avec la ressource de votre région.
- Les intervenants au bout du fil sont formés et compétents.
- Ils sont disponibles 24 h par jour et 7 jours sur 7.
- Ils peuvent vous aider.

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 2022
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2562-3400 (PDF)
ISBN : 978-2-550-91080-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

Table des matières

Liste des tableaux	III
Liste des figures	V
Mise en contexte	1
Faits saillants	3
Introduction	5
Méthodes (abrégées)	7
Résultats	9
Les suicides au Québec.....	9
Les hospitalisations pour tentative de suicide au Québec.....	21
Visites aux urgences en raison d’une tentative de suicide ou des idées suicidaires.....	24
Discussion	31
Conclusion	33
Références	35
Annexe 1 Données et méthodes	37
Annexe 2 Résultats complémentaires	43

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2019.....	11
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020.....	22
Tableau 3	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences en raison d'idées suicidaires, selon le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021.....	26
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021.....	27
Tableau A1	Nombre et taux de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2014 à 2019.....	44
Tableau A2	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2014 à 2019.....	47
Tableau A3	Nombre et taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020.....	48
Tableau A4	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisation pour tentatives de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2020.....	49
Tableau A5	Nombre et taux de visites aux urgences en raison d'idées suicidaires selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021.....	50
Tableau A6	Nombre et taux de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021.....	51
Tableau A7	Nombre et taux ajusté de visites aux urgences en raison d'idées suicidaires, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2021.....	52
Tableau A8	Nombre et taux ajusté de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2021.....	53

Liste des figures

Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2019	12
Figure 2	Taux de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2019.....	12
Figure 3	Taux de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2019.....	13
Figure 4	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les hommes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017-2019.....	15
Figure 5	Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017-2019.....	15
Figure 6	Proportion (%) des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2017-2019	16
Figure 7	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2017-2019 ²	18
Figure 8	Répartition des suicides, selon le sexe, ensemble du Québec, 2019 et 2020.....	20
Figure 9	Répartition des suicides, selon l'âge, ensemble du Québec, 2019 et 2020	20
Figure 10	Taux ajusté d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020.....	23
Figure 11	Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 2008 à 2020	23
Figure 12	Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 2008 à 2020	24
Figure 13	Taux ajusté de visite à l'urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	26
Figure 14	Taux ajusté de visite à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	27
Figure 15	Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires selon les groupes d'âge, chez les hommes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	28
Figure 16	Taux de visite à l'urgence pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, chez les hommes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	28
Figure 17	Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires selon les groupes d'âge, chez les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	29
Figure 18	Taux de visite à l'urgence pour tentatives de suicidaires selon les groupes d'âge, chez les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021	29

Mise en contexte

Pour une deuxième année consécutive, notre rapport est publié dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19. Depuis le début de cette crise, plusieurs chercheurs, professionnels et intervenants de la santé craignent que le confinement, l'isolement social, les difficultés économiques et la surcharge du réseau de la santé et des services sociaux provoquent une hausse des comportements suicidaires. À plus long terme, cela pourrait se traduire ou non par une augmentation des taux de suicide selon la disponibilité des soins et des services en santé mentale, le sentiment d'espoir de la population et l'économie à moyen et à long terme¹⁻³.

Depuis le début de cette pandémie, plusieurs actions ont été entreprises dans le domaine de la surveillance et de la prévention du suicide à l'Institut national de santé publique du Québec (INPSQ). Une synthèse de l'effet des crises sanitaires et économiques sur les comportements suicidaires a été réalisée⁴. Cette synthèse nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances permettant de réaliser une surveillance ciblée des suicides au Québec tout au long de la pandémie. Un mécanisme de vigie a été mis en place afin de détecter l'impact potentiel de la COVID-19 sur les visites aux urgences pour idées suicidaires et tentatives de suicide⁵. De plus, avec l'aide du Bureau du coroner en chef du Québec et les efforts déployés par celui-ci au cours de la dernière année, des données provisoires sur le suicide pour 2020 ont été colligées. Grâce à l'ensemble de ces actions, cette mise à jour présente des résultats sur les comportements suicidaires pour la première année de pandémie de la COVID-19.

Toutefois, les conséquences tant sociales qu'économiques de la crise sanitaire actuelle sur le suicide au Québec ne sont peut-être pas encore toutes connues. Il est probable que ces conséquences perdurent encore un certain nombre de mois, voire même d'années. Il est probable que ces conséquences se manifestent ultérieurement, plusieurs mois ou années après la fin de la période la plus critique de la pandémie. Toutefois, cette mise à jour permettra aux décideurs en santé publique et aux acteurs de surveillance et de prévention de saisir les premiers impacts de la COVID-19 sur les comportements suicidaires afin de mettre en place des mesures adaptées à la situation actuelle.

Faits saillants

- Selon les données pour l'année 2019, 1128 personnes se sont enlevé la vie au Québec. C'est un taux brut de suicide de 13,3 par 100 000 personnes.
- Le taux de suicide semble atteindre un plateau après avoir diminué depuis plusieurs années.
- Au Québec, le suicide représente 1,7 % de tous les décès pour les années 2017-2019. Il est au 7^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.

Plus spécifiquement chez les hommes

- Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes âgés 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 2017 le taux le plus bas observé.
- Pour 2018-2019, il semble que le taux de suicide soit légèrement en hausse chez les hommes.

Plus spécifiquement chez les femmes

- Le taux de suicide le plus élevé chez les femmes s'observe chez celles âgées de 50 à 64 ans.
- Après avoir atteint un sommet en 1999, le taux de suicide chez les femmes demeure en baisse.

Plus spécifiquement chez les adolescentes et adolescents

- Comparativement au reste de la population, les jeunes filles et les adolescentes du Québec font davantage appel aux urgences pour tentative de suicide ou idées suicidaires. Elles sont aussi davantage hospitalisées pour ces raisons.
- Les hospitalisations et les visites aux urgences pour tentative de suicide ou idées suicidaires sont en essor chez les garçons âgés de 14 à 19 ans.
- En 2021, le taux de visites aux urgences et d'hospitalisation en raison de comportements suicidaires est plus élevé que les années précédentes pour les jeunes Québécois et Québécoises.

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

- Pour 2017-2019, le moyen le plus commun pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et la suffocation. Ce fait soulève l'importance de réfléchir aux actions de prévention autour des moyens qu'utilisent les personnes pour s'enlever la vie.

Le suicide en 2020, 1^{re} année de la pandémie de la COVID-19

- Selon les données provisoires émises par le Bureau du coroner en chef du Québec, il y aurait eu 1016 suicides en 2020. Ce nombre est sous-estimé et doit être utilisé avec précaution. Il semble tout de même indiquer qu'une augmentation ne devrait pas être observée.
- À plus long terme, la situation pandémique pourrait se traduire ou non par une augmentation des taux de suicide selon la disponibilité des soins en santé mentale, le sentiment d'espoir de la population et les effets sur l'économie à moyen et à long terme¹.
- En 2020, on observe une diminution de l'utilisation des services hospitaliers. Il est possible que les mesures sanitaires mises en place en raison de la pandémie de la COVID-19 aient découragé les personnes de visiter les urgences et que cela ait eu des répercussions sur les hospitalisations.

Introduction

Dans le cadre de sa 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 le suicide au Québec^{4,5}.

La production de ce rapport s'inscrit dans les activités de surveillance de l'INSPQ visant à développer des mesures et des indicateurs et à réaliser des analyses permettant notamment d'évaluer les besoins actuels et futurs des planificateurs en santé en matière de soins et de services. À cette surveillance, des données de vigie concernant les visites à l'urgence ont été rajoutées cette année en raison de la COVID-19. La vigie sert à détecter rapidement les menaces à la santé et à mettre en œuvre des interventions efficaces afin de contrer ces menaces.

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;
- rapporter les tendances concernant les visites aux urgences et les hospitalisations en raison de comportements suicidaires selon l'âge et le sexe;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie.

Méthodes (abrégées)

Pour les années 1981 à 2019, les données sont issues du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Cette mise à jour présente pour la première fois des données populationnelles sur le suicide pour l'année 2020, correspondant à la première année de la pandémie de la COVID-19. Les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec et ont été mises à jour le 5 janvier 2022. Éventuellement, ces données seront traitées à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où elles seront intégrées au Fichier des décès. Les observations tirées de ces données sont préliminaires et légèrement sous-estimées puisque 12,2 % des investigations du coroner pour 2020 étaient toujours en cours au moment de l'extraction, elles doivent donc être interprétées avec prudence.

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2019 ont été utilisées. Ces estimations sont le produit d'un travail fait entre Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec. Les taux de suicide sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et les régions sociosanitaires de résidence des personnes décédées. Les catégories d'âge ont été définies en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires.

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). 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 en raison d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide proviennent du mécanisme de vigie sur les comportements suicidaires mis en place à l'INSPQ, au printemps 2021, en raison de la pandémie de la COVID-19. Ces données proviennent du système d'information 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 Québec⁸. Les données du SIGDU sont disponibles à l'Infocentre de santé publique du Québec (Infocentre) et mises à jour quotidiennement. Dans le cadre de cette mise à jour, une extraction de ces données à partir de l'Infocentre a été réalisée le 10 janvier 2022, ce qui a permis de créer une fenêtre d'observation allant de 2014 (première année disponible dans le SIGDU) jusqu'à 2021. Les visites à l'urgence attribuables à une tentative de suicide ou des idéations suicidaires ont été identifiées dans le SIGDU à partir de la variable « raison de la visite ».

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

^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.

Résultats

Les nombres et les taux ajustés de suicide au Québec, entre 1981 et 2019, sont présentés au tableau 1. Selon les données pour 2019, le taux ajusté de suicide était de 13,4 par 100 000 personnes. À titre de comparaison, des taux de 12,8 et 13,1 par 100 000 personnes ont été observés successivement pour les années 2017 et 2018. Les données les plus récentes suggèrent que le taux de suicide au Québec se stabilise après avoir connu une légère diminution au cours des dernières années. Au total, 1 058 suicides ont été enregistrés en 2017, 1 094 en 2018 et 1 128 en 2019.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. Effectivement, en 2019, le taux ajusté de suicide des Québécois s'élevait à 20,7 par 100 000 personnes (872 décès) tandis que celui des Québécoises était de 6,1 pour 100 000 personnes (256 décès), ce qui représente un taux trois fois plus élevé chez les hommes du Québec comparativement aux femmes.

Les suicides au Québec

L'évolution temporelle du taux ajusté de suicide selon le sexe au Québec, de 1981 à 2019, est illustrée à la figure 1^b. Pour les hommes, le taux ajusté de suicide a été 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 semble s'être arrêtée depuis les deux dernières années pour atteindre un plateau. Les plus récentes données indiquent que le taux ajusté de suicide chez les hommes était 20,7 par 100 000 personnes en 2019, ce qui est légèrement supérieur à ce qui a été observé en 2017 et 2018 (respectivement 19,1 et 19,8). Les prochaines années permettront de déterminer s'il y a apparition d'une nouvelle tendance à la hausse.

Chez les femmes, le taux ajusté de suicide a 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 6,1 par 100 000 personnes en 2019 (voir tableau 1). Depuis 2009, les résultats suggèrent que le taux de suicide chez les femmes est plutôt stable.

Évolution des suicides selon les groupes d'âge et le sexe

Les figures 2 et 3^b permettent d'examiner l'évolution du taux de suicide au Québec, de 1981 à 2019, chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge.

Outre les garçons de 10 à 14 ans, ce sont les adolescents âgés de 15 à 19 ans qui affichent le taux de suicide le plus bas depuis le début des années 2000 (figure 2). Entre 1995 et 2006, ce taux est passé de 35,1 par 100 000 personnes à 9,8^c par 100 000 personnes. 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 par 100 000 personnes et 14 par 100 000 personnes. Cette variabilité s'explique en partie par le nombre peu élevé de cas depuis quelques années. Les données les plus récentes indiquent que le taux de suicide chez les adolescents était de 9,2^c par 100 000 personnes en 2019.

^b 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.

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

Chez les jeunes hommes âgés 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 pendant quelques années, mais depuis deux ans, il semble y avoir une légère augmentation du taux de suicide chez les hommes de ce groupe d'âge. Des données supplémentaires seront nécessaires pour convenir s'il s'agit d'une réelle tendance à la hausse.

Au début des années 1980, le taux de suicide chez les hommes âgés 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. En 2019, le taux de suicide était de 25,3 par 100 000 personnes. En raison de la diminution observée au cours des 20 dernières années, les hommes âgés 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 âgés 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 environ 2005, le taux de suicide chez les hommes âgés de 50 à 64 est plutôt stable, 32,7 par 100 000 personnes en 2019. Le plateau observé depuis plusieurs années contraste avec la tendance à la baisse qui a été observée chez les hommes âgés de 15 à 49 ans.

Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, il y a eu au début des années 2000, une légère diminution du taux de suicide, mais comme pour les hommes âgés 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 âgés de 65 ans et plus s'est stabilisé. En 2019, il était de 22,0 par 100 000 personnes.

En résumé, chez les hommes âgés de 20 à 34 ans, il semble y avoir une légère hausse du taux de suicide depuis les deux dernières années tandis que dans les autres groupes d'âge, le taux de suicide paraît stable. On peut également observer une légère hausse depuis 2018 chez les 50-64 ans.

Chez les femmes, il semble y avoir de nouvelles tendances qui apparaissent depuis quelques années chez certains groupes d'âge. Chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, le taux de suicide en 2019 a augmenté à 6,7^d par 100 000 personnes. C'est le plus haut taux observé depuis 2004. Au total, 14 jeunes filles se sont enlevé la vie en 2019 tandis qu'en 2017 et 2018, il y avait eu pour ce groupe d'âge respectivement 7 et 4 suicides. Des données supplémentaires seront nécessaires pour convenir s'il s'agit à long terme d'une tendance à la hausse.

Chez les femmes de 50 à 64 ans, il y a une diminution du taux de suicide depuis quelques années. Ce taux a baissé progressivement passant entre 2015 et 2019 de 12,8 par 100 000 personnes à 8,4 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas observé depuis une vingtaine d'années et s'il se maintient, il sera similaire à celui observé chez les femmes âgées de 35 et 49 ans.

Malgré de légères variations, le taux de suicide chez les femmes dans les autres groupes d'âge est resté stable depuis une dizaine d'années (figure 3).

Les nombres et les taux de suicide selon le sexe et l'âge pour les années 2014 à 2019 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A1.

