

Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec

DES DONNÉES À L'ACTION

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la prévention et santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-00907-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

Coordination du projet

Natalia Romero, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'en juillet 2025)

Daniela Furrer, ministère de la Santé et des Services sociaux (à partir d'août 2025)

Rédaction

Rabi Joël Gansaonré, Institut national de santé publique du Québec

Pascale Levesque, Institut national de santé publique du Québec

Collaboration

Marie-Claude Roberge, Institut national de santé publique du Québec

Joël Castonguay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Analyse

Véronique Boiteau, Institut national de santé publique du Québec

Relecture

Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux

Daniela Furrer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Joël Castonguay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Laurence Fillion, ministère de la Santé et des Services sociaux

Catherine Denis, ministère de la Santé et des Services sociaux

Christiane Hatori, ministère de la Santé et des Services sociaux

Généviève Lessard, ministère de la Santé et des Services sociaux

Camille Poirier-Ouellet, ministère de la Santé et des Services sociaux

Véronique Boiteau, Institut national de santé publique du Québec

Mise en page

Sheila Benoît, ministère de la Santé et des Services sociaux

La compilation des données a été effectuée à partir de l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec. La source de donnée utilisée est le Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008, 2014-2015 et 2020-2021.

Référence suggérée

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2026). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec, Québec, 36 p.

Besoin d'aide?

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

Téléphone : 1 866 APPELLE (277-3553), Texto : #535 353

Clavardage, informations et outils : www.suicide.ca

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	1
MISE EN CONTEXTE	3
1 PORTRAIT	6
1.1 Idées suicidaires au Québec : évolution	6
1.2 Idées suicidaires et facteurs associés	8
1.3 Covid-19 et idées suicidaires	16
1.4 Tentatives de suicide au Québec : Ampleur et facteurs démographiques.....	18
1.5 Consultation d'un professionnel de la santé ou utilisation d'une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires	22
2 POLITIQUES, PLANS D'ACTION ET AUTRES MESURES STRUCTURANTES	23
3 PISTES D'ACTION	26
CONCLUSION	29
OUTILS ET RESSOURCES.....	30
RÉFÉRENCES	33
ANNEXES.....	36

FAITS SAILLANTS

Le présent fascicule vise principalement à dresser le portrait de l'ampleur des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans la population québécoise. Pour ce faire, les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) ont été utilisées. Les analyses permettent de dégager les constats suivants :

Depuis 2008, la proportion de la population québécoise ayant songé sérieusement au suicide dans sa vie et celle ayant fait une tentative de suicide (à vie ou au cours des 12 derniers mois) est restée stable. Cependant, la proportion de la population ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois a augmenté entre 2014-2015 et 2020-2021.

- En 2020-2021, environ un dixième (10 %) de la population québécoise a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celles observées en 2008 et en 2014-2015.
- La proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête a augmenté de façon statistiquement significative, passant d'environ 3 % en 2014-2015 à environ 4 % en 2020-2021.
- Au Québec, 4 % de la population a tenté de se suicider au cours de sa vie. Cette proportion est de 0,5 % si l'on se réfère aux 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Ces données sont restées inchangées depuis 2008.

En 2020-2021, les proportions de personnes ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide varient selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

- Quel que soit le genre, les personnes plus jeunes sont plus nombreuses, en proportion, à déclarer avoir songé sérieusement au suicide ou tenté de se suicider comparativement aux plus âgées.
- La proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide ou ayant tenté de se suicider est plus élevée chez les personnes vivant dans les ménages à faible revenu que chez celles vivant dans les ménages à revenu moyen ou élevé.
- Les personnes étudiantes et les personnes sans emploi sont plus nombreuses à songer sérieusement au suicide et à avoir fait une tentative de suicide comparativement aux personnes retraitées.
- La proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année est significativement plus faible parmi celles vivant en couple sans enfant (2,1 %) que dans les autres types de ménage, à l'exception des couples avec enfants.

D'après l'EQSP 2020-2021, les proportions d'idées suicidaires et de tentatives de suicide varient selon l'état de santé générale et mentale.

- Les personnes qui perçoivent leur état de santé comme passable ou mauvais sont proportionnellement plus nombreuses à avoir songé sérieusement au suicide ou fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois que celles qui se perçoivent en excellente ou très bonne santé.
- En 2020-2021, les individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique sont plus susceptibles d'avoir songé sérieusement au suicide ou d'avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année que ceux qui présentent un niveau faible ou moyen de détresse psychologique.

Le fait d'avoir été isolé durant la pandémie de la COVID-19 est associé à une proportion plus élevée d'idées suicidaires.

- Parmi les personnes qui ont dû s'isoler ou se mettre en quarantaine durant la pandémie de la COVID-19, la proportion des individus qui a déclaré avoir songé sérieusement au suicide est significativement plus élevée que celles des personnes qui n'ont pas dû s'isoler ou se placer en quarantaine.

FAITS SAILLANTS

- Selon l'EQSP 2020-2021, les personnes qui ont manqué de compagnie ou qui se sont senties laissées de côté ou exclues durant la pandémie sont proportionnellement plus nombreuses à avoir songé sérieusement au suicide, comparativement à celles qui ont rarement ou jamais vécu cette situation.

Davantage de gens consultent un(e) professionnel(le) de la santé plutôt qu'une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires selon l'EQSP 2020-2021.

- Parmi les personnes qui ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, environ la moitié (52 %) a consulté un professionnel de la santé à la suite de pensées suicidaires. Les femmes (57 %) consultent davantage que les hommes (47 %) à la suite de pensées suicidaires.
- Environ 17 % des Québécois qui ont eu des pensées suicidaires ont utilisé une ligne d'aide téléphonique.

Pistes d'action à envisager en prévention du suicide

- Promouvoir la santé mentale en s'attardant à la réduction des inégalités sociales de santé, ainsi qu'à la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être.
- Poursuivre les efforts de prévention du suicide, notamment en matière de restriction de l'accès aux moyens de s'enlever la vie, de couverture médiatique responsable, d'identification et de soutien des personnes présentant un risque de suicide, ainsi qu'en matière d'accompagnement des personnes endeuillées et de leur entourage.
- Poursuivre les activités de surveillance de la santé mentale et des comportements suicidaires pour mieux saisir l'influence de certains facteurs déterminants afin de soutenir la planification sociosanitaire.

MISE EN CONTEXTE

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La surveillance est une fonction essentielle de la santé publique. Elle permet de suivre l'état de santé de la population et de ses déterminants, afin de détecter les menaces, d'évaluer les tendances et d'orienter les actions de prévention. Elle repose sur la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données sur la santé de la population. La collection « Des données à l'action » a pour objectif d'informer la population ainsi que les décideurs et les intervenants, afin de soutenir ces derniers dans leur processus de prise de décision.

ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 2020-2021 (EQSP)

L'enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2020-2021 constitue la troisième édition, les deux précédentes ayant été réalisées en 2008 et 2014-2015 (1). Cette enquête, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), a permis de colliger des données sur plusieurs aspects de la santé de la population québécoise, incluant les comportements suicidaires et leurs déterminants.

Les données de l'EQSP permettent d'estimer la proportion de la population québécoise ayant eu des comportements suicidaires, incluant les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Il faut noter que l'EQSP 2020-2021 s'est déroulée dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, dont les potentiels effets à moyen et long termes sur les comportements suicidaires sont encore inconnus.

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) est une enquête transversale à portée nationale, régionale et locale, qui vise à recueillir des renseignements sur les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale ainsi que certains déterminants de la santé auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise de 15 ans et plus.

DE NOUVELLES DONNÉES SUR LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour effectuer la surveillance des comportements suicidaires. Cette surveillance est réalisée en utilisant à la fois des données médico-administratives et des enquêtes populationnelles, ce qui permet de suivre les tendances et les profils des personnes ayant des comportements suicidaires. Les banques de données médico-administratives permettent de mesurer l'ampleur des comportements suicidaires, d'en suivre l'évolution dans le temps et d'identifier les groupes à risque. En complément, les enquêtes fournissent des informations d'ordre démographique et socioéconomique, offrant un éclairage essentiel sur l'état de santé de la population et de ses déterminants, enrichissant ainsi la compréhension des problématiques de santé, y compris les comportements suicidaires.

Selon le portrait 2026 de l'INSPQ sur les comportements suicidaires au Québec, le taux ajusté de suicide a diminué depuis le début des années 2000 (2). Entre 2004 et 2022, une baisse moyenne annuelle de 1,3 % a été observée (3). Les données provisoires du Bureau du coroner situent le taux de suicide à 10,7 par 100 000 personnes en 2024 (dernière année disponible à ce jour) (2). De même, entre 2017 et 2023, le taux d'hospitalisations attribuable aux tentatives de suicide a connu une baisse moyenne annuelle de 1,9 % (3).

La première édition de l'EQSP (2008) a révélé que 2,3 % de la population québécoise avait songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, et que 0,5 % avait tenté de se suicider sur la même période (4). Cette enquête a également révélé que les idées suicidaires étaient plus fréquentes chez les personnes à faible revenu, celles présentant un niveau élevé de détresse psychologique, chez les individus insatisfaits de leur vie et ceux vivant en famille monoparentale (4). L'EQSP 2020-2021 permet désormais d'analyser l'évolution de ces résultats après plus d'une décennie, dans un contexte marqué par la pandémie de la COVID-19 et par l'amélioration des actions de prévention du suicide.

MISE EN CONTEXTE

Objectifs et public visé

À partir des données des trois éditions de l'EQSP, le présent fascicule vise à dresser un portrait de l'ampleur des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans la population québécoise, afin de mieux orienter les efforts de prévention.

Spécifiquement, il s'agit :

- de décrire les tendances liées aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide parmi la population de 15 ans et plus (à vie et au cours des 12 derniers mois);
- de dresser le profil démographique et socioéconomique des personnes ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide;
- de décrire l'état de santé générale et mentale des personnes ayant eu des comportements suicidaires ou ayant eu recours à un professionnel de la santé ou à une aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires;
- d'explorer la relation entre certaines variables en lien avec la pandémie de la COVID-19 et les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le recours à un professionnel de la santé ou à une aide téléphonique à la suite d'idées suicidaires;
- de faire état des initiatives actuelles pour prévenir le suicide, en mettant en lumière les principales actions et les principaux programmes gouvernementaux existants au Québec qui tiennent compte des facteurs de risque et de protection associés aux comportements suicidaires.

Ce fascicule est destiné au public, aux professionnels et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à leurs partenaires intersectoriels, notamment les ressources qui agissent en prévention du suicide.

Quelques considérations méthodologiques

La présente analyse des comportements suicidaires porte sur la population québécoise de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec (1). Les personnes habitant dans un logement collectif institutionnel sont exclues de la population visée (1). Il en est de même pour les personnes résidant dans une communauté autochtone ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (1). On estime la population visée à environ 7 162 995 personnes, soit environ 98,7 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus (1).

Les analyses réalisées dans ce fascicule sont descriptives et consistent à analyser les associations entre les variables liées aux comportements suicidaires et certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de santé de la population québécoise. Les analyses statistiques ont été réalisées avec un seuil de significativité de 1 %¹, conformément aux recommandations de l'ISQ (1,5). À noter qu'une association entre une caractéristique ou un facteur donné et un comportement suicidaire n'implique pas une relation de causalité entre les deux variables. Par ailleurs, les analyses sur les idées suicidaires ont été effectuées pour l'ensemble de la population et selon le genre, tandis que celles sur les tentatives de suicide n'ont pas été différenciées, compte tenu du petit nombre de données.

Des analyses de tendances ont été réalisées à partir des données des trois éditions de l'EQSP (2008, 2014-2015 et 2020-2021). Pour assurer la comparabilité entre les éditions, les proportions ont été ajustées selon une structure par âge, genres réunis. En raison de changements dans le mode de collecte de données, il n'est pas possible de comparer certains indicateurs sur les comportements suicidaires colligés lors des enquêtes de 2008 et de 2020-2021.

Il faut aussi noter le changement de la variable sexe au fil des enquêtes. Les éditions de 2008 et de 2014-2015 ont considéré le sexe à la naissance, tandis qu'en 2020-

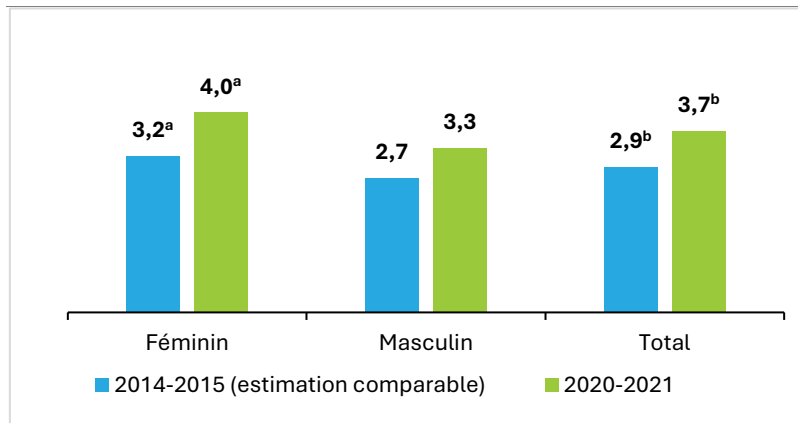
2021, c'est le genre qui a été utilisé. Les catégories de genre (féminin et masculin) comprennent les femmes et les hommes cisgenres et transgenres. Le passage de la variable sexe à la variable genre n'a toutefois qu'une incidence négligeable sur les résultats et ne pose donc aucun problème de comparabilité dans le temps (1,6).

¹ Pour l'édition de 2008, les analyses ont été réalisées avec un seuil de significativité de 5 %.

1 PORTRAIT

1.1 IDÉES SUICIDAIRES AU QUÉBEC : ÉVOLUTION

Proportion¹ (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre, 2014-2015 et 2020-2021



¹ Proportion ajustée selon la structure par âge, genres réunis.

[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

^{*} Comme cet indicateur est affecté par le mode de collecte des données, les valeurs de 2014-2015 présentées dans le graphique ne sont pas des estimations officielles, mais bien des estimations comparables à celle de l'EQSP 2020-2021. Pour plus d'information, voir la section « Principaux aspects méthodologiques ».

Note : la même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Le graphique ci-dessus montre qu'entre 2014-2015 et 2020-2021, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, mais qui n'a pas tenté de se suicider au cours de cette même période, a significativement augmenté, passant d'environ 2,9 % à 3,7 %.

Définition d'idées suicidaires

Les idées suicidaires se réfèrent à la présence de pensées ou de plans concrets visant à s'enlever la vie (7).

Les données selon le genre montrent que l'augmentation observée est statistiquement significative uniquement chez les femmes.

Selon l'EQSP 2020-2021, la proportion de la population québécoise ayant songé sérieusement au suicide au cours de sa vie est estimée à 10 %[†].

L'analyse de l'évolution de la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide à un moment ou à un autre de sa vie (excluant celle qui a déjà tenté de se suicider) révèle qu'il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif au fil des enquêtes. Les proportions ajustées se situent à environ 10 % pour les trois éditions de l'EQSP.

Dans la suite de ce fascicule, l'accent sera mis sur la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette variable est non seulement moins influencée par les biais de mémoire comparativement aux idées suicidaires sérieuses à vie, mais reflète aussi une réalité plus récente des idées suicidaires (4).

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Mesure des idées suicidaires sérieuses

L'indicateur sur la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie est basé sur les questions suivantes :

1. Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie?

Catégorie de réponses :

- *Oui*
- *Non*

La question suivante est posée aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question précédente et permet de déterminer les individus qui ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois :

2. Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

Catégorie de réponses :

- *Oui*
- *Non*

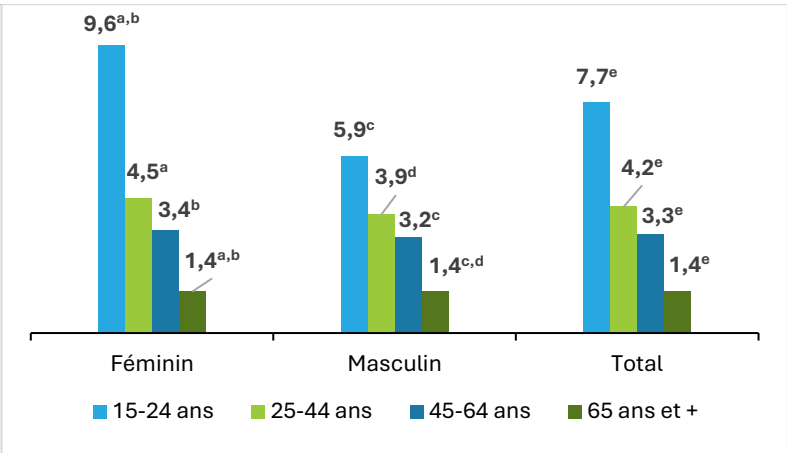
Les personnes ayant déjà tenté de se suicider sont exclues (1).

1. PORTRAIT

1.2 IDÉES SUICIDAIRES ET FACTEURS ASSOCIÉS

1.2.1 Profil démographique des personnes qui ont songé sérieusement au suicide

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et le groupe d'âge, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.
Note : la même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Il est important de noter que, contrairement aux résultats des EQSP présentés dans ce rapport, fondés sur les déclarations des participants, le portrait annuel de l'INSPQ sur les comportements suicidaires au Québec s'appuie sur les données médico-administratives et met en lumière d'autres réalités.

Selon le portrait, le taux de suicide était trois fois plus élevé chez les hommes (17,0 par 100 000 personnes, donnée provisoire) que chez les femmes (4,5 par 100 000 personnes, donnée provisoire) en 2024, tandis que le taux de visites aux urgences et les hospitalisations attribuables aux tentatives de suicide étaient plus élevées chez les femmes (2). C'est également le cas pour le taux de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires en 2025, puisqu'il est de 473,0 par 100 000 personnes chez les femmes contre 455,0 par 100 000 personnes chez les hommes.

[†] Donnée non illustrée par un graphique

[¥] Les données présentées dans les paragraphes précédents sont ajustées, tandis que celles dans ce paragraphe sont brutes.

Selon l'EQSP 2020-2021, la proportion de la population qui a déclaré avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée chez les jeunes de 15-24 ans (7,7 %) que dans les autres groupes d'âge. La plus faible proportion (1,4 %) est observée chez les personnes de 65 ans et plus.

Un profil similaire est observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Il faut toutefois noter que les différences de proportion entre les groupes d'âge ne sont pas toujours statistiquement significatives.

Par ailleurs, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année n'est pas statistiquement différente selon le genre (3,4 %^{†¥} pour les hommes contre 4,0 %^{†¥} pour les femmes).

En 2014-2015, autant chez les hommes que chez les femmes, les personnes de 65 ans et plus étaient proportionnellement moins nombreuses à déclarer avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, comparativement aux autres groupes d'âge. En 2008, le fait d'avoir songé sérieusement au suicide ne différait pas significativement entre les groupes d'âge, et ce, pour les deux sexes[†].

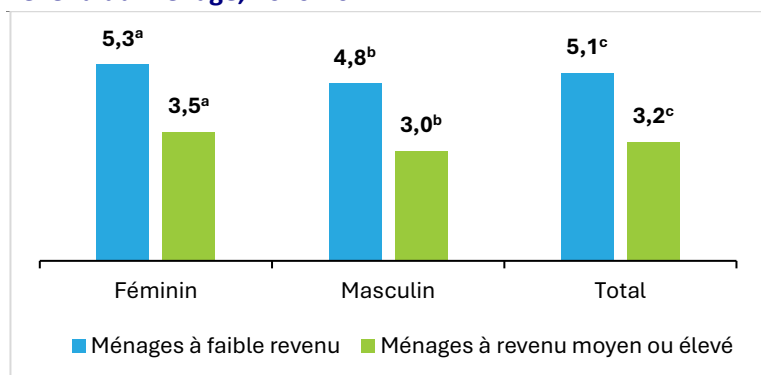
[†] Donnée non illustrée par un graphique

[¥] Les données présentées dans les paragraphes précédents sont ajustées, tandis que celles dans ce paragraphe sont brutes.

1. PORTRAIT

1.2.2 Profil socioéconomique des personnes qui ont songé sérieusement au suicide

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et le revenu du ménage, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Une revue de la littérature portant sur des études réalisées en Europe révèle que le statut socioéconomique défavorable, notamment le fait de vivre dans un milieu défavorisé économiquement, constitue un facteur de risque accru d'idées suicidaires et de comportements suicidaires (8). Au Canada, une étude chez les adolescents montre que vivre dans des quartiers défavorisés était associé à des risques plus élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (9).

En 2020-2021, tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois varie significativement selon les catégories de revenu du ménage.

Dans l'ensemble, environ 5,1 % des personnes de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage à faible revenu ont songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, alors que cette proportion est estimée à 3,2 % chez celles qui vivent dans un ménage à revenu moyen ou élevé.

Tant chez les hommes que chez les femmes, cette différence de proportions entre les catégories de revenu du ménage est statistiquement significative.

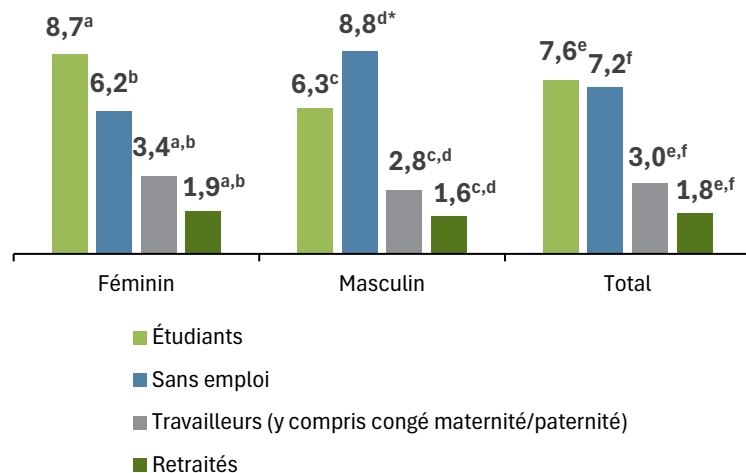
Dans les éditions 2008 et 2014-2015 de l'EQSP, la proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois était également statistiquement plus élevée dans les ménages à faible revenu que dans les ménages à revenu moyen ou élevé[‡]. Le profil des personnes qui ont eu des idées suicidaires selon le revenu du ménage n'a pas changé depuis 2008, quel que soit le genre[‡].

La proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois ne varie pas significativement selon les catégories des indices de défavorisation matérielle (à l'exception des hommes) et de défavorisation sociale en 2020-2021[‡].

[‡] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et l'occupation principale, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

^{*} Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

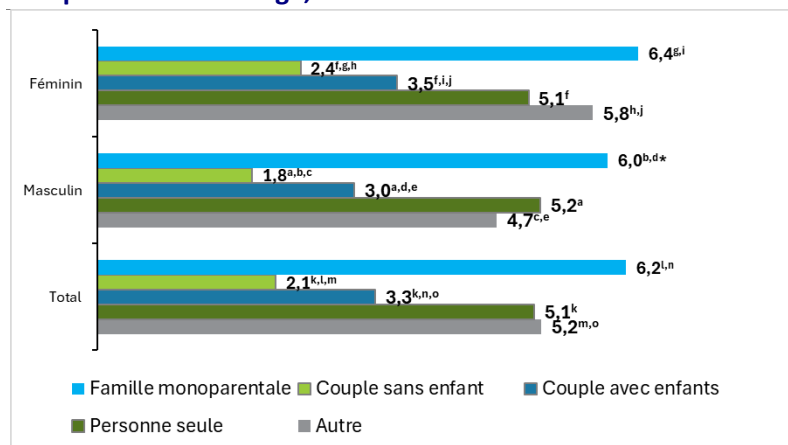
Selon l'EQSP 2020-2021, les étudiants (7,6 %) et les personnes sans emploi (7,2 %) sont plus nombreux en proportion à avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois que les travailleurs (3,0 %) et les retraités (1,8 %), et cette différence est observée autant chez les femmes que chez les hommes.

En 2008, bien que cette association ait été présente, certaines différences entre les catégories n'étaient pas statistiquement significatives (par exemple, il n'y avait pas de différence significative entre les étudiants, les travailleurs et les personnes sans emploi)[‡]. Un schéma semblable est observé en 2014-2015, avec cette fois une absence de différence significative entre les étudiants et les travailleurs[‡].

[‡] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et la composition du ménage, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Des études ont montré une association entre certains facteurs socioéconomiques et les comportements suicidaires (10–12). Une étude pancanadienne révèle que les personnes qui ne s'étaient jamais mariées étaient plus susceptibles de déclarer des idées suicidaires comparativement à celles qui étaient mariées/en union de fait avant la pandémie (Rapport de cotes (RC) : 3,7 (intervalle de confiance à 95 % (IC à 95 %) : 3,0-4,6)) et pendant la pandémie (RC : 3,0 (IC à 95 % : 1,9-4,8)) (10). Selon la même étude, avant la pandémie, les personnes divorcées/séparées/veuves étaient plus enclines à exprimer des idées suicidaires que les personnes mariées/en union de fait (RC : 1,9 (IC à 95 % : 1,5-2,4)).

Selon l'EQSP 2020-2021, la proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année est significativement plus faible parmi celles vivant en couple sans enfant (2,1 %), comparativement aux autres types de ménage. C'est parmi les familles monoparentales que la proportion de personnes avec des idées suicidaires est la plus élevée (6,2 %).

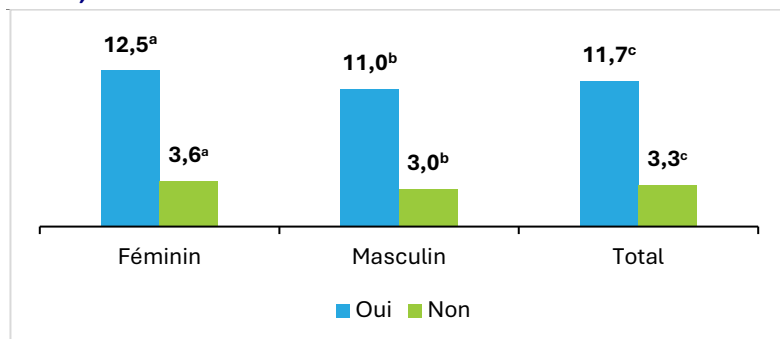
Ces différences de proportions sont statistiquement significatives tant chez les femmes que chez les hommes.

Dans l'ensemble, le profil des personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois selon la composition du ménage est similaire à celui observé en 2008 et en 2014-2015, à l'exception du fait qu'il n'y avait pas de différence significative entre les couples sans enfant et les couples avec enfants[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et le vécu d'un épisode d'itinérance (visible ou caché) au cours de sa vie, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Dans l'EQSP, une personne est considérée comme ayant déjà vécu un épisode d'itinérance (visible ou cachée) si elle a déjà été sans domicile fixe, c'est-à-dire si elle a déjà habité dans des refuges, des ressources d'hébergement d'urgence ou de transition, dans la rue, dans les édifices abandonnés, dans des cabanes ou des granges, ou dans une voiture, ou si elle a déjà été obligée d'habiter chez quelqu'un, dans un hôtel ou un motel sans garantie de pouvoir y rester à long terme, car n'ayant pas d'autre endroit où habiter (1).

Selon les données de l'EQSP 2020-2021, les personnes ayant vécu un épisode d'itinérance au cours de leur vie sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, comparativement aux personnes qui n'ont jamais vécu d'épisode d'itinérance (11,7 % contre 3,3 %). Cette observation est valable aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

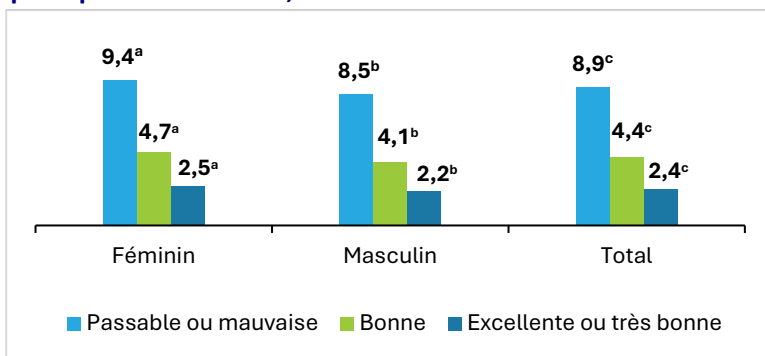
Parmi les personnes ayant eu un épisode d'itinérance au cours de leur vie, la proportion de celles qui ont déclaré avoir songé sérieusement au suicide ne varie pas de manière statistiquement significative en fonction du temps écoulé depuis le dernier épisode d'itinérance révélé (5 ans ou moins *versus* plus de 5 ans)[‡].

[‡] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

1.2.3 Profil de l'état de santé générale et de santé mentale des personnes qui ont songé sérieusement au suicide

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et la perception de sa santé, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Note : la même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Selon l'EQSP de 2020-2021, la proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide diffère significativement selon la perception des personnes vis-à-vis de leur santé. Globalement, environ 8,9 % des individus qui perçoivent leur santé comme étant passable ou mauvaise ont songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année, contre environ 4,4 % de ceux qui ont une bonne perception de leur santé et environ 2,4 % de ceux qui ont une excellente ou une très bonne perception de leur santé.

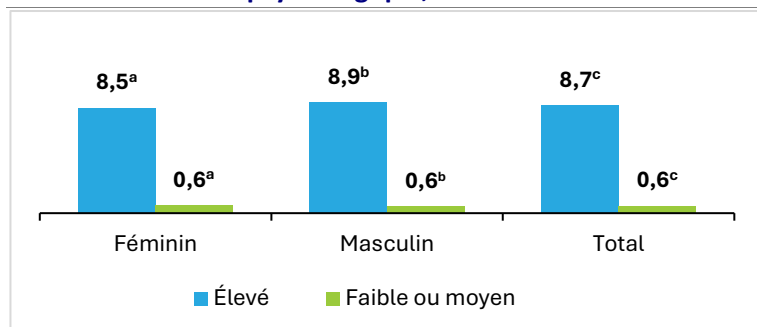
Cette association entre la perception de sa santé et la présence d'idées suicidaires se retrouve autant chez les femmes que chez les hommes.

L'association avait également été observée lors des éditions de l'EQSP de 2008 et de 2014-2015, avec un profil similaire à celui observé en 2020-2021[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et le niveau de détresse psychologique, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Mesure de la détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée selon l'échelle de Kessler (13), à travers six questions portant sur la fréquence de certaines pensées négatives ou de certains sentiments ressentis au cours du dernier mois (1). Les questions sont les suivantes :

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

- Nerveux (nerveuse)?
- Désespéré(e)?
- Agité(e) ou incapable de tenir en place?
- Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
- Que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout était un effort)?
- Bon(ne) à rien?

Pour chacune des questions, cinq choix de réponse sont possibles : « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps », « tout le temps ».

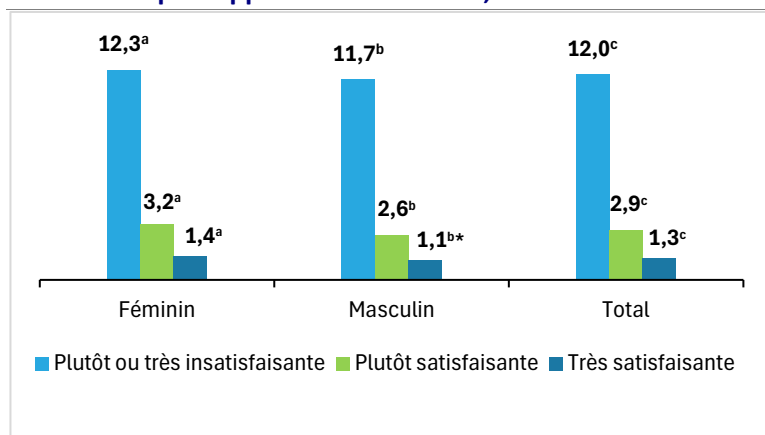
Les questions servent à construire un score qui varie de 0 à 24. Plus le score est élevé, plus le niveau de détresse est prononcé. Le score a ensuite été recodé en deux catégories : niveau « élevé » et niveau « faible ou moyen » sur l'échelle de détresse psychologique. Pour plus de détails sur le score, voir Camirand H et autres (1).

En examinant la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois selon le niveau de détresse psychologique, il ressort que les individus se situant à un niveau élevé de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir songé sérieusement au suicide que ceux qui présentent un niveau faible ou moyen de détresse psychologique (8,7 % contre 0,6 %). Un profil semblable a été observé avec les données de 2008 et de 2014-2015[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et la satisfaction par rapport à sa vie sociale, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Comme le montrent les données de l'EQSP 2020-2021, le fait d'être très satisfait de sa vie sociale peut constituer un facteur de protection face aux comportements suicidaires. En effet, aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, le soutien social joue un rôle protecteur, par exemple, contre la dépression (14) et, par conséquent, modère l'association entre les problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, stress post-traumatique) et les idées suicidaires (15,16). Toutefois, le soutien social protège davantage contre les idées suicidaires chez les personnes présentant de faibles niveaux de symptômes que chez celles présentant des niveaux plus élevés (15).

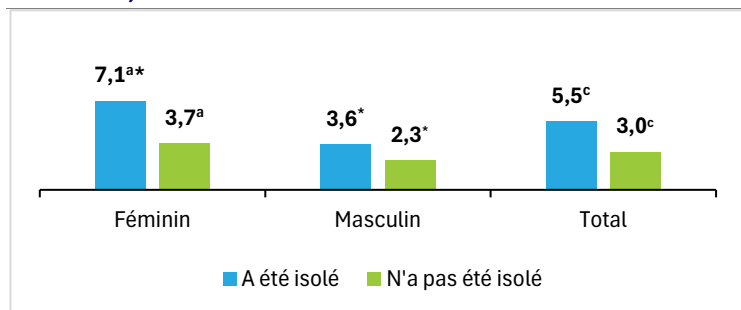
Environ 12,0 % des personnes ayant déclaré être plutôt ou très insatisfaites de leur vie sociale ont songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année, comparativement à environ 2,9 % chez celles plutôt satisfaites et 1,3 % chez celles très satisfaites de leur vie sociale. Ces différences de proportions sont statistiquement significatives et s'observent autant chez les femmes que chez les hommes. C'était aussi le cas dans les éditions précédentes de l'EQSP[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

1.3 COVID-19 ET IDÉES SUICIDAIRES

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et l'isolement ou la quarantaine pendant la pandémie de la COVID-19, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

^{*} Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Une étude comparant les données d'enquêtes canadiennes, notamment l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2019, période prépandémique) et le deuxième cycle de l'enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (2021, période pandémique), conclut qu'une plus faible proportion de Canadiens avait envisagé sérieusement de se suicider au cours des 12 derniers mois précédant la pandémie (en 2019) que depuis le début de la pandémie (2,7 % c. 4,2 %) (10). Cette différence se justifierait par une possible accumulation des effets négatifs de la pandémie sur la santé physique et mentale, liés à la situation d'emploi et financière des populations, ainsi que des relations sociales (10) et l'aggravation des facteurs de risque liés au suicide, tels que la consommation d'alcool, l'isolement, la violence conjugale, les troubles du sommeil et le traitement médiatique favorisant une exposition répétée à des récits fatalistes (17).

Globalement, les individus qui ont dû s'isoler ou se mettre en quarantaine pendant la pandémie sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'ont pas eu à le faire (5,5 % c. 3,0 %). Toutefois, l'analyse selon le genre montre que c'est seulement chez les femmes qu'une différence significative est observée.

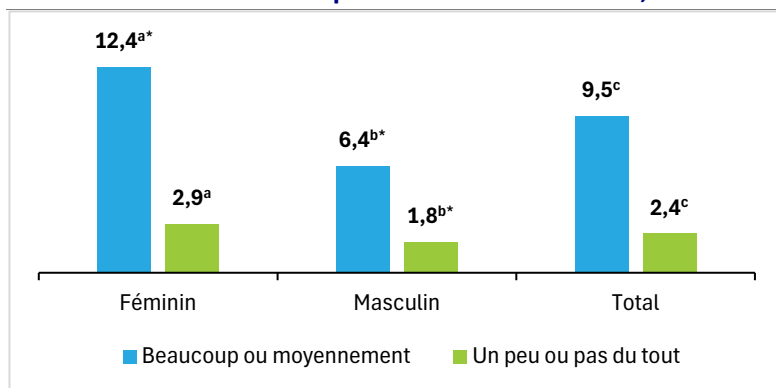
Les données montrent que près d'un dixième (9,3 %[†]) des personnes qui disent avoir souvent eu l'impression de manquer de compagnie durant la pandémie a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée que chez les personnes qui ont parfois ou n'ont presque jamais l'impression de manquer de compagnie (2,4 %[†]). L'analyse selon le genre révèle une différence statistiquement significative aussi bien chez les femmes que chez les hommes[†].

Durant la pandémie, les personnes qui se sont souvent senties laissées de côté ou exclues étaient également plus nombreuses en proportion à avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, comparativement à celles qui se sont parfois ou ne se sont presque jamais senties exclues ou laissées de côté (14,1 %[†] c. 2,6 %[†]). Cette différence significative est observée tant chez les hommes que chez les femmes[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre et la répercussion sur sa capacité à respecter ses obligations financières en contexte de pandémie de la COVID-19, 2020-2021



[§] Excluant celle qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

^{*} Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Une association est observée entre le fait d'avoir songé sérieusement au suicide dans les 12 derniers mois et la capacité à respecter ses obligations financières pendant la pandémie. Environ 9,5 % des individus dont la capacité à respecter leurs obligations financières a beaucoup ou moyennement été affectée par la pandémie ont songé sérieusement au suicide, comparativement à environ 2,4 % de ceux dont la capacité financière a peu ou pas du tout été affectée par la pandémie. Cette association est observée tant chez les femmes que chez les hommes.

D'autres variables relatives à la pandémie, telles que le niveau d'inquiétude ressentie depuis le début de la pandémie concernant sa capacité à concilier la garde des enfants, l'enseignement et le travail ou concernant sa santé ou celle d'un proche à risque de contracter la COVID-19, n'ont pas montré d'association avec les idées suicidaires[‡].

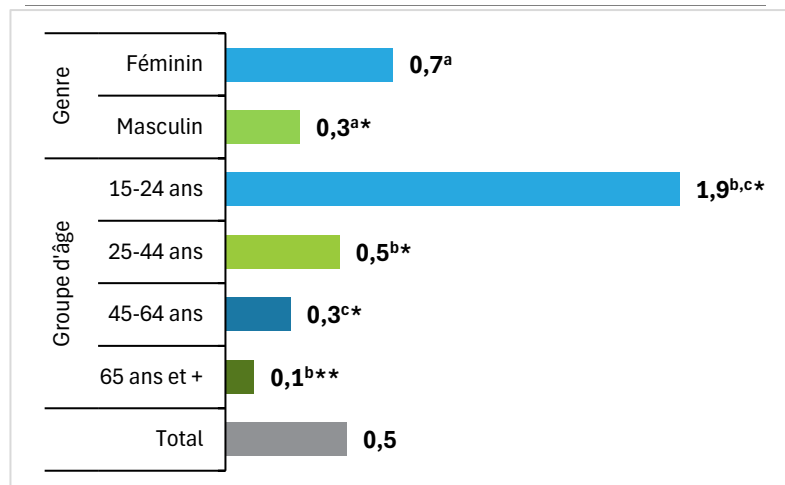
D'un autre côté, les analyses de l'association entre les tentatives de suicide et les variables en lien avec la pandémie de la COVID-19 ne sont pas présentées en raison de la non-significativité des tests statistiques ou des coefficients de variation supérieurs à 25 %[‡].

[‡] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

1.4 TENTATIVES DE SUICIDE AU QUÉBEC : AMPLEUR ET FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le genre ou l'âge, 2020-2021



*Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Définition de tentative de suicide

Une tentative de suicide est un acte intentionnel fait par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutit pas à la mort (18).

Selon l'EQSP de 2020-2021, la proportion de la population québécoise ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois est estimée à 0,5 %. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celles observées en 2008 et en 2014-2015.

La proportion de la population québécoise qui a tenté de se suicider au cours de sa vie, quant à elle, est estimée à 4,4 %²⁷. Cette proportion est également restée inchangée au fil des années, aucune différence significative n'étant observée entre les différentes éditions de l'EQSP.

Les femmes (0,7 %) sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (0,3 %) à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

De même que pour les idées suicidaires, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes et tendent à diminuer avec l'avancement en âge. Il faut toutefois noter que les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la variabilité élevée.

En 2014-2015, les jeunes de 15-24 ans étaient également proportionnellement plus nombreux à avoir déclaré une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, comparativement aux autres groupes d'âge[†]. Cependant, en 2008, la proportion de personnes ayant déclaré une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois n'était pas significativement différente entre les groupes d'âge[†].

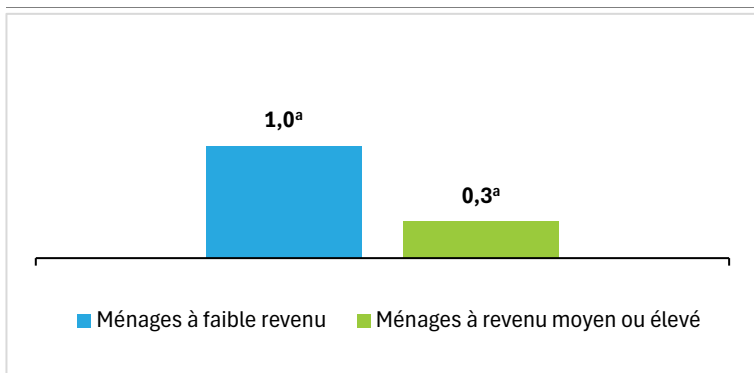
² Proportion ajustée selon la structure par âge, genres réunis.

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

1.4.1 Profil socioéconomique des personnes qui ont tenté de se suicider

Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le revenu du ménage, 2020-2021



Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Mesure de la proportion de la population ayant tenté de se suicider.

La proportion de la population qui a tenté de se suicider au cours de sa vie est construite sur la base de la question suivante (1) :

1. Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous enlever la vie?

Catégories de réponses :

- ☐ Oui
- ☐ Non

La question suivante est posée aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question précédente et permet de déterminer les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois :

2. Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

Catégories de réponses :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon l'EQSP de 2020-2021, la proportion de la population qui a tenté de se suicider au cours de la dernière année varie significativement selon le niveau de revenu du ménage. Parmi les personnes vivant dans les ménages à faible revenu, environ 1,0 % ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est d'environ 0,3 % chez les personnes vivant dans les ménages à revenu moyen ou élevé. Cette association entre les tentatives de suicide et le revenu est similaire à celle observée à partir des données des enquêtes de 2008 et de 2014-2015[†].

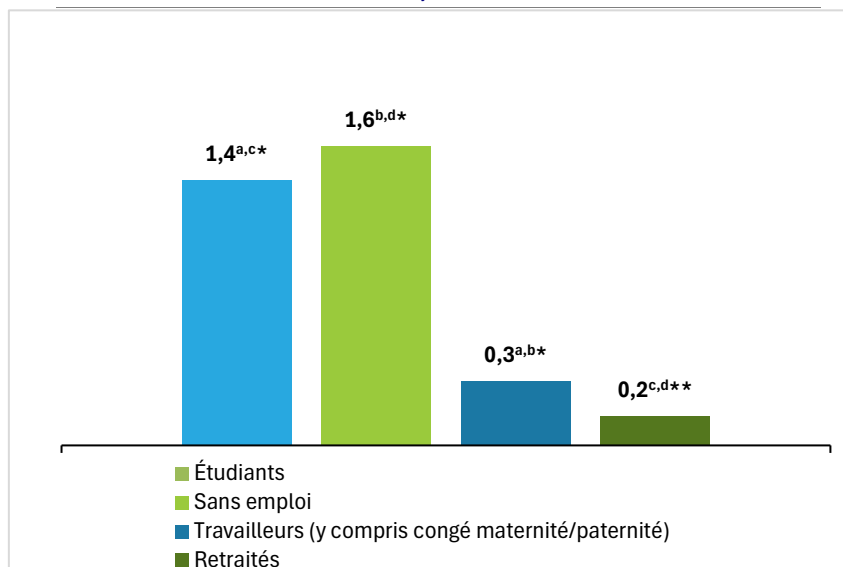
Selon les données de l'EQSP 2020-2021, aucune association significative n'est observée entre les tentatives de suicide et les catégories de défavorisation matérielle ou sociale[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon l'occupation principale au cours des 12 derniers mois, 2020-2021

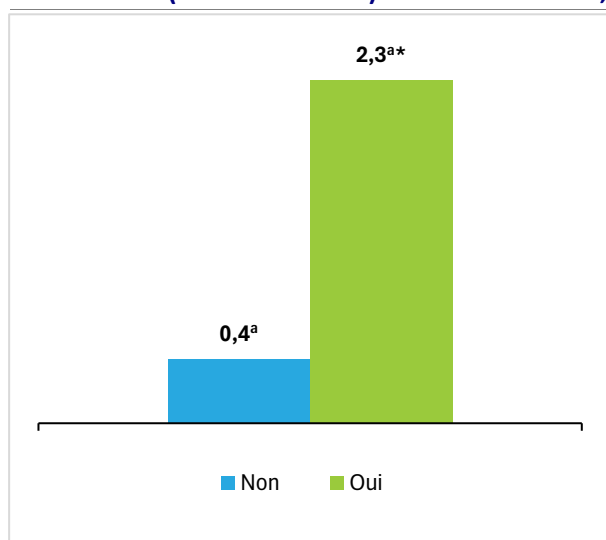


*Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le vécu d'un épisode d'itinérance (visible ou caché) au cours de sa vie, 2020-2021



*Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

‡ Donnée non illustrée par un graphique.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

En 2020-2021, la proportion de la population qui a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée parmi les personnes sans emploi (1,6 %*) ou étudiantes (1,4 %*) comparativement aux personnes travailleuses (0,3 %*) ou retraitées (0,2 %**). Ce profil est similaire à celui observé en 2014-2015. Cependant, en 2008, seules les personnes sans emploi montraient une proportion plus élevée de tentatives de suicide comparativement aux autres catégories d'occupation[‡].

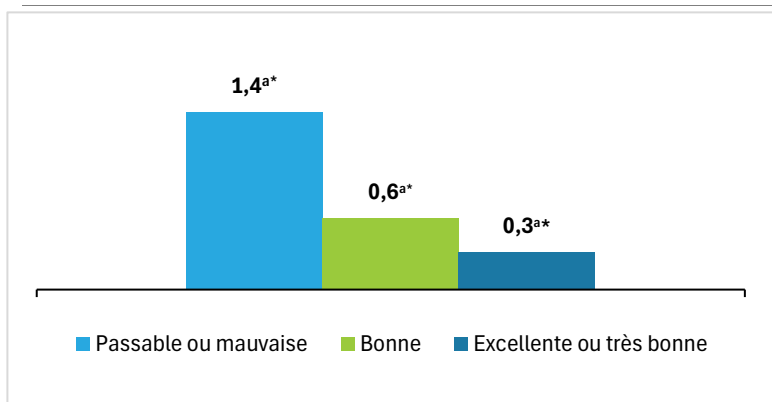
Par ailleurs, la proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée chez les personnes qui ont déjà vécu un épisode d'itinérance (visible ou caché) au cours de leur vie que chez celles qui n'en ont jamais vécu (2,3 %* contre 0,4 %). Parmi les personnes qui ont déjà vécu un épisode d'itinérance, les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois étaient plus fréquentes chez celles qui ont vécu l'expérience il y a 5 ans ou moins, comparativement à celles pour qui l'expérience remontait à plus de 5 ans (4,3 %^{‡**} contre 0,9 %^{‡**}).

Concernant la composition du ménage, en 2020-2021, les personnes en couple sans enfant (0,2 %^{‡**}) sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois que les personnes vivant dans d'autres types de ménages (couple avec enfant : 0,4 %^{‡*}; personne seule : 0,6 %^{‡*}; famille monoparentale : 0,9 %^{‡**}; autre : 1,2 %^{‡*}). En 2008, les personnes faisant partie de familles monoparentales étaient celles qui présentaient une proportion significativement plus élevée de tentatives de suicide que les couples avec enfant, les couples sans enfant et les personnes vivant dans d'autres types de ménage[‡]. En 2014-2015, les associations entre les tentatives de suicide et la composition du ménage n'étaient pas significatives[‡].

1. PORTRAIT

1.4.2 Profil de l'état de santé générale et de santé mentale des personnes qui ont tenté de se suicider

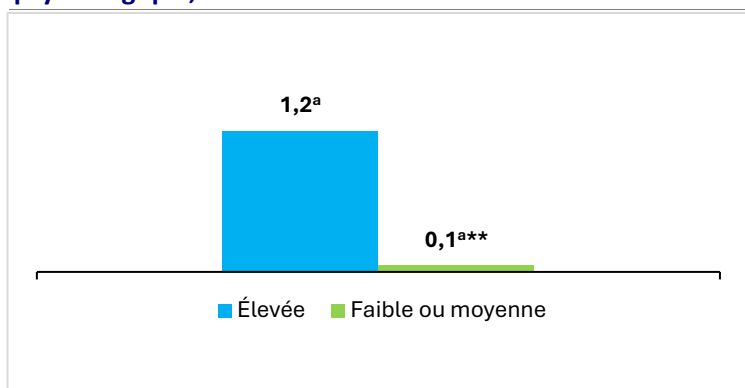
Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon la perception de sa santé, 2020-2021



*Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Proportion (%) de la population ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, selon le niveau de détresse psychologique, 2020-2021



**Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Selon l'EQSP 2020-2021, l'ampleur des tentatives de suicide varie significativement selon les catégories de la variable en lien avec la perception de sa santé. Parmi les personnes qui se perçoivent en excellente ou en très bonne santé, environ 0,3 %* ont tenté de mettre fin à leur jour au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, comparativement à une proportion d'environ 1,4 %* parmi celles qui perçoivent leur santé comme passable ou mauvaise.

En 2020-2021, environ 1,2 % de la population présentant des niveaux élevés de détresse psychologique a tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est significativement plus élevée que celle observée chez les individus se situant à un niveau faible ou moyen de détresse psychologique (0,1 %**).

Les personnes qui sont plutôt ou très insatisfaites de leur vie sociale sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois (1,5 %[‡]) que les personnes qui sont plutôt satisfaites de leur vie sociale (0,4 %[‡]).

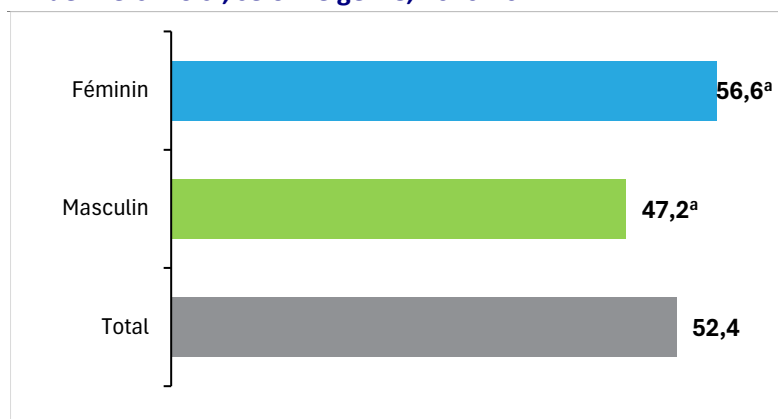
Les profils des personnes qui ont tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête – en fonction du niveau de détresse psychologique, de la perception de sa santé et de la satisfaction par rapport à sa vie sociale – sont similaires à ceux observés à partir des éditions de l'EQSP de 2008[‡] et de 2014-2015[‡].

[‡] Donnée non illustrée par un graphique.

1. PORTRAIT

1.5 CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU UTILISATION D'UNE LIGNE D'AIDE TÉLÉPHONIQUE À LA SUITE DE PENSÉES SUICIDAIRES

Proportion (%) de la population qui a consulté un professionnel de la santé à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois[§], selon le genre, 2020-2021



[§] À la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, parmi celle qui a eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Note : La même lettre indique une différence significative entre les proportions.

Mesure de la proportion de la population qui a consulté un professionnel de la santé [qui a utilisé une ligne d'aide téléphonique] à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

L'indicateur sur la proportion de la population qui a consulté un professionnel de la santé [qui a utilisé une ligne d'aide téléphonique] à la suite de pensées suicidaires, parmi celle qui a eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, est basé sur la question suivante (19) :

Avez-vous consulté en personne ou par téléphone un professionnel de la santé [utilisé une ligne d'aide téléphonique] à la suite de vos pensées suicidaires?

Catégorie de réponses :

- Oui
- Non

Cette question est posée uniquement aux personnes ayant répondu « Oui » à la question portant sur le fait d'avoir déjà songé sérieusement à se suicider ou à s'enlever la vie.

La consultation d'un(e) professionnel(le) de la santé et l'utilisation d'une ligne d'aide téléphonique sont d'une grande importance dans la réponse aux besoins des personnes ayant des idées suicidaires (4). En 2020-2021, parmi les Québécois et les Québécoises qui ont songé sérieusement au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, environ 52,4 % ont consulté un professionnel de la santé.

Les femmes avaient une propension plus élevée à consulter un professionnel de la santé que les hommes (56,6 % contre 47,2 %).

On estime que 16,7 %[†] des personnes qui ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont utilisé une ligne d'aide téléphonique. Aucune différence significative n'est observée entre les femmes et les hommes.

L'analyse de l'évolution des proportions¹ de personnes ayant consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les proportions de 2008 et celles de 2020-2021[†]. Parmi les personnes qui ont déjà vécu un épisode d'itinérance (visible ou caché), environ 24,4 %^{†*} ont utilisé une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois contre environ 15,3 %[†] de celles qui n'ont jamais vécu un épisode d'itinérance.

Les analyses montrent que le recours à un professionnel de la santé et à l'utilisation d'une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires n'est pas associé à l'âge, aux facteurs socioéconomiques (à l'exception du vécu d'un épisode d'itinérance (visible ou caché) au cours de sa vie) ni aux facteurs de l'état de santé[†].

[†] Donnée non illustrée par un graphique.

¹ Proportions ajustées selon la structure par âge, genres réunis.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

2 POLITIQUES, PLANS D'ACTION ET AUTRES MESURES STRUCTURANTES

Cette section présente les principales actions et les principaux programmes gouvernementaux déjà en place au Québec dans le but de promouvoir la santé mentale et de prévenir le suicide.

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (PNSP) 2025-2035

- Le PNSP 2025-2035 définit la contribution des actrices et acteurs de la santé publique et de leurs partenaires pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé. Pilier du programme-services de santé publique, il oriente les actions populationnelles, en complémentarité avec les autres programmes-services du MSSS.

Plus particulièrement, l'**axe 2** du PNSP vise le développement et le maintien de la santé tout au long de la vie. Il est structuré selon le parcours de vie (parents et jeunes enfants; jeunes d'âge scolaire et jeunes adultes; adultes et aînés) et intègre les pratiques cliniques préventives qui soutiennent la prévention au cours de la vie. L'axe 2 inclut, notamment, des activités visant à promouvoir la santé mentale positive auprès de différents groupes ainsi que le soutien d'expertise en prévention du suicide dans les milieux fréquentés par les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

L'**axe 3** du PNSP vise la création d'environnements et l'adoption de modes de vie favorables à la santé. Étroitement lié à l'Axe 2, cet axe regroupe des activités transversales qui s'appliquent à l'ensemble de la population et qui contribuent à préserver le bien-être des populations actuelles, des générations futures et des personnes en contexte de vulnérabilité, dans une perspective de santé, d'équité et de durabilité. L'axe 3 inclut des interventions de prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide y compris les activités de sensibilisation destinées à la population, l'implantation des réseaux des sentinelles dans les milieux de vie et les services d'intervention spécialisé en prévention du suicide.

Source : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf>.

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION EN SANTÉ

- La Stratégie nationale de prévention en santé est née de la volonté gouvernementale d'accroître les efforts en prévention afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de réduire les effets de la maladie sur le système de santé et de services sociaux. Pour y parvenir, cette Stratégie s'articule autour de quatre orientations qui visent à rassembler et à responsabiliser tous les acteurs du gouvernement et de la société civile, le but étant de travailler davantage en prévention, en s'appuyant sur les forces de chacun : Orientation 1 – Réduire le fardeau des maladies évitables; Orientation 2 – S'engager pour des générations en santé, aujourd'hui et demain; Orientation 3 – Préserver et bâtir des milieux de vie sains et durables; Orientation 4 – Faire de la prévention un projet de société. Ces orientations sont structurées autour de 19 ambitions collectives dont les réalisations généreront des effets à court, moyen et long terme. Ces ambitions font appel à un engagement intensifié et concerté de plusieurs secteurs d'activités.

Source : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf>

STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE – RALLUMER L'ESPOIR (STRATÉGIE)

- La Stratégie vise, non seulement, la diminution de la mortalité par suicide au Québec, mais également la diminution des tentatives de suicide, des idées suicidaires et de la détresse; puis, du même souffle, une santé mentale florissante pour tous. La Stratégie comprend quatre axes, 13 mesures et deux chantiers qui guident les actions nationales, régionales et locales en prévention du suicide. Elle s'articule autour d'une perspective de santé publique où l'on reconnaît que le suicide découle d'un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux.

2 POLITIQUES, PLANS D'ACTION ET AUTRES MESURES STRUCTURANTES

PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE (PAISM) 2022-2026

- Les actions proposées dans ce plan ciblent l'ensemble du *continuum* en santé mentale, de l'atteinte et du maintien d'une santé mentale optimale à l'organisation et à la prestation de soins et de services. Le plan mise tout particulièrement sur les services de proximité et mobilise plusieurs partenaires communautaires, intersectoriels et interministériels. Il vise à mettre à contribution l'ensemble des acteurs concernés pour que tous les Québécois et Québécoises aient accès, au bon moment, à des actions, à des services et à un accompagnement adapté à leurs besoins en santé mentale.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR LE MIEUX-ÊTRE SOCIAL ET CULTUREL DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT 2022-2027

- Ce plan comprend, dans son volet santé et services sociaux, des mesures pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en matière de besoins psychosociaux généraux, de santé mentale, de dépendance, d'itinérance et de prévention du suicide pour les membres des Premières Nations du Québec, ainsi que pour intégrer la sécurisation culturelle dans les actions de santé publique visant la promotion de la santé et la prévention, notamment la prévention du suicide, auprès des Premières Nations et des Inuit.

PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN DÉPENDANCE (PAID) 2018-2028

- Ce plan d'action prévoit des mesures sur l'ensemble du *continuum* de services en dépendance concernant la consommation de substances psychoactives (SPA), la pratique de jeux de hasard et d'argent (JHA) et l'utilisation d'Internet. De la promotion de la santé à l'intervention spécialisée, en passant par la réduction des méfaits et l'intervention auprès des proches jusqu'à la réinsertion sociale, ce plan d'action est une référence pour l'ensemble des acteurs œuvrant à prévenir, à réduire et à traiter les conséquences liées à l'usage de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet. Ce plan rappelle notamment les liens entre la consommation de SPA et les suicides.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES 2022-2027

- Ce plan vise à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, notamment par la gestion des situations de maltraitance et le déploiement d'initiatives bientraitantes. Ce plan reconnaît les comportements suicidaires comme l'une des conséquences de la maltraitance.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL 2024-2029 - LA FIERTÉ DE VIEILLIR

- Ce plan est issu de la [politique gouvernementale Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec](#). Il a notamment comme objectif d'améliorer le bien-être et la santé mentale des personnes âgées en misant sur des activités, programmes et services qui agissent sur les facteurs de risque et de protection liés aux problèmes de santé mentale, cognitive et psychosociale des personnes âgées.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL 2026-2031 - UNIR NOS FORCES POUR MIEUX PRÉVENIR

- Ce plan est issu de la [Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035](#). Il a notamment comme ambition collective de créer des conditions permettant à chaque personne, peu importe son âge, son milieu ou sa situation, de s'épanouir dans des milieux qui soutiennent activement son bien-être. Il vise alors à établir les bases d'un Québec où la population jouit d'une santé mentale positive, est active socialement, est engagée dans la vie collective et, de manière générale, se sent bien.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX : DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)

- Le PQPTM est un modèle d'organisation de soins et de services par étapes. Il vise à accroître et à améliorer l'accès aux services publics de santé mentale, allant des autosoins à la psychothérapie. Il permet à chaque adulte et à chaque jeune qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental, ou ayant un

2 POLITIQUES, PLANS D'ACTION ET AUTRES MESURES STRUCTURANTES

diagnostic confirmé, de recevoir un service adapté à ses besoins au moment opportun, et ce, peu importe son âge ou son lieu de résidence.

ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION EN CONTEXTE SCOLAIRE, BASÉES SUR L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

- L'approche École en santé, qui découle de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, permet la planification et la mise en œuvre d'actions globales et concertées de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes en contexte scolaire. Cette approche vise le développement de diverses compétences personnelles et sociales chez les élèves par le biais d'activités éducatives et la création d'environnements favorables afin que les jeunes puissent faire face à une variété de situations en matière de santé et de bien-être. Le référent ÉKIP et le cadre de référence du projet Épanouir reposent sur cette approche. Le premier soutient la planification d'actions de prévention et de promotion de la santé en contexte scolaire et le second porte spécifiquement sur les meilleures pratiques de promotion et de prévention en matière de santé mentale, chez les jeunes d'âge scolaire incluant la prévention du suicide.

ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU DE L'ÉDUCATION

- Cosignée par le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux, cette entente vise à renforcer la collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et le réseau de l'éducation pour une meilleure coordination de leurs actions et une plus grande continuité entre leurs services. L'entente favorise ainsi le développement global et la réussite éducative des enfants, des jeunes et des adultes concernés grâce à la promotion de la santé et du bien-être, la prévention, l'éducation ainsi que les services d'aide, d'adaptation et de réadaptation, y compris le soutien aux familles. Elle s'applique à tous les jeunes de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et secondaire, de la formation générale des adultes et de la formation professionnelle inscrits dans un organisme scolaire du réseau de l'éducation. Elle est mise en œuvre aux paliers nationaux, régionaux et locaux.

Source : <https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/ressources-outils-reseau-scolaire/sante-bien-etre-jeunes/entente-complementarite-services-sante-education>.

3 PISTES D'ACTION

Les résultats des analyses descriptives présentées dans ce fascicule montrent l'influence de certaines caractéristiques dans la compréhension des idées suicidaires et des tentatives de suicide, notamment le fait de vivre dans un ménage à faible revenu, d'avoir un vécu d'itinérance, d'être aux études ou sans travail, d'être insatisfait de sa vie sociale, ou encore de ressentir de la détresse psychologique. En conséquence, la réduction des inégalités sociales de santé (ISS), la mise en place de conditions favorables à la santé mentale et au bien-être, particulièrement pour les jeunes adultes, ainsi que le repérage et le soutien des personnes à risque de suicide sont des avenues à privilégier pour poursuivre les efforts de prévention du suicide. Ce fascicule souligne également que des données de surveillance des comportements suicidaires et des facteurs associés sont encore nécessaires.

3.1. Promouvoir la santé mentale

- **Politiques de réduction de la pauvreté**

La prise en compte des ISS fait partie des fondements transversaux du Programme national de santé publique 2025-2035 ainsi que de la Stratégie nationale de prévention du suicide – Rallumer l'espoir. On y reconnaît que l'accès inégal aux ressources (ex. : logement, revenu, travail, scolarité) peut occasionner des expériences fort différenciées tout au long du parcours de vie et avoir des répercussions notamment sur la santé physique et mentale, ainsi que sur les comportements suicidaires (20,21). Par exemple, les politiques de réduction de la pauvreté, comme les suppléments de revenus, l'aide au logement, le soutien à la formation professionnelle ou les allocations aux familles, permettraient de réduire les expériences négatives dans l'enfance et leurs conséquences, y compris les comportements suicidaires (22). De même, ces politiques permettent de promouvoir l'égalité des chances entre les individus (21,23). Elles contribuent à les outiller à faire face aux situations de vie et, par conséquent, à soutenir leur santé mentale, la protéger (24) et réduire les facteurs de risque de comportements suicidaires (25).

- **Créer des milieux de vie favorables à la santé et au bien-être**

Les actions qui façonnent les milieux de vie pour qu'ils soient sains, bienveillants et sécuritaires influencent positivement la santé mentale, permettent le développement de saines habitudes de vie, favorisent le soutien social et contribuent à la réduction de la détresse psychologique et des comportements à risque (21,23). En milieu d'enseignement, cela se traduit notamment par des relations de qualité, l'inclusion de tous, le soutien au développement de compétences socioémotionnelles, la lutte contre les préjugés en matière de santé mentale et de demande d'aide, la lutte contre différents problèmes (ex. : intimidation, discrimination, consommation abusive de substances psychoactives) ainsi que la valorisation de l'entraide, la solidarité et l'engagement (26). De même, en milieu de travail, la présence de soutien social et la réduction de l'exposition à des risques psychosociaux constituent des facteurs de protection (27). Enfin, le soutien aux habiletés parentales permet de favoriser le bon développement des enfants ainsi qu'un lien d'attachement sécurisant et de réduire le stress parental. Ces éléments contribuent à réduire les expériences négatives dans l'enfance, qui constituent un facteur de risque reconnu du suicide plus tard dans la vie (22).

3.2. Prévenir le suicide

- **Restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie**

La restriction de l'accès aux moyens représente une intervention de prévention du suicide efficace (23). La restriction de l'accès aux armes à feu, de la quantité d'analgésiques offerts et de l'accès aux lieux élevés en sont

3 PISTES D'ACTION

des exemples. En complexifiant l'accès à un moyen, on contribue à diminuer le risque de passage à l'acte et, par conséquent, le risque de mortalité lié à la crise suicidaire (28).

- **Couverture médiatique responsable**

La connaissance des bonnes pratiques à privilégier lorsque le sujet du suicide est couvert dans les médias et l'espace public est un élément essentiel à la prévention du suicide (23,29). Lorsqu'une nouvelle sur le sujet est communiquée de manière factuelle, sensible et responsable, elle peut contribuer à la prévention du suicide en encourageant les personnes à aller chercher de l'aide rapidement. À l'inverse, une couverture médiatique sans précaution particulière représente un risque d'imitation chez les personnes en situation de vulnérabilité face au suicide (30).

- **Repérer et soutenir les personnes à risque de suicide**

Différentes méthodes sont nécessaires pour repérer et soutenir les personnes à risque de suicide. L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans divers milieux de vie, dont les milieux de travail et les milieux scolaires, est une mesure reconnue à inclure dans une stratégie globale de prévention du suicide (21,23,31). Les sentinelles sont des adultes formés à reconnaître les signes de détresse, à vérifier la présence d'idées suicidaires chez les personnes de leur entourage et à y réagir en assurant leur sécurité et en les accompagnant vers les ressources d'aide (20). De même, l'accès à du soutien en situation de crise suicidaire, *via* une ligne d'écoute ou une application de messagerie, est crucial pour rejoindre et soutenir les personnes en détresse (20). Enfin, la situation des personnes qui présentent des signes de détresse devrait faire l'objet d'un repérage et d'une analyse approfondie par du personnel qualifié à l'aide d'outils cliniques qui proposent des critères préétablis pour identifier le risque suicidaire. Cela permet d'effectuer un suivi adéquat, notamment pour mettre en place les mesures de sécurité requises, estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et proposer des interventions appropriées et adaptées au contexte de vie.

- **Intervenir après un suicide**

La postvention désigne l'ensemble des actions mises en place après un suicide dans un milieu. Le but est d'avoir un protocole en place afin, d'une part, d'être prêt à soutenir les personnes endeuillées de même que leur entourage et, d'autre part, de prévenir d'autres suicides (21,32). Il s'agit d'une mesure préventive importante qui peut réduire le risque de suicide futur, en renforçant la résilience de la communauté et en limitant le risque de contagion (23).

3.3. Poursuivre les activités de surveillance de la santé mentale et des comportements suicidaires

La pandémie de la COVID-19 a particulièrement bouleversé le quotidien des jeunes et de leur famille. Les répercussions psychosociales qui en découleront à moyen ou long terme ne sont encore que très peu connues. En conséquence, il s'avère pertinent de suivre l'évolution des répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et les comportements suicidaires.

Des analyses complémentaires pour combler les limites des analyses descriptives, notamment des analyses multivariées, permettraient de mieux comprendre la contribution de certains facteurs déterminants de la santé mentale et des comportements suicidaires.

De plus, des travaux de rehaussement de la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants (ce qui inclut les facteurs de risque et de protection) sont en cours. Le but de ces travaux est d'identifier

3 PISTES D’ACTION

les objets et les indicateurs de surveillance qu’il est nécessaire d’ajouter au Plan national de surveillance (PNS), le document de référence de surveillance au Québec, afin de suivre davantage l’évolution de cette thématique.

CONCLUSION

L'objectif du présent fascicule était d'établir l'ampleur des idées suicidaires et des tentatives de suicide au Québec selon diverses caractéristiques des personnes ayant eu un comportement suicidaire afin, entre autres, d'orienter les efforts de prévention. Selon les données de l'EQSP, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois a connu une augmentation entre 2014-2015 et 2020-2021. Ce fascicule met en lumière plusieurs caractéristiques qui sont associées à des risques plus élevés d'avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Il s'agit entre autres du fait d'être jeune, de vivre dans un ménage à faible revenu, d'être étudiant(e) ou sans emploi, de vivre dans une famille monoparentale, d'avoir vécu un épisode d'itinérance au cours de sa vie, de présenter des symptômes de détresse psychologique et d'avoir une perception passable ou mauvaise de sa santé.

Quant aux tentatives de suicide, elles sont plus fréquentes chez les femmes, les jeunes, les personnes vivant au sein d'un ménage à faible revenu, les personnes sans emploi ou étudiantes et celles qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique.

La pandémie de la COVID-19 a possiblement eu des répercussions sur les idées suicidaires. En effet, au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, les idées suicidaires étaient, en proportion, plus élevées chez les personnes qui ont dû s'isoler ou se mettre en quarantaine, chez celles dont la capacité à respecter ses obligations financières a été beaucoup ou moyennement affectée par la pandémie et chez celles qui ont souvent manqué de compagnie.

Le présent portrait souligne l'importance d'avoir des données de surveillance pour soutenir l'action. En ce sens, les données invitent à poursuivre les efforts de promotion de la santé mentale de concert avec les efforts de prévention du suicide et de soutien des personnes qui ont des comportements suicidaires et de leur entourage.

OUTILS ET RESSOURCES

Suicide.ca

Suicide.ca a pour mission de prévenir le suicide au moyen des technologies numériques. Il informe et aide les personnes ayant des pensées et des comportements suicidaires, celles qui s'inquiètent pour un proche ou qui sont endeuillées par suicide, ainsi que les intervenants qui travaillent auprès de personnes présentant des vulnérabilités liées au suicide. Par son service de clavardage et de texto, Suicide.ca donne accès 24/7 à des intervenants qualifiés pour venir en aide aux personnes qui pensent au suicide, à leurs proches et aux personnes endeuillées par suicide.

<https://suicide.ca/fr>

Ligne québécoise d'intervention en prévention du suicide : 1 866 APPELLE

La ligne 1 866 APPELLE (277-3553) est un service en prévention du suicide gratuit et confidentiel, disponible partout au Québec. Offert par des intervenants qualifiés en prévention du suicide, ce service est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il s'adresse tant aux personnes en détresse qu'aux membres de leur entourage qui s'inquiètent pour eux, aux personnes endeuillées par suicide, aux intervenants et autres professionnels confrontés à la problématique du suicide et aux individus préoccupés par ce sujet.

<https://suicide.ca/fr/parlons-suicide/sinformer-sur-le-suicide/1866appelle-ligne-dintervention-24-7>

Centres de prévention du suicide

Les centres de prévention du suicide (CPS) jouent un rôle essentiel dans leur communauté. Ils offrent des services diversifiés: Intervention pour personne en détresse suicidaire; Services à l'entourage d'une personne en détresse suicidaire; Services pour personnes endeuillées par suicide; Programme de postvention; Formations; Sensibilisation de la population; etc.

<https://www.rcpsq.org/accueil/>

Association québécoise de prévention du suicide

L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a pour mission de mobiliser l'ensemble des acteurs, soutenir les milieux, outiller les intervenants, sensibiliser le public et influencer les décideurs afin de prévenir le suicide. Pour ce faire, l'AQPS contribue à créer et offrir des formations, organiser des campagnes et des événements (ex. : semaine de la prévention du suicide, journée mondiale de prévention du suicide, etc.) ainsi qu'à soutenir et conseiller les milieux touchés de près ou de loin par le suicide (ex. : médias, créateurs, entreprises, citoyens, organismes communautaires, établissements scolaires et organisations de santé et de services sociaux, etc.).

<https://aqps.info/>

Formations provinciales en prévention du suicide

Titre	Public cible	Modalité	Durée	Plateformes
Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – repérer et appliquer les mesures de protection requises	Intervenants et professionnels des domaines psychosociaux et infirmiers	En ligne asynchrone	3h30	ENA du RSSS et FCP-Partenaire
Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – susciter l'espoir et estimer le danger	Intervenants et professionnels des domaines psychosociaux et infirmiers	Hybride	20h30	ENA du RSSS et FCP-Partenaire
Prévenir le suicide chez les résidents aînés – repérer et agir	Préposés aux bénéficiaires et aides de service des milieux de vie pour aînés	En ligne asynchrone	1h45	ENA du RSSS et FCP-Partenaire
Prévenir le suicide : des outils pour repérer, intervenir et collaborer!	Médecins	En ligne asynchrone	1h15	MÉDUSE et Caducée

OUTILS ET RESSOURCES

Intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire	Intervenants et professionnels pouvant effectuer des suivis et ayant un diplôme reconnu en relation d'aide	Hybride	10h30	ENA du RSSS et FCP-Partenaire
---	--	---------	-------	-------------------------------

Guides pratiques, fiches synthèses et outils en prévention du suicide

- Guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires - Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003762/>
- Guide pratique pour les intervenants en soutien à la formation Susciter l'espoir et estimer le danger - Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003762/>
- Fiches synthèses - Besoins et réalités de groupes spécifiques
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003762/>
- Guide de soutien pour intervenir auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003071/>
- Aide-mémoire en soutien au jugement clinique en prévention du suicide chez les enfants de 5 à 13 ans
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003072/>
- Outil - Repérer pour prévenir le suicide chez les enfants de 5 à 13 ans : c'est l'affaire de tous!
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003688/>

Québec.ca : Reconnaître les signes de détresse et prévenir le suicide

Site Web du gouvernement du Québec présentant une information synthétisée destinée à la population.

<https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/reconnaitre-signes-detresse-et-prevenir-suicide>

Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)

L'EQSP est une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Elle vise à recueillir des renseignements sur les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale et certains déterminants de la santé de la population. Découlant de l'EQSP, une vitrine statistique sur les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide des jeunes de 15 à 29 ans est disponible à ce lien :

<https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/idees-suicidaires-serieuses-tentatives-suicide>

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)

L'EQSJS est réalisée par l'ISQ. Le contenu de l'enquête se divise en deux grands thèmes, soit la santé physique et les habitudes de vie ainsi que la santé mentale et psychosociale. Pour en savoir plus sur cette enquête :

<https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-eqsjs>

Référent ÉKIP

Le référent ÉKIP présente des moyens efficaces et reconnus pour agir en promotion et en prévention auprès des enfants du préscolaire ainsi qu'auprès des élèves du primaire et du secondaire.

<https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/ressources-outils-reseau-scolaire/sante-bien-etre-jeunes/ekip>

OUTILS ET RESSOURCES

Cadre de référence du projet Épanouir

Ce document présente les fondements, les objectifs et les éléments clés à prendre en considération quant aux meilleures pratiques en matière de promotion de la santé mentale positive et de prévention en contexte scolaire, en cohérence avec l'approche École en santé et le référent ÉKIP.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003495/>

Coesion SP

L'organisme coesion SP soutient les organisations dans la mise en place d'une démarche intégrée et structurée en santé mieux-être au travail, afin de créer et maintenir des environnements de travail sains et performants. L'organisme offre aux milieux de travail des outils, ressources et services, notamment pour l'obtention de la certification « Bien au travail ».

<https://www.coesion-sp.ca/fr/>

Mouvement Santé Mentale Québec

Regroupement d'organismes communautaires voués à la promotion et la prévention en santé mentale, le Mouvement Santé Mentale Québec offre plusieurs outils pratiques qui sont destinés à la population, aux milieux de travail, aux municipalités, aux milieux jeunesse et autres. Il organise également des campagnes faisant la promotion de la santé mentale positive.

<https://mouvementsmq.ca/journee-nationale-de-la-promotion-de-la-santementalepositive/>

RÉFÉRENCES

1. Camirand H, Conus F, Davison A, Dupont K, Gonzalez-Sicilia D, Joubert K, et al. Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 [Internet]. Québec: Institut de la Statistique du Québec; 2023. p. 328 p. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-%C2%ADpopulation-2020-2021.pdf>
2. Levesque P, Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2026. Québec: Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2026. p. 69 pages.
3. Levesque P, Perron PA. Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025. Québec: Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec; 2025. p. 57 pages.
4. Fortin D, Ruel S. Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2012. p. 15p. (Collection Des données à l'action).
5. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique). Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 [Internet]. Québec, Gouvernement du Québec; 2016. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/guide-specifique-des-aspects-methodologiques-des-donnees-denquetes-sociosanitaires-eqsp-2014-2015.pdf>
6. Institut de la Statistique du Québec. Institut de la statistique du Québec [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Prise en compte du genre. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/institut/methodologie/classifications-et-definitions/methodologie-prise-en-compte-du-genre>
7. Oquendo MA, Halberstam B, Mann JJ. Chapter 4. Risk Factors for Suicidal Behavior: The Utility and Limitations of Research Instruments. In: Standardized Evaluation in Clinical Practice [Internet]. American Psychiatric Association Publishing; 2003 [cité 14 oct 2025]. p. 103-30. (Library). Disponible sur: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615377268.lg04>
doi:10.1176/appi.books.9781615377268.lg04
8. Cairns JM, Graham E, Bambra C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2017;192:102-11. Located at: Global Health. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.034
9. Dupere V, Leventhal T, Lacourse E. Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychol Med*. 2009;39(8):1295-306. Located at: medline. doi:10.1017/S003329170800456X
10. Liu L, Pollock NJ, Contreras G, Tonmyr L, Thompson W. Prevalence of suicidal ideation among adults in Canada: Results of the second Survey on COVID-19 and mental health. *Health Rep*. 18 mai 2022;33(5). doi:10.25318/82-003-x202200500002-eng
11. Taylor A, Grande E dal, Gill T, Fisher L, Goldney R. Detecting determinants of suicidal ideation: South Australian surveillance system results. *Int J Public Health*. 2007;52(3):142-52. Located at: Global Health. doi:10.1007/s00038-007-5064-7
12. Kumar MB, Walls M, Janz T, Hutchinson P, Turner T, Graham C. Suicidal ideation among Metis adult men and women--associated risk and protective factors: findings from a nationally representative survey. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:18829. Located at: medline. doi:10.3402/ijch.v71i0.18829
13. KESSLER RC, ANDREWS G, COLPE LJ, HIRIPI E, MROCZEK DK, NORMAND SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002/09/26 éd. 2002;32(6):959-76. Located at: Cambridge Core. doi:10.1017/S0033291702006074
14. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2018/01/02 éd. 2016;209(4):284-93. Located at: Cambridge Core. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094
15. Hoffmire CA, Donovan ML, Ryan AT, Brenner LA, Vogt D, Maguen S, et al. Perceived social support moderates the relations between mental health symptoms and current suicidal ideation. *Psychol Serv*. 2024;21(4):817-27. doi:10.1037/ser0000849

RÉFÉRENCES

16. Khan H, Zhang S, Gutowski E, Jessani SN, Kaslow NJ. Does social support moderate between depression and suicidal ideation in low-income African Americans? *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91(5):617-25. Located at: APA PsycInfo; 2021-55770-001
17. Levesque P, Roberge MC. Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2020. p. 17. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3073-impact-crise-sanitaire-economique-comportements-suicidaires-covid19.pdf>
18. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide. Montréal Québec: Presses de l'Université de Montréal; 2004. 172 p. (Paramètres). Located at: Santécom
19. Institut de la Statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. Questionnaire français [Internet]. Institut de la Statistique du Québec; 2023. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/eqsp-20-21-questionnaire>
20. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir [Internet]. Québec, QC; 2022. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2025-2035. Pour un Québec en santé, équitable et résilient. [Internet]. Québec: Gouvernement du Québec; 2025. p. 100. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf>
22. Sow M, Bergeron-Gaudin ME, Roberge MC. Prévenir le suicide en réduisant les expériences négatives dans l'enfance et leurs conséquences : quelles pistes d'actions? [Synthèse de connaissance] [Internet]. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2023. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-11/3423-prevenir-suicide-experiences-negatives-enfance.pdf>
23. CDC. Suicide Prevention Resource for Action: A Compilation of the Best Available Evidence [Internet]. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2022. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/preventionresource.pdf>
24. Roberge MC, Déplanche F. Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes [Internet]. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec; 2017. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2283_connaissances_champs_action_promotion_sante_mentale_jeunes_adultes.pdf
25. McDaid S, Kousoulis A. Tackling social inequalities to reduce mental health problems: How everyone can flourish equally [Internet]. Mental Health Foundation; 2020. Disponible sur: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2025-02/MHF-Inequalities-Paper_LONG-VERSION_A5_FINAL_Shari%20McDaid.pdf
26. Sow M, Roberge MC. Prévention du suicide en contexte scolaire : agir dans une perspective de santé publique [Synthèse des connaissances] [Internet]. Québec, QC: Institut de la Statistique du Québec; 2025. p. 51. (État des connaissances). Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3670-prevention-suicide-scolaire-perspective-sante-publique.pdf>
27. Tissot F, Nektaria Nicolakakis, Jauvin N, Vézina M. Portrait des idées suicidaires sérieuses et des facteurs de risque professionnels chez les personnes salariées : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 [Rapport de surveillance] [Internet]. Institut national de santé publique du Québec. p. 66. (Surveillance et vigie). Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3697-idees-suicidaires-enquete-sante-populations-2014-2015.pdf>
28. Ferguson Y, Roberge MC. Effets des interventions de restriction de l'accès aux moyens en prévention du suicide [Synthèse de connaissance] [Internet]. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec; 2024. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3519-effets-interventions-restrictions-prevention-suicide_0.pdf

RÉFÉRENCES

29. OMS. *Preventing suicide: a resource for media professionals* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372691/9789240076846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Institut national de santé publique du Québec. *Bonnes pratiques sur la couverture médiatique du suicide* [Internet]. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec; 2024. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/couverture-mediatique-suicide#:~:text=Des%20recherches%20montrent%20en%20effet,%2C9%2C13%E2%80%93317>.
31. OMS. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* [Internet]. Genève: World Health Organization; 2014. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Séguin M, Roy F, Boilar T. *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide* [Internet]. Québec: Association québécoise de prévention du suicide; 2020. Disponible sur: https://aaps.info/wp-content/uploads/2024/03/Programme-Postvention_FR_2024.pdf

ANNEXES

Questionnaire et indicateurs utilisés

Le questionnaire de l'EQSP 2020-2021 est accessible en ligne, sur le site où est présentée l'EQSP, à l'adresse suivante : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021>

Le tableau ci-dessous détaille la construction des mesures utilisées et dont les questions n'ont pas été énumérées précédemment.

<i>Indicateurs / variables</i>	<i>Méthodes de construction</i>
<i>Composition du ménage</i>	La variable sur la composition du ménage provient de la question suivante : quel type de situation correspond le mieux à la composition actuelle de votre foyer (ménage)? Les répondants avaient le choix entre les options suivantes : 1. Personne vivant seule dans le foyer 2. Couple sans enfant à la maison 3. Couple avec enfant(s) à la maison 4. Famille monoparentale (enfant de tout âge) 5. Famille avec autres personnes 6. Personnes apparentées seulement (frères et sœurs, etc.) 7. Personnes non apparentées seulement (colocataires, etc.) 8. Autres (familles multiples, etc.) 9. Ne sait pas 10. Ne répond pas La variable d'origine a ainsi été recodée en cinq catégories : famille monoparentale, couple sans enfant, couple avec enfant; personne seule et autre. La catégorie « autre » est constituée des familles avec autre personne, des personnes apparentées seulement (frères et sœurs, etc.), des personnes non apparentées seulement (colocataires, etc.) et des autres (familles multiples, etc.).
<i>Niveau de satisfaction par rapport à sa vie sociale</i>	L'enquête québécoise sur la santé des populations a colligé des informations sur la satisfaction par rapport à sa vie sociale à travers la question suivante : en général, comment trouvez-vous votre vie sociale, c'est-à-dire vos relations avec les gens qui vous entourent (parents, amis, connaissances)? Les différents choix de réponse sont les suivants : 1. Très satisfaisante 2. Plutôt satisfaisante 3. Plutôt insatisfaisante 4. Très insatisfaisante 5. Ne sait pas 6. Ne répond pas La version de la variable utilisée de ce fascicule comporte trois catégories : Très satisfaisante, plutôt satisfaisante et plutôt ou très insatisfaisante. Cette dernière catégorie regroupe les personnes plutôt insatisfaites et très insatisfaites de leur vie sociale.
<i>Perception de sa santé</i>	La perception de sa santé mesure l'état de santé générale de la population. Cette information a été collectée de la façon suivante : En général, diriez-vous que votre santé est : 1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Passable 5. Mauvaise 6. Ne sait pas 7. Ne répond pas Cette variable d'origine a été recodée afin d'obtenir trois catégories qui sont : excellente ou très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

ANNEXES

<i>Indicateurs / variables</i>	<i>Méthodes de construction</i>
Statut d'emploi	L'indicateur est construit à partir de la question suivante : Au cours des 12 derniers mois, quelle était votre occupation principale? Était-ce... 1. Travailleur/Travailleuse à temps plein 2. Travailleur/Travailleuse à temps partiel (moins de 30 heures) 3. Étudiant[e] 4. Retraité[e] rentier/rentière 5. Personne tenant maison 6. En congé de maternité/paternité 7. Prestataire d'assurance-emploi 8. Prestataire d'aide sociale (sécurité du revenu) 9. Autre 10. Ne sait pas 11. Ne répond pas La variable a été posée à l'ensemble de la population visée par l'étude. Elle a été recodée en quatre catégories : Retraités, Travailleurs (y compris congé de maternité/paternité), personnes sans emploi et étudiants.
Isolement ou quarantaine pendant la pandémie	L'isolement ou la quarantaine a été mesuré à partir de la question suivante : Avez-vous dû vous placer en quarantaine ou vous isoler à la maison pendant la pandémie? Par quarantaine, on entend le fait de s'isoler dans son lieu de résidence pour une certaine période de temps, sans sortir à l'extérieur. Les choix de réponses sont les suivants : 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Ne répond pas

