

La prévention du suicide au Québec : les indications dégagées par une étude statistique

Suicide prevention in Québec : data drawn from a statistical study

Marie-France Charron

Volume 7, Number 2, November 1982

Mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030155ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030155ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Charron, M.-F. (1982). La prévention du suicide au Québec : les indications dégagées par une étude statistique. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 160–175. <https://doi.org/10.7202/030155ar>

Article abstract

This article exposes the principal results of a statistical analysis of the phenomenon of suicide in Quebec, in relation to its magnitude, to regional variations, to its relation to sex, age and to marital status. Basing herself on this analysis and on the ecological model of suicide currently under elaboration, the author discusses the orientations to be given to preventive programs.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE AU QUÉBEC : LES INDICATIONS DÉGAGÉES PAR UNE ÉTUDE STATISTIQUE

*Marie-France Charron**

Cet article expose les principaux résultats d'une analyse statistique du phénomène du suicide au Québec, relativement à son ampleur, à ses variations régionales et à ses relations avec le sexe, l'âge et l'état matrimonial. Se basant sur cette analyse et sur le modèle écologique du suicide actuellement en élaboration, l'auteure discute des orientations à donner aux programmes de prévention.

Actuellement, les théories concernant le suicide abordent un tournant important de leur évolution. Plusieurs spécialistes ayant reconnu la complexité du phénomène et la complémentarité des points de vue apportés par différentes disciplines, on assiste présentement à un effort d'intégration des données et des théories diverses qu'on a souvent opposées par le passé. C'est un peu comme si les morceaux du puzzle commençaient à prendre place progressivement.

Les grandes lignes du modèle qui émerge des efforts de synthèse actuels me semblent être les suivantes. Tout d'abord, le suicide n'est plus assimilé simplement à la maladie mentale. Il est perçu comme une solution, une stratégie adoptée par un individu affrontant une situation qui lui est intolérable. Il peut donc être le fait d'une personne saine d'esprit aussi bien que d'un psychopathe. Deuxièmement, il est admis qu'il existe une prédisposition au comportement suicidaire. Qu'elle soit d'origine génétique comme le croient certains (Baechler, 1975, par exemple), ou que l'explication soit d'un autre ordre, elle se manifeste en fin de compte par un ensemble de traits psychologiques que l'on apprend peu à peu à identifier. Finalement, un rôle très important est accordé à l'environnement. L'influence d'événements marquants durant la période précédant le geste suicidaire, tels la mort d'un proche ou un divorce, est de plus en plus mise en évidence (Paykel, 1979). Est aussi reconnue

l'influence du contexte familial, social et culturel qui peut isoler l'individu ou au contraire, lui offrir le support nécessaire et la possibilité d'opter pour une stratégie alternative.

Ce modèle de type écologique est intéressant pour ceux qui sont concernés par la prévention du suicide. Il reconnaît, d'une part, la possibilité d'identifier des facteurs psychologiques prédisposants qui permettront éventuellement un meilleur dépistage des cas potentiels, et un meilleur traitement. Il offre aussi une deuxième voie d'intervention, soit l'action sur les conditions sociales reliées au suicide, ainsi que sur les ressources que le milieu met à la disposition de l'individu.

C'est ce modèle qui m'a servi de cadre de référence lors d'une étude statistique que j'ai menée l'an passé (Charron 1982), suite à une demande du Comité de la santé mentale du Québec¹, lequel avait pour mandat de produire un avis sur la prévention du suicide au Québec. Dans le présent article, je décrirai les principaux résultats de cette étude et discuterai de leurs implications au chapitre de l'intervention. Mais auparavant, j'aimerais avertir le lecteur des problèmes posés par l'approche statistique, car la résolution de ces problèmes est à mon avis une étape importante en vue d'une intervention plus efficace.

LES DIFFICULTÉS DE L'APPROCHE STATISTIQUE

Les principales sources d'information que j'ai exploitées au sujet du phénomène du suicide sont

* L'auteure est agent de recherche au service des études épidémiologiques, direction des Politiques de santé, direction générale des Programmes de santé, ministère des Affaires sociales.

les suivantes : premièrement, le Fichier des décès du Registre de la population du Québec, constitué à partir des renseignements contenus dans le formulaire de déclaration de décès ; deuxièmement, le Fichier AH-101-P des hospitalisations en centre hospitalier de courte durée, période 1976-79, région socio-sanitaire de Québec² ; et, enfin, une étude sur les urgences psychiatriques menée dans la région du Montréal métropolitain (Lebeau, 1978).

Un problème commun à ces sources d'information est l'absence d'une procédure standard d'identification des suicides. Au Fichier des décès, c'est le verdict du coroner qui est enregistré. La loi oblige le déclarant, médecin ou autre, à soumettre le cas au coroner, dès que le décès ne semble pas purement accidentel. Mais comme ce dernier ne dispose pas de directives explicites pour l'identification des suicides, l'étude statistique repose en fait sur autant de définitions qu'il y a de coroners. Et dans le cas des tentatives de suicide, l'étude dépend des définitions adoptées par les médecins.

Toutefois, la stigmatisation sociale dont le suicide est encore l'objet fait en sorte que le problème fondamental de l'approche statistique est la sous-déclaration. Il est en effet probable que les cas identifiés correspondent à une définition classique où par suicide complété, on entend tout acte posé volontairement par un individu dans le but conscient de s'enlever la vie et dont l'issue est fatale ; les tentatives de suicide étant les actes d'auto-agression n'entraînant pas la mort, mais posés dans ce but ou présentés par l'individu comme ayant ce but. Mais lorsque l'individu n'a pas déclaré son intention, ou lorsqu'il a cherché à déguiser son geste en un accident, beaucoup de médecins et de coroners auront tendance à «laisser le bénéfice du doute», si bien qu'il n'y a pratiquement que les cas absolument évidents qui sont reconnus.

Les statistiques disponibles sont donc valides, mais incomplètes. Elles permettent de fixer une limite inférieure à l'ampleur du phénomène. Mais, en ce qui concerne l'analyse des liens entre le suicide et des variables telles que le sexe, l'âge et la région, leur utilisation pose un problème ; car le niveau de déclaration n'est pas nécessairement le même pour toutes les valeurs de ces variables.

Cependant, les écarts entre les divers taux de suicide que l'on veut comparer sont souvent assez

grands, pour qu'il soit peu plausible de les expliquer uniquement à l'aide d'une différence dans le niveau de déclaration. Et comme il y a souvent d'un pays à l'autre des constantes dans les relations entre le suicide et différentes variables, cela tend à augmenter notre confiance. D'ailleurs, un groupe de travail de l'O.M.S. (1981) a exprimé l'avis que les erreurs contenues dans les statistiques officielles ne suffisent pas à invalider leur utilisation.

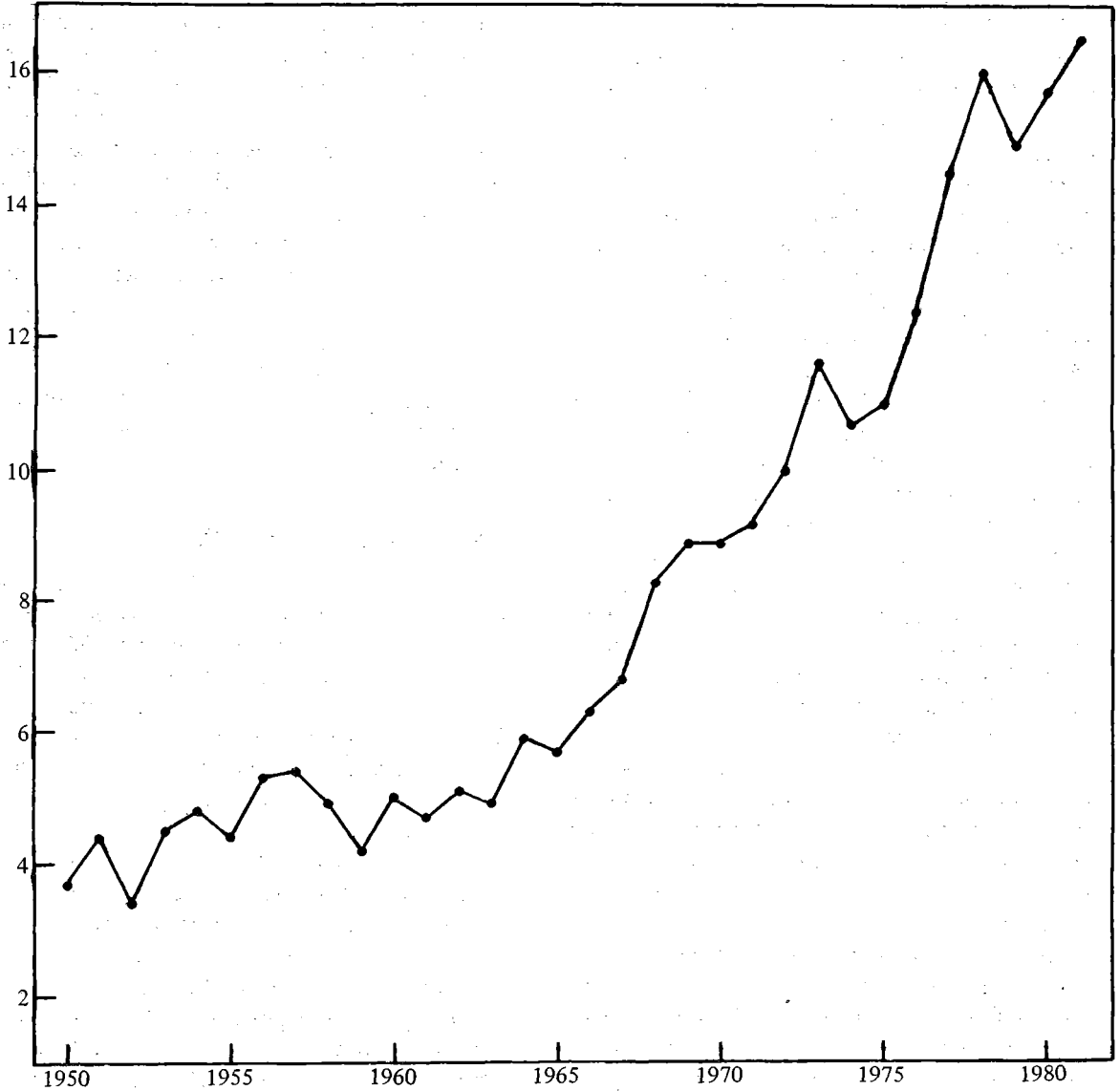
Ces erreurs peuvent toutefois se répercuter au niveau de l'intervention et nous amener, par exemple, à sous-évaluer la priorité à accorder au problème, ou à mal définir les groupes à risque. Il est donc nécessaire, du point de vue de l'intervention, d'améliorer la qualité de la déclaration. Pour cela, il faudrait développer une procédure uniforme d'identification des cas de suicide et de tentative de suicide, basée sur des définitions et une typologie précises. Il faudrait également mettre sur pied, pour les coroners, les médecins pratiquants, de même que les étudiants en médecine, des programmes de sensibilisation au problème du suicide et à la nécessité d'une déclaration adéquate.

L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Selon le Registre de la population, il y a environ 1 000 décès par suicide chaque année au Québec, soit un taux annuel de 16 décès par 100 000 de population. Par rapport à l'ensemble des pays industrialisés, où les taux varient de 3 par 100 000 en Grèce à plus de 40 en Hongrie, le Québec occupe une position moyenne. Il occupe également une position moyenne par rapport aux autres provinces et territoires canadiens. Toutefois, alors que dans les autres pays les taux sont stables ou en légère augmentation, le taux québécois est en progression rapide.

Depuis 1950, le taux québécois³ est passé de 3,7 à 16,5 par 100 000, la plus grande part de cet accroissement ayant eu lieu après 1965 (graphique 1). Il est important de déterminer si la majeure partie de cette augmentation est simplement due à une meilleure déclaration. Si la hausse est en fait artificielle, la priorité accordée au problème ne sera pas aussi grande. En observant plus en détail ce qui s'est passé au cours des années 70, il est possible de trouver une réponse satisfaisante à cette question.

GRAPHIQUE 1

*Taux brut de décès par suicide au Québec, 1950-1981*Taux par
100 000 habitants

De la période 1971-72-73 à la période 1978-79-80, le taux de décès par suicide est passé de 10,27 à 15,52 par 100 000, soit une hausse de 5,25 par 100 000. Le tableau 1 montre, pour ces deux périodes, l'évolution des taux de suicide selon les différents moyens employés pour causer le décès, ainsi que l'évolution des taux correspondants de décès accidentels ou indéterminés quant à l'intention. Pour certaines méthodes de suicide, telle la noyade, il est possible que la hausse soit artificielle, car elle est accompagnée d'une baisse plus forte encore des accidents mortels de même nature. Par contre, pour les suicides par armes à feu, pendaison et empoisonnement par médicaments, seule une petite partie de la hausse peut s'expliquer par une meilleure déclaration; car les taux correspondants de décès accidentels ou indéterminés quant à l'intention sont très petits, et leur baisse absolue est faible. Or, ces trois moyens sont responsables de plus de 80% de l'augmentation des taux de suicide au cours de la dernière décennie. À moins d'admettre que les suicides non identifiés pouvaient auparavant être classés ailleurs que dans les accidents, il faut conclure que la majeure partie de l'accroissement est réel.

Au sujet des tentatives de suicide, seule une information très parcellaire est disponible. Le Fichier des hospitalisations AH-101-P, période 1976-80, permet de calculer pour la région de Québec un taux annuel d'hospitalisation pour tentative de suicide de l'ordre de 18 par 100 000, ce qui est faible. Selon l'enquête sur les urgences psychiatriques, menée dans la région du Montréal métropolitain et couvrant la période 1975-77, le taux des tentatives traitées à l'urgence se chiffre à 64 par 100 000. Ce taux sous-estime évidemment le taux réel, car de nombreux cas ne se présentent pas à l'urgence.

Un taux moyen a été estimé pour les pays de la C.E.E. en 1976. Basé en principe sur tous les cas traités médicalement, y compris ceux vus uniquement par un omnipraticien, ce taux est de 215 par 100 000 pour la population de 15 ans et plus (Diekstra, 1982). En le reportant à l'ensemble de la population du Québec, on obtient 160 tentatives par 100 000 habitants, soit 10 fois le taux de décès par suicide. L'écart avec les estimés québécois est très grand. Toutefois, le taux de décès par suicide au Québec est très près du taux moyen

correspondant pour les pays de la C.E.E., de sorte qu'il est plausible que notre taux réel de tentative soit aussi élevé.

Bien qu'il soit actuellement impossible de parvenir à une conclusion précise quant à la fréquence des tentatives de suicide, les chiffres cités plus haut sur les suicides complétés justifient amplement que l'on accorde au problème une attention qu'il n'avait pas jusqu'à tout récemment. Avec un minimum de 1 000 décès par année, le suicide fait autant de victimes que le cancer du sein ou le diabète. De plus, il est en nette progression. Il est donc temps d'entreprendre au Québec un effort de recherche important sur le sujet. Et il est temps également de coordonner les interventions et de les amplifier, en mettant à profit toutes les connaissances que nous avons sur le sujet.

LES VARIATIONS RÉGIONALES

La mortalité par suicide varie selon les différentes régions du Québec. Le tableau 2 fait état de ces variations. La région qui affiche le taux⁴ de décès par suicide le plus élevé est le Nord-Ouest: son taux annuel moyen est de 24,4 par 100 000 habitants pour la période 1975-79, soit le triple du taux le plus faible qui appartient à la région du Saguenay/Lac St-Jean. Montréal métro et l'Outaouais, avec un taux de 16,3, surpassent aussi la moyenne québécoise qui est de 13,8 pour cette période. D'autre part, la Côte-Nord, la Gaspésie/Bas St-Laurent et le Nouveau-Québec présentent des taux faibles, 10 et moins; cependant, pour le Nouveau-Québec, le taux n'est pas fiable, vu le très petit nombre de cas observés et les problèmes de déclaration particuliers à cette région où il y a une forte proportion d'Amérindiens.

Fait intéressant, les écarts les plus importants observés au cours de la période 1975-79 sont aussi présents durant 1970-74: pendant cette période, c'est aussi le Nord-Ouest qui offre le taux le plus élevé et les taux les plus faibles sont détenus par le Saguenay/Lac St-Jean, la Côte-Nord et la Gaspésie/Bas St-Laurent.

À l'intérieur même des régions socio-sanitaires, il peut y avoir des variations importantes de la mortalité par suicide. Si les taux sont assez uniformes à l'intérieur de certaines régions, telles le Nord-Ouest et le Saguenay/Lac St-Jean, ils le sont

TABLEAU 1

Évolution des suicides et des causes de décès pouvant receler des suicides non identifiés, Québec, 1971-72-73 à 1978-79-80

CAUSE DE DÉCÈS	PÉRIODE 1971-72-73				PÉRIODE 1978-79-80			Variation du taux de 1971-72-73 à 1978-79-80 (par 100 000 habitants)	
	Nombre de décès			Taux annuel moyen (par 100 000 habitants)	Nombre de décès				Taux annuel moyen (par 100 000 habitants)
	1971	1972	1973		1978	1979	1980		
Arme à feu, explosif									
– suicide	182	206	224	3,37	344	295	329	5,13	+1,76
– accident	44	29	28	0,56	22	19	17	0,20	– 0,36
– indéterminé	9	8	13	0,16	7	7	13	0,14	– 0,02
Empoisonnement par médicament									
– suicide	95	84	108	1,58	149	137	147	2,30	+0,72
– accident	5	10	17	0,18	31	47	22	0,53	+0,35
– indéterminé	61	86	61	1,15	29	64	64	0,83	– 0,32
Pendaison, strangulation, asphyxie									
– suicide	136	142	159	2,41	258	256	275	4,18	+1,77
– accident*	35	44	25	0,57	30	20	20	0,37	– 0,20
– indéterminé	1	3	2	0,03	2	7	4	0,07	+0,04
Noyade									
– suicide	47	54	54	0,85	76	74	73	1,18	+0,33
– accident	224	239	261	3,99	208	209	163	3,07	– 0,92
– indéterminé	23	30	22	0,41	28	48	32	0,57	+0,16
Chute									
– suicide	17	33	31	0,45	38	40	34	0,59	+0,14
– accident	460	460	397	7,25	433	423	416	6,74	– 0,51
– indéterminé	3	1	1	0,03	1	8	3	0,07	+0,04
Autres types de suicide	77	88	129	1,62	141	133	130	2,14	+0,52
Ensemble des suicides	554	607	705	10,27	1 006	935	988	15,52	+5,25

Santé mentale au Québec

Source : décès – Registre de la population du Québec;
population – Statistique Canada.

* Cette catégorie est constituée de suffocations mécaniques accidentelles dont beaucoup de victimes cependant se retrouvent chez les enfants.

TABLEAU 2

Taux de décès par suicide selon les régions socio-sanitaires du Québec, 1970-1979

RÉGION	1970-1974		1975-1979	
	Nombre de décès	Taux brut annuel moyen (par 100 000 habitants)	Nombre de décès	Taux brut annuel moyen (par 100 000 habitants)
1. Gaspésie/Bas St-Laurent	73	6,4	115	10,1*
2. Saguenay/Lac St-Jean	62	4,5	115	8,1*
3. Québec	499	10,5	688	14,0
4. Trois-Rivières	173	8,3	278	13,1
5. Cantons de l'Est	122	10,9	143	12,4
6a. Montréal métro	1 290	11,8	1 706	16,3*
6b. Laurentides/Lanaudière	211	10,5	250	10,7*
6c. Montréal-Sud	338	7,9	552	11,2*
7. Outaouais	135	10,9	226	16,3
8. Nord-Ouest	105	14,6	180	24,4*
9. Côte-Nord	34	6,8	49	8,3*
10. Nouveau-Québec	5	9,1	8	9,7
Province de Québec	3047	10,1	4310	13,8

Sources : décès – Registre de la population du Québec;
population – Programme Superpop, M. A. S.

* Taux dont l'écart au taux provincial est significatif à $p < 0.001$.

beaucoup moins dans d'autres. Ainsi, dans la Gaspésie/Bas St-Laurent, où le taux est plutôt faible, la division de recensement⁵ de Matane présente un taux significatif⁶ très élevé de 19 par 100 000 durant la période 1974-78. Un examen des taux pour les agglomérations urbaines dépassant 4 500 habitants révèle aussi des variations significatives et importantes.

Est-ce que les variations spatiales, significatives au plan statistique, peuvent s'expliquer par l'existence de niveaux de déclaration différents d'une région à l'autre, d'une ville à l'autre? Lorsque les écarts sont très marqués, il paraît peu plausible de les expliquer entièrement à l'aide de biais de déclaration. De plus, le suicide n'est pas la seule cause de décès qui présente des fluctuations sur le plan régional; c'est aussi le cas de la plupart des autres causes de décès (Pampalon, 1982). En fait, d'après le modèle écologique du suicide décrit au début de cet article, on devrait s'attendre à observer des variations régionales dans l'ampleur du phénomène. Étant donné le rôle important reconnu au contexte social et culturel, qui évidemment n'est pas uniforme à travers le Québec, il est probable que l'on retrouve, dans certaines régions et certaines villes, des concentrations de facteurs favorisant le suicide.

Malheureusement, il n'y a pas de statistiques permettant de vérifier si les tentatives de suicide connaissent des fluctuations régionales analogues à celle des suicides complétés. C'est une lacune à combler, car les interventions doivent tenir compte du rapport entre suicides et tentatives de suicide, et celui-ci peut varier beaucoup d'une région à l'autre.

L'analyse des statistiques disponibles fournit certains indices quant aux facteurs qui peuvent être responsables des variations régionales. L'étude que j'ai effectuée a montré l'existence d'une corrélation positive entre les taux de décès par suicide et deux variables reliées au contexte familial, le pourcentage de familles monoparentales et la proportion de personnes séparées ou divorcées parmi la population des 15 ans et plus. Ce résultat est valable pour les régions, les divisions de recensement et les agglomérations. Il a été corroboré par une analyse factorielle d'un grand nombre de variables environnementales, laquelle a démontré qu'un facteur représentant la famille brisée offrait

la plus forte corrélation avec le suicide (Pampalon, 1982). Il y a donc là une piste à explorer.

Ce premier coup d'œil sur les variations de la mortalité par suicide, à l'intérieur du Québec, montre qu'une intervention centrée uniquement sur l'individu en crise risque d'être peu efficace. Si l'on veut diminuer l'ampleur du problème dans une région où il y a concentration de facteurs sociaux favorisant le suicide, il est aussi important de découvrir ces facteurs et d'agir sur eux, que de dépister et de secourir les individus suicidaires.

Les programmes d'intervention devraient, à mon avis, être spécifiques à chaque région, non seulement à cause des dimensions particulières du problème dans les dites régions, mais aussi parce que les méthodes d'intervention qui peuvent être efficaces dans une grande ville comme Montréal, risquent de l'être beaucoup moins dans une région comme le Nord-Ouest. Il y a aussi des endroits, régions ou villes, où le problème semble plus aigu et où il serait plus pressant d'agir.

LA RELATION AVEC LE SEXE

Le phénomène du suicide prend-il la même ampleur chez les hommes et chez les femmes? D'après les statistiques au sujet des suicides complétés, les hommes semblent beaucoup plus affectés : durant la période 1979-81, il y a eu parmi eux trois fois plus de suicides que chez les femmes. De plus, alors que dans plusieurs pays industrialisés, dont le Canada et les États-Unis, l'écart entre les sexes tend à se réduire, aucune tendance de ce genre ne s'observe au Québec.

Les tentatives de suicide présentent cependant une relation inverse avec le sexe. Ainsi, l'étude des hospitalisations dans la région de Québec, durant la période 1976-79, montre que le rapport du taux féminin de tentative aux taux masculin est de 1,5. Selon les données de l'enquête sur les urgences psychiatriques du Montréal métro, qui incluent les cas qui se présentent à l'urgence mais ne sont pas hospitalisés, ce rapport est de l'ordre de 2. Les statistiques produites par les pays de la C.E.E., bien que très variables chez les femmes, excèdent toujours celles des hommes d'au moins 40%, le rapport moyen s'approchant de 2 (Diekstra, 1982).

Les tentatives de suicide étant beaucoup plus nombreuses que les suicides complétés, de 4 à 10

fois plus nombreuses selon les estimés présentés plus haut, il en résulte que la fréquence du geste suicidaire, fatal ou non, est de 40 à 70% plus grande chez la femme⁷. Toutefois, bien que les hommes passent moins souvent à l'acte, ils le mènent à terme dans une bien plus forte proportion : pour un taux de tentative de 64 par 100 000, le pourcentage des actes suicidaires fatals est de 36% chez l'homme, et de 9% chez la femme; si on admet un taux de tentative de 160 par 100 000, les pourcentages sont alors ramenés à 18% et 4% respectivement.

Doit-on conclure de ce résultat que la résolution de mourir est moins ferme chez la femme? Et que le problème du suicide est moins aigu chez elle? Un examen des moyens de suicide employés par chacun des sexes peut nous donner des indices à ce sujet (tableau 3). Alors que les femmes choisissent en grande majorité l'empoisonnement par médicaments (80% des tentatives et 36% des suicides complétés) et utilisent peu les armes à feu, les hommes choisissent ce dernier moyen beaucoup plus souvent que les femmes, aussi bien pour les tentatives que pour les suicides complétés. Il est évident que l'arme à feu est une méthode beaucoup plus radicale. L'empoisonnement par médicaments laisse le temps de changer d'avis et d'appeler à l'aide, ou bien d'être découvert; il nécessite aussi de connaître la dose qui peut entraîner le décès.

Pourquoi les femmes choisissent-elles plus fréquemment que les hommes un moyen relativement peu efficace? Est-ce vraiment parce qu'au fond, elles ne veulent pas mourir et recherchent plutôt un autre but? Selon Baechler (1975), les modèles culturels féminins de dépendance font en sorte que la femme a plus tendance que l'homme à utiliser le geste suicidaire dans un but d'appel à l'aide ou de chantage : la tentative est alors la stratégie la plus appropriée. Mais, les stéréotypes culturels influencent aussi la disponibilité des moyens de suicide. Ainsi, les armes à feu sont en majorité possédées par les hommes, ce sont eux qui savent s'en servir et leur emploi s'accorde avec les stéréotypes masculins de violence. D'autre part, les médicaments sont davantage prescrits aux femmes; entre autres, elles sont deux fois plus nombreuses que les hommes à consommer des tranquillisants et des somnifères (Santé Canada,

1981). La disponibilité des moyens peut donc être aussi une explication.

En définitive, on ne peut conclure que le problème du suicide est plus grave chez un sexe que chez l'autre. Mais chose certaine, il se présente différemment. En plus du rapport différent entre suicides complétés et tentatives, l'analyse des statistiques disponibles dégage certaines particularités qui indiquent que les facteurs extérieurs, pouvant avoir une influence sur la conduite suicidaire, ne sont pas nécessairement les mêmes pour l'homme et la femme.

Ainsi, une étude de Wigle et Mao (1980), portant sur la mortalité urbaine dans l'ensemble du Canada, a montré que les hommes ayant les plus faibles revenus présentent des taux de suicide beaucoup plus élevés que les autres, jusqu'à deux fois plus élevés pour certains groupes d'âge. Par contre, chez les femmes, ce sont celles qui se situent dans les niveaux intermédiaires qui présentent les taux de suicide les plus bas; toutefois, les différences observées sont faibles et peu significatives. Un niveau de revenu très faible est donc un facteur fortement lié au suicide uniquement chez l'homme.

Une autre différence intéressante réside dans les variations géographiques des taux de décès par suicide. Chez les femmes, durant la période 1975-79, la région de Montréal métro offre le taux le plus élevé (10,4 par 100 000), suivie de près par l'Outaouais (9,2), puis le Nord-Ouest (7,8). Chez les hommes, le Nord-Ouest se distingue nettement des autres régions avec un taux de 40,1 par 100 000; les taux dans Montréal métro et l'Outaouais se situent légèrement au-dessus du taux provincial. Lorsqu'on regroupe toutes les municipalités faisant partie de noyaux urbains de plus de 2 000 habitants, et que l'on compare leur mortalité par suicide à celle des municipalités rurales, on n'observe aucune différence chez les hommes; par contre, chez les femmes, la mortalité en milieu rural est inférieure de 30% à celle de l'ensemble de la province⁸, qui reflète surtout la situation urbaine. En résumé, chez les femmes, la vie en milieu urbain, et plus particulièrement dans un grand centre comme Montréal, se trouve associée au phénomène du suicide; mais ce n'est pas le cas chez les hommes.

La courbe des taux de décès par suicide, en fonction de l'âge, affecte des formes différentes

TABLEAU 3

Répartition des suicides complétés au Québec en 1975-79, et des tentatives de suicide dans la région de Québec en 1976-79, selon le moyen et le sexe

MOYEN	DÉCÈS PAR SUICIDE, PROVINCE DE QUÉBEC, 1975-79				TENTATIVES DE SUICIDE, RÉGION DE QUÉBEC, 1976-80			
	HOMMES		FEMMES		HOMMES		FEMMES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empoisonnement par médicaments	301	9,6	416	36,0	163	58,2	357	79,7
Empoisonnement par une autre substance solide ou liquide	76	2,4	38	3,3	9	3,2	16	3,6
Empoisonnement par gaz	232	7,4	47	4,1	7	2,5	5	1,1
Pendaison, strangulation, asphyxie	782	24,8	215	18,6	1	0,4	0	0
Noyade	225	7,1	127	11,0	1	0,4	2	0,4
Arme à feu	1 289	40,9	140	12,1	42	15,0	4	0,9
Instrument tranchant ou perforant	53	1,7	22	1,9	45	16,1	49	10,9
Sauts	113	3,6	88	7,6	5	1,8	5	1,1
Autres	79	2,5	62	5,4	7	2,5	10	2,2
Total	3 150	100,0	1 155	100,0	280	100,0	448	100,0

Santé mentale au Québec

Sources : décès – Registre de la population du Québec;
tentatives – Fichier des hospitalisations AH-101-P, M. A. S.

pour chaque sexe (graphique 2). Chez les femmes, durant la période 1975-79, le taux est maximum vers le milieu de la cinquantaine (13,5 par 100 000) et diminue jusqu'à 4 par 100 000 chez les plus âgées; il se maintient entre 11 et 12 par 100 000 de 25 à 50 ans. La courbe masculine présente aussi un léger sommet vers 55 ans (27 par 100 000), mais le taux le plus élevé est atteint au début de la vingtaine (37 par 100 000).

Dans plusieurs pays, les courbes féminines sont semblables à la courbe québécoise⁹ qui n'a d'ailleurs pas beaucoup changé depuis le début des années 50. Pour les hommes par contre, la courbe québécoise des taux par âge est particulière. Seul le Canada possède une courbe qui se rapproche de la nôtre. Elle n'a d'ailleurs atteint cette forme qu'au cours des années 70; au début des années 50, les taux augmentaient régulièrement avec l'âge et se trouvaient à leur maximum chez les plus âgées, comme c'est actuellement le cas dans plusieurs pays, où le taux maximum est toujours atteint après 40 ans.

Dans la plupart des pays industrialisés, il y a hausse des taux de décès par suicide chez les jeunes. Mais nulle part il n'y a eu une poussée des taux aussi forte que chez les jeunes hommes québécois, qui se distinguent ainsi non seulement des femmes québécoises, mais aussi des hommes des autres pays. Le fait que la courbe masculine canadienne s'approche de la nôtre incite à rechercher, comme explication à ce phénomène, un facteur ou une combinaison de facteurs, particulier au Canada et plus spécialement au Québec. Quelque soit l'explication toutefois, il y a encore là un facteur ou des facteurs qui n'ont pas la même influence sur le suicide pour les deux sexes.

Si l'on se réfère au modèle écologique du suicide, les particularités du phénomène observées chez chaque sexe ne paraissent pas surprenantes. La psychologie de l'homme et de la femme étant différente, leurs rôles et l'environnement social qui en découle étant également différents, une situation intolérable pour l'un ne le sera pas nécessairement pour l'autre. Par exemple, il est possible qu'un très faible revenu soit une situation plus difficilement supportable pour l'homme parce qu'il est traditionnellement chargé de faire vivre sa famille. Et une fois prise la décision de

s'enlever la vie, l'homme et la femme n'emploieront pas les mêmes moyens. Enfin, il est aussi possible que la résolution de mourir soit en général moins ferme chez la femme. Les particularités observées me semblent donc significatives et importantes et il faut en tenir compte, je crois, dans la planification de l'intervention.

Le fait que les hommes réussissent plus leurs tentatives oblige à penser à des tactiques d'intervention différentes pour les deux sexes. Ainsi, les services basés principalement sur l'écoute téléphonique continue m'apparaissent plus adaptés aux femmes : celles-ci font plus de tentatives; elles emploient en grande majorité l'empoisonnement par médicaments, un moyen qui laisse le temps d'appeler à l'aide; même 36% de leurs suicides complétés sont des empoisonnements par médicaments; enfin, elles sont reconnues comme ayant une plus forte propension à consulter. D'ailleurs, les femmes constituent 65% des personnes qui ont eu recours aux services du Centre de prévention du suicide de Québec¹⁰ entre septembre 1978 et septembre 1980; et lorsqu'on se limite aux personnes qui ont contacté le Centre directement, cette proportion passe à 71%; par contre, parmi ceux qui ont été référés par une tierce personne, les femmes ne représentent que 54% (Roberge, 1981). Par conséquent, si l'on veut mieux rejoindre les hommes, il semble que l'on devrait mettre davantage l'accent sur le dépistage des cas potentiels.

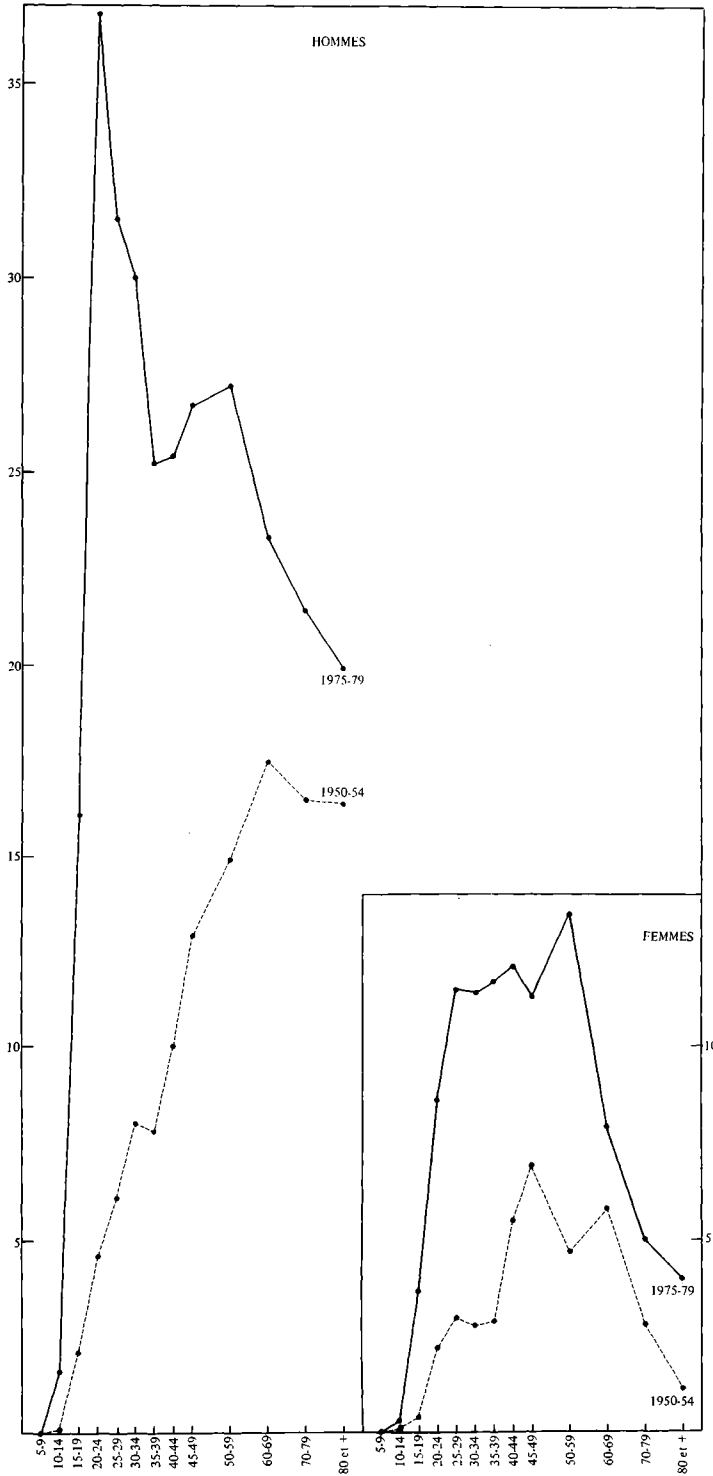
En outre, les priorités régionales ne sont pas les mêmes pour chaque sexe. Pour les femmes, la région du Montréal métropolitain et le milieu urbain en général sont prioritaires. Par contre, pour les hommes, c'est le Nord-Ouest qui est prioritaire; et le problème du suicide semble aussi aigu en milieu rural qu'en milieu urbain.

LA RELATION AVEC L'ÂGE

La variation des taux de décès par suicide en fonction de l'âge a été décrite à la section précédente, pour chacun des sexes. Si l'on considère les deux sexes ensemble, pour la période 1975-79, la courbe résultante présente un premier sommet au début de la vingtaine, où le taux annuel est de 22,8 par 100 000, et un second sommet au début de la cinquantaine, avec un taux atteignant 20,6.

GRAPHIQUE 2

Taux de décès par suicide (par 100 000 habitants) selon le sexe et l'âge, Québec, 1950-54 et 1975-79



Sources : décès – Registre de la population du Québec; population – Statistique Canada.

Entre 25 et 50 ans, le taux demeure élevé. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, il est de 10 par 100 000, et chez les 65 ans et plus, il atteint 12,5.

L'information disponible au sujet des taux de tentative selon l'âge est beaucoup moins détaillée que celle concernant les suicides complétés. Globalement, les plus forts taux se rencontrent chez les jeunes. D'après l'enquête sur les urgences psychiatriques du Montréal métro, les taux de tentative sont maximums chez les 20-29 ans, où ils sont de l'ordre de 150 par 100 000; puis ils diminuent drastiquement vers 40 ans, si bien que le taux des 45-64 ans est presque 10 fois plus petit que celui des 20-29 ans. Chez les 65 ans et plus, les taux sont encore plus faibles. Dans les pays de la C.E.E., la situation est la même : le taux maximum est atteint avant 40 ans, puis les taux diminuent à mesure que l'âge augmente; les courbes sont semblables pour les deux sexes, la différence principale se situant dans l'âge exact où le taux maximum est atteint (Diekstra, 1982). Ce dernier résultat semble se vérifier aussi chez nous : d'après les données d'hospitalisation de la région de Québec, qui permettent de calculer des taux selon l'âge et le sexe, il semble que le taux maximum de tentative soit atteint plus tard chez la femme.

Donc globalement, c'est chez les jeunes dans la vingtaine que le problème du suicide est le plus aigu; car ils détiennent à la fois le plus fort taux de tentative et le plus fort taux de suicide complété. En outre, le suicide est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge, après les accidents de voiture, alors qu'il ne représente que 2% des décès chez les 45-64 ans et 0,2% chez les 65 ans et plus. Les jeunes doivent par conséquent constituer un groupe-cible privilégié des programmes d'intervention.

Il faut toutefois nuancer cette assertion. Quand on parle de jeunes, il s'agit davantage des jeunes hommes, car c'est surtout chez l'homme que le problème du suicide se concentre dans la vingtaine. Pour la femme, le taux maximum de décès par suicide se situe dans la cinquantaine, et les taux de tentative diminuent moins rapidement après la vingtaine.

Deuxièmement, comme on l'a vu, le taux global de décès par suicide est également élevé au début de la cinquantaine, pour les deux sexes.

Cette tranche d'âge constitue donc aussi un groupe à risque qu'il ne faut pas négliger. Toutefois, dans ce groupe, les tentatives de suicide sont beaucoup moins importantes que chez les jeunes : selon l'enquête sur les urgences psychiatriques, il y aurait chez les gens de 45 ans et plus un nombre à peu près égal de tentatives et de suicides complétés, alors que chez les jeunes de 20-29 ans, les tentatives sont de 6 à 7 fois plus nombreuses que les suicides complétés. Il faut donc essayer de trouver des moyens d'intervention spécifiques pour s'attaquer au problème du suicide chez les gens plus âgés, tenant compte de la relative absence de tentatives chez eux. Une intervention axée essentiellement sur l'écoute téléphonique et l'aide en situation de crise semble avoir plus de chances de rejoindre les jeunes suicidaires, pour lesquels les tentatives de suicide sont une part très importante du phénomène.

L'examen de l'évolution des taux de suicide complété selon l'âge fait ressortir la nécessité de s'intéresser au problème du suicide chez les plus âgés. Il est possible que dans le futur les taux les plus élevés soient atteints chez les gens âgés. D'une part, les jeunes qui présentent des taux élevés aujourd'hui, ne verront pas nécessairement ces taux diminuer lorsqu'ils vieilliront. D'autre part, alors que la hausse des taux date au moins des années 50 chez les jeunes, elle est plus récente chez les gens âgés : ainsi, elle n'a débuté que vers 1970 pour les personnes de 65 ans et plus. L'écart entre les jeunes et les gens âgés pourrait donc se combler et même s'inverser dans les années à venir.

Un dernier point qu'il convient de souligner est la forte fréquence de l'emploi de l'arme à feu comme moyen de suicide chez les jeunes. Chez les adultes de 45 ans et plus, durant la période de 1975-79, moins de 25% des suicides complétés sont imputables à l'arme à feu, alors que dans les groupes d'âge 5-14 ans, 15-19 ans et 20-29 ans, ce pourcentage atteint 32%, 44% et 40% respectivement. Chez les 15-19 ans, l'arme à feu est de loin le moyen le plus employé pour les suicides complétés. Il y aurait lieu à mon avis de se poser des questions au sujet de la relative disponibilité de l'arme à feu pour les adolescents, et de leur prédilection pour ce moyen.

LA RELATION AVEC L'ÉTAT MATRIMONIAL

Le risque de décès par suicide est fortement lié à l'état matrimonial. La meilleure façon de comparer le risque selon les différents états matrimoniaux est d'utiliser les taux par âge, ou mieux encore, un taux global standardisé selon l'âge, utilisant comme référence l'ensemble de la population de 20 ans et plus. De cette manière, on neutralise l'effet de brouillage des différences de structures d'âge des divers états matrimoniaux¹¹. Le tableau 4 présente les données pertinentes à cette question pour la période 1976-77-78.

Ce sont les personnes mariées qui offrent le plus faible risque de décès par suicide, à la fois chez les hommes et chez les femmes. Viennent ensuite les célibataires avec un risque 3 à 4 fois plus élevé que les personnes mariées, puis les gens séparés ou divorcés qui présentent un risque 5 fois plus grand que celui des personnes mariées. Les veuves ont un risque de décès par suicide similaire à celui des femmes séparées ou divorcées; chez les hommes par contre, le veuvage est l'état auquel le plus grand risque est associé, surtout à cause des très forts taux chez les jeunes veufs.

Les statistiques concernant les tentatives de suicide sont moins détaillées et ne permettent pas d'isoler le groupe des veufs, mais elles reproduisent grosso modo la même relation : le plus faible taux de tentative se rencontre chez les gens mariés, viennent ensuite les célibataires, et enfin les personnes séparées ou divorcées présentent le taux le plus élevé.

Une façon de contribuer à la prévention du suicide serait d'encourager la formation de regroupements de personnes veuves, séparées ou divorcées. Ces associations pourraient offrir à la personne qui vit une rupture, ou dont le conjoint vient de décéder, la compréhension et le support nécessaire, de même que les conseils de personnes qui ont déjà vécu la même situation.

CONCLUSION

La description statistique du phénomène du suicide, présentée dans cet article, n'épuise pas toute l'information que l'on peut rassembler au Québec sur le sujet. Volontairement, je m'en suis tenue aux grandes lignes, laissant de côté des

aspects plus marginaux du phénomène comme, par exemple, les très forts taux de décès par suicide dans les institutions pénitentiaires, qui ne représentent cependant qu'une dizaine des 1 000 décès par suicide déclarés chaque année au Québec. Cette description laisse également de côté, faute de données adéquates, des aspects du phénomène qu'il serait important de connaître dans une optique d'intervention, par exemple le taux de décès par suicide parmi les personnes ayant déjà fait une tentative. Mais déjà, en se limitant aux aspects qui ont été soulevés, on dispose d'une matière amplement suffisante pour amorcer une réflexion sur l'intervention.

La première conclusion qui ressort de l'exploitation des statistiques disponibles est la nécessité d'améliorer la qualité de la déclaration des tentatives de suicide et des suicides complétés. Cela constitue, à mon avis, un premier pas vers une intervention plus efficace. Le phénomène est actuellement sous-déclaré, ce qui entraîne une sous-estimation de son ampleur réelle et, en plus, des risques d'erreur au niveau de l'analyse de ses relations avec différentes variables. Des progrès pourraient être faits en développant une procédure uniforme d'identification des cas de suicide, et en sensibilisant les personnes responsables de la déclaration, soit les médecins et les coroners.

La deuxième conclusion concerne la nécessité d'intervenir, dont plusieurs ne sont pas convaincus à priori. L'ampleur du phénomène, 1 000 décès par année dont plus de la moitié chez les moins de 40 ans, la forte augmentation qu'il connaît et qu'on ne peut attribuer à une meilleure déclaration, sont deux éléments qui justifient que l'on accorde une large attention au problème. La recherche sur le sujet doit être encouragée, d'une part. Et d'autre part, il faut bâtir une politique d'intervention cohérente. Jusqu'à présent, plusieurs ressources sont intervenues : entre autres, les services d'urgence et d'autres ressources hospitalières, les service d'écoute téléphonique et un Centre de prévention du suicide¹⁰ dont la ville de Québec est dotée. Mais ces actions, centrées sur l'individu en état de crise, ne sont pas concertées et ne tiennent pas compte des connaissances générales que nous avons du problème au Québec.

La dernière grande conclusion qui se dégage de l'étude des statistiques disponibles est le besoin

TABLEAU 4

*Décès par suicide selon l'état matrimonial, l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus,
Québec, 1976-77-78*

	ÂGE	HOMMES				FEMMES			
		Célibataires	Mariés	Séparés et divorcés	Veufs	Célibataires	Mariées	Séparées et divorcées	Veuves
N O M B R E	15 – 19	162	0	0	0	34	0	0	0
	20 – 29	517	96	15	4	106	46	22	3
	30 – 44	208	261	97	9	55	98	53	9
	45 – 64	95	277	62	34	40	136	35	28
	65 et +	20	74	10	33	5	15	1	20
	TOTAL	1 002	708	184	80	240	295	111	60
* T A U X A N N U E L	15 – 19	16,2	—	—	—	3,7	—	—	—
	20 – 29	56,5	11,7	65,8	335,0	16,7	4,3	46,5	71,4
	30 – 44	95,3	16,9	120,2	150,0	28,6	6,5	40,2	30,9
	45 – 64	60,4	19,2	75,4	77,2	20,3	10,3	32,3	12,6
	65 et +	33,5	16,3	49,9	33,0	3,8	4,8	5,5	5,1
	TOTAUX BRUTS	42,6	16,6	89,4	52,9	11,5	6,9	36,2	9,2
	TOTAUX STANDARDISÉS	67,5	15,7	80,8	185,3	20,9	6,4	34,0	33,5

La prévention du suicide au Québec

Sources : décès – Registre de la population du Québec;
population – Statistique Canada, n° 91-203.

* : par 100 000 habitants.

NOTE : Pour chacune des colonnes du tableau, un test de χ^2 a été effectué afin de déterminer si les variations des taux selon l'âge étaient significatives. Seules les variations des taux par âge chez les femmes divorcées et séparées ne sont pas significatives.

Le taux standardisé est calculé en utilisant comme population de référence l'ensemble de la population âgée de 20 ans et plus, au Québec, en 1977.

d'interventions spécifiques, sur le plan régional d'une part, et au niveau des groupes physiologiques (âge-sexe) d'autre part. Cette conclusion est aussi en accord avec le modèle écologique du phénomène du suicide, lequel émerge actuellement d'un effort d'intégration des diverses théories existantes.

Il y a de fortes variations des taux de décès par suicide entre les régions socio-sanitaires du Québec, et même à l'intérieur des régions, ce qui n'est pas surprenant si l'on admet que le problème du suicide est lié non seulement à l'individu, mais aussi aux contextes familial, social et culturel.

Une région ou une ville peuvent présenter une combinaison de facteurs qui favorisent le suicide : il est donc plus urgent d'y intervenir et il faut intervenir en tenant compte de l'écologie particulière du problème, c'est-à-dire non seulement traiter l'individu, mais aussi agir sur les conditions sociales qui sont en partie responsables du problème. Les programmes doivent donc être adaptés aux régions.

Parallèlement, les particularités du phénomène du suicide selon le sexe et l'âge font ressortir le besoin de développer des programmes spécifiques pour les différents groupes physiologiques. On a vu qu'il y a de 40 à 70% plus d'actes suicidaires chez la femme, mais que la proportion de ces actes qui sont fatals est beaucoup plus faible que chez l'homme. De plus, les facteurs extérieurs qui sont liés au suicide ne semblent pas les mêmes pour chaque sexe. Chez les jeunes, il y a au moins six tentatives pour un suicide complété alors que chez les gens plus âgés, suicides complétés et tentatives ont des fréquences similaires.

Il est peut-être un peu tôt pour essayer de déterminer ces groupes. Des données plus élaborées que celles dont nous disposons actuellement seraient fort utiles. Si l'on se risque toutefois à un premier essai en ce sens, il me semble que l'on peut isoler six groupes. D'abord, les jeunes de moins de 20 ans, chez lesquels l'ampleur du phénomène est modérée comparée aux autres groupes, mais où la montée des taux de suicide complété est vertigineuse depuis 1950. Viennent ensuite les jeunes hommes de 20-29 ans qui forment le groupe où le problème est le plus aigu, avec à la fois les plus forts taux de tentative et de suicide

complété chez les hommes. Il faut les distinguer, je crois, des hommes de 30-44 ans, pour lesquels l'importance des tentatives est moindre et les taux de suicide complété moins élevés. Le quatrième groupe est constitué par les femmes de 20 à 44 ans, et se caractérise par le recours le plus massif à la tentative de suicide. Les gens d'âge mûr, 45 à 60 ans environ, forment un autre groupe : les tentatives sont très peu importantes chez eux, mais les taux de suicide complété sont élevés, les plus élevés en fait pour les femmes. Enfin, les personnes âgées représentent le dernier groupe ; c'est chez elles que le problème a le moins d'ampleur, mais il est toutefois en augmentation.

Au fur et à mesure que l'on obtiendra des données plus précises sur le sujet, ces groupes pourraient être modifiés de façon à tenir compte de variables autres que l'âge et le sexe. Mais l'idée fondamentale reste la même : il faut chercher à déterminer des groupes où le phénomène du suicide présente une écologie particulière et trouver des modes d'intervention adaptés à cette écologie. Entre une position où le suicide apparaît comme un phénomène compréhensible seulement cas par cas et impossible à prévenir, et la position contraire où l'on intervient en appliquant une série de programmes uniformes à l'ensemble de la population du Québec, il existe une position intermédiaire qui tient compte de la grande diversité du phénomène, par le biais d'interventions spécifiques sur la base des régions et des groupes physiologiques.

NOTES

1. Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) est un organisme consultatif au ministère des Affaires sociales. Il prépare des avis sur des questions de santé mentale et participe à des travaux de planification reliés à ce domaine.
2. Le formulaire AH-101-P, parce qu'il enregistre la cause extérieure des accidents, traumatismes et empoisonnements, permet maintenant de retracer les hospitalisations pour tentative de suicide, alors qu'auparavant ces cas étaient codés uniquement comme fracture, intoxications, etc. Cependant, l'emploi de ce formulaire ne s'est généralisé qu'en 1980, si bien qu'au moment où j'effectuais mon étude, seules étaient utilisables les données de la région de Québec, qui servait de région-pilote depuis 1976.
3. Il s'agit ici du taux brut de décès. Un taux standardisé selon l'âge a été calculé, en utilisant la population québécoise de 1976 comme référence. Mais comme il

- diffère très peu du taux brut, son emploi offre peu d'intérêt.
4. Il s'agit ici encore une fois de taux bruts. Des taux standardisés sur la structure d'âge de l'ensemble de la province ont été calculés, mais ils diffèrent très peu des taux bruts.
 5. Les divisions de recensement sont des unités spatiales utilisées par Statistique Canada. Elles correspondent aux comtés électoraux fédéraux.
 6. La signification statistique est établie en comparant le nombre de décès observés dans l'unité spatiale considérée, au nombre de décès prévus en supposant que cette unité présente les mêmes taux selon l'âge que l'ensemble de la province.
 7. Pour ce calcul, le taux de décès par suicide est fixé à 16 par 100 000. Le rapport F/H pour les décès par suicide est de 0,33, et il est égal à 2 pour les tentatives.
 8. La comparaison s'appuie sur un indice comparatif de mortalité, basé sur les taux provinciaux, qui annule l'influence possible des structures d'âge.
 9. Ces pays sont, entre autres, les États-Unis, l'Écosse, l'Irlande du Nord, l'Irlande du Sud, la Norvège, la Finlande et aussi l'ensemble du Canada.
 10. Le Centre de prévention du suicide de Québec est un projet expérimental subventionné depuis septembre 1978 par le ministère des Affaires sociales. C'est le seul programme orienté spécifiquement vers le problème du suicide au Québec. Il s'inspire du "Crisis Intervention Center" de Los Angeles, dispendant un service d'écoute téléphonique continue et un service d'accompagnement (rencontres, activités de loisirs) assurés par des bénévoles, de même que des services thérapeutiques assurés par des psychothérapeutes.
 11. Par exemple, chez les hommes, le taux brut de décès par suicide est plus faible chez les veufs que chez les séparés et divorcés. Mais cela est dû au fait que les veufs représentent une population plus âgée. Lorsqu'on recalcule les taux sur une même structure d'âge, on se rend compte que le risque de décès par suicide est en fait plus élevé chez les veufs.

RÉFÉRENCES

- BAECHLER, J., 1975, *Les suicides*, Paris, Calmann-Lévy.
- CHARRON, M.-F., 1982, *Le suicide au Québec : analyse statistique*, Québec, Les publications du Québec, ministère des Communications.
- DIEKSTRA, R.F.W., 1982, Epidemiology of Attempted Suicide in the EEC, in Wilmotte, J., Mendlewicz, J. (éd.), *New Trends in Suicide Prevention*, Suisse, S. Karger, *Bibliotheca Psychiatrica*, no 162, p. 1-16.
- LEBEAU, A. et al., 1978, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain*, Montréal, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- O. M.S., 1981, *Working Group on Changing Patterns in Suicide Behaviour*, Athens, 1981, Summary Report.
- PAMPALON, R., 1982, *Géographie de la santé*, Québec, Service des études épidémiologiques, ministère des Affaires sociales (étude en voie d'être complétée).
- PAYKEL, E.S., 1979, Life Stress, in Hankoff, L.D., (éd.), *Suicide Theory and Clinical Aspects*, Littleton, Mass., PSG Publishing Company, Inc., p. 225-234.
- ROBERGE, D., 1981, *Évaluation du Centre de Prévention du Suicide de Québec*, service Évaluation-santé, ministère des Affaires sociales (non publié).
- SANTÉ CANADA, 1981, *La santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, Statistique Canada, n° de catalogue 82-538F.
- WIGLE, D.J., ET MAO, J., 1980, *Mortalité urbaine au Canada selon le niveau de revenu*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

SUMMARY

This article exposes the principal results of a statistical analysis of the phenomenon of suicide in Quebec, in relation to its magnitude, to regional variations, to its relation to sex, age and to marital status. Basing herself on this analysis and on the ecological model of suicide currently under elaboration, the author discusses the orientations to be given to preventive programs.