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

Tableau 1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2019

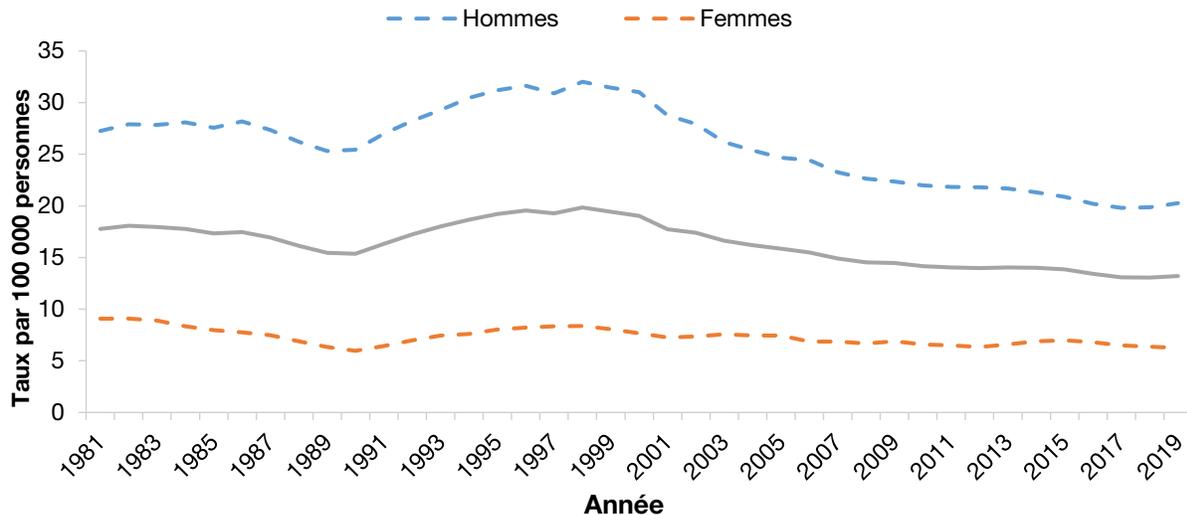
Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1981	795	24,6	26,9	252	7,6	8,8	1 047	16,0	17,4
1982	862	26,5	27,7	284	8,5	9,4	1 146	17,4	18,1
1983	903	27,7	29,2	279	8,4	9,1	1 182	17,9	18,7
1984	834	25,5	26,7	247	7,4	8,2	1 081	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

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2019

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2019



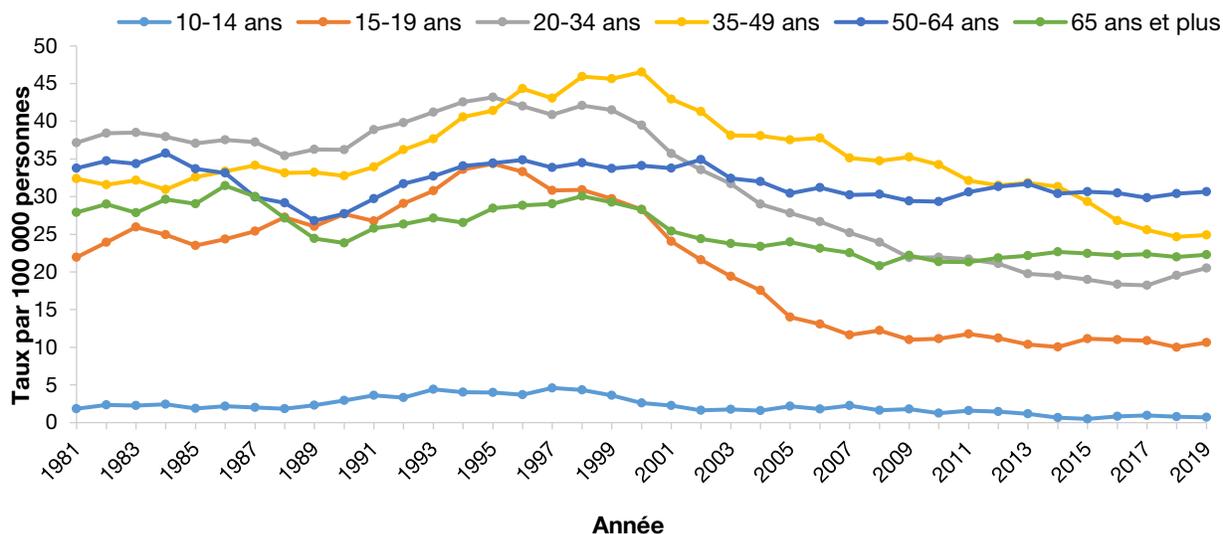
¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2018. Pour 1981 et 2019, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2019.

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 2 Taux de suicide¹ selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2019

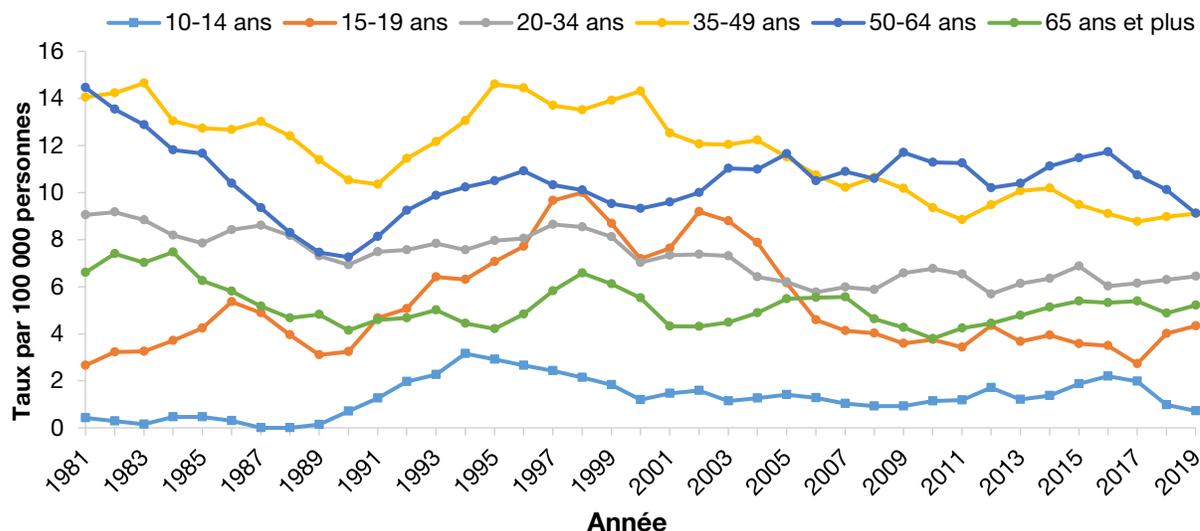


¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2018. Pour 1981 et 2019, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2019.

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 3 Taux de suicide¹ selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2019



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2017. Pour 1981 et 2019, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2019

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Importance du suicide parmi l'ensemble des décès

Les suicides sont au 7^e rang des causes de décès les plus fréquentes au Québec après les tumeurs malignes, les maladies du cœur, les traumatismes non intentionnels, les maladies des voies respiratoires inférieures, la grippe et la pneumopathie et les maladies cérébrovasculaires^e.

Les figures 4 et 5 illustrent, pour la période 2017-2019, 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 1,7 % de tous les décès pour les années 2017-2019. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (2,6 %) que chez les femmes (0,8 %) (données non présentées). Des proportions similaires ont été observées dans les années précédentes⁹.

Chez les hommes, la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les groupes âgés de 15 à 34 ans comparativement ceux âgés de 35 ans et plus. Il faut spécifier qu'à partir d'un certain âge, l'importance relative du suicide s'amenuise au fur et à mesure que les autres causes de décès s'accroissent. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes âgés de 15 à 19 ans (38,5 %) et de 20 à 34 ans (45,2 %) comparativement aux hommes âgés de 35 à 49 ans (24,6 %) et de 50 à 64 ans (6,0 %), tandis que leurs taux de suicide sont beaucoup plus bas (respectivement 10,0 et 19,6 par 100 000 personnes comparativement à

^e MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2021.

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 janvier 2022 à 22:00.

Mise à jour de l'indicateur le 15 juin 2021.

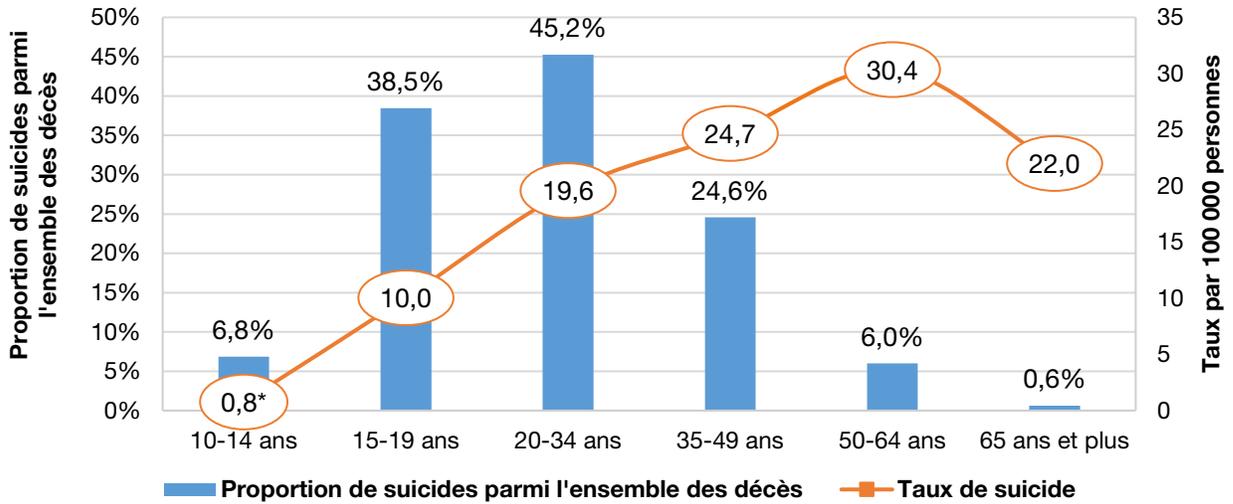
24,7 par 100 000 personnes et 30,4 par 100 000 personnes). Chez les hommes âgés de 65 ans et plus, le contraste est encore plus marqué. La proportion de suicide parmi l'ensemble des décès est moins de 1 % tandis que le taux de suicide est de 22,0 par 100 000 personnes.

Comme chez les hommes, la proportion du suicide chez les femmes parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les 15 à 34 ans comparativement aux 35 ans et plus. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (34,7 %) et de 20 à 34 ans (30,4 %) comparativement aux femmes âgées de 35 à 49 ans (13,0 %) et de 50 à 64 ans (2,7 %), tandis que leurs taux de suicide sont beaucoup plus bas (respectivement 4,0 par 100 000 personnes et 6,3 par 100 000 personnes comparativement à 9,0 par 100 000 personnes et 10,1 par 100 000 personnes). Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, la proportion de suicide parmi l'ensemble des décès est moins de 1 % tandis que le taux de suicide est de 4,9 par 100 000 personnes.

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

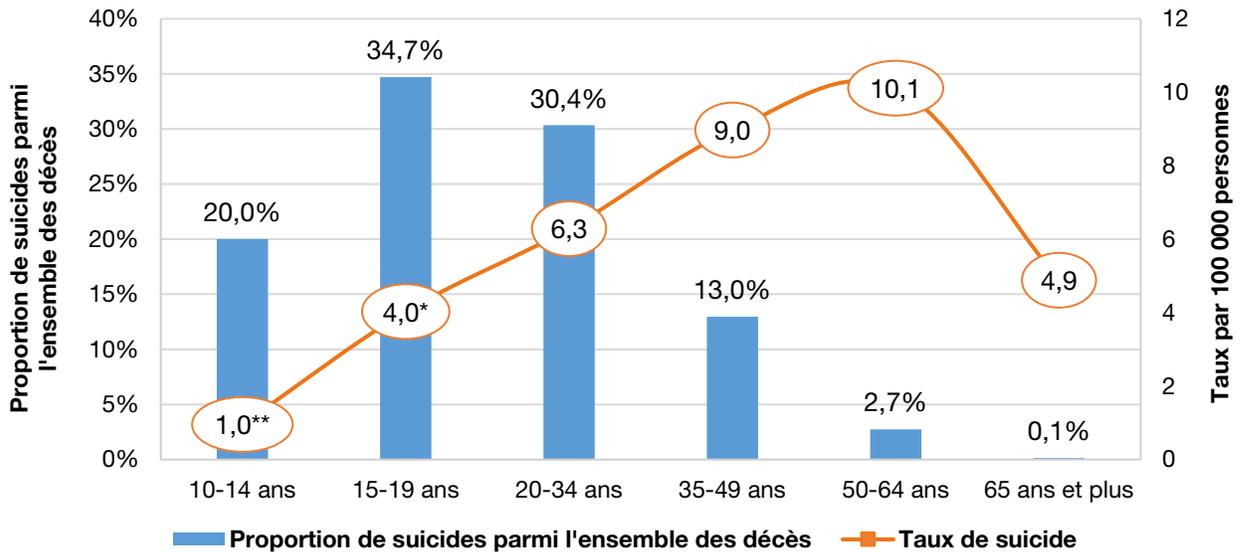
Pour 2017-2019, le moyen le plus commun pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et la suffocation. La figure 6 permet de constater que ce moyen était utilisé dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (55,2 %) et dans une proportion moindre chez les femmes (47,5 %). Les suicides par arme à feu sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (15,3 %) que chez les femmes (2,0 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins létaux pour s'enlever la vie que les hommes¹⁰. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (33,0 %) que par les hommes (9,8 %).

Figure 4 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les hommes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017-2019



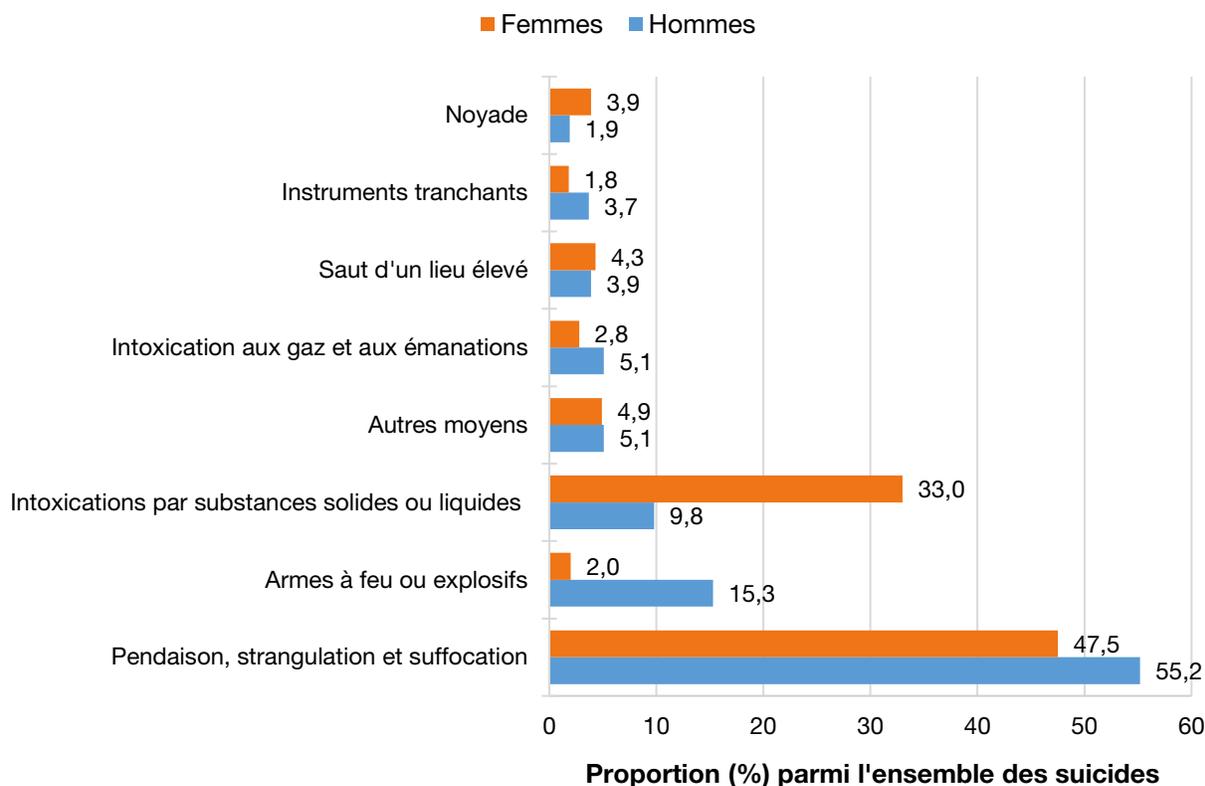
* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.
 Source : MSSS, Fichier des décès de 2017 à 2019.

Figure 5 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2017-2019



* 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 2017 à 2019.

Figure 6 Proportion (%) des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2017-2019



Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2017-2019

Suicide selon les régions sociosanitaires

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

La population peu nombreuse du Nunavik (environ 13 000 individus) affichait pour 2017-2019 un taux de suicide beaucoup plus élevé (177,1 par 100 000 personnes) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (13,1 par 100 000 personnes). Trois autres régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province soient : Abitibi-Témiscamingue (21,5 par 100 000 personnes), Chaudière-Appalaches (17,0 par 100 000 personnes) et les Laurentides (15,8 par 100 000 personnes). C'est la première fois depuis plusieurs années que les Laurentides ont un taux significativement plus élevé que le reste de la province.

Trois régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement inférieur au reste de la province soit Laval, Montréal et la Montérégie (respectivement 7,1, 9,4 et 11,4 par 100 000 personnes).

Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 246,1 par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la

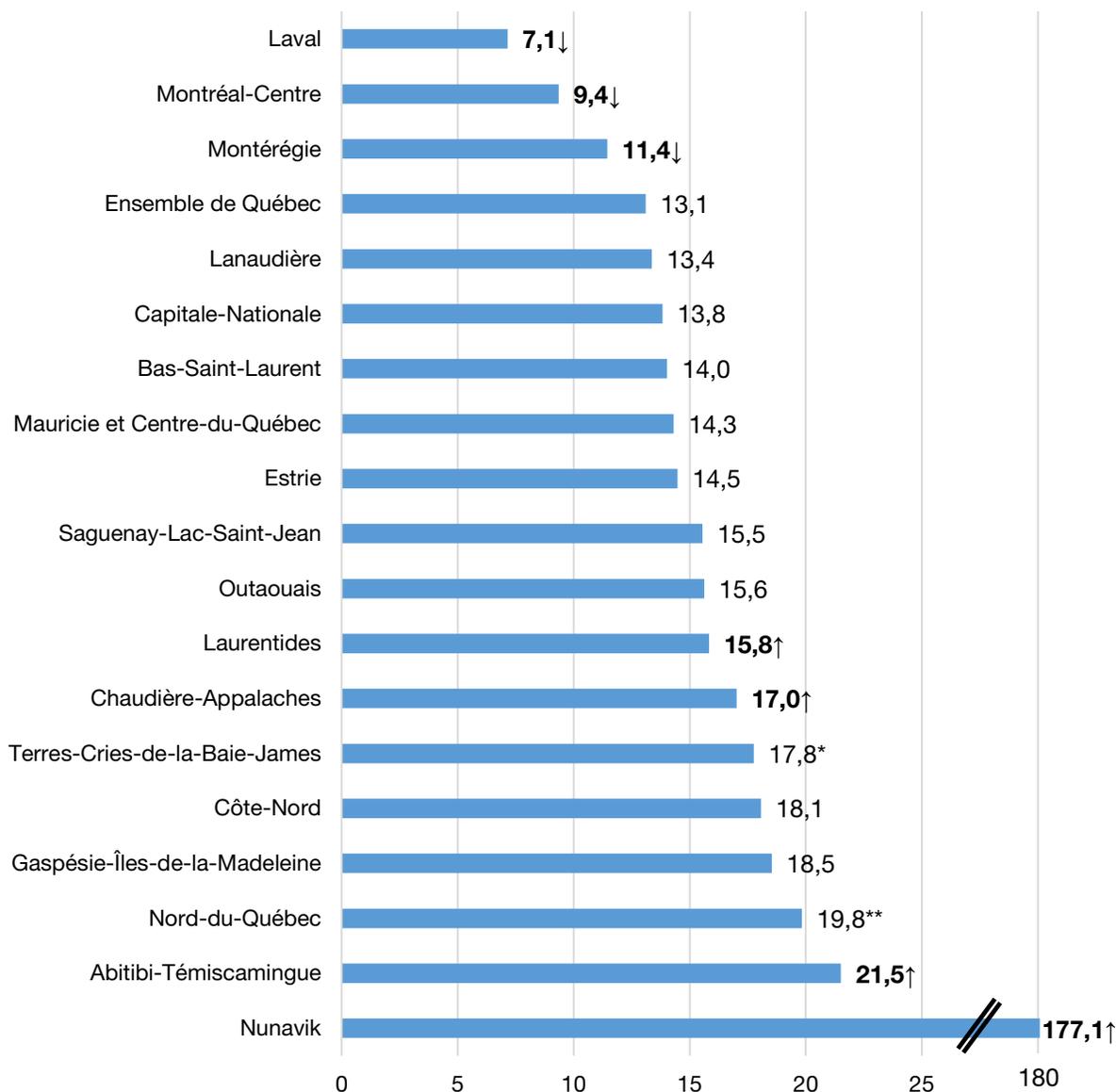
population masculine du Québec (19,9 par 100 000 personnes). Les régions de Chaudière-Appalaches et Laurentides avaient également un taux de suicide significativement plus élevé que le reste de la province (respectivement 25,3 par 100 000 et 24,7 par 100 000) tandis que les régions de Laval, de Montréal et de la Montérégie avaient des taux significativement plus bas (respectivement 11,7 par 100 000 personnes, 13,7 par 100 000 personnes et 17,0 par 100 000 personnes).

Chez les femmes du Nunavik, le taux de suicide était de 105,9^f par 100 000 personnes comparativement à 6,4 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 (15,9^f par 100 000 personnes) tandis que celles de la région de Laval avaient un taux significativement plus bas (2,9^f par 100 000 personnes).

Les taux de suicide selon la région, et le sexe pour la période 2017-2019 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, figures A1 et A2.

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

Figure 7 Taux ajusté¹ de suicide selon la région sociosanitaire, sexes réunis, ensemble du Québec, 2017-2019²



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, 2017-2019.

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Le suicide en 2020, première année de la pandémie de la COVID-19

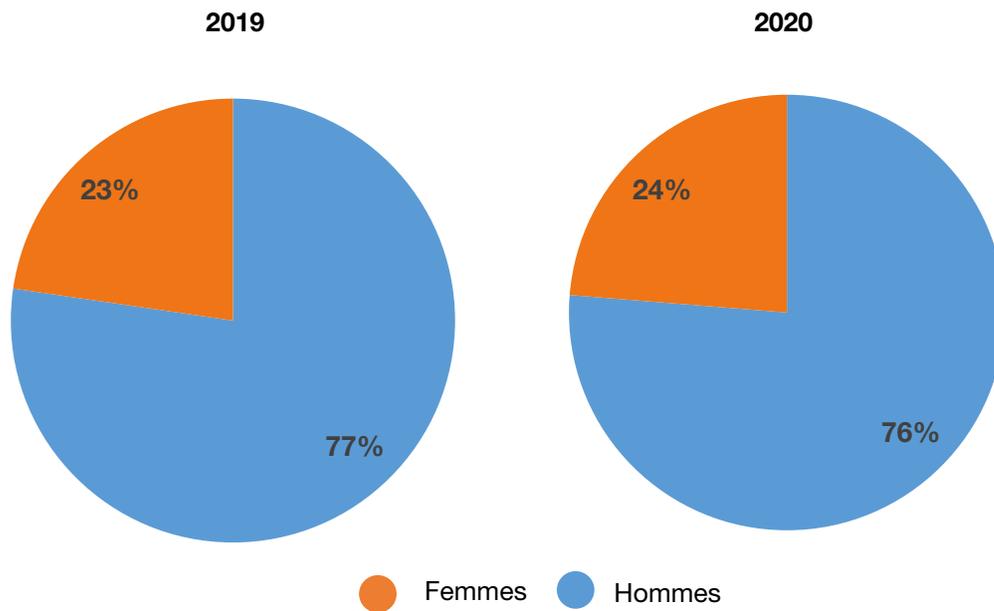
Pour l'année 2020, ponctuée par les diverses mesures sanitaires mises en place en raison de la pandémie de la COVID-19, plusieurs inquiétudes ont été soulevées relativement à leurs impacts sur la santé mentale des Québécois et Québécoises^{8,9}. Plusieurs chercheurs, professionnels et intervenants craignent que le confinement, l'isolement social, les difficultés économiques, l'incertitude, la surcharge du réseau de la santé associés au contexte pandémique, mais aussi la pandémie proprement dite provoquent une hausse de la détresse et hypothétiquement une augmentation des comportements suicidaires^{2, 10, 11}.

Les données provenant du fichier des décès ne permettent pas pour l'instant de connaître le nombre de suicides depuis le début de la pandémie. Néanmoins, l'utilisation de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'analyser des données plus récentes qui n'ont pas encore été ajoutées au Fichier des décès. Il y a dans cette banque (a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion est un décès par suicide (89,0 % pour 2020) ; et (b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (11,0 % pour 2020). Il est important de noter qu'au moment de l'extraction des données (5 janvier 2022), 12,2 % de toutes les investigations de 2020 étaient en toujours cours. Comme les causes de décès ne sont pas confirmées pour ces cas, les résultats présentés dans cette section sont préliminaires et probablement sous-estimés d'environ 2,5 % (des précisions méthodologiques à ce sujet sont développées à l'annexe 1.) Ils doivent donc être interprétés avec prudence.

Selon les dernières observations du Bureau du coroner en chef du Québec, on peut estimer que 1016 personnes se sont enlevé la vie en 2020. Pour l'instant, il s'agit de 112 suicides de moins qu'en 2019.

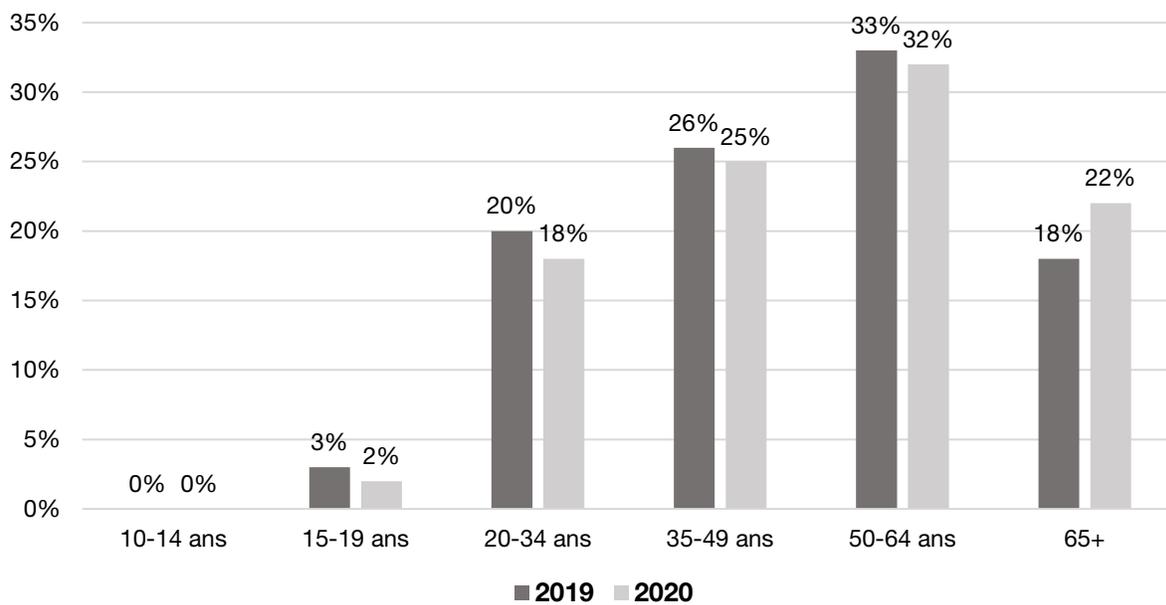
L'année 2020 a provoqué de grands bouleversements sur le plan social et économique. Afin de savoir si ces bouleversements ont aussi modifié la répartition des personnes qui se sont enlevé la vie, des comparaisons selon le sexe et l'âge entre 2019 et 2020 ont été réalisées. La répartition selon le sexe montre que 76 % des suicides ont été complétés par des hommes (n = 775) et 24 % par des femmes (n = 241) [figure 8]. Cette répartition était presque identique en 2019. La répartition selon l'âge indique que 2 % des suicides se retrouvent chez les 15-19 ans, 18 % chez les 20-34 ans, 25 % chez les 35-49 ans, 32 % chez les 50-65 ans et 22 % chez les 65 ans et plus se sont enlevé la vie en 2020 [figure 9]. Il semble que pour la majorité des groupes d'âge, la distribution ressemble à ce qui a été observé avant la pandémie. Toutefois, la proportion de suicide chez les personnes de 65 ans et plus a légèrement augmenté en 2020 comparativement à 2019.

Figure 8 Répartition des suicides, selon le sexe, ensemble du Québec, 2019 et 2020



Source : Banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec, 2020.

Figure 9 Répartition des suicides, selon l'âge, ensemble du Québec, 2019 et 2020



Source : Banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec, 2020.

Les hospitalisations pour tentative de suicide au Québec

Selon les plus récentes données disponibles, le taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide au Québec était de 41,8 par 100 000 personnes en 2020 (3 413 hospitalisations pour tentative de suicide) (tableau 2). Contrairement aux suicides qui sont généralement plus élevés chez les hommes, les hospitalisations pour tentative de suicide sont généralement plus fréquentes chez les femmes. En 2020, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 2 035 chez les femmes et de 1 378 chez les hommes.

Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe

Contrairement à la tendance à la baisse du taux de suicide, le taux ajusté d'hospitalisation pour tentative de suicide a augmenté au Québec entre 2008 et 2018 (figure 10). Pour l'année 2008, le taux ajusté d'hospitalisation chez les femmes était de 38,7 par 100 000 personnes et celui des hommes de 30,1 par 100 000 personnes (tableau 2). En 2018, ce taux a grimpé jusqu'à 59,7 chez les femmes et 38,1 chez les hommes. Depuis une dizaine d'années, ce taux a augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes, creusant ainsi un écart important entre les deux sexes. En 2008, la différence de taux était de 8,6 par 100 000 personnes alors qu'elle atteignait 21,6 par 100 000 personnes en 2018.

Depuis deux ans, il semble y avoir une légère diminution des taux d'hospitalisation. En effet, entre 2018 et 2019, le taux ajusté d'hospitalisation pour une tentative de suicide est passé de 48,6 à 45,0 par 100 000 personnes. Une diminution a également été observée entre 2019 et 2020, mais des données supplémentaires seront nécessaires pour convenir s'il s'agit d'une réelle tendance à la baisse ou simplement d'une diminution de l'utilisation des services de santé en raison de la COVID-19.

Comparaisons des hospitalisations pour tentative de suicide selon les groupes d'âge et le sexe

Les figures 11 et 12 permettent d'examiner l'évolution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide au Québec, de 2008 à 2020, chez les hommes et les femmes selon différents groupes d'âge.

Chez les hommes, c'est l'augmentation depuis une dizaine d'années du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les plus jeunes qui se démarque, et ce, plus particulièrement chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans (figure 11). Pour ce groupe, il y a eu une augmentation progressive du taux d'hospitalisation entre 2008 et 2016, passant de 34,9 par 100 000 personnes à 50,9 par 100 000 personnes (annexe 2, tableau A3). De plus, l'année 2017 a été marquée par un pic du taux d'hospitalisation qui atteignait alors 71,0 par 100 000 personnes.

Ce sont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui présentent la hausse la plus marquée du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (figure 12). Depuis une dizaine d'années, ce taux a constamment augmenté et l'écart avec les autres groupes d'âge s'est agrandi. Le taux le plus élevé est observé en 2018 où il atteignait 196,3 par 100 000 personnes (annexe 2, tableau A3). Il est alors 2,5 fois plus élevé que celui observé en 2008 (73,5 par 100 000 personnes). Chez les jeunes femmes âgées de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide a aussi augmenté, passant de 45,0 par 100 000 personnes en 2008 à 79,0 par 100 000 personnes en 2017, le deuxième en importance après les adolescentes.

Bien que le taux ne soit pas aussi élevé que chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, il semble qu'il y ait aussi une augmentation importante du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. Ce taux a plus que doublé, passant progressivement de 25,5 par 100 000 personnes en 2008 à 60,2 par 100 000 personnes en 2019.

Par ailleurs, la diminution observée des hospitalisations en raison d'une tentative de suicide en 2019 et 2020 montre qu'elle est principalement causée par la diminution des hospitalisations chez les adolescentes et dans une moindre mesure les adolescents (figure 11 et 12). Pour 2020, il est possible que les craintes liées à la pandémie et les mesures sanitaires mises en place aient découragé les jeunes et leurs parents de visiter les urgences et que cela ait eu comme répercussions une diminution des hospitalisations. À ce sujet, un rapport sur les comportements suicidaires ayant nécessité une visite à l'urgence montre une diminution de la fréquentation des services hospitaliers lors des périodes où des mesures sanitaires importantes ont été mises en place par le gouvernement québécois⁵.

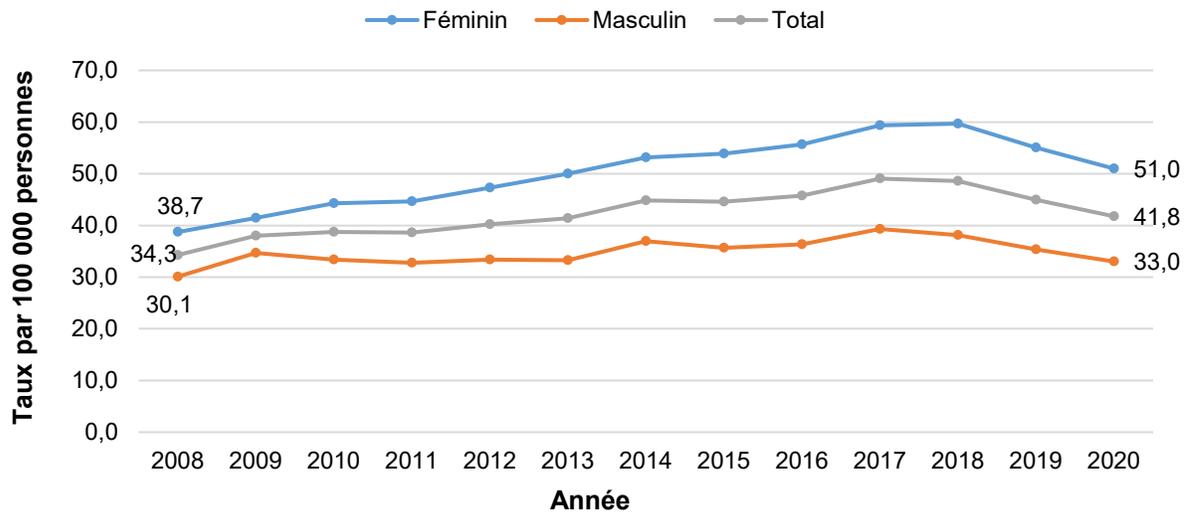
Les nombres et les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe, l'âge et les régions sociosanitaires pour les années 2008 à 2020 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableaux A3 et A4.

Tableau 2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020

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	1 378	32,1	33,0	2 035	47,5	51,0	3 413	39,8	41,8

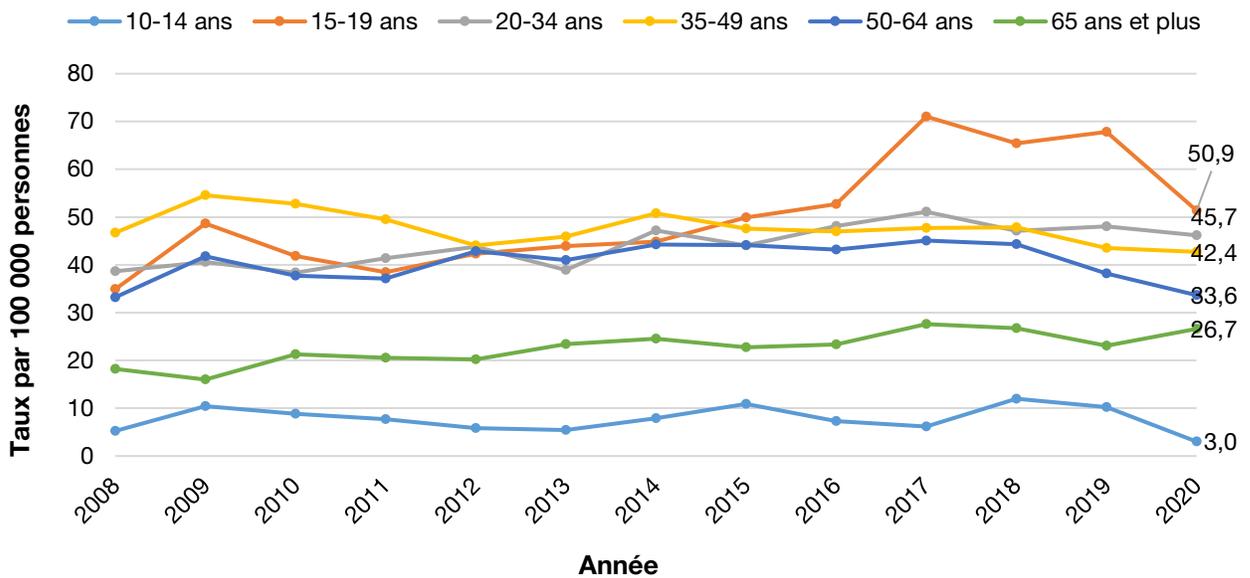
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Figure 10 Taux ajusté¹ d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020



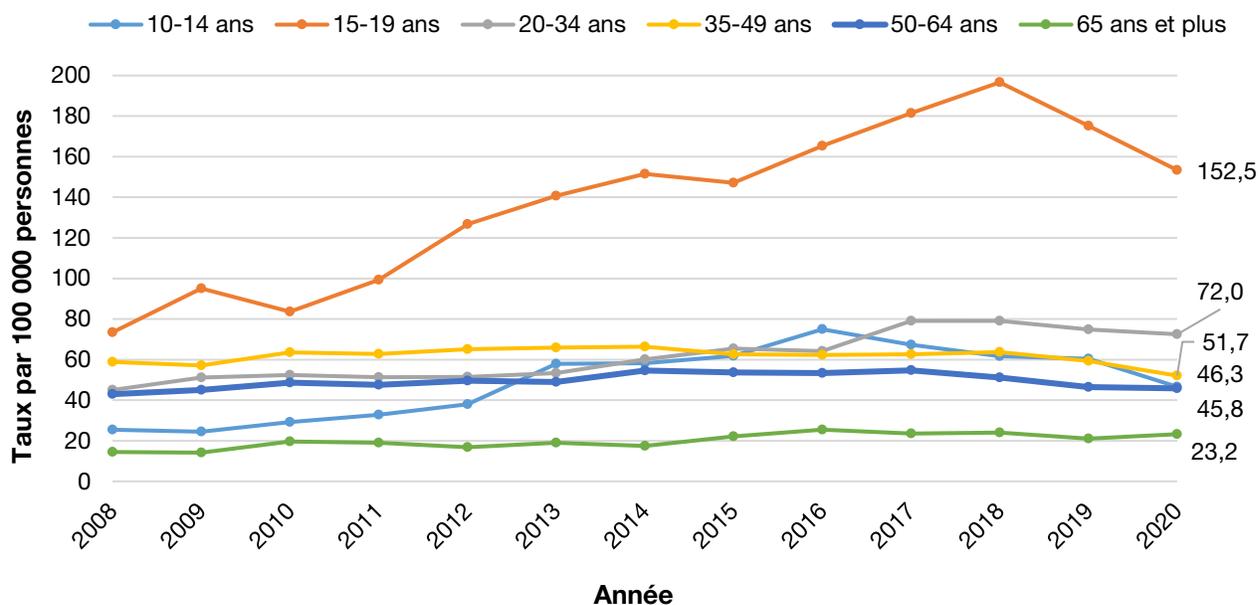
¹ Taux ajusté par 100 000 personnes selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, MSSS (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Figure 11 Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 2008 à 2020



Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation 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 (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Figure 12 Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 2008 à 2020



Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation 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 (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide ou des idées suicidaires

Évolution des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires selon le sexe

En raison d'idées suicidaires

La tendance à la hausse du taux annuel de visites aux urgences pour des idéations suicidaires observées au cours des cinq années précédant la pandémie a été interrompue en 2020 pendant l'apparition de la COVID-19 (tableau 3 et figure 13). Ce taux est alors passé de 418,2 par 100 000 personnes en 2019 à 350,4 par 100 000 personnes en 2020. Il s'agit d'une baisse de 16 %. Il est possible qu'il y ait eu une réelle réduction des idées suicidaires. Cependant, il est aussi possible que les idées suicidaires soient restées inchangées, mais que les diverses craintes liées à la pandémie et les mesures sanitaires mises en place aient découragé les personnes de visiter les urgences. Pour 2021, il semble que la population ait recommencé à consulter les urgences malgré la pandémie. En effet, le taux de visite aux urgences en 2021 (395,7 par 100 000 personnes) en raison d'idées suicidaires a remonté, mais sa valeur demeure inférieure à celles observées en période pré-pandémique.

Entre 2014 et 2020, le taux de visite aux urgences en raison d'idées suicidaires est semblable chez les hommes et des femmes du Québec. Pour la période 2020-2021, il semble que les femmes se démarquent des hommes avec une augmentation plus importante de leur taux.

En raison d'une tentative de suicide

Contrairement aux idées suicidaires, il y a eu une diminution progressive du taux annuel de visites aux urgences pour tentative de suicide au Québec entre 2014 et 2019 (tableau 4 et figure 11) passant de 64,0 par 100 000 personnes à 50,4 par 100 000 personnes. Pour les années 2020-2021 marquées par la crise de la COVID-19, le taux annuel de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide a diminué de 10 % entre 2019 et 2020 (45,3 par 100 000 personnes en 2020) pour ensuite remonter légèrement et revenir à une valeur similaire à ce qui était observé juste avant la pandémie (50,4 par 100 000 personnes en 2021).

Contrairement à 2020, la deuxième année de la pandémie est marquée par une augmentation des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires. Il est possible qu'en raison de la vaccination ou de la diminution des mesures sanitaires durant certaines périodes, il y ait eu une diminution des craintes énoncées plus haut.

Entre 2014 et 2020, le taux de visite aux urgences en raison d'une tentative de suicide a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Évolution des visites aux urgences en raison de comportements suicidaires selon les groupes d'âge et le sexe

Visite en raison d'idées suicidaires

Chez les hommes, ce sont les adolescents âgés de 15 et 19 ans qui ont le taux de visite aux urgences en raison d'idée suicidaire le plus élevé (figure 15 et annexe 2, tableau A5). Ce taux a augmenté entre 2015 et 2019 (respectivement 619,8 par 100 000 personnes et 877,6 par 100 000 personnes) pour ensuite redescendre en 2020 (685,6 par 100 000 personnes). Chez les hommes plus âgés, le taux de visite aux urgences en raison d'idée suicidaire diminue avec l'âge. Ainsi, les hommes de 65 ans et plus sont ceux ayant le moins fréquenté les urgences pour cette raison.

Pour 2021, il semble y avoir une reprise plus marquée des visites aux urgences en raison d'idée suicidaire chez les jeunes garçons de 10 et 14 ans, les adolescents de 15 et 19 ans et les jeunes hommes âgés de 20 et 34 ans.

Visite en raison d'une tentative de suicide

Pour les tentatives de suicide chez les hommes, le taux de visite aux urgences est plus élevé chez les adolescents et les jeunes hommes âgés de 15 à 34 ans (figure 16 et annexe 2, tableau A6). Depuis le début de la période d'observations, aucune tendance claire n'apparaît pour ces deux groupes d'âge (figure 16 et annexe 2, tableau A6) comparativement aux hommes plus âgés où il y a, depuis 2015, une diminution marquée du taux de visite aux urgences en raison d'une tentative de suicide.

Chez les femmes, les mêmes tendances sont observées, mais dans une amplitude encore plus importante (figure 17 et annexe A5). Après avoir diminué pendant la première année de la COVID-19, le taux de visite aux urgences en raison d'idées suicidaires a rapidement augmenté chez les adolescentes pour atteindre le taux le plus haut enregistré depuis la période d'observation soit 1630,6 par 100 000 personnes. Chez les jeunes filles âgées de 10 et 14 ans, le taux de visite aux urgences en raison d'idées suicidaires a aussi augmenté de façon remarquable passant de 586,6 par 100 000 personnes en 2019 à 885,0 par 100 000 personnes en 2021.

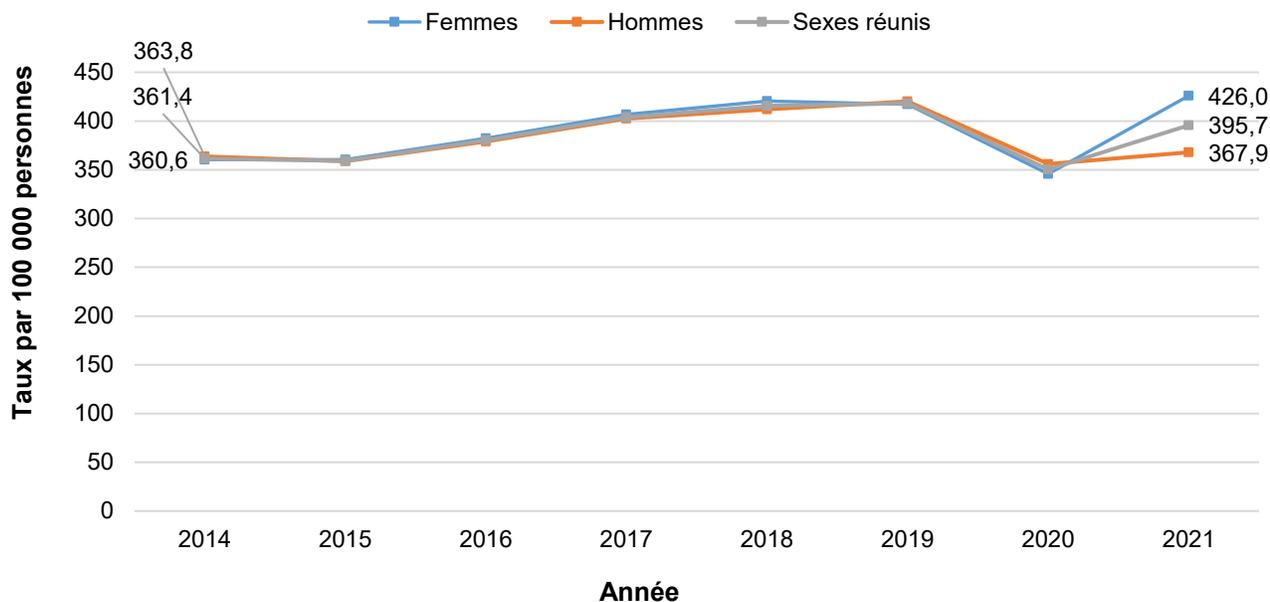
En ce qui concerne les visites aux urgences en raison d’une tentative de suicide, des augmentations sont aussi observées chez les jeunes filles et les adolescentes (figure 18 et annexe A6). Chez les filles de 15 à 19 ans, le taux en 2021 était de 227,3 par 100 000 personnes. C’est une augmentation de plus de 20 % comparativement à 2019 (187,4 par 100 personnes). Chez les filles de 10 à 14 ans, le taux est passé de 49,2 par 100 000 personnes en 2019 à 90,9 par 100 000 personnes en 2021. C’est une augmentation de 80 % environ.

Tableau 3 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences en raison d’idées suicidaires, selon le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021

Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2014	15 117	372,9	363,8	14 815	361,6	360,6	29 932	367,3	361,4
2015	14 864	365,4	358,7	14 711	358,2	360,6	29 575	361,8	359,0
2016	15 743	384,4	379,2	15 559	376,7	382,4	31 302	380,5	380,3
2017	16 798	406,1	402,6	16 591	398,3	406,7	33 389	402,2	403,9
2018	17 352	414,1	412,0	17 294	410,6	420,4	34 646	412,4	415,6
2019	17 894	421,4	420,2	17 341	407,5	417,3	35 235	414,4	418,2
2020	15 265	356,1	356,0	14 462	337,3	345,8	29 727	346,7	350,4
2021	15 720	366,3	367,9	17 805	414,4	426,0	33 525	390,3	395,7

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

Figure 13 Taux ajusté¹ de visite à l’urgence pour idées suicidaires, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021

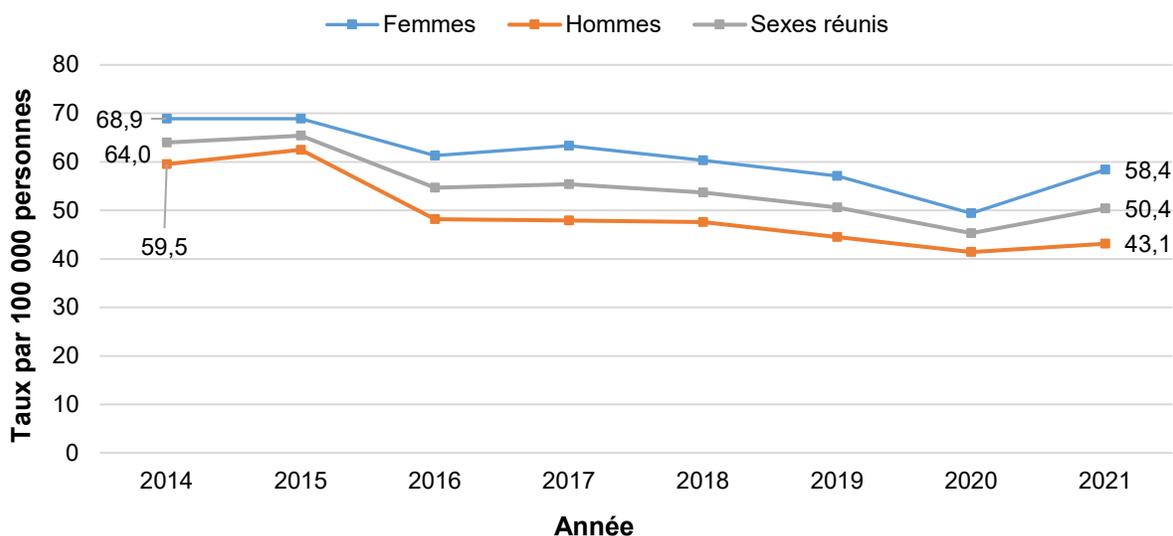


¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Source : SIGDU.

Tableau 4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021

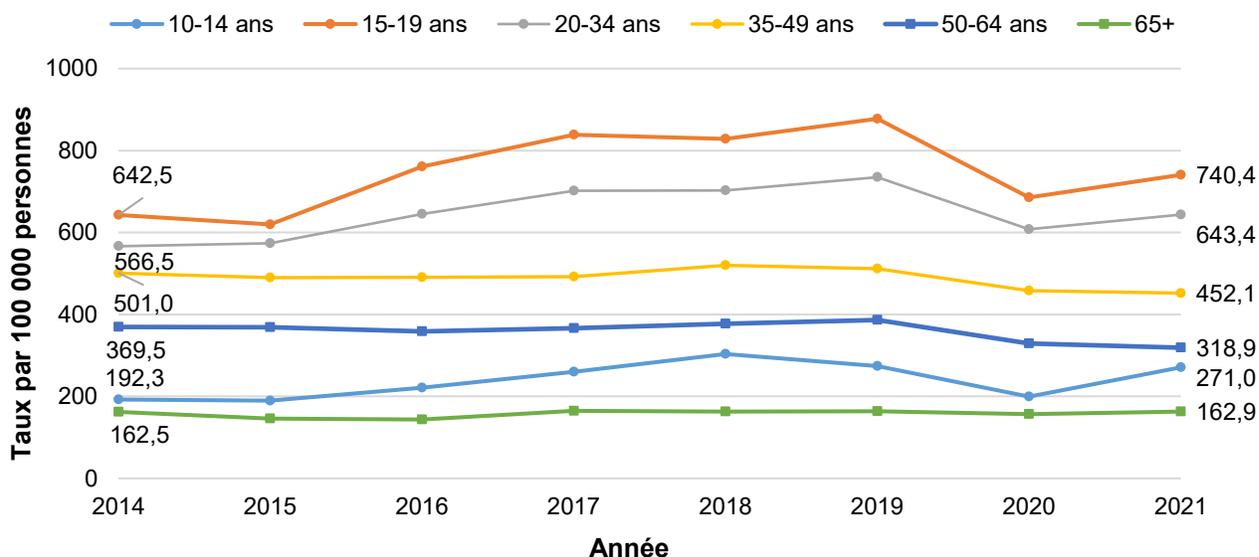
Année	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
2014	2 458	60,6	59,5	2 827	69,0	68,9	5 285	64,8	64,0
2015	2 580	63,4	62,5	2 811	68,4	68,9	5 391	65,9	65,4
2016	2 001	48,9	48,2	2 496	60,4	61,3	4 497	54,7	54,7
2017	1 990	48,1	47,9	2 584	62,0	63,3	4 574	55,1	55,4
2018	1 999	47,7	47,6	2 480	58,9	60,3	4 479	53,3	53,7
2019	1 890	44,5	44,5	2 374	55,8	57,1	4 264	50,2	50,6
2020	1 776	41,4	41,4	2 068	48,2	49,4	3 844	44,8	45,3
2021	1 834	42,7	43,1	2 436	56,7	58,4	4 270	49,7	50,4

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

Figure 14 Taux ajusté¹ de visite à l'urgence pour tentatives de suicide, chez les hommes et les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021

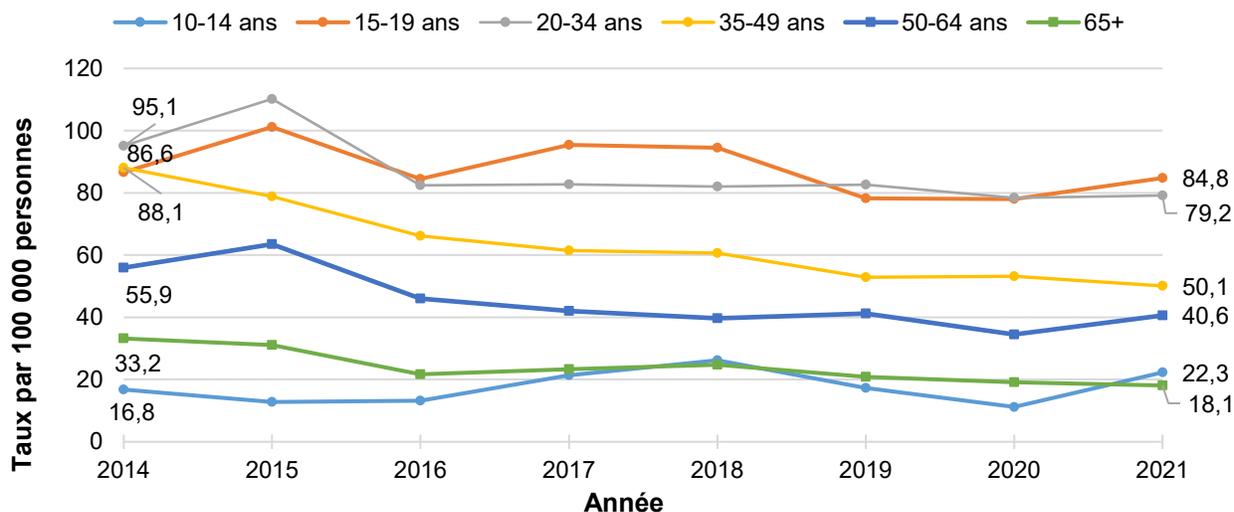
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.
Source : SIGDU.

Figure 15 Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires selon les groupes d'âge, chez les hommes, ensemble du Québec, 2014 à 2021



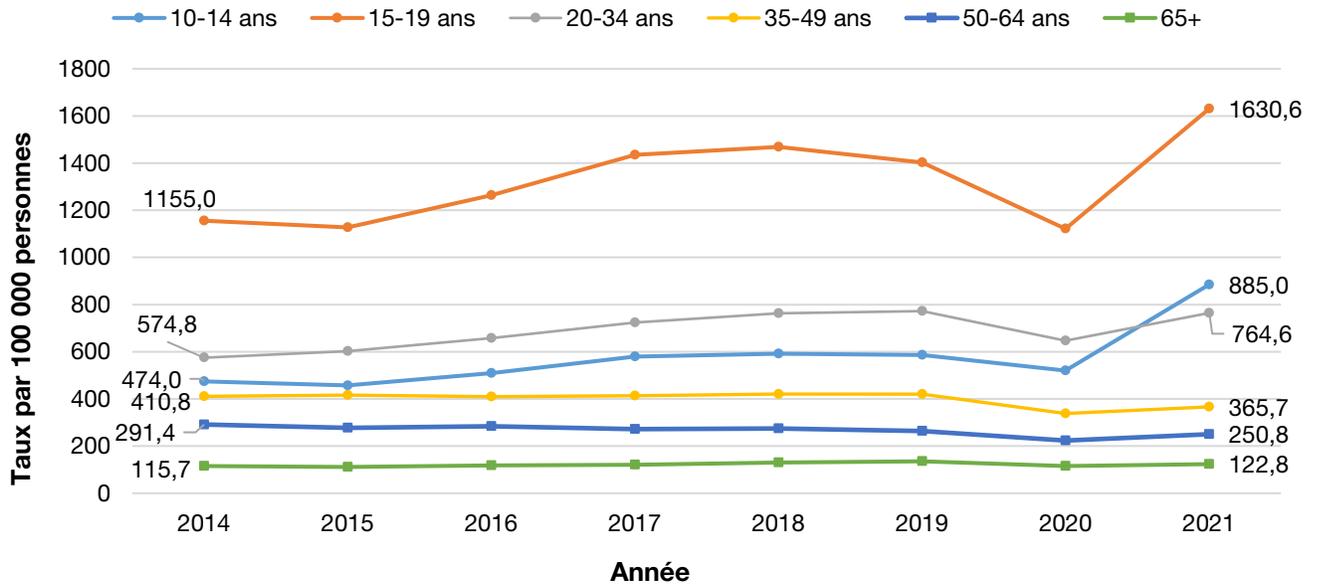
Source : SIGDU.

Figure 16 Taux de visite à l'urgence pour tentatives de suicide selon les groupes d'âge, chez les hommes, ensemble du Québec, 2014 à 2021



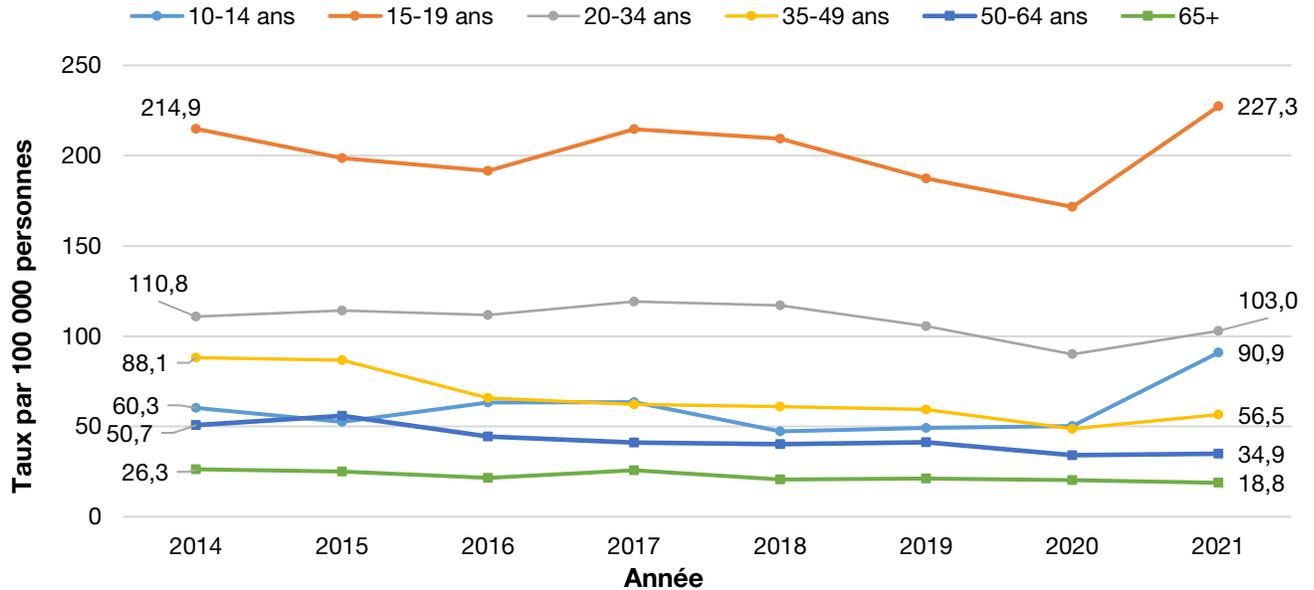
Source : SIGDU.

Figure 17 Taux de visite à l'urgence pour idées suicidaires selon les groupes d'âge, chez les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021



Source : SIGDU.

Figure 18 Taux de visite à l'urgence pour tentatives de suicidaires selon les groupes d'âge, chez les femmes, ensemble du Québec, 2014 à 2021



Source : SIGDU.

Discussion

Avec la pandémie et les mesures exceptionnelles mises en place pour lutter contre la COVID-19, il est difficile de prédire la tendance du taux de suicide pour les prochaines années. Cependant, certains grands constats sont toujours d'actualité. Les hommes sont toujours trois fois plus nombreux à se suicider que les femmes et ceux âgés de 50 à 64 ans ont un taux beaucoup plus élevé que le reste de la population. Les campagnes de prévention doivent continuer de prioriser ce groupe et développer des actions qui permettront de les rejoindre spécifiquement. Cette priorisation est d'autant plus importante qu'il semble y avoir une diminution des visites à l'urgence et peut-être une diminution de la demande d'aide chez les hommes. De plus, l'identification des facteurs de risques et de protections ciblés aux hommes d'âge mûr de 50 à 64 ans devrait être priorisée par les acteurs en surveillance et en prévention du suicide.

Parmi les moyens employés pour s'enlever la vie, la pendaison est de loin celui qui est le plus utilisé. Ceci reste un défi de taille puisque, contrairement aux autres moyens comme les armes à feu, il est difficile de restreindre l'accès aux objets utilisés. Quelques études ont analysé les stratégies pouvant être mises en place pour prévenir les suicides par pendaison. Les conclusions de ces études suggèrent que la pendaison ne doit pas être perçue comme un moyen propre, indolore et rapide qui peut facilement être mis en œuvre¹². Cependant, il faut être prudent dans la diffusion de tels messages, car certaines personnes pourraient obtenir des informations qui pourraient faciliter une mise en œuvre fatale. Une recherche détaillée doit se concentrer sur le développement et l'évaluation d'interventions capables de gérer cette tension. D'autres études sur la prévention du suicide par pendaison ont démontré que la mise en place d'un protocole simple de prise en charge précoce dans les milieux hospitaliers et la sécurisation de l'environnement¹⁵⁻¹⁷, lorsque cela est possible, diminue considérablement le risque de décès chez les personnes qui tentent de mettre fin à leur vie par pendaison.

La mise à jour de ce rapport rapporte pour la première fois des données sur l'utilisation des urgences en raison de comportement suicidaire. Ces données permettent de dresser de nouveaux constats et ainsi mieux outiller les acteurs en surveillance et en prévention du suicide. On remarque que les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont particulièrement à risque de se retrouver dans un centre hospitalier en raison de comportements suicidaires. En effet, elles sont celles ayant le plus consulté les urgences en raison de crises suicidaires (idéations et tentatives). Elles constituent aussi le groupe avec le taux annuel d'hospitalisation pour tentatives de suicide le plus élevé. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette surreprésentation. Il est possible que ce groupe vive plus de crises nécessitant une prise en charge dans les urgences du Québec. Il se peut également que ce groupe soit davantage soutenu par leurs proches et conduit plus rapidement aux urgences lorsque ces crises se manifestent¹⁸⁻²⁰. Il faut mentionner qu'en 2019, le nombre de suicides chez les filles de 15 à 19 ans était beaucoup plus important que dans les années précédentes, avec 14 suicides. Toutefois, il faut aussi souligner que le taux de suicide chez ces dernières reste, avec les jeunes filles de 10 et 14 ans, le plus bas parmi l'ensemble des groupes d'âge observés. Dans ce contexte, une surveillance accrue pour cette population doit être mise en place dans les prochaines années afin de protéger les jeunes Québécoises aux prises avec des problèmes de santé mentale pouvant conduire à des comportements suicidaires. De plus, il serait pertinent de tenter de rejoindre ces 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 positive²¹⁻²³.

L'examen du taux de suicide en fonction des régions sociosanitaires met en évidence la disparité des réalités régionales. Depuis plusieurs années, le taux de suicide pour la région du Nunavik est le plus important de la province et depuis 2015 l'écart avec le reste du Québec s'accroît. Le nombre de

suicides pour cette région a triplé, passant de 11 cas en 2015 à 35 cas en 2019. 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 du Nunavik²⁴ 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 intéressant de suivre l'impact que pourra avoir cette stratégie nationale sur les taux de suicide chez cette population.

Outre le Nunavik, plusieurs autres régions continuent, depuis plusieurs années, à avoir des taux de suicide significativement plus élevés et les actions de prévention ciblant les spécificités de ces régions devraient être mises de l'avant.

Finalement, il est rassurant de constater, à partir de données préliminaires, que le nombre de suicides en 2020 ne semble pas augmenté dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres pays et d'autres provinces^{23,24}. Les interventions axées sur la promotion de santé mentale, la prévention du suicide et l'accès aux services mises en place par les instances gouvernementales telles que des fiches-conseils pour affronter sainement les événements entourant l'épidémie de la COVID-19 et les mesures sanitaires, les publicités encourageant la demande d'aide ainsi que les services de premiers soins psychologiques offerts dans les centres de vaccination pourraient avoir protégé les personnes en situation de vulnérabilité. Des études indiquent également que dans certains contextes, il y a eu un renforcement du noyau familial et communautaire durant la pandémie, ce qui a pu contribuer à soutenir les personnes avec des comportements suicidaires. De plus, les intervenants en prévention du suicide signalent que les centres de crise et de prévention du suicide ont été beaucoup sollicités durant la pandémie et qu'ils ont contribué à soutenir la population dans les moments difficiles^{25,26}. Néanmoins, les impacts se manifesteront pour longtemps encore et nous devons rester vigilants face à de nouveaux facteurs de risques de suicide qui pourraient émerger dans les prochaines années.

Conclusion

Cette mise à jour du rapport est particulièrement importante. Elle réunit pour la première fois des données issues de quatre sources de données différentes et elle permet ainsi de dresser un portrait encore plus complet sur les suicides au Québec. De grands constats issus des années précédentes sont toujours d'actualité en 2022. Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes de 50 à 65 ans et, contrairement aux autres groupes d'âge, aucune baisse significative n'a été observée depuis le début des années 2010. De plus, la pendaison semble encore être la méthode la plus utilisée pour s'enlever la vie et limiter ce moyen reste un défi de taille.

De nouveaux constats émergent également de cette mise à jour. Il semble que les adolescentes soient particulièrement à risque de fréquenter les services hospitaliers en raison de comportements suicidaires. Malgré tout, le taux de suicide pour cette population reste relativement bas comparativement aux femmes et aux hommes plus âgés. L'identification et la prise en charge de ces adolescentes à la suite de leur visite hospitalière restent primordiales dans la prévention du suicide.

Bien qu'il soit rassurant de constater que le nombre de suicides en 2020 est resté relativement stable, plusieurs préoccupations demeurent. Les inquiétudes face aux divers variants et l'épuisement relié aux contraintes sanitaires ne sont que quelques-unes des raisons pour lesquelles la surveillance du suicide doit être maintenue et même intensifiée dans les prochaines années.

Finalement, dans l'adversité et les inquiétudes liées à la pandémie de la COVID-19, le maintien d'un réseau social de qualité est une des solutions pour protéger la santé mentale des Québécois et Québécoises et ainsi limiter les comportements suicidaires²⁹.

Références

1. Gunnell, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* **7**, 468–471 (2020).
2. Hope as a Predictor of Interpersonal Suicide Risk | Suicide and Life-Threatening Behavior. <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.2009.39.5.499>.
3. Levesque, P. & Roberge, M.-C. *Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires.* (2020).
4. Levesque, P. & Roberge, M.-C. *Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires.* 17 (2020).
5. Levesque, P., Bardon, C. & Gariépy, G. Vigie des idées suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences. *INSPQ* 26 (2021).
6. St-Laurent, D. & Bouchard, C. *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* 1–23.
7. Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P.-A. *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 – Mise à jour 2020.* 25 (2020).
8. Direction générale des services de santé et de médecine universitaire. *Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences (SIGDU).* <http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/getdoc/a5598c90-7295-4f33-89ca-c9b607dbde43/Cadre-normatif-SIGDU-Version-3>.
9. Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É. & Perron, P.-A. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018.* 23 pages.
10. Elnour, A. A. & Harrison, J. Lethality of suicide methods. *Inj. Prev.* **14**, 39–45 (2008).
11. Mishara, B. Le CRISE, la COVID-19 et la prévention du suicide. *UQUAM* <https://crise.ca/nouvelles/le-crise-la-covid-19-et-la-prevention-du-suicide/>.
12. Lauzon, V. & Duchesne, G. Duchaine G. Santé mentale : la détresse liée au virus augmente. (2020).
13. Brooks, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Lond. Engl.* **395**, 912–920 (2020).
14. Biddle, L. *et al.* Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study. *Br. J. Psychiatry* **197**, 320–325 (2010).
15. Mills, P. D., Soncrant, C. & Gunnar, W. Retrospective analysis of reported suicide deaths and attempts on veterans health administration campuses and inpatient units. *BMJ Qual. Saf.* **30**, 567–576 (2021).
16. Reisch, T., Hartmann, C., Hemmer, A. & Bartsch, C. Suicide by hanging: Results from a national survey in Switzerland and its implications for suicide prevention. *PLOS ONE* **14**, e0220508 (2019).

17. Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S. & Kapur, N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int. J. Epidemiol.* **34**, 433–442 (2005).
18. 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):99-110
19. Vaux, A. Variations in Social Support Associated with Gender, Ethnicity, and Age. *J. Soc. Issues* **41**, 89–110 (1985).
20. Pikó, B. Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *Br. J. Health Psychol.* **3**, 333–344 (1998).
21. Lesage, A. et al. Solidaires pour la vie. *Perspect. Psy* **59**, 127–139 (2020).
22. 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).
23. Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R. & Ougrin, D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr. Opin. Psychiatry* **32**, 534–541 (2019).
24. 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).
25. Dmetrichuk, J. M., Rosenthal, J. S., Man, J., Cullip, M. & Wells, R. A. Retrospective study of non-natural manners of death in Ontario: Effects of the COVID-19 pandemic and related public health measures. *Lancet Reg. Health - Am.* **7**, 100130 (2022).
26. Tandon, R. COVID-19 and suicide: Just the facts. Key learnings and guidance for action. *Asian J. Psychiatry* **60**, 102695 (2021).
27. André-Belisle, A. Hausse de l'anxiété dans la population, selon les centres de crise de l'Est-du-Québec. *Radio-Canada* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1710144/suicide-hausse-appels-centre-prevention-bas-laurent-gaspesie> (2020).
28. Paré, I. 20 % plus d'appels à l'aide dans les centres de prévention du suicide. *Le Devoir* (2020).
29. Paul, E. & Fancourt, D. The interaction between social factors and adversities on self-harm during the COVID-19 pandemic: longitudinal analysis of 49 227 UK adults. *BJPsych Open* **8**, (2022).
30. Thibodeau, L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques. (2015).
31. santé, S. C. D. des statistiques sur la & Geran, L. *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada [ressource électronique]*. (Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, 2005).

Annexe 1

Données et méthodes

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 2019 (mise à jour 15 décembre 2021) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2020. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus au Québec ou à l'extérieur du Québec⁹. 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 2019. 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 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 banque (a) les décès qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner et dont la conclusion est un décès par suicide (89 % pour 2020) ; et (b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (11 % pour 2020). Le nombre de suicides contenu dans cette banque est probablement sous-estimé. Au moment de l'extraction des données (5 janvier 2021), la cause du décès était encore indéterminée pour 12,2 % des investigations. Il est probable que parmi ces investigations la cause du décès s'avère être un suicide. Les informations les plus récentes issues de la Banque de données informatisée du Bureau du coroner du Québec sont des données provisoires et tendent généralement à sous-estimer le nombre réel de suicides. Nous avons quantifié cette sous-estimation. En se basant sur les calculs pour 2019, la sous-estimation des données du BCQ serait d'environ 2,5 % pour 2020.

Les données de population utilisées pour calculer les taux de suicide proviennent des estimations de population pour les années 1981 à 2019 produites par la direction des statistiques démographiques de l'ISQ.

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 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 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)¹⁷.

⁹ Pour les années 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 les suicides survenus en Ontario n'ont pu être comptabilisés.

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). 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 2020 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).

Pour relier toutes les hospitalisations associées à un évènement unique pour un même individu afin d'éliminer les transferts et les réadmissions, le code d'identification unique (CIU) de l'utilisateur, la date d'accident, la date d'admission et la date de sortie sont nécessaires.

Le calcul des récurrences concernant les hospitalisations pour tentative de suicide a été possible en reliant pour un même individu, le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide (tel que décrit ci-dessus) entre 2011 et 2020. Les séjours aux soins intensifs ont été comptabilisés en prenant le nombre de personnes qui ont visité cette unité au moins une fois durant les différentes périodes d'observations présentées dans le tableau 3.

Données sur les visites aux urgences pour tentative de comportements suicidaires

Les données saisies par les systèmes SIGDU 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 « 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 par le présent cadre normatif. C'est le cas, par exemple, de l'usager qui arrive avec une ordonnance médicale prescrivant un test diagnostique tel 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'outil ETG. 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 soutient la définition de l'Organisation mondiale de la santé qui définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort (7). Le terme « tentative de suicide » désigne tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagressions, avec intention de mourir ou pas (7). Les idéations suicidaires (ou idées suicidaires) réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie (8). 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.

Analyses statistiques

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2019 ont été utilisées. Elles sont produites par le MSSS et la direction des statistiques démographiques de l'ISQ. Les taux de suicide sont calculés selon le sexe, le groupe d'âge et les régions sociosanitaires de résidence des personnes décédées. Les catégories d'âge ont été définies en classant les individus présentant des taux de suicide relativement similaires.

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2019 ont été utilisées. Ces estimations proviennent du fichier *Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020)*^h. Ce fichier est mis à jour et diffusé par le MSSS lors d'un nouveau recensement. Statistique Canada a récemment

^h <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>

diffusé une série révisée des estimations démographiques. Cette révision visait principalement à arrimer les estimations de population aux comptes du Recensement de 2016 rajustés pour le sous-dénombrement net du recensement et les réserves indiennes partiellement dénombrées. Les estimations issues du recensement de 2016 réviseront probablement à la baisse la population totale du Québec comparativement aux estimations établies précédemment par Statistique Canada. Si la révision a été de faible ampleur en ce qui a trait aux années 2011 et précédentes, elle est majeure pour les années postérieures à 2011ⁱ. Comme conséquence, il est possible que les taux de suicide calculés dans le cadre de ce rapport soient sous-estimés pour les années 2011 et suivantes.

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 des unités territoriales (régions, provinces, pays). La population québécoise de l'année 2016 a été retenue comme population de référence. 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 groupe d'âge de la population, ont également été calculés. Pour quelques figures, des moyennes mobiles sur trois années^j 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.

ⁱ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001949/>

^j 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

Résultats complémentaires

Tableau A1 Nombre et taux¹ de suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2014 à 2019

Groupes d'âge	Année											
	Données officielles											
	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux	Nb	taux
Sexes réunis												
10-14 ans	1	0,3**	6	1,5**	7	1,7**	5	1,2**	6	1,4**	0	0,0
15-19 ans	29	6,5*	37	8,5	32	7,5*	26	6,1*	30	7,1*	34	8,0*
20-34 ans	228	14,2	211	13,3	183	11,7	189	12,0	213	13,4	224	13,9
35-49 ans	342	20,9	310	19,1	301	18,6	270	16,6	276	16,7	293	17,5
50-64 ans	376	20,8	396	21,7	380	20,7	385	20,1	352	19,2	374	20,6
65 ans et plus	171	12,3	190	13,3	202	13,7	184	12,0	217	13,7	203	12,4
Total ¹	1 147	14,1	1 150	14,1	1 105	13,4	1 058	12,8	1 094	13,1	1 128	13,4
Hommes												
10-14 ans	0	0,0	2	1,0**	1	0,5**	2	1,0**	3	1,4**	0	0,0
15-19 ans	21	9,1*	28	12,5*	26	11,8*	19	8,8*	26	12,0*	20	9,2*
20-34 ans	161	19,7	165	20,4	136	16,9	143	17,7	164	20,1	173	20,9
35-49 ans	263	31,7	232	28,2	230	28,0	200	24,2	205	24,5	215	25,3
50-64 ans	274	30,3	279	30,5	286	31,1	274	29,8	262	28,6	298	32,7
65 ans et plus	137	22,0	143	22,1	156	23,2	149	21,3	164	22,6	166	22,0
Total ¹	856	21,1	849	20,9	835	20,4	787	19,0	824	19,8	872	20,7
Femmes												
10-14 ans	1	0,5**	4	2,1**	6	3,0**	3	1,5**	3	1,4**	0	0,0
15-19 ans	8	3,7**	9	4,2**	6	2,9**	7	3,4**	4	1,9**	14	6,7*
20-34 ans	67	8,5	46	6,0	47	6,1	46	6,0	49	6,3	51	6,6
35-49 ans	79	9,8	78	9,8	71	8,9	70	8,7	71	8,7	78	9,5
50-64 ans	102	11,3	117	12,8	94	10,3	111	12,1	90	9,9	76	8,4
65 ans et plus	34	4,4*	47	6,0	46	5,7	35	4,2*	53	6,2	37	4,2
Total ¹	291	7,1	301	7,3	270	6,5	271	6,5	270	6,4	256	6,1

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

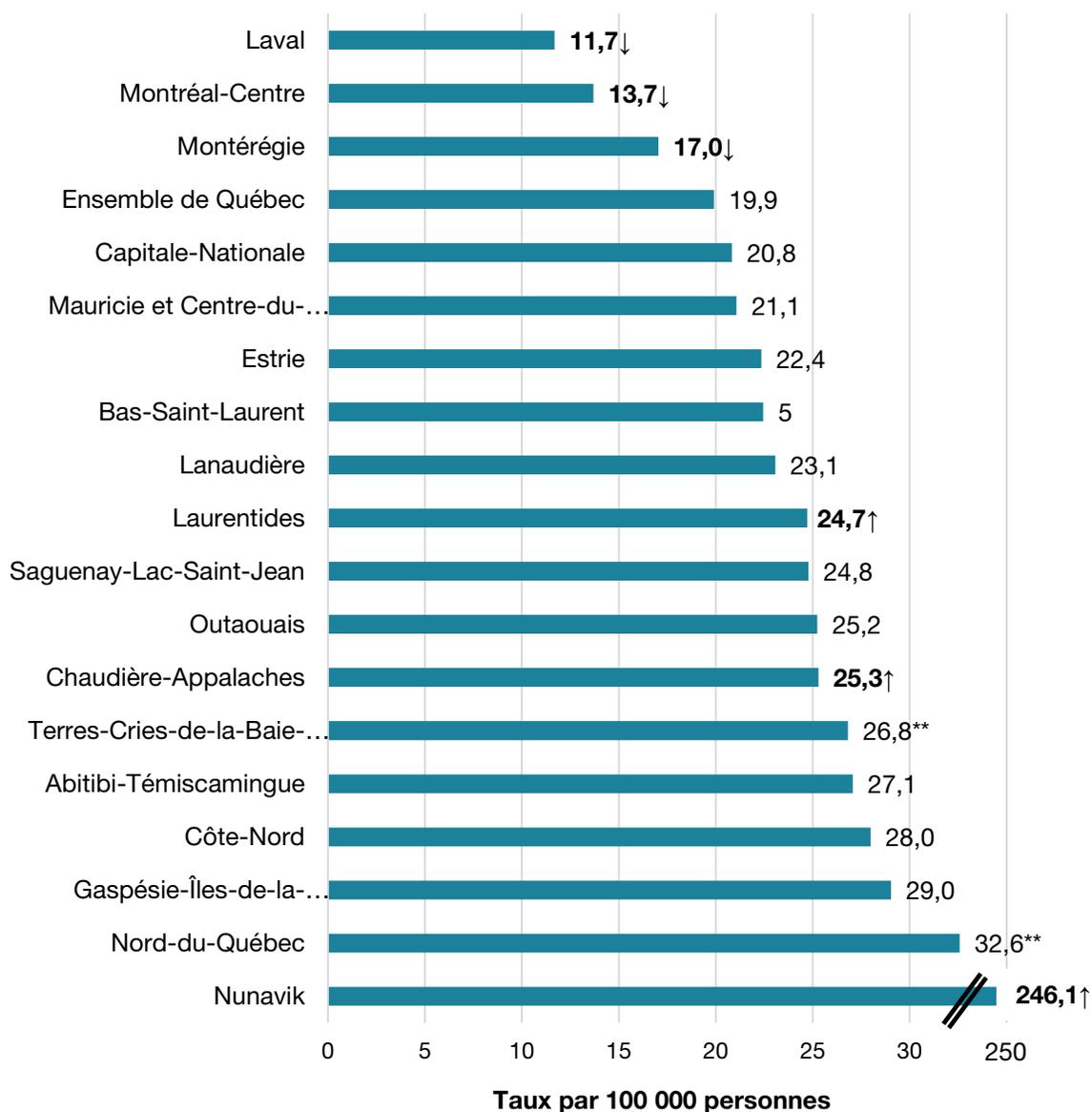
* Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %, interpréter avec prudence.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2014 à 2019.

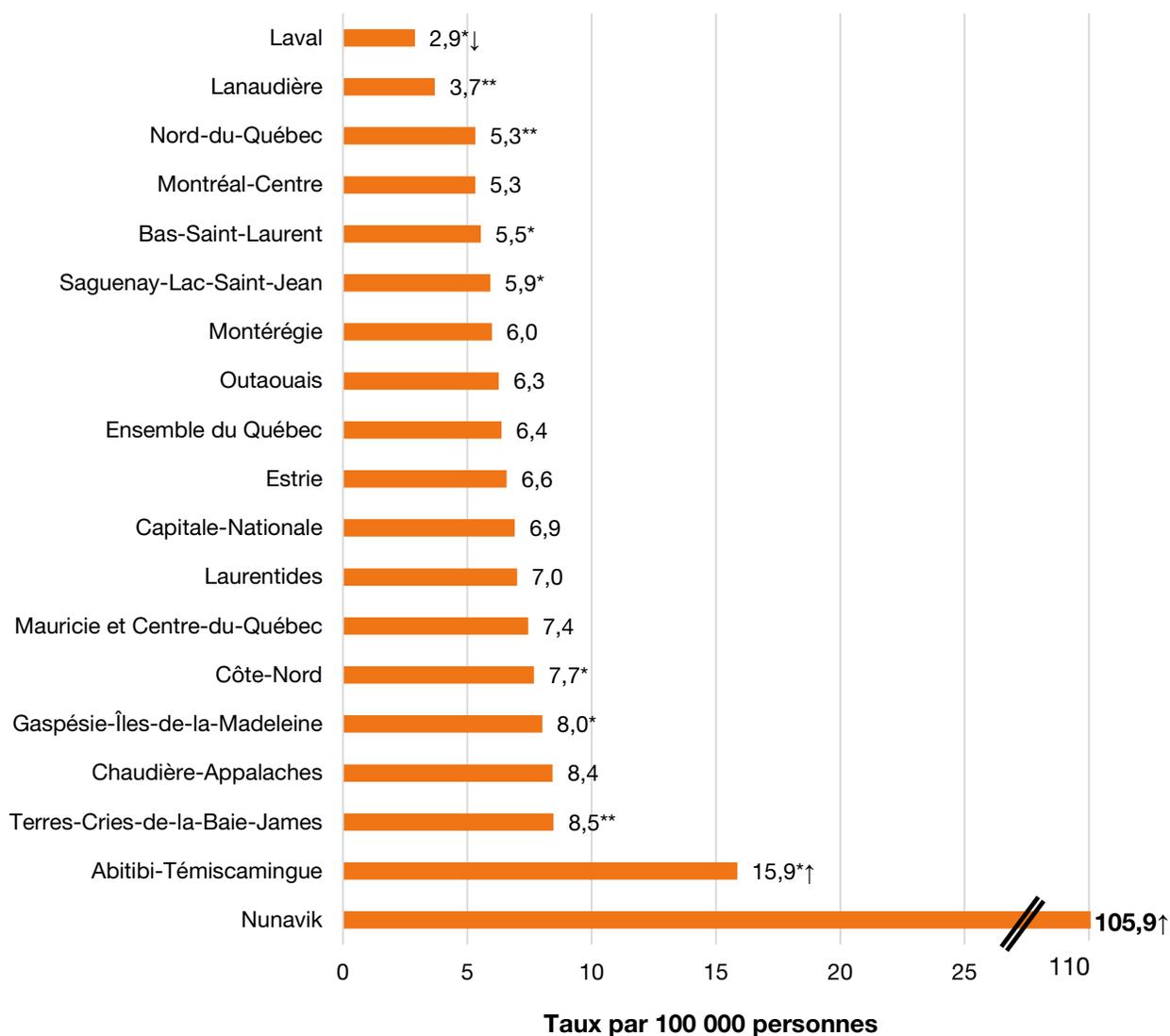
MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure A1 Taux ajusté¹ de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2017-2019²



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, 2017-2019.
 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, 2017-2019²



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, 2017-2019.

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Tableau A2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2014 à 2019

Région sociosanitaire	Année																	
	Données officielles																	
	2014			2015			2016			2017			2018			2019		
	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	33	16,6	16,9*	32	16,2	15,7*	30	15,2	14,8*	23	11,6	11,9*	28	14,2	13,7*	32	16,2	16,4*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	36	13,0	13,0*	39	14,1	14,6	44	15,9	15,8	47	17,0	16,6	38	13,7	13,5	46	16,6	16,6
Capitale-Nationale	112	15,4	15,3	109	15,0	14,9	96	13,1	12,9	97	13,1	13,1	96	12,9	12,8	117	15,6	15,6
Mauricie et Centre-du-Québec	87	17,2	17,0	77	15,2	15,4	83	16,3	16,5	70	13,6	13,3	67	13,0	12,8	85	16,3	16,8
Estrie	74	15,8	15,9	72	15,3	15,4	67	14,1	14,2	64	13,4	13,3	76	15,7	15,9	68	13,9	14,1
Montréal	212	10,9	11,0	213	10,9	11,3	222	11,3	11,6	176	8,9	9,1	185	9,1	9,3	196	9,5	9,6
Outaouais	59	15,5	15,6	60	15,7	16,4	54	14,0	14,3	53	13,7	13,8	70	17,9	18,0	59	14,9	15,1
Abitibi-Témiscamingue	34	23,0	23,5*	36	24,4	24,7*	31	21,1	21,2*	35	23,7	23,9*	37	25,1	25,2	23	15,6	15,4*
Côte-Nord	17	17,9	18,7*	22	23,4	23,7*	15	16,2	15,5*	16	17,4	17,3*	18	19,8	20,0*	16	17,6	16,9*
Nord-du-Québec	2	14,1	17,0**	2	14,2	16,0**	2	14,4	16,5**	2	14,4	14,5**	2	14,5	15,9**	4	29,3	29,2*
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	20	21,7	19,4*	19	20,8	19,7*	19	20,9	20,7*	13	14,4	13,4*	17	18,8	18,0*	23	25,4	24,1*
Chaudière-Appalaches	79	18,9	18,6	79	18,8	19,0	72	17,1	16,8	82	19,3	19,9	69	16,2	16,4	62	14,5	14,8
Laval	41	9,8	9,9	36	8,5	8,8*	43	10,1	10,2	32	7,5	7,7*	36	8,3	8,4*	23	5,2	5,4*
Lanaudière	79	16,1	16,5	67	13,6	13,5	60	12,1	12,0	71	14,1	14,2	62	12,2	12,3	70	13,6	13,6
Laurentides	94	16,1	16,0	100	17,0	17,0	80	13,5	13,4	95	15,8	15,9	96	15,7	15,7	99	16,0	15,8
Montérégie	156	11,5	11,6	175	12,9	12,9	166	12,1	12,2	155	11,2	11,3	159	11,3	11,4	164	11,5	11,7
Nunavik	11	85,7	59,6*	11	83,6	65,1**	18	134,5	97,6*	25	184,6	166,5*	36	260,6	195,2*	35	248,1	171,3*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,8	3,5**	1	5,8	19,2**	3	17,3	11,6**	3	17,0	13,7**	2	11,2	7,5**	6	33,1	31,8**
Ensemble du Québec	1 147	14,1	14,0	1 150	14,1	14,1	1 105	13,4	13,4	1 058	12,8	12,8	1 094	13,0	13,1	1 128	13,3	13,4

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

* 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 2014 à 2019. – MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016

Tableau A3 Nombre et taux¹ d'hospitalisation pour tentative de suicide, selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2020

Années	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**	111	50,9	381	45,7	363	42,4	304	33,6	209	26,7
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	46,3	318	152,5	561	72,0	429	51,7	412	45,8	211	23,2

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.

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation 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 (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Tableau A4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisation pour tentatives de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2020²

Région sociosanitaire	Année														
	2016			2017			2018			2019			2020		
	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	150	75,8	80,8	140	70,9	77,3	128	64,9	73,0	131	66,3	72,0	117	59,1	68,8
Saguenay–Lac-Saint-Jean	193	69,7	75,4	177	63,9	70,6	213	76,8	84,4	181	65,1	71,9	148	53,1	58,1
Capitale-Nationale	317	43,2	44,1	382	51,7	53,6	302	40,6	42,5	267	35,5	37,9	293	38,7	41,1
Mauricie-Centre-du-Québec	300	58,8	64,5	329	64,0	69,4	358	69,3	78,1	353	67,8	76,6	311	59,2	65,4
Estrie	262	55,2	58,5	245	51,2	54,4	233	48,1	52,2	233	47,6	51,6	208	41,8	44,0
Montréal	471	24,0	25,0	510	25,7	26,8	540	26,6	27,5	495	24,0	25,4	456	22,0	22,7
Outaouais	185	48,0	49,5	183	47,1	49,2	229	58,4	61,2	206	51,9	53,6	193	48,1	50,3
Abitibi-Témiscamingue	114	77,4	82,1	118	79,9	84,6	105	71,1	75,1	84	56,9	61,4	90	60,9	66,5
Côte-Nord	n.d ³	n.d	n.d	72	78,4	82,3**	n.d	n.d	n.d	69	76,1*	87,2	65	71,8**	80,2
Nord-du-Québec	n.d	n.d	n.d	8	57,8	64,4	n.d	n.d	n.d	9	65,9	65,8	6	44,5	52,2
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	60	66,1	70,7	70	77,3	87,4	66	72,8	79,8	61	67,5	78,1	47	51,8	54,7
Chaudière-Appalaches	193	45,7	48,9	220	51,9	56,0	173	40,6	43,8	204	47,6	51,7	193	44,6	49,4
Laval	86	20,2	20,5	103	24,0	24,5	120	27,6	28,7	83	18,9	19,5	90	20,3	20,7
Lanaudière	200	40,2	41,6	222	44,1	46,4	229	45,0	47,1	201	39,0	41,4	165	31,5	33,5
Laurentides	232	39,0	39,7	273	45,3	46,1	263	43,0	44,6	213	34,3	35,9	257	40,7	42,0
Montérégie	688	50,1	51,9	682	49,2	51,8	746	53,1	56,1	688	48,3	51,4	636	44,2	47,1
Nunavik	90	672,4	499,3	122	900,4	672,0	71	513,9	424,8	106	751,2	605,5	96	668,5	519,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	34	195,5	157,6*	49	277,1	218,5	36	201,1	166,9*	47	259,2	202,8	42	228,9	192,0
Ensemble du Québec	3 641	44,3	45,8	3 905	47,0	49,1	3 891	46,3	48,6	3 631	42,7	45,0	3 413	39,8	41,8

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 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'hospitalisation 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 (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version avril 2020). Date de consultation : 4 janvier 2022.

Tableau A5 Nombre et taux¹ de visites aux urgences en raison d'idées suicidaires selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021

	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	642,5	4 635	566,5	4 155	501,0	3 346	369,5	1 013	162,5
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	274,0	1 907	877,6	6 082	734,9	4 346	511,7	3 521	386,5	1 237	163,8
2020	465	199,7	1 494	685,6	5 061	607,6	3 924	457,9	2 973	328,9	1 228	156,7
2021	644	271,0	1 616	740,4	5 258	643,4	3 870	452,1	2 852	318,9	1 325	162,9
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	1 401,9	6 012	772,3	3 456	420,0	2 396	264,1	1 193	135,4
2020	1 169	520,5	2 339	1 121,4	5 041	647,0	2 807	338,1	2 010	223,4	1 053	116,0
2021	2 025	885,0	3 429	1 630,6	5 858	764,6	3 042	365,7	2 232	250,8	1 149	122,8

¹ Taux par 100 000 personnes.
Sources : SIGDU 2014 à 2021.

Tableau A6 Nombre et taux¹ de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2014 à 2021

Années	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	12,8	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	52,9	375	41,2	158	20,9
2020	26	11,2	170	78,0	653	78,4	456	53,2	312	34,5	150	19,1
2021	53	22,3	185	84,8	647	79,2	429	50,1	363	40,6	147	18,1
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	198,7	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	187,4	822	105,6	489	59,4	375	41,3	187	21,2
2020	113	50,3	358	171,6	701	90,0	404	48,7	307	34,1	184	20,3
2021	208	90,9	478	227,3	789	103,0	470	56,5	311	34,9	176	18,8

¹ Taux par 100 000 personnes.
Sources : SIGDU 2014 à 2021.

Tableau A7 Nombre et taux ajusté¹ de visites aux urgences en raison d'idées suicidaires, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2021

Région sociosanitaire	Année											
	Données officielles											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	601	324,7	527	285,0	558	309,2	651	368,9	608	342,4	649	372,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	616	232,6	629	240,1	604	234,0	666	257,4	578	223,0	665	259,6
Capitale-Nationale	3 391	468,4	3 367	466,0	3 705	510,7	3 829	522,8	3 333	452,5	3 545	483,6
Mauricie-Centre-du-Québec	1 422	296,6	1 606	334,1	1 572	327,8	1 602	333,4	1 225	250,1	1 343	274,7
Estrie	2 065	450,5	2 146	467,2	2 258	491,0	2 305	497,7	1 820	386,7	2 204	465,4
Montréal	7 520	371,9	8 283	403,2	8 846	422,7	9 078	424,9	7 616	354,4	8 364	394,9
Outaouais	1 376	350,2	1 630	414,8	1 848	466,9	1 761	440,5	1 481	366,6	1 901	465,8
Abitibi-Témiscamingue	981	679,3	1 068	741,1	1 059	739,5	1 001	699,6	978	692,1	1 038	734,8
Côte-Nord	558	610,7	572	641,2	645	739,0	631	722,0	595	693,9	717	837,2
Nord-du-Québec	19	127,9	19	136,7	13	96,3	16	118,4	18	136,7	14	106,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	274	341,4	268	335,0	319	399,7	299	385,4	287	362,0	341	435,0
Chaudière-Appalaches	1 727	424,7	1 694	416,3	1 652	407,6	1 683	415,7	1 403	348,6	1 704	416,0
Laval	1 624	378,9	1 697	391,5	1 734	396,8	1 689	383,6	1 326	299,1	1 482	332,9
Lanaudière	2 404	488,3	2 574	521,0	2 237	450,2	2 395	479,3	2 102	413,1	2 382	461,1
Laurentides	2 237	379,7	2 408	407,0	2 704	452,5	2 726	451,6	2 368	388,2	2 564	413,3
Montréal	4 028	295,2	4 384	319,8	4 324	312,8	4 283	306,9	3 458	244,9	4 080	286,0
Nunavik	21	105,3	29	162,2	21	124,8	33	199,5	21	114,5	19	115,2
Terres-Cries-de-la-Baie-James	17	84,5	36	161,4	29	125,9	28	139,0	21	107,3	27	143,0
Ensemble du Québec	31 302	380,3	33 389	403,9	34 646	415,6	35 235	418,2	29 727	350,4	33 525	395,7

¹ Taux par 100 000 personnes

Tableau A8 Nombre et taux ajusté¹ de visites aux urgences en raison d'une tentative de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2016 à 2021

Région sociosanitaire	Année											
	Données officielles											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté	Nb	Taux ajusté
Bas-Saint-Laurent	45	24,5	36	19,7	46	26,4	71	39,0	44	24,9	50	27,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	81	31,2	95	36,0	102	39,9	102	39,7	95	36,7	124	49,4
Capitale-Nationale	649	89,1	505	70,1	527	72,4	504	68,9	460	62,6	528	71,6
Mauricie-Centre-du-Québec	69	14,4	65	13,3	55	11,7	59	12,2	60	12,5	64	13,4
Estrie	244	53,4	274	59,8	264	57,6	265	56,8	256	53,7	307	64,8
Montréal	812	39,8	892	42,5	953	45,0	896	41,7	729	33,4	768	36,3
Outaouais	168	42,7	178	45,6	206	52,1	187	46,8	148	36,9	211	51,9
Abitibi-Témiscamingue	72	49,5	98	68,0	105	72,9	91	64,7	94	66,7	88	62,2
Côte-Nord	69	77,4	76	86,9	73	85,7	65	75,8	80	94,4	97	114,3
Nord-du-Québec	n.d ²	n.d	n.d	n.d								
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	29	38,2	31	37,3	30	36,5	18	22,6	23	30,4	19	24,2
Chaudière-Appalaches	123	30,2	152	37,0	113	27,5	119	29,4	99	24,9	121	29,6
Laval	196	45,3	218	50,5	216	49,7	176	40,4	162	36,3	183	41,1
Lanaudière	97	19,7	114	23,0	229	46,1	173	34,6	193	37,9	181	34,9
Laurentides	196	33,2	205	34,4	204	34,2	225	37,5	186	30,2	234	37,9
Montérégie	1 574	115,9	1 547	113,6	1 276	92,6	1 227	88,5	1 144	81,4	1 211	85,7
Nunavik	n.d	n.d	11	66,1	n.d	n.d	9	44,0	n.d	n.d	9	43,7
Terres-Cries-de-la-Baie-James	8	32,8	n.d	n.d	9	40,5	n.d	n.d	6	29,9	n.d	n.d
Ensemble du Québec	4 497	54,7	4 574	55,4	4 479	53,7	4 264	50,6	3 844	45,3	4 270	50,4

¹ Taux par 100 000 personnes² Données non disponibles en raison d'enjeu de confidentialité.
Source : SIGDU

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca