



Une production du
BiESP BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021

RAPPORT

Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021

RAPPORT

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

Janvier 2021

AUTEURS

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

Paul-André Perron
Bureau du coroner en chef du Québec

Brian Mishara
Directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Professeur,
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

SOUS LA COORDINATION

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

COLLABORATION

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

REMERCIEMENT

Nous tenons à remercier Imane Cheriet et Geneviève Pellerin d'avoir lu ce rapport et nous avoir fait bénéficier de leurs judicieux commentaires.

Imane Cheriet Cheffe
Clinique en promotion de la santé et prévention des maladies, Direction de Santé publique,
RRSSS du Nunavik

Geneviève Pellerin
Coordonnatrice aux services psychosociaux et communautaires, Direction de la planification et programmation
RRSSS du Nunavik

MISE EN PAGE

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

Ce document est une mise à jour de : Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2020). Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

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.

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 2021
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2562-3400
ISBN : 978-2-550-88454-5

© Gouvernement du Québec (2021)

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	III
Mise en contexte.....	1
Faits saillants.....	3
Introduction	5
Méthodes (abrégées).....	7
Résultats	9
Évolution des suicides selon le sexe	9
Évolution des suicides selon les groupes d'âge et le sexe	9
Importance du suicide parmi l'ensemble des décès	14
Moyens utilisés pour s'enlever la vie	14
Hospitalisations pour tentative de suicide.....	16
Suicide selon les régions sociosanitaires	20
Comparaisons interprovinciales et internationales.....	21
Alcoolémie chez les cas de suicide au Québec	26
Discussion	29
Conclusion.....	31
Références	33
Annexe 1 Données et méthodes.....	35
Annexe 2 Résultats complémentaires	41

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2018.....	11
Tableau 2	Nombre, taux brut et taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2019.....	18
Tableau 3	Hospitalisation pour les récurrences de tentative de suicide, ensemble du Québec, 2019.....	20
Tableau 4	Nombre, taux brut et taux ajusté de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2013 à 2018.....	23
Figure 1	Taux ajusté de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2018	12
Figure 2	Taux de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2018.....	13
Figure 3	Taux de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981 à 2018.....	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, 2015-2017	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, 2015-2017	15
Figure 6	Proportion (%) des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2016-2018	16
Figure 7	Taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2019.....	18
Figure 8	Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 2008 à 2019	19
Figure 9	Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 2008 à 2019	19
Figure 10	Taux ajusté de suicide selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2016-2018	22
Figure 11	Taux ajusté de suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2017	24
Figure 12	Taux ajusté de suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2017	25
Figure 13	Répartition des résultats des tests d'alcoolémie chez les hommes qui se sont suicidés, 2017-2018.....	27
Figure 14	Répartition des résultats des tests d'alcoolémie chez les femmes qui se sont suicidées, 2017-2018.....	27

Mise en contexte

Cette année, notre rapport est publié dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19. Depuis le début de cette crise, plusieurs chercheurs et professionnels de la santé craignent que le confinement, l'isolement social et les difficultés économiques provoquent une hausse des comportements suicidaires. D'autres suggèrent qu'à court terme, c'est l'anxiété qui augmente, plutôt que les comportements suicidaires¹. À plus long terme, cela 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 terme².

Malgré toutes les informations qui circulent sur les réseaux sociaux, les données dont nous disposons ne sont pas suffisamment récentes pour mesurer l'impact de cette crise sanitaire sur le suicide au Québec. Toutefois, il est maintenant reconnu que le contexte de pandémie aggrave certains facteurs de risque de suicide et que la vulnérabilité de certaines populations se trouve accentuée.

Déjà, plusieurs actions en lien avec la pandémie ont été entreprises dans le domaine de la surveillance et de la prévention du suicide à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Une synthèse de l'effet des crises sanitaires et économiques sur les comportements suicidaires a été réalisée². Cette synthèse nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances permettant de réaliser une surveillance ciblée des suicides au Québec pendant et après la pandémie. Un autre document a aussi été produit afin d'identifier des pistes pour prévenir la violence et le suicide dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19³. D'autres démarches en cours permettront éventuellement de mesurer, à partir de différentes banques de données, les impacts de la COVID-19 sur la santé mentale et le suicide. À noter cependant qu'aucun résultat lié à la pandémie n'a pu être inclus dans ce présent rapport.

L'impact de la crise sanitaire et ses répercussions économiques sur le suicide au Québec ne seront pas connus immédiatement. Il est même probable que les conséquences de la COVID-19 sur le suicide se manifestent plusieurs mois après la fin de la période la plus critique de la pandémie. Dans ce contexte, nous devons rester vigilants et adapter nos activités de surveillance afin de reconnaître les impacts de cette crise sur les comportements suicidaires au Québec.

Faits saillants

- Selon les données provisoires pour l'année 2018, le taux brut de suicide était de 12,6 par 100 000 personnes au Québec (n = 1 054 suicides). En 2016 et 2017, ce taux était respectivement de 13,4 et 12,8 par 100 000 personnes.
- Au Québec, le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Plus spécifiquement chez les hommes

- Depuis le sommet atteint en 1999 (35,3 suicides par 100 000 personnes), le taux de suicide a constamment diminué pour atteindre un taux ajusté de 19,0 par 100 000 personnes en 2018 (790 suicides).
- Le taux de suicide est encore en diminution chez les hommes âgés de 35 à 49 ans tandis qu'il a atteint un plateau pour les autres groupes d'âge.
- Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes âgés de 50 à 64 ans.

Plus spécifiquement chez les femmes

- Le taux de suicide a augmenté jusqu'en 1999 pour atteindre un sommet de 8,8 par 100 000 personnes. Ensuite, ce taux a diminué pour atteindre 6,3 par 100 000 personnes en 2018 (264 suicides). Les résultats des années précédentes suggèrent que le taux de suicide chez les femmes est stable depuis une dizaine d'années.
- Comme chez les hommes, le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les femmes âgées de 50 à 64 ans.

Importance du suicide parmi l'ensemble des décès

- Au Québec, le suicide représentait 1,7 % de tous les décès pour les années 2015-2017. Cette proportion était plus élevée pour les hommes (2,6 %) que pour les femmes (0,9 %).

Hospitalisations pour tentative de suicide

- Contrairement aux tendances à la baisse pour le taux de suicide, le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté dans les dix dernières années. Entre 2008 et 2019, ce taux est passé de 38,7 à 59,8 par 100 000 personnes chez les femmes et de 30,1 à 38,2 par 100 000 personnes chez les hommes. Il y a une légère diminution en 2019, mais l'augmentation des dernières années est toujours présente.
- Les hausses les plus marquées du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide s'observent chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Chez les adolescentes, ce taux a plus que doublé depuis 2008 (73,5 par 100 000 personnes) pour atteindre 175,3 par 100 000 personnes en 2019. Chez les garçons, il y a une hausse subite en 2017 (71,0 par 100 000 personnes) qui semble avoir un peu diminué en 2018 et 2019 (respectivement 65,4 et 67,8 par 100 000 personnes).
- Sur une période de 10 ans, environ 20 % des personnes hospitalisées en 2019-2020 avaient déjà été admises à l'hôpital auparavant pour une autre tentative de suicide.

Autres faits saillants

- Pour 2016-2018, les taux de suicide au Nunavik, en Abitibi-Témiscamingue et en Chaudière-Appalaches étaient significativement plus élevés que le reste du Québec, alors que ceux de Laval et de Montréal étaient significativement inférieurs.
- Pour 2016-2018, le moyen le plus utilisé pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison (respectivement 55,5 % et 42,9 %). Les suicides par arme à feu étaient relativement plus fréquents chez les hommes (15,5 %) tandis que les suicides par intoxication étaient relativement plus importants chez les femmes (35,8 %).
- Parmi les investigations toxicologiques d'alcoolémie réalisées chez les personnes qui se sont enlevé la vie, deux tiers sont ressortis négatives, donc sans aucune trace d'alcool. Il apparaît néanmoins que parmi les cas où l'alcoolémie a été déclarée positive, plus de la moitié avait une concentration qui dépassait 80 mg sur 100 ml de sang.

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.

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 hospitalisations pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe;
- examiner les moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- situer le suicide au Québec par rapport aux provinces canadiennes et à 11 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Méthodes (abrégées)

Pour les années 1981 à 2017, les données sont issues du Registre des événements démographiques – Fichier des décès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Pour 2018, les données proviennent de la banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec et mises à jour le 1^{er} novembre 2020. Éventuellement, les décès pour l'année 2018 seront traités à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) où ils seront intégrés au Fichier des décès. Concernant l'année 2018, 3,4 % des investigations des coroners étaient en cours au moment de l'extraction des données, ce qui pourrait avoir entraîné une légère sous-estimation du nombre de suicides.

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2018 ont été utilisées. Ces estimations sont le produit d'un travail fait entre Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec. **Il est important de noter que Statistique Canada a procédé à un réajustement de ces estimations et de ces projections pour les années 1996 et suivantes afin de tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des réserves indiennes partiellement dénombrées. À l'échelle du Québec, les nouvelles estimations diffusées révisent à la baisse celles établies précédemment.** Si la révision des données de population a été de faible ampleur en ce qui a trait aux années 2011 et précédentes, elle est plus importante pour les années postérieures à 2011. Par exemple, au 1^{er} juillet 2016, la nouvelle estimation compte 96 000 personnes de moins que l'estimation précédente. Ainsi presque toutes les régions sociosanitaires du Québec voient l'estimation de leur nombre d'habitants révisée à la baisse. **En raison de ce réajustement, certains taux présentés dans cette mise à jour sont légèrement supérieurs de ceux présentés dans les mises à jour précédentes.** Pour des précisions méthodologiques sur les conséquences de cette révision à l'échelle des régions, il est possible de se référer à l'encadré intitulé « Révision majeure des estimations de la population par Statistique Canada » dans la publication *La population des régions administratives, des MRC et des municipalités du Québec en 2018*⁶ ainsi qu'au rapport du MSSS *Écarts observés entre les estimations révisées/provisoires de population mises à jour et celles précédemment diffusées*⁷.

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.

Le taux de suicide au Québec est comparé aux autres provinces canadiennes et à 11 pays membres de l'OCDE. Les comparaisons interprovinciales et internationales doivent être interprétées avec prudence puisque les procédures d'investigations des décès et l'application des règles de codification des causes de décès peuvent varier selon les provinces ou les pays étudiés. L'utilisation de ces données soulève également des préoccupations liées à la sous-estimation du suicide attribuable aux normes sociales et au manque de procédures uniformes pour identifier les suicides⁸⁻¹⁰. Néanmoins, pour le Québec l'INSPQ a déjà conclu que les données sur le suicide sont valides et fiables, que la sous-estimation est probablement faible et que les taux resteraient sensiblement les mêmes avec des correctifs⁴.

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

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

Résultats

Les nombres et les taux ajustés de suicide au Québec entre 1981 et 2018 sont présentés au tableau 1. Selon les données provisoires pour 2018, le taux ajusté de suicide était de 12,6 par 100 000 personnes. À titre de comparaison, des taux de 13,4 et 12,8 par 100 000 ont été observés successivement pour les années 2016 et 2017. Les données les plus récentes suggèrent qu'il y a toujours une légère baisse du taux de suicide au Québec. Au total, 1 105 suicides ont été enregistrés en 2016 et 1 058 en 2017 et 1 054 en 2018. Cependant, il faut souligner que pour l'année 2018, les données sont provisoires, alors le nombre et le taux de suicide sont probablement légèrement sous-estimés.

Le taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe démontre deux réalités distinctes. Effectivement, en 2018, le taux de suicide des Québécois s'élevait à 19,0 par 100 000 (790 décès) tandis que celui des Québécoises était de 6,3 pour 100 000 (264 décès), ce qui représente un taux trois fois plus élevé chez les hommes du Québec comparativement aux femmes.

Évolution des suicides selon le sexe

L'évolution temporelle du taux ajusté de suicide selon le sexe au Québec de 1981 à 2018 est illustrée à la figure 1^a. 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 constamment diminué, mais sa progression vers le bas semble avoir ralenti depuis quelques années. Les données provisoires indiquent que ce taux est 19,0 par 100 000 personnes en 2018.

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 6,3 par 100 000 personnes en 2018 (voir tableau 1). Les résultats des années précédentes suggèrent que le taux de suicide chez les femmes est plutôt stable depuis une dizaine d'années.

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

Les figures 2 et 3^a permettent d'examiner l'évolution du taux de suicide au Québec, de 1981 à 2018, 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^b 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. Les données provisoires les plus récentes indiquent que le taux de suicide chez les adolescents était de 12,1^b par 100 000 personnes en 2018.

^a 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.

^b 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 autour de 18 suicides par 100 000 personnes.

Au début des années 1980, le taux de suicide chez les hommes âgés de 35 à 49 ans a augmenté progressivement 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 2018, le taux de suicide était alors de 23,7 par 100 000 personnes. C'est le taux le plus bas jamais observé pour cette population. En raison de cette forte diminution, 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 2005 environ, le taux de suicide chez les hommes âgés de 50 à 64 est plutôt stable. 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. Selon les données provisoires de 2018, ce taux était de 21,8 par 100 000 personnes.

En résumé, chez les hommes âgés de 35 à 49 ans, la diminution du taux de suicide entamée au début des années 2000 se poursuit toujours tandis que dans les autres groupes d'âge, le taux de suicide s'est stabilisé depuis quelques années.

Malgré de légères variations, le taux de suicide chez les femmes est resté stable depuis une dizaine d'années (figure 3). Comme chez les hommes, les femmes âgées de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans avaient pour 2018 des taux beaucoup plus élevés (respectivement 8,8 et 9,8 par 100 000 personnes) comparativement aux femmes plus jeunes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans (respectivement 1,9^c et 6,1 par 100 000 personnes).

Les nombres et les taux de suicide selon le sexe et l'âge pour les années 2013 à 2018 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A1.

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

Tableau 1 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2018²

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	271	6,5	6,6	1 058	12,8	12,8
2018 ²	790	18,9	19,0	264	6,3	6,3	1 054	12,6	12,6

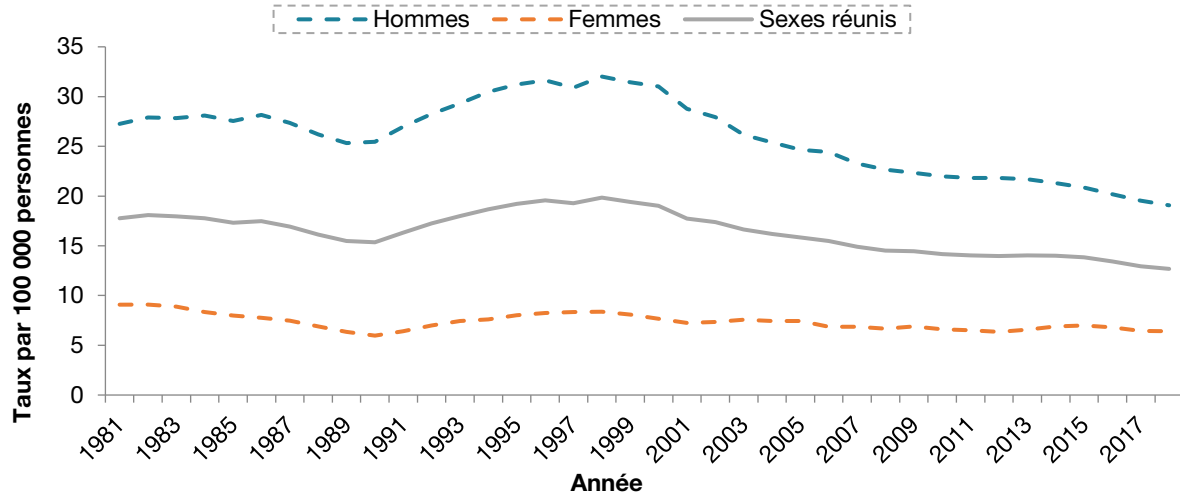
¹ Taux par 100 000, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2016.

² Données provisoires pour les années 2018.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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 2018³



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

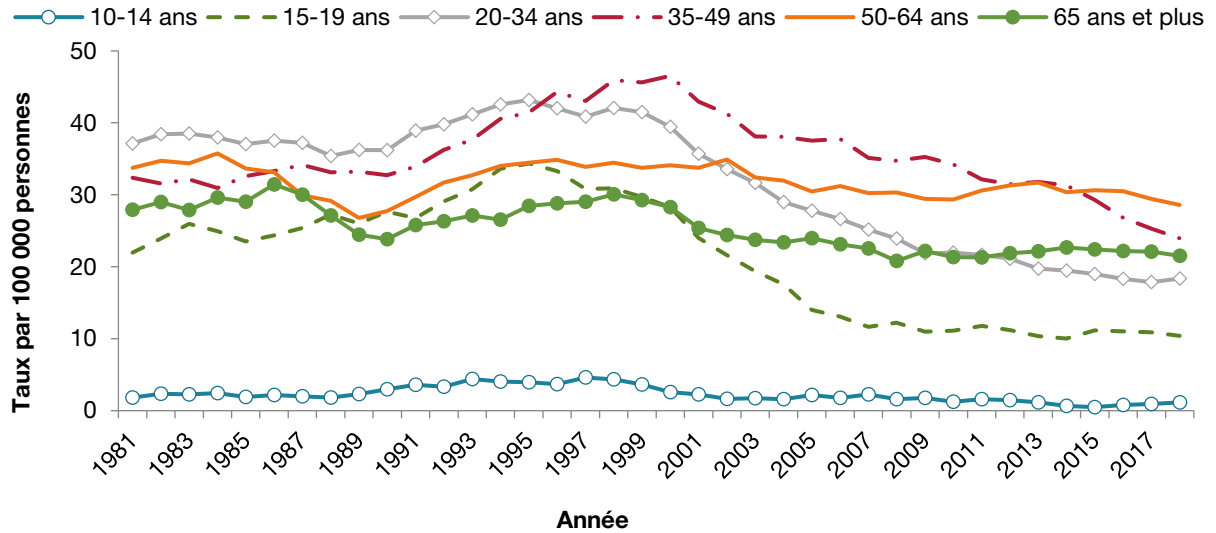
² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2016. Pour 1981 et 2018, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

³ Données provisoires pour 2018.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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 2018²



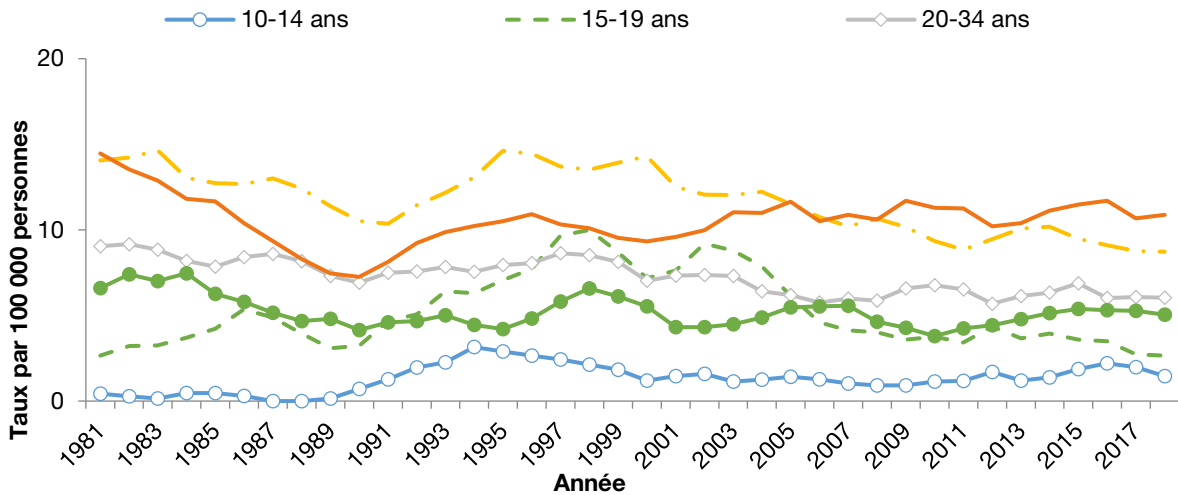
¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2017. Pour 1981 et 2018, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2018.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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 2018²



¹ Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2017. Pour 1981 et 2018, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

² Données provisoires pour 2018.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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

Importance du suicide parmi l'ensemble des décès

Les figures 4 et 5 illustrent pour la période 2015-2017, 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 toutes les causes de décès doit tenir compte de l'importance des causes concurrentes de décès qui s'accroît avec le vieillissement des individus.

Au Québec, le suicide représentait 1,7 % de tous les décès pour les années 2015-2017. Cette proportion était plus élevée pour les hommes (2,6 %) que pour les femmes (0,9 %) (données non présentées).

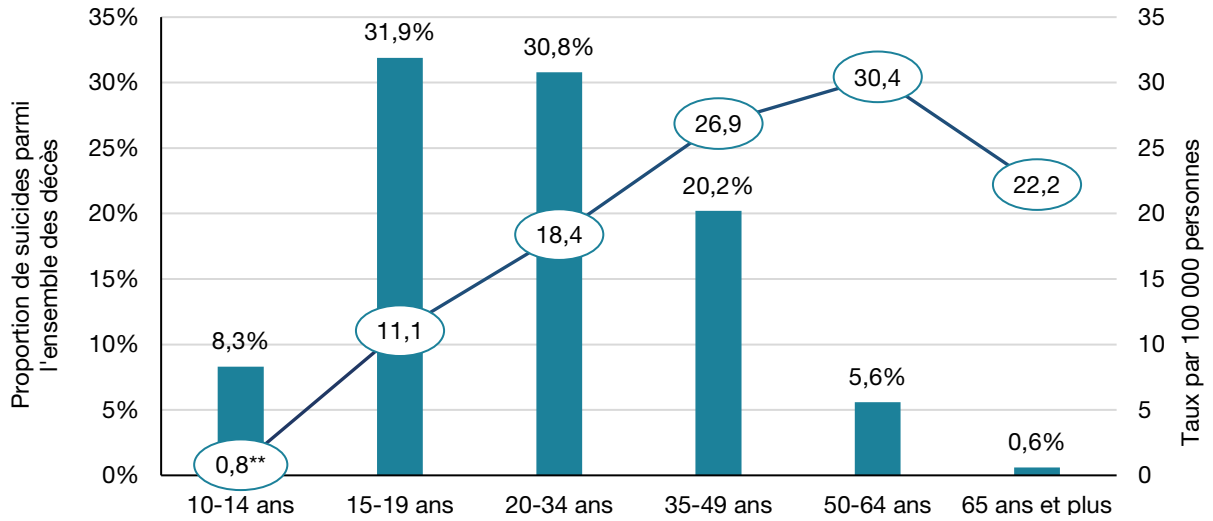
Chez les hommes, la proportion du suicide parmi toutes les causes de décès est plus élevée chez les 15 à 34 ans comparativement aux 35 ans et plus. Il faut spécifier qu'à partir d'un certain âge, l'importance relative du suicide s'amenuise au fur et à mesure que les autres causes de décès s'accumulent. Ainsi, la part des suicides parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes âgés de 15 à 19 ans (31,9 %) et de 20 à 34 ans (30,8 %) comparativement aux hommes âgés de 35 à 49 ans (20,2 %) et de 50 à 64 ans (5,6 %), tandis que leurs taux de suicide sont beaucoup plus bas (respectivement 11,1 et 18,4 par 100 000 personnes comparativement à 26,9 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 22,2 par 100 000 personnes.

Chez les femmes, la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès est de 27,1 % chez les jeunes filles de 10 à 14 ans. Chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans et les femmes âgées de 20 à 34 ans, cette proportion représente 22,7 %. Les femmes plus âgées ont des pourcentages relativement plus bas (respectivement 11,0 %, 3,0 % et moins de 1 % chez les femmes âgées de 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus).

Moyens utilisés pour s'enlever la vie

Pour 2016-2018, le moyen le plus commun pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et l'asphyxie. La figure 6 permet de constater que ce moyen était utilisé dans plus de la moitié des suicides chez les hommes (55,5 %) et dans une proportion moindre chez les femmes (42,9 %). Les suicides par arme à feu sont proportionnellement plus fréquents chez les hommes (15,5 %) que chez les femmes (2,0 %). Généralement, les femmes emploient des moyens moins létaux pour s'enlever la vie que les hommes¹¹. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (35,8 %) que par les hommes (9,5 %).

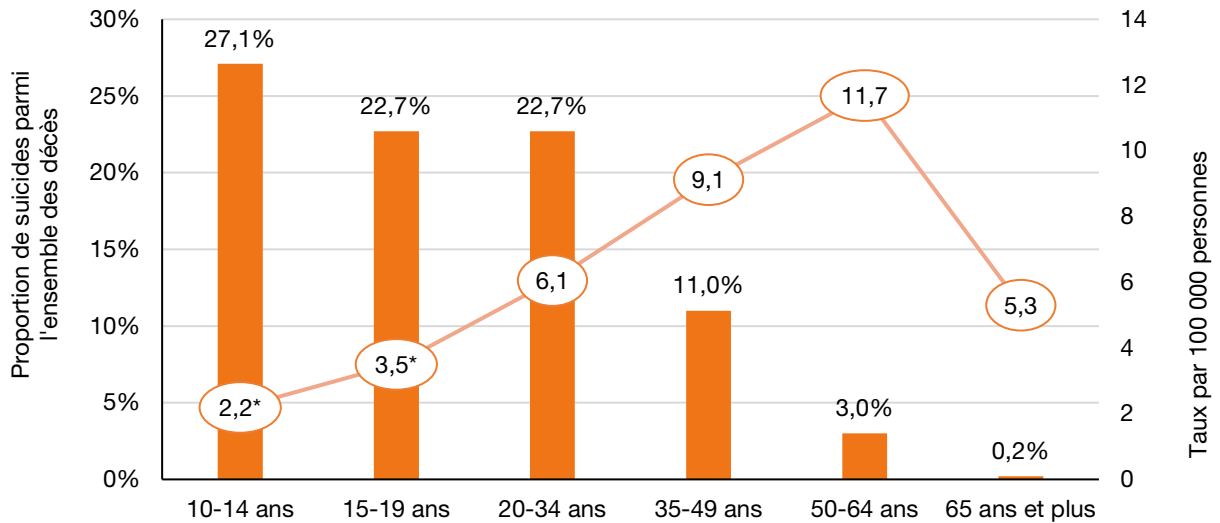
Figure 4 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les hommes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2015-2017



Source : MSSS, Fichier des décès de 2015 à 2017.

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

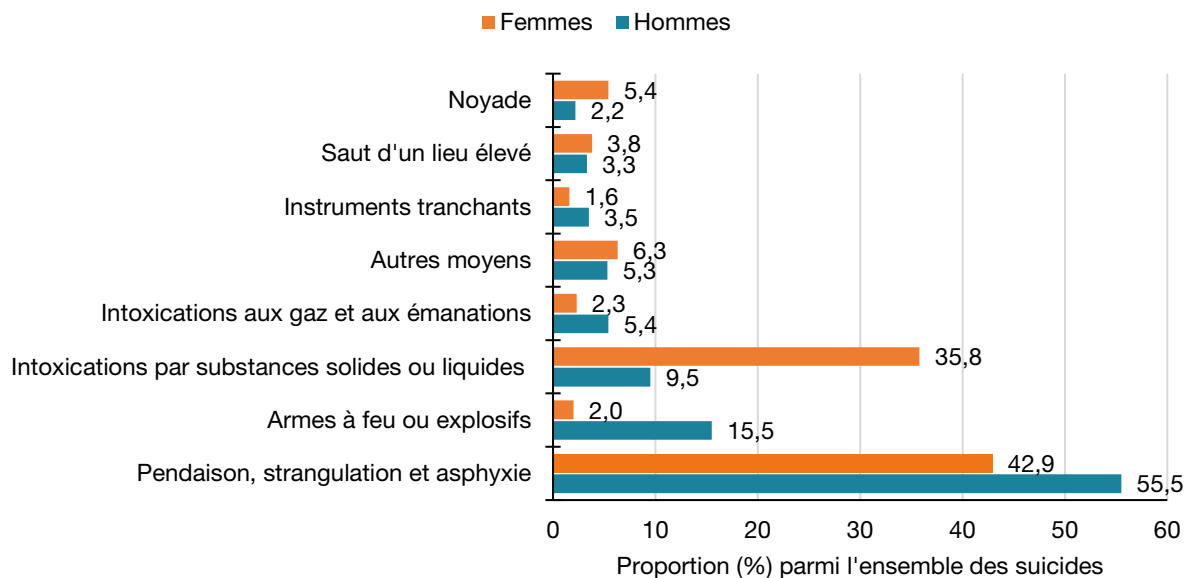
Figure 5 Proportion de suicides parmi l'ensemble des décès et taux de suicide, chez les femmes selon les groupes d'âge, ensemble du Québec, 2015-2017



Source : MSSS, Fichier des décès 2015 à 2017.

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

Figure 6 Proportion (%) des suicides selon le sexe et le moyen utilisé, ensemble du Québec, 2016-2018¹



¹ Données provisoires pour l'année 2018.

Sources : MSSS, Fichier des décès pour 2015-2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

Hospitalisations pour tentative de suicide

Selon les plus récentes données disponibles, le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec était de 45,0 par 100 000 personnes en 2019 (3 626 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 2019, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 2 169 chez les femmes et de 1 457 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 d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté au Québec entre 2008 et 2018 (figure 7). Pour l'année 2008, le taux ajusté d'hospitalisations 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 59,8 chez les femmes et 38,2 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'en 2018, elle atteignait 21,6 par 100 000 personnes. Pour 2019, il semble y avoir une légère diminution des taux d'hospitalisations, mais des données supplémentaires au cours de la prochaine année seront nécessaires pour convenir d'un réel changement dans la tendance.

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

Les figures 8 et 9 permettent d'examiner l'évolution du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec, de 2008 à 2019, 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'hospitalisations 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 8). Pour ce groupe, il y a eu une augmentation progressive du taux d'hospitalisations entre 2008 et 2016, passant de 34,9 à 52,7 par 100 000 personnes (annexe 2, tableau A2). De plus, l'année 2017 a été marquée par un pic du taux d'hospitalisations qui a atteint alors 71,0 par 100 000 personnes. Depuis, ce taux a diminué légèrement pour atteindre 67,8 par 100 000 personnes en 2019.

Ce sont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui présentent la hausse la plus marquée du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide (figure 9). 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 a été observé en 2018, il atteignait alors 196,6 par 100 000 personnes (annexe 2, tableau A2). Il était alors 2,5 fois plus élevé que celui observé en 2008 (73,5 par 100 000 personnes). Les données pour l'année 2019 indiquent une légère diminution du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adolescentes.

Chez les jeunes femmes âgées de 20 à 34 ans, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a aussi augmenté passant de 45,0 par 100 000 personnes en 2008 à 74,8 par 100 000 personnes en 2019, 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'hospitalisations 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 60,4 par 100 000 personnes en 2019.

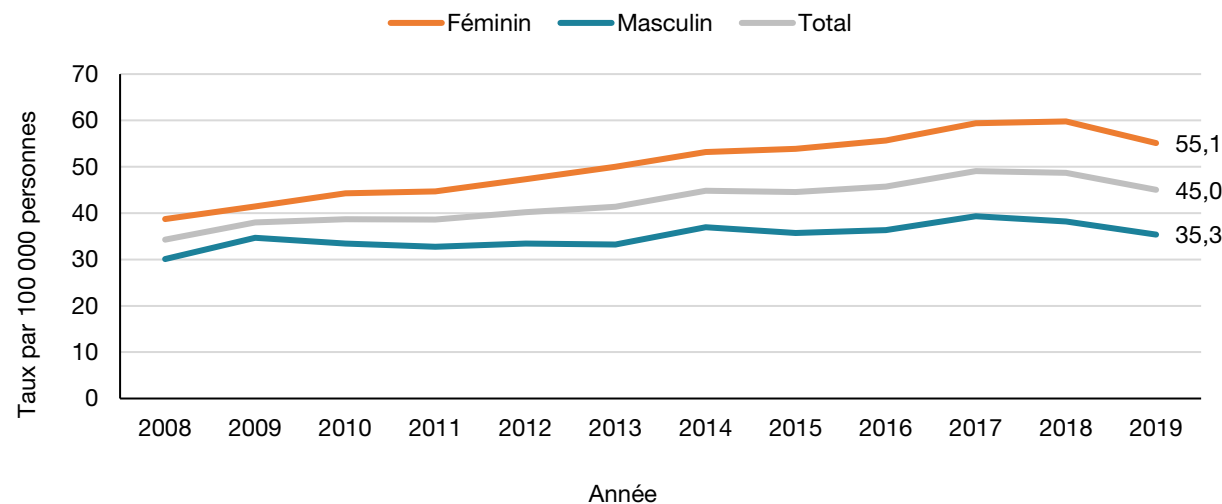
Les nombres et les taux hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge pour les années 2008 à 2019 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, tableau A2.

Tableau 2 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2019

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	59,4	3 905	47,1	49,1
2018	1 555	37,2	38,2	2 336	55,6	59,8	3 891	46,4	48,7
2019	1 457	34,4	35,3	2 169	51,1	55,1	3 626	42,7	45,0

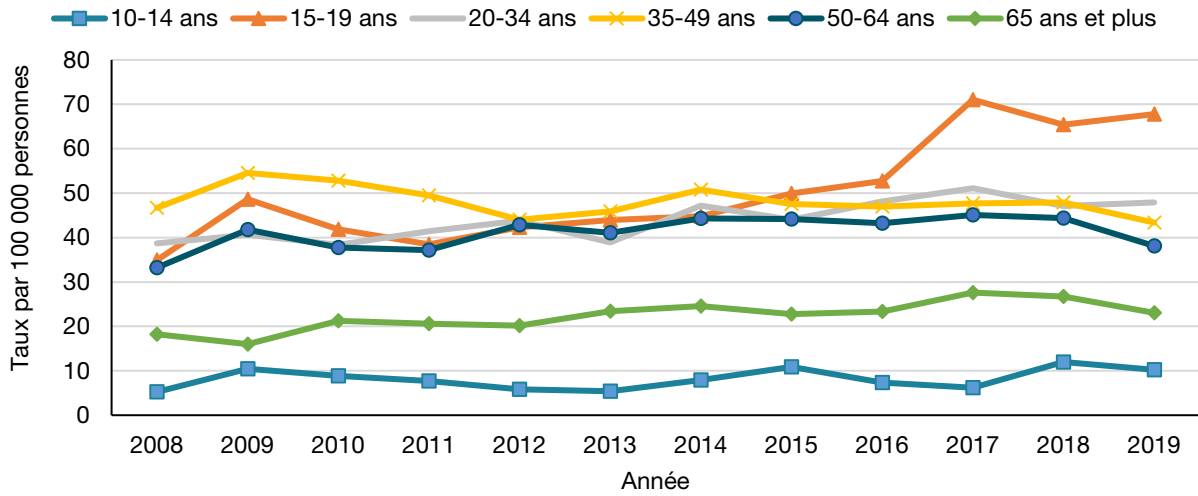
¹ Taux par 100 000 personnes, ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations 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 : 16 décembre 2020.

Figure 7 Taux ajusté¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2019



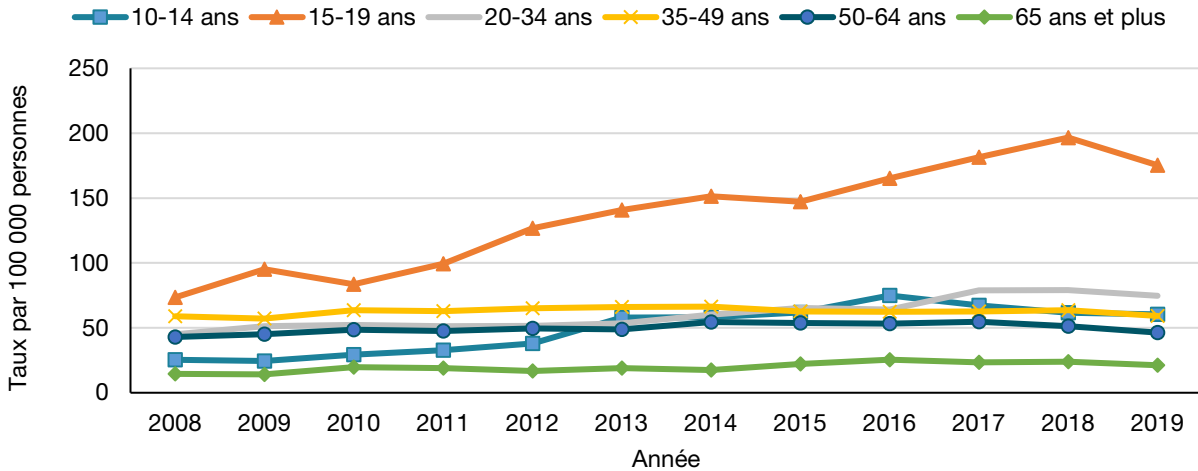
¹ Taux ajusté par 100 000 personnes selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2011. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique. Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une cause externe de traumatisme. Source : Fichier des hospitalisations 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 : 17 décembre 2020.

Figure 8 Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 2008 à 2019



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 : 17 décembre 2020

Figure 9 Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 2008 à 2019



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 : 17 décembre 2020

Hospitalisation pour les récurrences de tentatives de suicide

Parmi les personnes qui ont été hospitalisées pour une tentative de suicide au cours de l'année 2019 (N = 3 433), près de 5 % (n = 153) l'ont été plus d'une fois au cours de cette même période (tableau 3). Sur une période de 10 ans, environ 20 % des personnes hospitalisées en 2019 avaient déjà été admises à l'hôpital auparavant pour une autre tentative de suicide. Parmi les personnes qui ont été hospitalisées plusieurs fois pour une tentative de suicide, plus de la moitié ont été admises moins une fois aux soins intensifs.

Tableau 3 Hospitalisation pour les récurrences de tentative de suicide, ensemble du Québec, 2019

Personnes hospitalisées pour tentative de suicide au cours de l'année 2019 (N = 3 433)	Intervalle de temps							
	2019 (1 an)		2018-2019 (2 ans)		2015- 2019 (5 ans)		2010-2019 (10 ans)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Au moins deux hospitalisations :	153	(4,5)	334	(9,7)	535	(15,6)	670	(19,5)
– Avec séjour aux soins intensifs	81	(52,9)	171	(51,2)	303	(56,5)	407	(60,1)
– Sans séjour aux soins intensifs	72	(47,1)	163	(48,8)	232	(43,5)	263	(39,9)

Analyses produites par l'Infocentre de santé publique. Récurrences 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. Date de consultation : 22 janvier 2021

Suicide selon les régions sociosanitaires

La comparaison des taux de suicide selon la région sociosanitaire est présentée à la figure 10. 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 2016-2018 un taux de suicide beaucoup plus élevé (147,7 par 100 000 personnes) que ce qui a été observé pour l'ensemble du Québec (12,9 par 100 000 personnes). Deux autres régions sociosanitaires avaient des taux de suicide significativement supérieurs au reste de la province soient : Abitibi-Témiscamingue (22,5 par 100 000 personnes) et Chaudière-Appalaches (17,7 par 100 000 personnes).

Deux régions sociosanitaires avaient un taux de suicide significativement inférieur au reste de la province soit Laval et Montréal (respectivement 8,5 et 9,9 par 100 000 personnes).

Chez les hommes, le taux de suicide pour la région du Nunavik était de 218,6 par 100 000 personnes (annexe 2, figure A1). Ce taux est significativement plus élevé comparativement à l'ensemble de la population masculine du Québec (19,6 par 100 000 personnes). Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et Chaudière-Appalaches avaient également un taux de suicide significativement plus élevé que le reste de la province (respectivement 31,5 par 100 000 et 25,6 par 100 000) tandis que les régions de Laval et de Montréal avaient des taux significativement plus bas (respectivement 13,6 et 14,3 par 100 000 personnes).

Chez les femmes du Nunavik, le taux de suicide était de 72,2^d par 100 000 personnes comparativement à 6,5 par 100 000 personnes dans le reste de la province (annexe 2, figure A2). Les femmes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de Chaudière-Appalaches avaient aussi un taux de suicide significativement supérieur comparativement aux femmes du reste de la province (respectivement 13,3^d par 100 000 personnes et 9,7 par 100 000 personnes).

Les nombres, ainsi que les taux bruts et ajustés, pour chacune des régions sociosanitaires au Québec entre 2013 et 2018 sont présentés au tableau 4. Les différences régionales doivent être interprétées avec prudence puisque pour plusieurs régions sociosanitaires, les nombres de suicides fluctuent considérablement d'une année à l'autre, notamment pour les régions les moins peuplées.

Les taux de suicide selon la région, et le sexe pour la période 2016-2018 sont présentés plus en détail à l'annexe 2, figures A1 et A2.

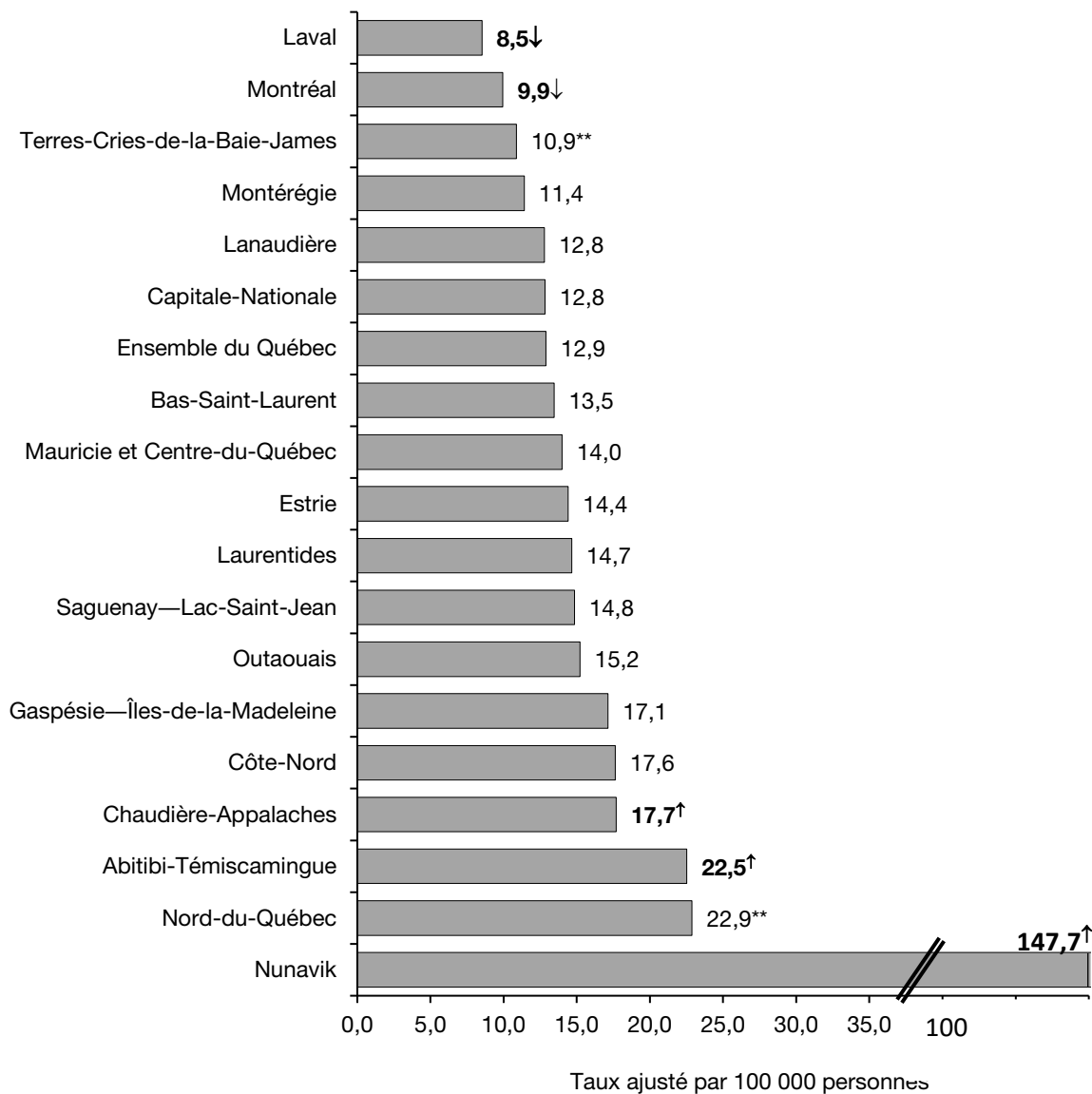
Comparaisons interprovinciales et internationales

Pour l'année 2017, le Québec occupait le 5^e rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus bas (12,8 par 100 000 personnes) (figure 11). C'est la province de Terre-Neuve-et-Labrador qui affichait le taux (sexes réunis) le plus élevé du pays (17,5 par 100 000 personnes) tandis que la Colombie-Britannique affichait le taux le plus faible (9,7 par 100 000 personnes). Plus spécifiquement, les Québécois et Québécoises se classaient respectivement aux 4^e et 5^e rangs des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus bas. Les comparaisons doivent être interprétées avec précaution en raison des variations dans les procédures d'identification des suicides d'une province à l'autre.

Les taux de suicide en 2017 pour le Québec et pour 11 pays membres de l'OCDE sont présentés à la figure 12. Le taux de suicide pour le Québec se situait légèrement au-dessus de la majorité des pays sélectionnés. Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, notamment parce que les processus de certification et de codification des causes de décès peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces variations peuvent affecter la comparabilité des données. Plus de détails sur les comparaisons sont présentés à l'annexe 1.

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

Figure 10 Taux ajusté¹ de suicide selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2016-2018^{2,3}



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

² Données provisoires pour 2018.

³ Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %

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

* 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, 2016-2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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

Tableau 4 Nombre, taux brut et taux ajusté¹ de suicide, selon la région sociosanitaire, sexes réunis, de 2 013 à 20 18²

Région sociosanitaire	Année																	
	Données officielles															Données provisoires		
	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	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	27	13,5	13,8*	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*
Saguenay–Lac-Saint-Jean	36	13,0	12,9*	36	13,0	13,0*	39	14,1	14,6	44	15,9	15,8	47	17,0	16,6	34	12,3	12,1*
Capitale-Nationale	128	17,8	17,7	112	15,4	15,3	109	15,0	14,9	96	13,1	12,9	97	13,1	13,1	94	12,6	12,5
Mauricie et Centre-du-Québec	91	18,0	18,1	87	17,2	17,0	77	15,2	15,4	83	16,3	16,5	70	13,6	13,3	64	12,4	12,2
Estrie	68	14,6	14,4	74	15,8	15,9	72	15,3	15,4	67	14,1	14,2	64	13,4	13,3	75	15,5	15,7
Montréal	183	9,4	9,6	212	10,9	11,0	213	10,9	11,3	222	11,3	11,6	176	8,9	9,1	179	8,9	9,1
Outaouais	49	12,9	13,1	59	15,5	15,6	60	15,7	16,4	54	14,0	14,3	53	13,7	13,8	68	17,4	17,5
Abitibi-Témiscamingue	32	21,7	22,2*	34	23,0	23,5*	36	24,4	24,7*	31	21,1	21,2*	34	23,0	23,3*	34	23,1	23,2*
Côte-Nord	16	16,7	16,5*	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*
Nord-du-Québec	0	0,0	0,0	2	14,1	17,0**	2	14,2	16,0**	2	14,4	16,5**	2	14,4	14,5**	5	36,2	38,2**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	21	22,6	21,3*	20	21,7	19,4*	19	20,8	19,7*	19	20,9	20,7*	13	14,4	13,4*	16	17,7	17,2*
Chaudière-Appalaches	75	18,0	18,1	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
Laval	42	10,1	10,1	41	9,8	9,9	36	8,5	8,8*	43	10,1	10,2	32	7,5	7,7*	33	7,6	7,7*
Lanaudière	78	16,0	16,1	79	16,1	16,5	67	13,6	13,5	60	12,1	12,0	71	14,1	14,2	61	12,0	12,1
Laurentides	97	16,8	16,7	94	16,1	16,0	100	17,0	17,0	80	13,5	13,4	95	15,8	15,9	90	14,7	14,6
Montréal	171	12,7	12,7	156	11,5	11,6	175	12,9	12,9	166	12,1	12,2	155	11,2	11,3	151	10,8	10,8
Nunavik	11	87,0	63,9*	11	85,7	59,6*	11	83,6	65,1**	18	134,5	97,6*	25	184,6	166,5*	33	239,0	177,5*
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	23,6	22,2**	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**
Ensemble du Québec	1 129	13,9	13,9	1 147	14,1	14,0	1 150	14,1	14,1	1 105	13,4	13,4	1 058	12,8	12,8	1 054	12,6	12,6

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

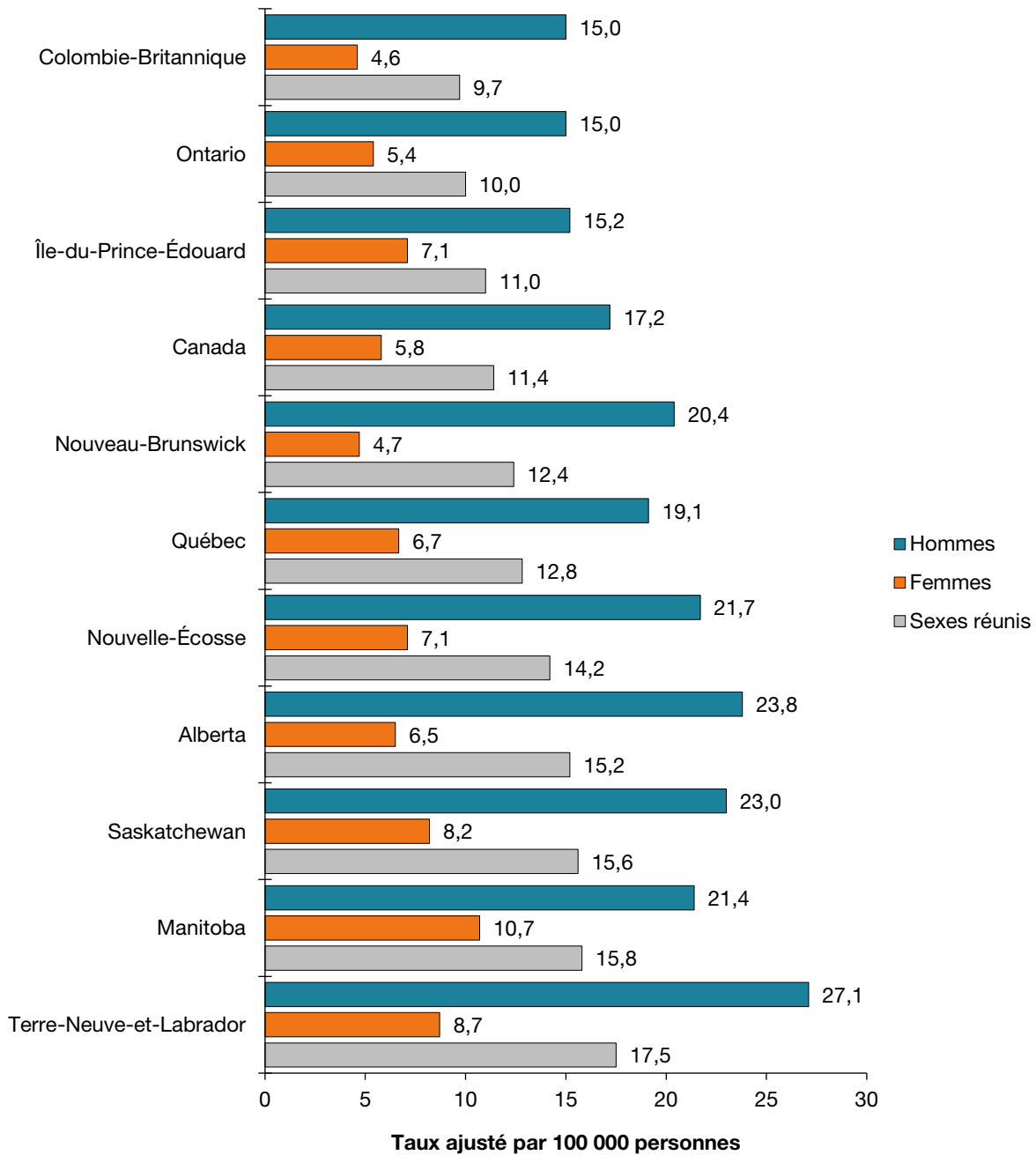
* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2013 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec pour 2018.

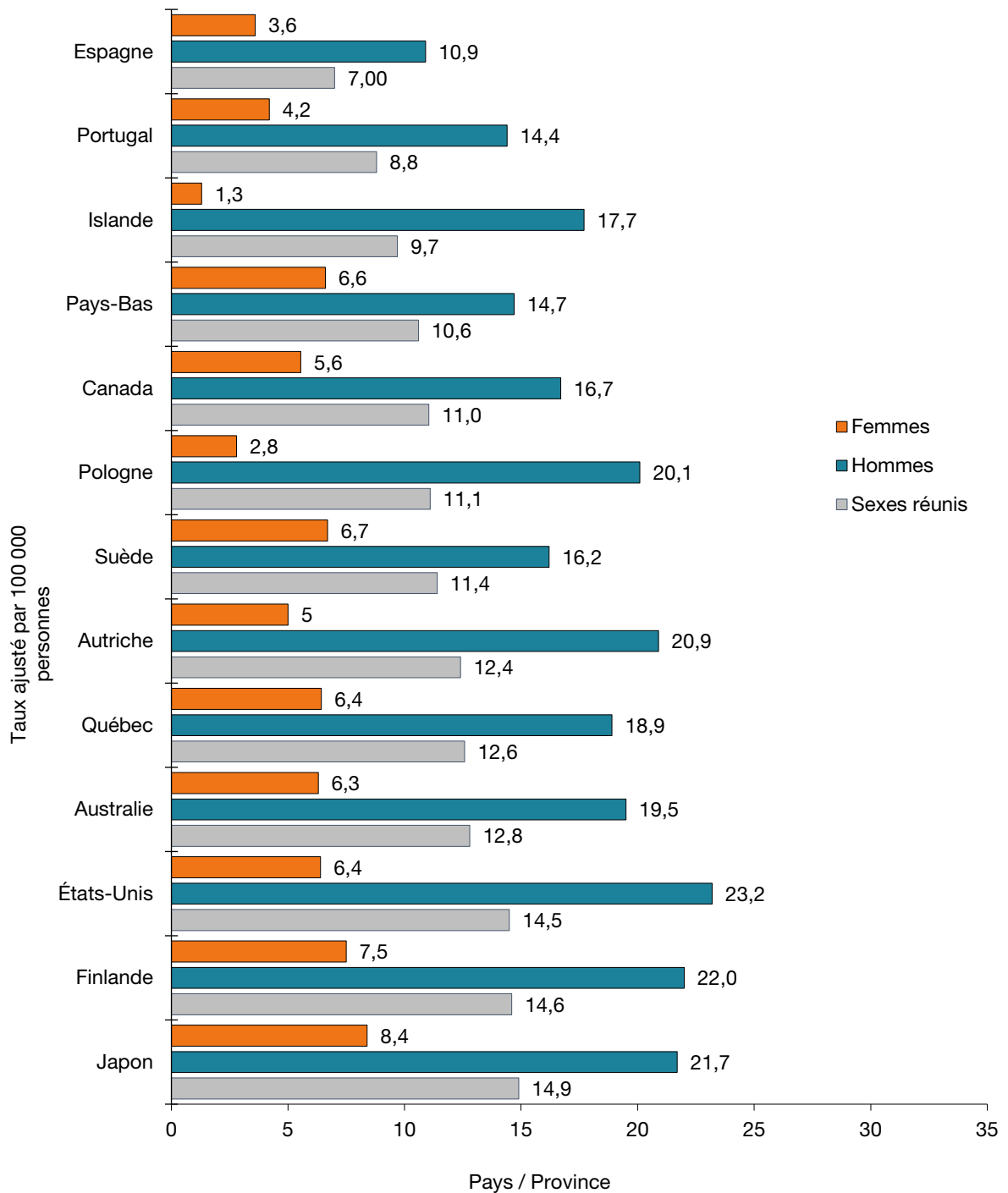
MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2016.

Figure 11 Taux ajusté¹ de suicide selon les provinces canadiennes et le sexe, 2017



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne de 2011.
Sources : Statistique Canada, tableau 13-10-0800-01 (anciennement CANSIM 102-0553) consulté le 17 décembre 2020.

Figure 12 Taux ajusté¹ de suicide selon certains pays de l'OCDE et le sexe, 2017



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'OCDE en 2010.
 Sources pour le Québec : MSSS, Fichier des décès pour 2017.
 Source pour le Canada : Statistique Canada, CANSIM, 17-10-0005-01 (anciennement CANSIM 051-0001).
 Source pour les autres pays : OCDE (2019), Taux de suicide (indicateur). doi : 10.1787/19bad9c8-fr (Consulté le 15 décembre 2020).

Alcoolémie chez les cas de suicide au Québec

Dans un souci d'amélioration continue, des efforts sont réalisés à chaque mise à jour afin de présenter de nouveaux sujets associés au suicide. Pour 2021, la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec a été utilisée pour étudier les données concernant les analyses d'alcoolémie demandées lors de l'investigation par les coroners des cas suicides au Québec.

Bien que les analyses sur la consommation d'alcool présentées dans cette mise à jour soient partielles, elles apportent néanmoins des informations pertinentes qui pourront éventuellement être utilisées dans la prévention du suicide. L'alcool est un facteur de risque important associé au suicide¹². Il peut diminuer les inhibitions, compromettre les habiletés de raisonnement et provoquer des comportements d'impulsivité susceptible d'augmenter le risque suicidaire chez les personnes qui en consomment¹³⁻¹⁶. De plus, il semble que les personnes avec des comportements suicidaires utiliseraient des moyens plus létaux lorsqu'elles sont intoxiquées par l'alcool. Elles seraient donc encore plus à risque de mourir lorsqu'elles veulent s'enlever la vie¹⁷. Les recherches auprès des personnes qui ont consommé avant leur tentative indiquent également que la consommation d'alcool est utilisée pour diminuer les effets de la douleur anticipée associée au moyen choisi^{18,19}.

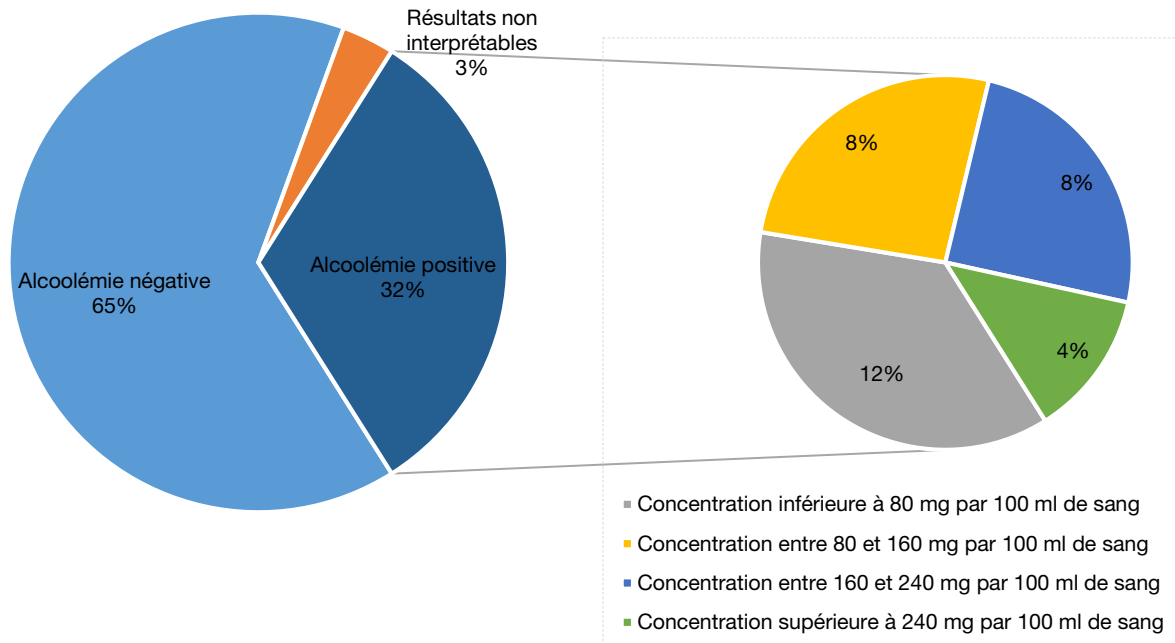
Sur l'ensemble des investigations réalisées pour les cas de suicide en 2017-2018, une analyse d'alcoolémie a été réalisée dans la vaste majorité des cas (78 %).

Parmi les investigations toxicologiques d'alcoolémie réalisées chez les hommes, 65 % sont ressorties négatives, donc sans aucune trace d'alcool. Il apparaît néanmoins que parmi les cas où l'alcoolémie a été déclarée positive (32 %), plus de la moitié avait une alcoolémie qui dépassait 80 mg sur 100 ml de sang.

Des résultats similaires sont observés chez les femmes. Ainsi, parmi les investigations qui ont subi un test d'alcoolémie, 64 % se sont avérées négatives. Parmi les cas avec un résultat positif (32 %), une vaste majorité avait une alcoolémie supérieure à 80 mg sur 100 ml de sang.

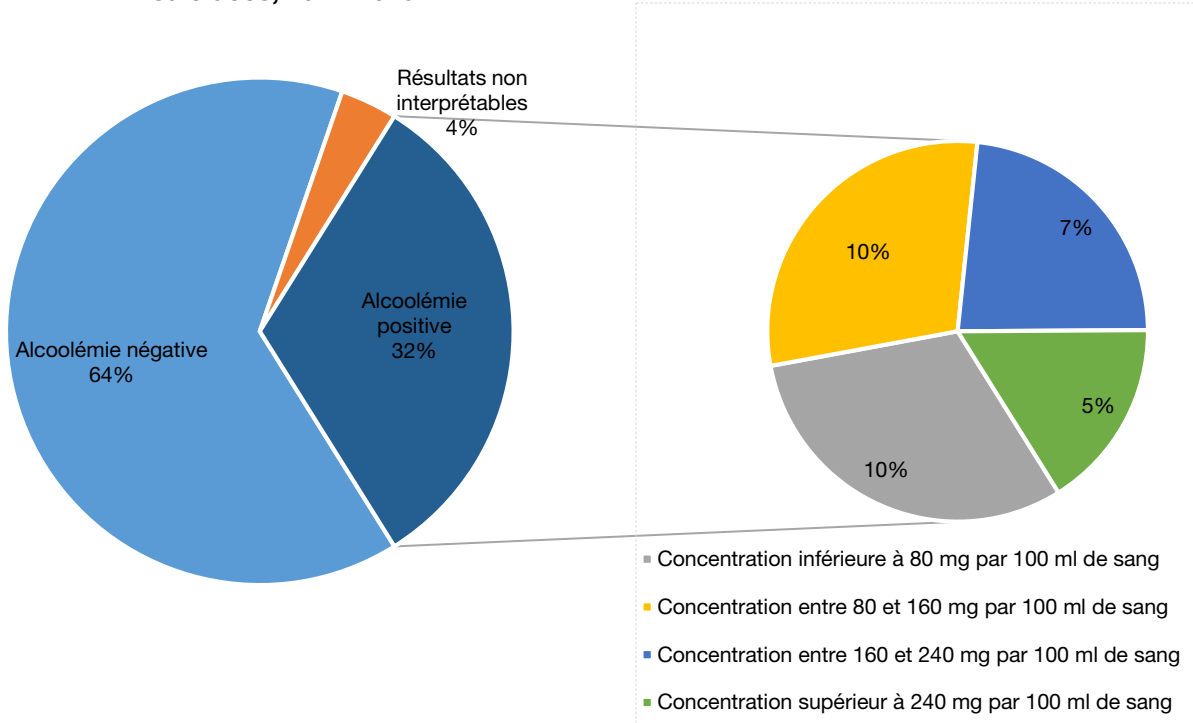
Les résultats de ces analyses comportent quelques limites. En effet, aucune analyse toxicologique n'a été demandée chez 18 % des cas. Cela peut s'expliquer par diverses raisons. Dans certaines situations, la personne qui s'est enlevé la vie est d'abord hospitalisée. Dans ces circonstances, il est possible que l'alcool consommé soit éliminé par le corps avant le décès et que, pour cette raison, aucun test d'alcoolémie ne soit pratiqué lors de l'autopsie. Dans d'autres situations, l'état du corps ne permet pas d'effectuer ce type d'analyse. Il faut également mentionner que chez les personnes dont l'alcoolémie est inférieure au 80 mg par 100 ml de sang, des limites similaires peuvent être appliquées.

Figure 13 Répartition des résultats des tests d'alcoolémie chez les hommes qui se sont suicidés, 2017-2018



Sources : Banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2017-2018.

Figure 14 Répartition des résultats des tests d'alcoolémie chez les femmes qui se sont suicidées, 2017-2018



Sources : Bureau du coroner en chef du Québec pour 2017-2018.

Discussion

Pour l'année 2018, les données provisoires indiquent un taux ajusté de suicide de 12,6 par 100 000 personnes au Québec (1 054 individus). Le taux de suicide des Québécois (19,0 par 100 000 personnes) est trois fois plus élevé que celui des Québécoises (6,3 par 100 000 personnes), ce qui est comparable aux autres pays occidentaux, où le taux des hommes est entre trois et quatre fois plus élevé que celui des femmes.

Il semble que les efforts déployés pour prévenir le suicide ont été profitables, notamment chez les hommes. Depuis le sommet atteint en 1999, une diminution importante de la mortalité par suicide a été observée jusqu'au début des années 2010. Depuis, il apparaît que le taux de suicide est stable pour la majorité des groupes d'âge mais il semble encore diminuer légèrement pour chez les hommes de 35 à 49 ans.

Chez les femmes, la diminution du taux de suicide qui a débuté à la fin des années 1990 semble s'être estompée depuis une dizaine d'années.

Contrairement au taux de suicide, il y a eu au cours des 10 dernières années une hausse des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec. Cette hausse s'observe autant chez les hommes et les femmes et plus particulièrement chez les adolescents et adolescentes de 15 à 19 ans. Bien que nous ne connaissions pas encore toutes les raisons qui expliquent cette augmentation, il est possible que les troubles de santé mentale chez les jeunes Québécois et Québécoises²⁰ aient contribué à augmenter les hospitalisations pour tentatives de suicide. De plus, puisque le taux de décès par suicide n'a pas augmenté, il est possible que l'augmentation des taux d'hospitalisation pour tentative indique une meilleure identification des raisons pour les hospitalisations. En effet, dans le passé, certains auteurs ont critiqué les pratiques de codification des « causes » d'hospitalisation, qui indiquaient le type de blessure, mais sans mentionner s'il s'agissait d'une tentative de suicide^{21,22}.

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 33 cas en 2018. 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 Nunavik²² 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.

Pour 2021, la banque de données informatisée du Bureau du coronier en chef du Québec a été utilisée pour étudier les tests d'alcoolémie demandés lors de l'investigation par les coroners des cas suicides au Québec. Bien que partiels, les tests d'alcoolémie réalisés lors des investigations par les coroners montrent que les cas avec un résultat positif avaient un taux d'alcoolémie très élevé lors du suicide. Selon la littérature scientifique, les crises suicidaires chez les personnes qui ont consommé trop d'alcool sont plus souvent impulsives et la gravité du geste n'est pas nécessairement corrélée avec le niveau de désespoir¹⁴⁻¹⁶. Le risque suicidaire doit être évalué et prévenu chez les personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool surtout lors de situations difficiles telles que la perte d'un emploi ou lors d'une séparation.

Conclusion

Les efforts déployés depuis plusieurs années pour prévenir le suicide semblent avoir été profitables, notamment chez les hommes et les jeunes en général. Depuis le sommet atteint en 1999, une diminution importante de la mortalité par suicide a été constatée. Il faut toutefois mentionner que depuis quelques années, le taux de suicide chez les hommes et chez les femmes s'est stabilisé, et ce, pour la majorité des groupes d'âge. Malgré tout, le taux de suicide dans plusieurs communautés des Premières Nations reste très élevé et dans la région majoritairement inuite du Nunavik, le taux de décès par suicide est dix fois plus élevé que dans la population générale. Il est essentiel d'appuyer les communautés du Nunavik, ainsi que des Premières Nations au Québec, dans l'établissement de services adaptés à leurs cultures et contextes. Il est aussi crucial de soutenir la diminution des écarts économiques et l'atténuation des autres facteurs de risque associés au suicide.

Avec la pandémie de COVID-19, il est évident que nous faisons face à d'énormes défis afin que le suicide soit encore en diminution au Québec. Une stratégie de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale sur plusieurs années est à prévoir pour prévenir les conséquences psychosociales néfastes déjà observées et qui pourraient se manifester même après la pandémie. Les impacts négatifs à plus long terme de la pandémie sur la santé mentale et le suicide dépendront de nombreux facteurs, incluant la reprise économique et le soutien aux membres les plus vulnérables de la société, ainsi que notre capacité collective à générer des sentiments de soutien et de l'espoir au sein de la population.

Dans la situation actuelle, il est important de maintenir une offre de services en santé mentale et en prévention du suicide afin d'éviter une aggravation potentielle des symptômes et ainsi agir sur le risque suicidaire. Parallèlement, il est essentiel d'adopter une approche préventive afin de s'assurer, d'une part, que les personnes à risque suicidaire obtiennent les services nécessaires pendant les périodes de distanciation et d'isolement et, d'autre part, que les conséquences socioéconomiques négatives de la pandémie ne durent pas.

Finalement, il est important de réaliser dans les prochaines années une surveillance soutenue de l'évolution des suicides au Québec et de ses facteurs de risque et de protection, et ce, dans le but d'avoir une compréhension plus fine du problème et de son ampleur et de développer une meilleure planification des services de prévention. Par ailleurs, l'augmentation de l'influence — positive et négative — de l'internet sur la prévention du suicide pose des défis importants pour les activités préventives. L'ère numérique actuelle exige le développement continu de nouvelles pratiques et de nouveaux services qui cadrent avec les changements sociétaux.

Références

1. Stijelja, S. & Mishara, B. L. COVID-19 and Psychological Distress—Changes in Internet Searches for Mental Health Issues in New York During the Pandemic. *JAMA Intern. Med.* **180**, 1703–1706 (2020).
2. Levesque, P. & Roberge, M.-C. *Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires*. 17 (2020).
3. Melançon, A. et al. *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 – quelques pistes*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2994-prevenir-violence-suicide-covid19.pdf> (2020).
4. St-Laurent, D. & Bouchard, C. *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* 1–23.
5. Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P.-A. *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020*. 25 (2020).
6. Binette, A., St-Amour, M., André, D. & Girard, C. *La population des régions administratives, des MRC et des municipalités du Québec en 2018*.
7. *Écarts observés entre les estimations révisées/provisoires de population mises à jour et celles précédemment diffusées*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-521-05W.pdf> (2020).
8. Auger, N., Burrows, S., Gamache, P. & Hamel, D. Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings. *Inj. Prev.* *injuryprev-2015* (2015).
9. Syer-Solursh, D. & Wyndowe, J. How coroners' attitudes towards suicide affect certification procedures. *Number Part Educ. Course Coroners Tor. Ont. Minist. Solicit. Gen.* (1981).
10. Värnik, P. et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj. Prev.* **18**, 321–325 (2012).
11. Elnour, A. A. & Harrison, J. Lethality of suicide methods. *Inj. Prev.* **14**, 39–45 (2008).
12. Sher, L. et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J. Psychiatr. Res.* **43**, 901–905 (2009).
13. Sher, L. Suicide in men: An underappreciated public health challenge. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* **270**, 277–278 (2020).
14. Borges, G. et al. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. *Psychol. Med.* **47**, 949 (2017).
15. Choi, K. W. et al. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: a nationwide community sample of Korean adults. *J. Affect. Disord.* **227**, 323–329 (2018).
16. Khemiri, L., Jokinen, J., Runeson, B. & Jayaram-Lindström, N. Suicide risk associated with experience of violence and impulsivity in alcohol dependent patients. *Sci. Rep.* **6**, 19 373 (2016).

17. Park, C. H. K. *et al.* Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr. Psychiatry* **75**, 27–34 (2017).
18. Bagge, C. L. & Sher, K. J. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: Toward the development of a conceptual framework. *Clin. Psychol. Rev.* **28**, 1283–1296 (2008).
19. Bagge, C. L., Conner, K. R., Reed, L., Dawkins, M. & Murray, K. Alcohol use to facilitate a suicide attempt: an event-based examination. *J. Stud. Alcohol Drugs* **76**, 474–481 (2015).
20. Traoré, I., Julien, D., Camirand, H., Street, M.-C. & Flores, J. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t2.pdf> (2018).
21. Charron, M.-F. La prévention du suicide au Québec: les indications dégagées par une étude statistique. *Santé Ment. Au Qué.* **7**, 160–175 (1982).
22. 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).
23. Bradley, C. E., Harrison, J. E. & Elnour, A. A. Appearances may deceive: what's going on with Australian suicide statistics. *Med J Aust* **192**, 428–9 (2010).
24. Thibodeau, L. Mortalité par suicide au Canada depuis le début du XXe siècle: perspectives sociodémographiques et macroéconomiques. (2015).
25. 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).
26. Parai, J. L., Kreiger, N., Tomlinson, G. & Adlaf, E. M. The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners. *Ann. Epidemiol.* **16**, 805–811 (2006).
27. Skinner, R., McFaull, S., Rhodes, A. E., Bowes, M. & Rockett, I. R. Suicide in Canada: is poisoning misclassification an issue? *Can. J. Psychiatry* **61**, 405–412 (2016).
28. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Taux de suicide. OCDE donnée <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>.
29. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). OECD Health Statistics 2017 Definitions, Sources and Methods. (2017).

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 2017 (mise à jour 25 mai 2020) et la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour l'année 2018. Les données utilisées dans ce rapport représentent les suicides des résidents du Québec survenus au Québec ou à l'extérieur du Québec^e. 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 2017. 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 (98,3 % pour 2018); et (b) les décès dont l'investigation est en cours et dont la cause présumée est un suicide (1,7 % pour 2018). Il s'agit d'un fichier « dynamique » puisque des cas de suicide peuvent toujours être ajoutés au fichier.

Comme mentionné, l'utilisation de la banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec permet d'avoir des estimations pour l'année la plus récente, c'est-à-dire 2018 dans ce rapport. Cependant, une partie des investigations (3,4 %) n'était pas terminée au moment de l'extraction des données (1^{er} novembre 2020). Il est possible que certains de ces décès dont l'investigation n'est pas terminée s'avèrent être attribuables à un suicide. L'ajout de ces cas pourrait modifier les estimations rapportées dans le présent document²³.

Les données de population utilisées pour calculer les taux de suicide proviennent des estimations de population pour les années 1981 à 2018 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 question²⁴. 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 2017). 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)²⁵.

^e 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 2019 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'hospitalisation pour tentatives de suicide (tel que décrit ci-dessus) entre 2010 et 2019. Les séjours au 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.

Comparaisons interprovinciales et internationales

Les données utilisées pour les comparaisons interprovinciales proviennent du tableau 13-10-0800-01 (anciennement CANSIM 102-0553) publié par Statistique Canada. Pour permettre les comparaisons entre les provinces, le taux de mortalité ajusté pour la structure d'âge est utilisé. La structure d'âge de la population canadienne de 2011 a été appliquée comme population de référence pour le calcul du taux ajusté de suicide pour chacune des provinces. Pour le Québec, les données présentées au tableau 13-10-0800-01 pour l'année 2017 étaient incomplètes. Le taux de mortalité ajusté selon l'âge a donc été calculé à partir du RED/D (MSSS). La structure d'âge de la population canadienne de 2011 a été appliquée au taux québécois pour la comparaison interprovinciale.

La comparaison interprovinciale et territoriale portant sur le suicide est altérée par les difficultés liées à la *sous-estimation* des décès. Au Canada, la catégorie de décès traumatiques dont l'intention est *indéterminée* est couramment utilisée comme indicateur de la précision des données sur le suicide. Les décès inclus dans cette catégorie sont ceux pour lesquels le coroner ou le médecin légiste n'a pas été en mesure de distinguer s'il s'agissait d'un décès accidentel, d'un homicide ou d'un suicide. Une étude canadienne a démontré des écarts interprovinciaux et territoriaux pour les taux de décès dont l'intention est indéterminée variant de 0,4 par 100 000 (Nouveau-Brunswick) à 10,6 par 100 000 (Alberta)⁸.

L'utilisation inégale des codes pour les traumatismes dont l'intention est indéterminée suggère que les taux de suicide peuvent être sous-estimés de façon disproportionnée dans certaines régions, notamment dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario²⁶. Inclure les décès dont l'intention était indéterminée modifiait de façon notable le classement des provinces canadiennes selon leur taux de suicide²⁷. Par contre, pour le Québec, la province est reconnue pour avoir peu de traumatismes dont l'intention est indéterminée⁸.

Les taux de suicide des territoires canadiens (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut) ne sont pas présentés dans ce rapport. Il faut prendre note que ces territoires ont des populations relativement peu nombreuses et que les taux peuvent fluctuer de façon importante d'une année à l'autre.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'interprétation des comparaisons interprovinciales et territoriales doit être faite avec précaution.

Les comparaisons internationales sont fournies à titre indicatif seulement et sont empreintes de sources d'erreurs multiples. Il existe des variations considérables entre les pays dans l'application des règles de sélection de la cause initiale du décès et dans les définitions utilisées pour déterminer les suicides. Les données utilisées pour les comparaisons internationales proviennent des statistiques officielles publiées par l'OCDE²⁸. Pour cet exercice, les pays membres de l'OCDE comparables au Québec et au Canada ont été retenus. Au total, 11 pays membres de l'OCDE ont été sélectionnés : l'Australie, l'Autriche, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, l'Islande, le Japon, les Pays-Bas, la Pologne, Portugal, la Suède. Ce choix a été inspiré du Conference Board du Canada qui a sélectionné ces pays selon 3 critères : la population (minimum 1 million), la superficie (minimum 10 000 km²) et le produit intérieur brut par habitant^f. Pour permettre cette comparaison, le taux de suicide de chacun des pays retenu, ainsi que celui du Québec et du Canada, a été ajusté selon la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010²⁹.

^f Pour plus d'information, voir <https://www.inspq.qc.ca/santescopie/ressources/methodologie-des-surveys>.

Analyses statistiques

Pour calculer les taux de suicide, les estimations de la population pour les années 1981 à 2018 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 2018 ont été utilisées. Ces estimations sont le produit d'un travail fait entre Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec. Il est important de noter que Statistique Canada a procédé à un réajustement de ces estimations et de ces projections pour les années 1996 et suivantes afin de tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des réserves indiennes partiellement dénombrées. À l'échelle du Québec, les nouvelles estimations diffusées révisent à la baisse celles établies précédemment. Si la révision des données de population a été de faible ampleur en ce qui a trait aux années 2011 et précédentes, elle est plus importante pour les années postérieures à 2011. Par exemple, au 1^{er} juillet 2016, la nouvelle estimation compte 96 000 personnes de moins que l'estimation précédente. Ainsi presque toutes les régions sociosanitaires du Québec voient l'estimation de leur nombre d'habitants révisée à la baisse. En raison de ce réajustement, certains taux présentés dans cette mise à jour sont légèrement supérieurs de ceux présentés dans les mises à jour précédentes. Pour des précisions méthodologiques sur les conséquences de cette révision à l'échelle des régions, il est possible de se référer à l'encadré intitulé « Révision majeure des estimations de la population par Statistique Canada » dans la publication *La population des régions administratives, des MRC et des municipalités du Québec en 2018*⁶ ainsi qu'au rapport du MSSS *Écarts observés entre les estimations révisées/provisoires de population mises à jour et celles précédemment diffusées*⁷.

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 années⁹ 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.

⁹ Des moyennes mobiles sur trois années ont été calculées pour chacune des observations annuelles, à l'exception des années 1981 et 2017. 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 2013 à 2018¹

Groupe d'âge	Année											
	Données officielles										Données provisoires	
	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux
Sexes réunis												
10-14 ans	5	1,3**	1	0,3**	6	1,5**	7	1,7**	5	1,2**	6	1,4**
15-19 ans	29	6,3*	29	6,5*	37	8,5	32	7,5*	26	6,1*	30	7,1*
20-34 ans	187	11,6	228	14,2	211	13,3	183	11,7	189	12,0	202	12,7
35-49 ans	374	22,7	342	20,9	310	19,1	301	18,6	270	16,6	269	16,3
50-64 ans	354	19,8	376	20,8	396	21,7	380	20,7	384	20,9	339	18,5
65 ans et plus	180	13,4	171	12,3	190	13,3	202	13,7	184	12,0	208	13,2
Total ¹	1 129	13,9	1 147	14,1	1 150	14,1	1 105	13,4	1 058	12,8	1 054	12,6
Hommes												
10-14 ans	2	1,0**	0	0,0	2	1,0**	1	0,5**	2	1,0**	3	1,4**
15-19 ans	20	8,5*	21	9,1*	28	12,5*	26	11,8*	19	8,8*	26	12,1*
20-34 ans	151	18,4	161	19,7	165	20,4	136	16,9	143	17,7	155	19,0
35-49 ans	285	34,0	263	31,7	232	28,2	230	28,0	200	24,2	198	23,7
50-64 ans	272	30,4	274	30,3	279	30,5	286	31,1	274	29,8	250	27,3
65 ans et plus	143	23,9	137	22,0	143	22,1	156	23,2	149	21,3	158	21,8
Total ¹	873	21,7	856	21,1	849	20,9	835	20,4	787	19,0	790	18,9
Femmes												
10-14 ans	3	1,6**	1	0,5**	4	2,1**	6	3,0**	3	1,5**	3	1,4**
15-19 ans	9	4,0**	8	3,7**	9	4,2**	6	2,9**	7	3,4**	4	1,9**
20-34 ans	36	4,6*	67	8,5	46	6,0	47	6,1	46	6,0	47	6,1
35-49 ans	89	11,0	79	9,8	78	9,8	71	8,9	70	8,7	71	8,8
50-64 ans	82	9,2	102	11,3	117	12,8	94	10,3	110	12,0	89	9,8
65 ans et plus	37	5,0	34	4,4*	47	6,0	46	5,7	35	4,2*	50	5,9
Total ¹	256	6,3	291	7,1	301	7,3	270	6,5	271	6,5	264	6,3

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

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

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

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2013 à 2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

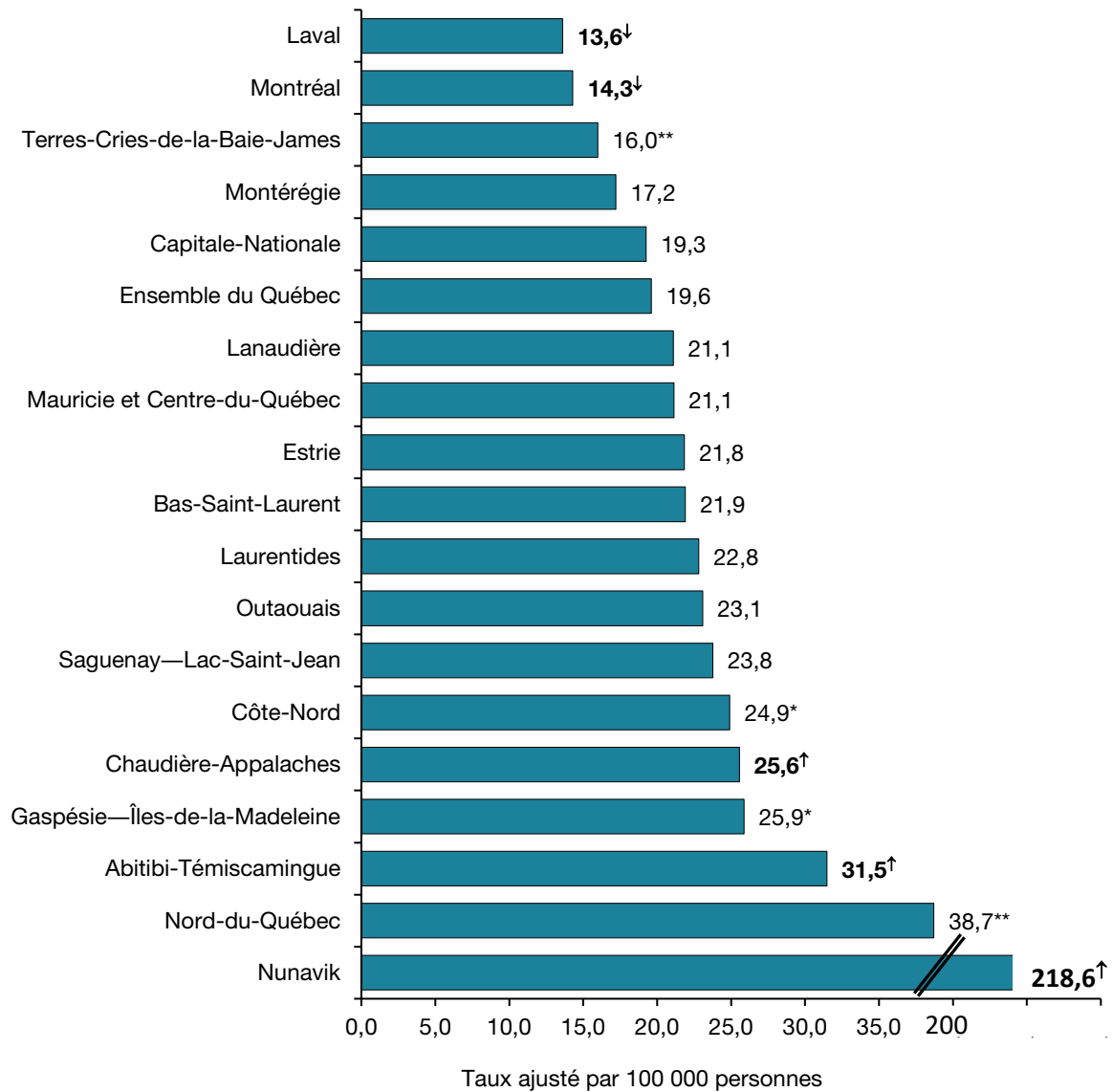
Tableau A2 Nombre et taux¹ d'hospitalisations pour tentative de suicide, selon le l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2008 à 2019

Années	Groupe d'âge											
	10-14 ans		15-19 ans		20-34 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans et plus	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	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	65,4	384	47,1	400	47,9	406	44,4	194	26,7
2019	23	10,2	147	67,8	396	47,9	367	43,4	347	38,1	174	23,1
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	67,4	376	181,5	607	79,0	504	62,6	501	54,7	195	23,5
2018	129	61,7	406	196,6	611	79,1	517	63,7	467	51,2	205	24,0
2019	131	60,4	364	175,3	581	74,8	485	59,2	420	46,3	186	21,1

¹ Taux par 100 000 personnes

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 : 12 décembre 2020.

Figure A1 Taux ajusté¹ de suicide chez les hommes selon la région sociosanitaire, ensemble du Québec, 2016-2018^{2,3}



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

² Données provisoires pour 2018.

³ Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %

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

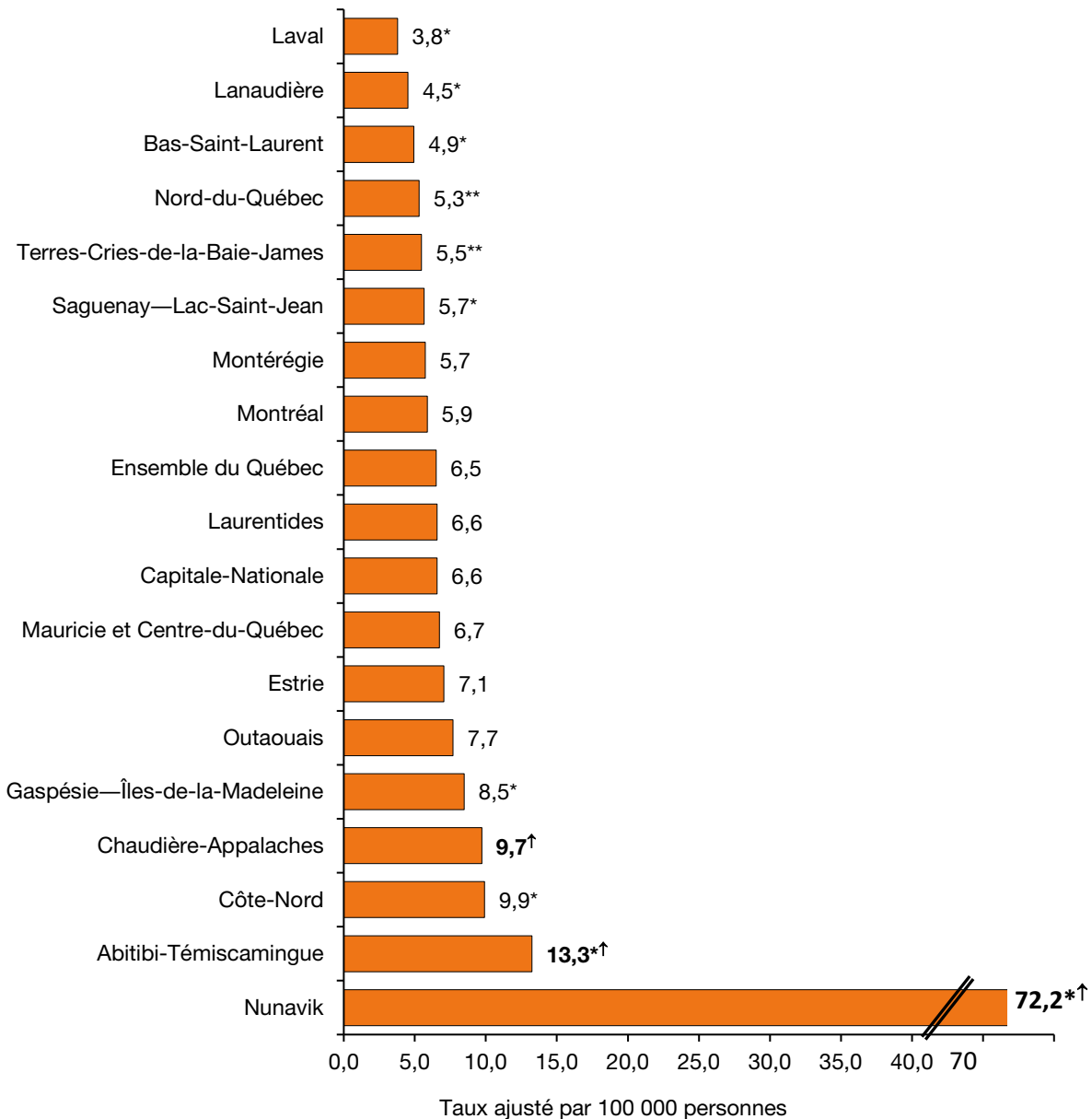
* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2016-2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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, 2016-2018^{2,3}



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

² Données provisoires pour 2018.

³ Les taux mis en gras dans le tableau sont significativement différents du taux de l'ensemble des autres régions du Québec, à un seuil de 5 %

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

* 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, 2016-2017 et banque de données informatisée du Bureau du coroner en chef du Québec pour 2018.

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

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca