

Le suicide

en Abitibi-Témiscamingue

Septembre 2010

Sommaire

Contexte.....	3
Les hospitalisations pour tentative de suicide.....	3
Selon le sexe et l'âge	4
Selon le moyen utilisé.....	4
La mortalité par suicide	5
Tendance historique.....	5
Comparaison avec le Québec et les autres régions	7
Comparaison avec les territoires des CSSS	9
Selon le sexe et l'âge	11
Selon l'état civil.....	13
Selon le moyen utilisé.....	14
Bref	15

Édition

produite par

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947

Le document est disponible en format pdf sur le site Web
de l'Agence : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Rédaction

Guillaume Beaulé, agent de recherche
Direction de santé publique
guillaume_beaule@ssss.gouv.qc.ca

Collaboration à la révision

Sylvie Bellot
Lyne Héon
Marie-Claire Lacasse

Mise en page

Carole Archambault, agente administrative
Direction de santé publique

Conception graphique

Manon Cliche, agente administrative
Service des communications et de la qualité

ISBN : 978-2-89391-480-0 (version imprimée)
978-2-89391-481-7 (pdf)

Prix : 6 \$ + frais de manutention

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.
Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Contexte

Le suicide, qui dans bien des cas découle d'une détresse psychologique intense, engendre beaucoup de souffrance et de nombreux questionnements dans l'entourage immédiat de la personne décédée. De plus, il représente une cause importante de mortalité prématurée, c'est-à-dire des décès survenus avant l'âge de 75 ans. Enfin, depuis plusieurs années, le taux de mortalité par suicide s'avère plutôt élevé en Abitibi-Témiscamingue, supérieur même à celui de l'ensemble du Québec. Par conséquent, le suicide demeure une préoccupation importante pour la santé publique.

Ce document constitue une mise à jour d'un fascicule produit en janvier 2007 par la Direction de santé publique. Les résultats présentés proviennent d'une compilation des données issues des fichiers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit Med-Écho pour les hospitalisations (période 2006-2007 à 2008-2009) et les fichiers de décès (2004 à 2007).

Les hospitalisations pour tentative de suicide

Il s'avère difficile d'évaluer le nombre de tentatives de suicide au sein d'une population. Certaines enquêtes peuvent comprendre des questions sur le sujet mais les estimations sont en général plus ou moins précises, en plus souvent de ne pas être disponibles à l'échelle régionale. Les hospitalisations pour tentatives de suicide constituent donc le principal indicateur pouvant donner une certaine idée de l'ampleur du phénomène, quoiqu'elles comportent aussi des limites inhérentes qu'il est nécessaire de connaître.

En 2005, environ 3 % des Témiscabitiens avaient sérieusement songé au suicide dans les 12 mois précédant une enquête de Statistique Canada¹. Il est possible d'imaginer qu'une certaine proportion des gens ayant songé sérieusement au suicide ont effectivement commis une ou des tentatives de suicide par la suite. Après avoir tenté de s'enlever la vie, une personne peut recevoir des soins à l'hôpital. Néanmoins, une tentative de suicide ne conduit pas nécessairement la personne à utiliser les services de santé. La personne peut être traitée à l'urgence. Si c'est le cas, son passage à l'hôpital n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ainsi, une hospitalisation signifie une admission dans un service hospitalier où la personne demeure au moins 24 heures.

De plus, il peut exister une sous-estimation des hospitalisations découlant d'une codification² variant d'un établissement à l'autre. Enfin, il s'agit ici des hospitalisations pour tentative de suicide et non des personnes hospitalisées, un individu pouvant être hospitalisé plus d'une fois pour différentes tentatives. En raison de l'ensemble de ces limites, les hospitalisations pour tentative de suicide sous-estiment probablement l'ampleur du problème, tout en constituant malgré tout l'une des rares sources de données disponibles pour tenter de cerner le phénomène.

Dans l'ensemble, de 2006-2007 à 2008-2009, on recense en moyenne annuellement 92 hospitalisations pour tentative de suicide en Abitibi-Témiscamingue. Lorsque le nombre d'hospitalisations est rapporté à la population régionale, cela correspond à un taux brut annuel variant de 6 à 8 hospitalisations pour 10 000 personnes. Dans l'ensemble de la province, ce taux se situe à environ 4 pour 10 000.

¹ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC cycle 3.1), 2005, traitement des données réalisé par l'Info-centre de santé publique du Québec. Attention : cette estimation est de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$) et il faut l'interpréter avec prudence.

² Dans le cadre de ce document, les hospitalisations retenues proviennent des codes X60 à X84, et Y870, identifiés comme cause extérieure (accident). La période se limite à trois années financières (2006-2007 à 2008-2009) en raison de l'adoption de la nouvelle classification en 2006 (Classification internationale des maladies version canadienne, CIM-10-CA).

Selon l'âge et le sexe

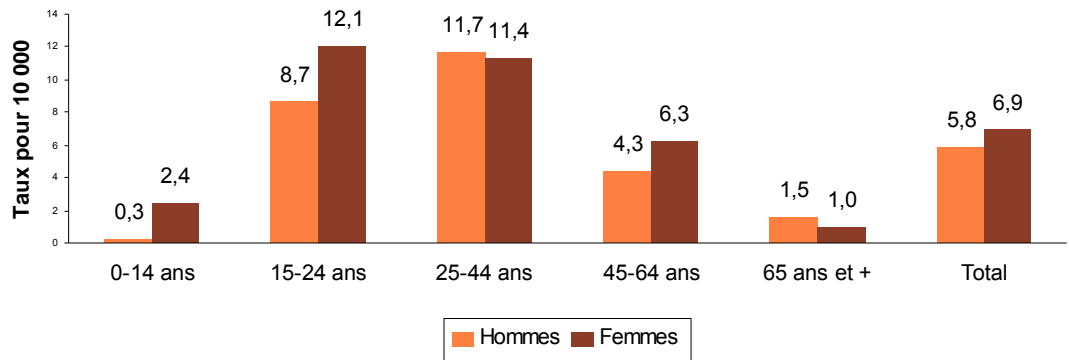
La figure 1 illustre les taux d'hospitalisation en fonction du sexe et du groupe d'âge. Globalement, il semble y avoir peu de différences entre les hommes et les femmes, le taux étant de 6 hospitalisations pour 10 000 hommes et 7 hospitalisations pour 10 000 femmes dans la région. L'écart le plus marqué selon le

sexe se situe chez les 15-24 ans, alors que le taux est un peu plus supérieur chez les femmes, 12 pour 10 000 contre 9 pour 10 000 chez les hommes. Parmi l'ensemble des groupes d'âge, les taux apparaissent un peu plus élevés chez les 25-44 ans et chez les 15-24 ans.

Figure 1

Taux spécifiques moyens d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et le groupe d'âge, région Abitibi-Témiscamingue, 2006-2007 à 2008-2009

Source :
MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations pour l'année 2007 produites en février 2010.



Selon le moyen utilisé

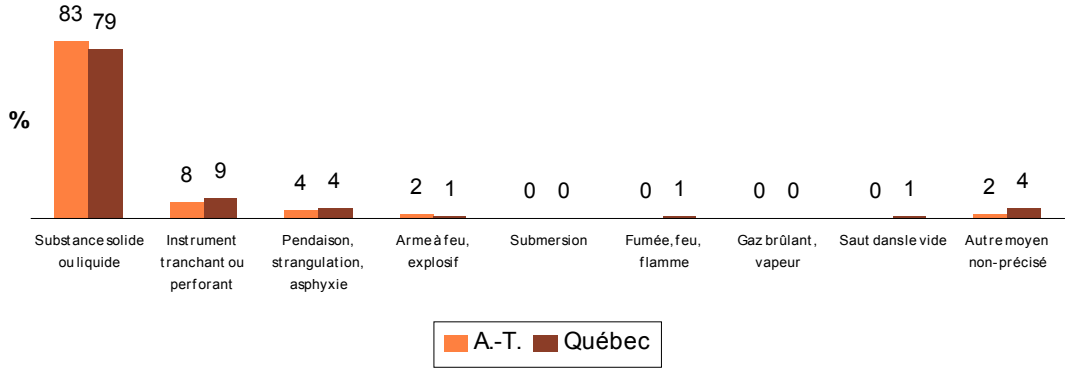
La grande majorité de ces hospitalisations renvoie à des tentatives de suicide par ingestion de substances solides ou liquides, des médicaments par exemple (figure 2). C'est le cas en Abitibi-Témiscamingue pour un peu plus de quatre hospitalisations sur cinq (83 %). Suivent ensuite loin derrière les hospitalisations pour tentative de suicide à l'aide d'instruments tranchants ou

perforants, avec près d'une hospitalisation sur dix (8 %). La pendaison-strangulation constitue le troisième moyen en importance menant à une hospitalisation (4 %). À noter que la répartition des hospitalisations pour l'ensemble du Québec suit sensiblement la même tendance.

Figure 2

Répartition des hospitalisations pour tentative de suicide selon le moyen utilisé, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2006-2007 à 2008-2009

Source :
MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009.



La mortalité par suicide

En général, un décès pouvant s'apparenter à un suicide fait l'objet d'une enquête de la part d'un coroner. Cet exercice permet de confirmer les causes du décès. Néanmoins, la mortalité par suicide peut être quelque peu sous-estimée en raison de décès plus difficiles à analyser, n'ayant pas fait l'objet d'une enquête, ou

encore lorsque l'enquête ne peut conclure à un suicide faute de preuves suffisantes, comme une lettre de suicide. Par exemple, cela peut survenir lors d'un accident d'automobile ou encore lors d'un décès lié à une surdose de médicaments.

Tendance historique

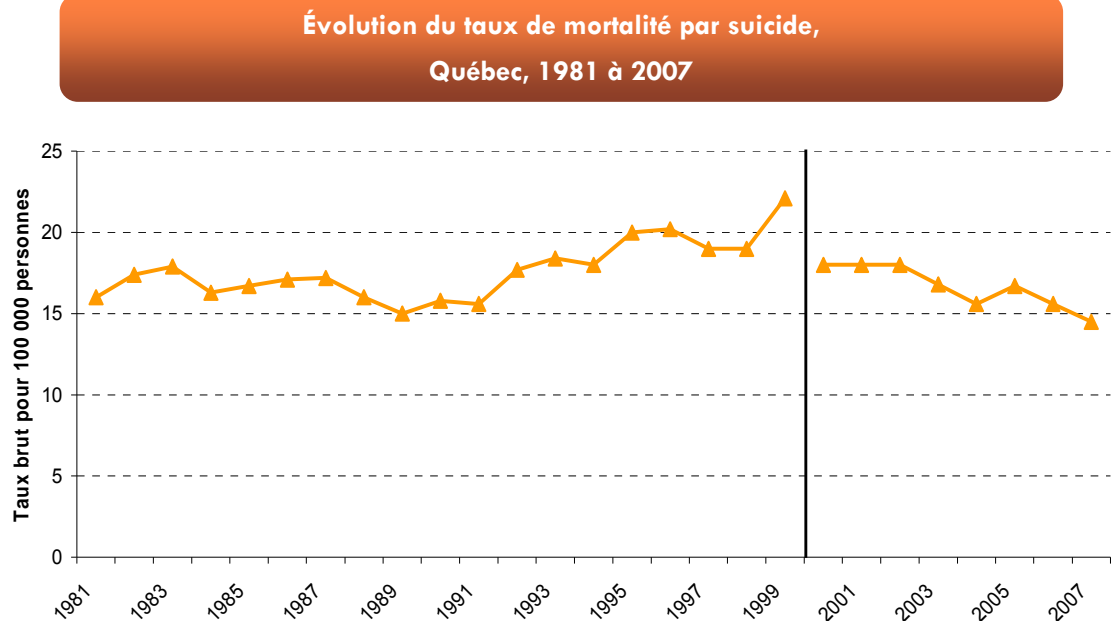
Au Québec, le taux annuel de mortalité par suicide se maintient entre 15 et 18 décès pour 100 000 personnes dans les années 1980 (voir figure 3). La décennie 90 est marquée par une hausse quasi-

constante du taux, qui atteint un sommet en 1999 avec 22 décès pour 100 000. Enfin, depuis 2000, une légère tendance à la baisse est observée, le taux passant de 18 à 15 décès pour 100 000.

Figure 3

Source :

MSSS, fichier des décès, 1981 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.



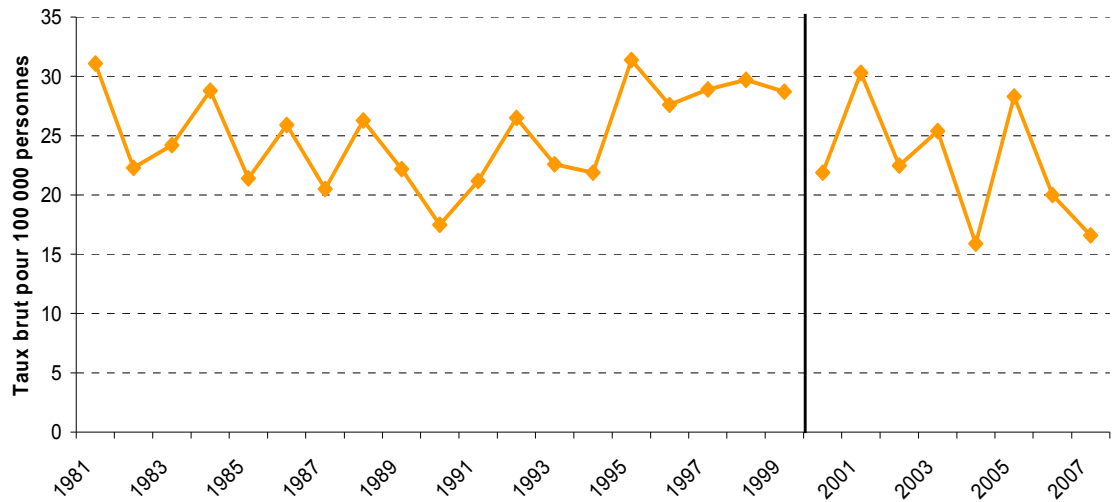
Note : Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire). Toutefois, selon une étude de Statistique Canada, la mortalité par suicide représente l'une des rares causes de décès non affectée par le passage de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) à la dixième (CIM-10).

En Abitibi-Témiscamingue, les tendances temporelles nettes s'avèrent plus difficiles à identifier en raison de la variabilité du taux de mortalité par suicide, qui découle des petits nombres en cause sur le plan statistique. Ainsi, comme le montre la figure 4, le taux fluctue considérablement d'une année à l'autre. Dans les années 1980, il oscille entre 21 et 31 décès pour

100 000 personnes. Comme au Québec, les années 1990 se caractérisent par une tendance à la hausse un peu plus soutenue, le taux se situant autour de 30 pour 100 000 dans les dernières années de cette décennie. Finalement, les années 2000 font place à un taux assez variable, atteignant un sommet de 30 pour 100 000 en 2001 et un plancher de 16 pour 100 000 en 2004.

Évolution du taux de mortalité par suicide, Abitibi-Témiscamingue, 1981 à 2007

Figure 4



Source :
MSSS, fichier des décès, 1981 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Note : Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire). Toutefois, selon une étude de Statistique Canada, la mortalité par suicide représente l'une des rares causes de décès non affectée par le passage de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) à la dixième (CIM-10).

Comparaison avec le Québec et les autres régions

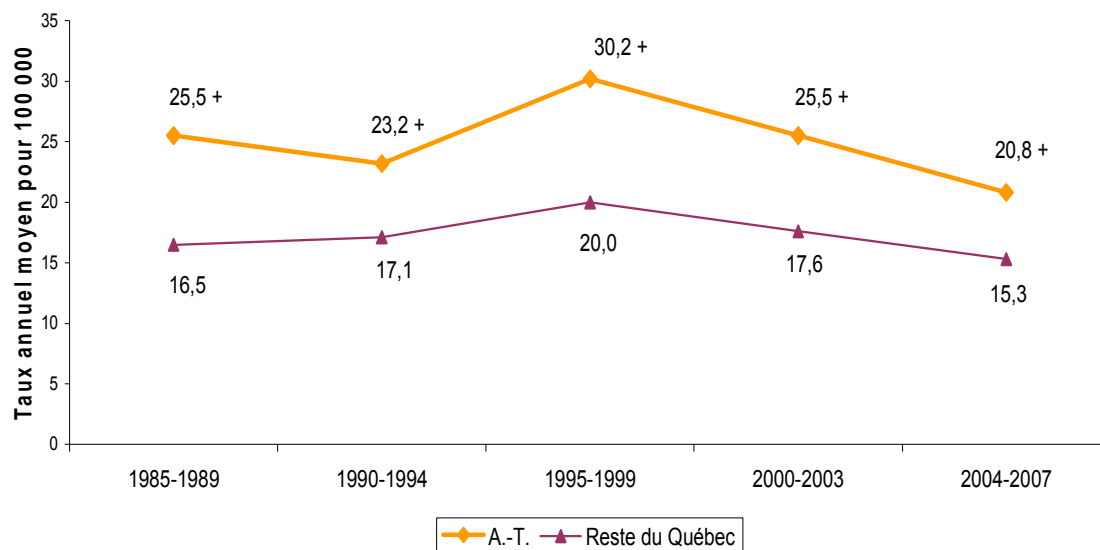
En plus de permettre des comparaisons avec le reste du Québec³, les taux ajustés⁴ calculés à partir des décès échelonnés sur quelques années facilitent d'une certaine façon l'analyse temporelle de la mortalité par suicide.

autant dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue que dans le reste de la province. Cela confirme donc une véritable tendance à la baisse de la mortalité par suicide depuis le début de la décennie 2000.

En effet, la figure 5 illustre une diminution constante des taux de la période 1995-1999 à 2004-2007, et ce,

Figure 5

Taux ajusté de mortalité par suicide pour différentes périodes, région Abitibi-Témiscamingue et reste du Québec, 1985 à 2007



Source :

MSSS, fichier des décès, 1985 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

+ : Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 0,05.

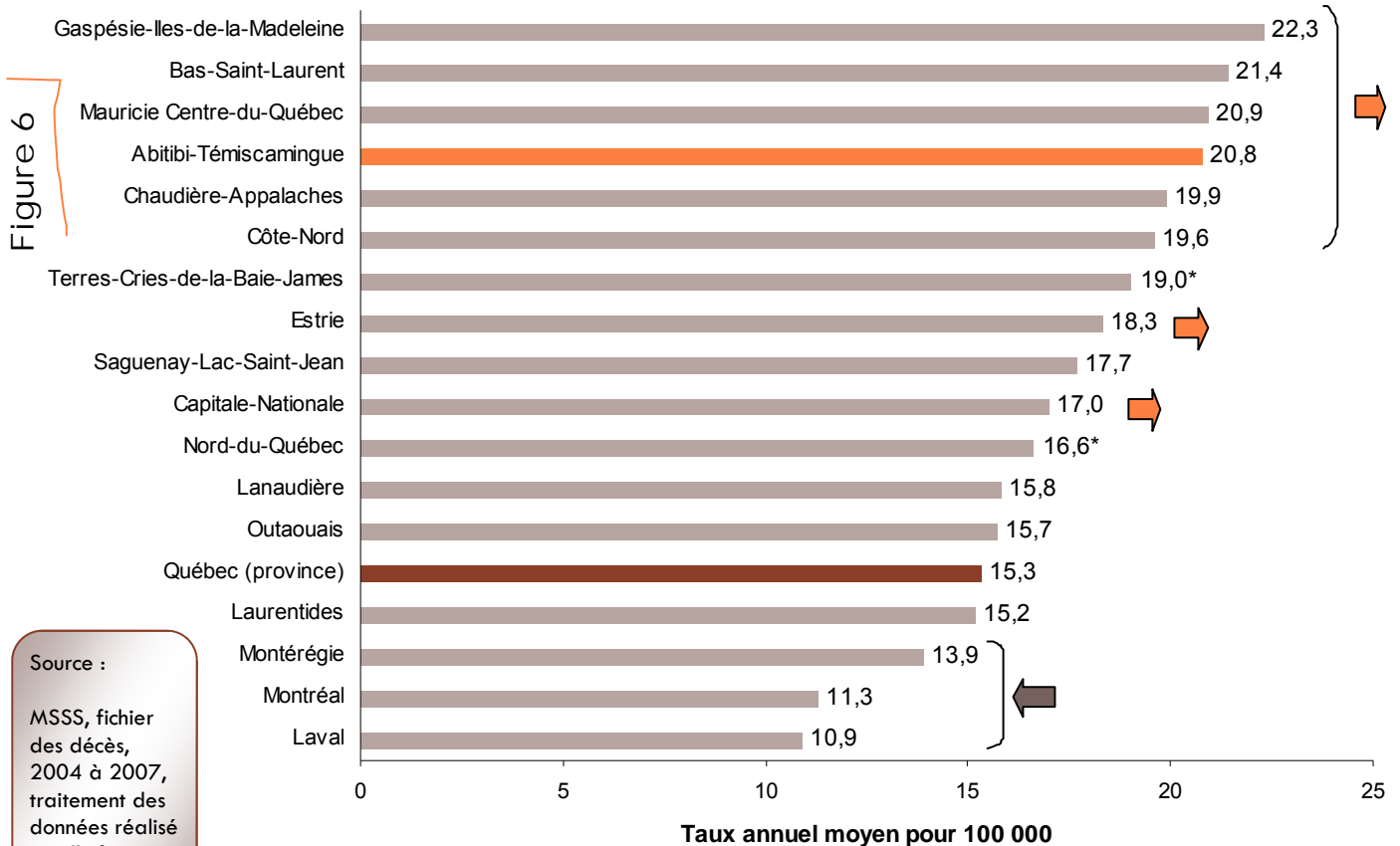
³ Le reste du Québec signifie l'ensemble de la province duquel est retranchée la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette méthode utilisée par l'Infocentre de santé publique a surtout des impacts lorsqu'elle est appliquée à des régions peuplées comme Montréal.

⁴ L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Il permet ainsi d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.

De plus, il apparaît clairement que les taux dans la région s'avèrent systématiquement plus élevés que ceux dans le reste du Québec depuis une vingtaine d'années. Pour la période la plus récente, soit 2004 à 2007, le taux est de 20,8 décès pour 100 000 personnes dans la région, comparativement à 15,3 pour 100 000 dans le reste du Québec. Notons que l'écart est significatif sur le plan statistique. Autrement dit, il y a davantage de décès par suicide en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste de la province, toutes proportions gardées.

Parmi les différentes régions⁵ du Québec, le taux de mortalité par suicide varie globalement de 11 à 22 décès pour 100 000 personnes (voir la figure 6). L'Abitibi-Témiscamingue fait partie des huit régions qui détiennent un taux significativement supérieur à celui du reste du Québec : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (22,3/100 000), Bas-Saint-Laurent (21,4), Mauricie-Centre-du-Québec (20,9), Abitibi-Témiscamingue (20,8), Chaudière-Appalaches (19,9), Côte-Nord (19,6), Estrie (18,3) et la Capitale-Nationale (17,0). Bref, dans ces régions, il y a relativement plus de décès par suicide que dans le reste de la province.

Taux ajusté de mortalité par suicide, régions et Québec, 2004 à 2007



Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.

* : Estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$) : à utiliser avec prudence.

← → : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

⁵ Le Nunavik est exclu de cette analyse en raison d'un taux de mortalité par suicide particulièrement élevé, soit 86 décès pour 100 000, ce qui représente un écart important avec les autres régions. Ce taux correspond à une moyenne de 12 décès par année.

De plus, quatre régions se comparent au reste de la province, soit le Saguenay-Lac-Saint-Jean (17,7 décès pour 100 000), Lanaudière (15,8), l'Outaouais (15,7) et les Laurentides (15,2). Enfin, le taux de mortalité par suicide s'avère significativement plus faible dans trois régions : Montérégie (13,9), Montréal (11,3) et Laval

(10,9). À première vue, il semble que les régions plus urbaines, à l'exception de la Capitale-Nationale, présentent des taux inférieurs ou encore comparables au reste du Québec, alors que les régions rurales détiennent des taux plus élevés.

Comparaison avec les territoires des CSSS

De 2004 à 2007, le nombre de décès par suicide en Abitibi-Témiscamingue varie grandement d'une année à l'autre, passant de 23 à 41, ce qui correspond à une moyenne de 29 décès par année. Ces décès se répartissent de manière différente dans les territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la

région. Ainsi, comme le montre le tableau 1, aucun décès par suicide n'a été recensé dans le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa durant cette période, alors que celui de la Vallée-de-l'Or en compte en moyenne 11 par année.

Nombre moyen annuel de décès par suicide selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue, 2004 à 2007

Tableau 1

<u>Territoire de CSSS</u>	<u>N. moyen</u>
La Vallée-de-l'Or	11,0
Les Eskers de l'Abitibi	6,0
Rouyn-Noranda	5,0
Des Aurores-Boréales	4,8
Lac-Témiscamingue	2,5
Témiscaming-et-Kipawa	0,0

Source :

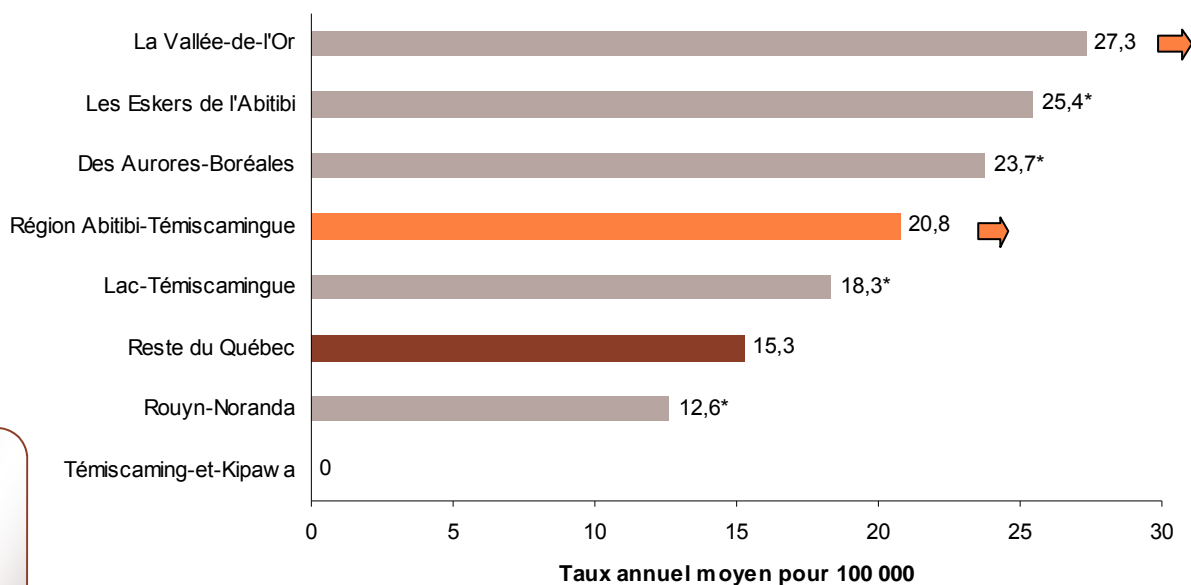
MSSS, fichier des décès, 2004 à 2007.

En raison des petits nombres en cause sur le plan statistique à l'échelle des territoires des CSSS, il s'avère plus difficile d'établir des analyses comparatives avec le reste du Québec. En effet, un seul territoire a un taux suffisamment stable pour être comparé à celui du reste de la province : la Vallée-de-l'Or possède un taux de

mortalité par suicide de 27,3 décès pour 100 000 personne, un taux significativement supérieur à celui du reste du Québec (voir figure 7). En d'autres termes, il y a davantage de décès par suicide dans ce territoire que dans le reste du Québec, toutes proportions gardées.

Taux ajusté de mortalité par suicide, territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, Région et Québec, 2004 à 2007

Figure 7



Source :

MSSS, fichier des décès, 2004 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique.

Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.

* : Estimation de qualité moyenne (coefficient de variation $\geq 16,6\%$ et $\leq 33,3\%$) : à utiliser avec prudence.

→ : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

En ce qui concerne les autres territoires de CSSS, le petit nombre de décès rend les estimations imprécises et sujettes à une grande variabilité, ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions par rapport à la situation dans le reste du Québec. Il faut également utiliser ces don-

nées avec discernement. Ainsi, Les Eskers de l'Abitibi détient un taux de 25,4 décès pour 100 000, suivi du territoire des Aurores-Boréales (23,7), le Lac-Témiscamingue (18,3) et enfin Rouyn-Noranda (12,6).

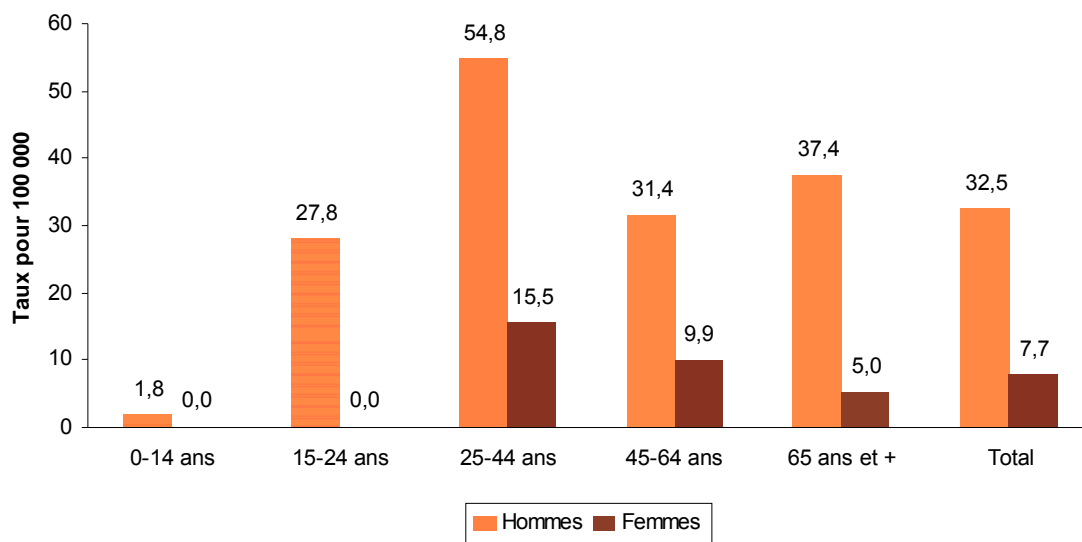
Selon le sexe et l'âge

Il est reconnu depuis plusieurs années que les décès par suicide s'avèrent beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, de 2004 à 2007 au Québec, un peu plus de trois décès par suicide sur quatre (77 %) sont survenus chez des hommes. La proportion est sensiblement la même (81 %) en Abitibi-Témiscamingue durant cette période.

La figure 8 est particulièrement éloquent à ce sujet. En effet, il apparaît que le taux spécifique moyen de mortalité par suicide chez les hommes de l'Abitibi-Témiscamingue est quatre fois supérieur à celui des femmes, soit 32,5 décès pour 100 000 hommes contre 7,7 décès pour 100 000 femmes. De plus, cette différence selon le sexe se retrouve dans tous les groupes d'âge, l'écart le plus grand se situant chez les 25-44 ans.

Figure 8

Taux spécifiques moyens de mortalité par suicide selon le sexe et le groupe d'âge, région Abitibi-Témiscamingue, 2004 à 2007



Source :

MSSS, fichier des décès, 2004 à 2007. Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations pour l'année 2005 produites en février 2010.

Chez les hommes, le taux grimpe avec l'âge pour atteindre un sommet de 54,8 décès pour 100 000 chez les 25-44 ans. Il s'avère plus bas chez les 45-64 ans (31,4) et légèrement plus élevé chez les 65 ans et plus (37,4). Chez les femmes, aucun décès n'est identifié chez les moins de 25 ans. Le taux est de 15,5 décès pour 100 000 chez les 25-44 ans et il diminue par la suite chez les groupes plus âgés.

Si une légère baisse du taux de mortalité est observée globalement dans la région depuis le début des années 2000, cette tendance se fait également sentir dans l'analyse selon le sexe et l'âge. Ainsi, la plupart des taux spécifiques ont diminué par rapport à ceux de la période 2000 à 2003, à l'exception de ceux concernant le groupe des 25-44 ans, autant chez les hommes que chez les femmes, où le taux est demeuré relativement stable d'une période à l'autre.

Dans l'utilisation de ces taux de mortalité par suicide, il faut tout de même garder à l'esprit qu'avec une moyenne de 29 décès annuellement dans la région, une analyse plus poussée selon le sexe et le groupe d'âge force à travailler avec de plus petits nombres encore, ce qui limite la capacité d'interprétation. Par exemple, si une seule femme de 15 à 24 ans était décédée par suicide de 2004 à 2007, le taux de décès par suicide chez les femmes de 15 à 24 ans serait alors passé de 0 à 2,7 pour 100 000. Autrement dit, à ce niveau de détails (âge et sexe), l'ajout ou le retrait d'un seul décès entraîne des écarts visibles dans les taux de mortalité. Par conséquent, il est important d'utiliser de tels taux avec discernement. À titre indicatif et afin de bien mesurer le phénomène, le tableau 2 expose le nombre annuel moyen de décès par suicide en fonction du sexe et du groupe d'âge.

Nombre moyen annuel de décès par suicide selon le sexe et l'âge,
région Abitibi-Témiscamingue, 2004 à 2007

Tableau 2

	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et +	Total
Hommes	0,3	2,8	11,0	6,8	3,0	23,8
Femmes	0,0	0,0	3,0	2,0	0,5	5,5
Sexes réunis	0,3	2,8	14,0	8,8	3,5	29,3

Source :

MSSS, fichier
des décès,
2004 à 2007.

Cette précision technique étant apportée, elle ne doit pas être considérée comme une tentative de minimiser l'ampleur du phénomène. Il est utile de rappeler que les suicides demeurent des décès évitables, et que la mort par suicide d'un individu engendre généralement de la souffrance et de l'incompréhension dans l'entourage

immédiat. De plus, si l'individu décédé vivait dans une municipalité rurale, composée de quelques centaines de personnes qui se connaissent pour la plupart, il est permis de croire que l'onde de choc liée à son décès s'étend alors à toute la communauté.

Selon l'état civil

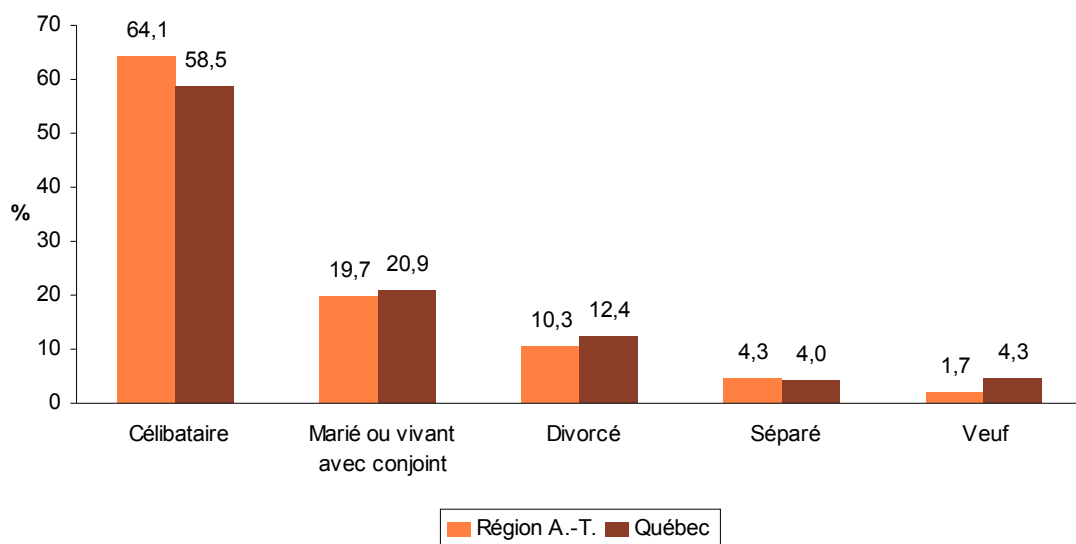
En Abitibi-Témiscamingue, de 2004 à 2007, près de deux personnes décédées par suicide sur trois (64 %) étaient célibataires (voir figure 9). Une personne sur cinq (20 %) était mariée ou vivait avec un conjoint alors qu'environ une sur sept était divorcée (10 %) ou séparée (4 %). Enfin, quelques personnes (2 %) étaient veuves. Finalement, en regroupant les personnes célibataires, divorcées, séparées et veuves, la proportion d'individus potentiellement seuls au moment

du décès atteint 80 % durant cette période. Bien que cette proportion soit élevée, il faut préciser que l'état civil ne permet pas d'évaluer la capacité de soutien du réseau social des individus. Autrement dit, ils peuvent vivre seuls mais posséder tout de même un réseau de connaissances actif dans les moments difficiles.

À noter que les proportions régionales se comparent à celles observées dans l'ensemble du Québec.

Répartition des personnes décédées par suicide selon l'état civil, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2004 à 2007

Figure 9



Source :

MSSS, fichier des décès, 2004 à 2007.

Selon le moyen utilisé

Comme lors de la période précédente (2000-2003), les deux moyens les plus utilisés dans la région pour se suicider sont la pendaison-strangulation, un décès sur deux (50 %), et les armes à feu, soit un peu plus d'un décès sur quatre (29 %), pour la période 2004 à 2007 (voir la figure 10). L'absorption de substances liquides ou solides, des médicaments par exemple, arrive au troisième rang avec environ un décès sur huit (13 %).

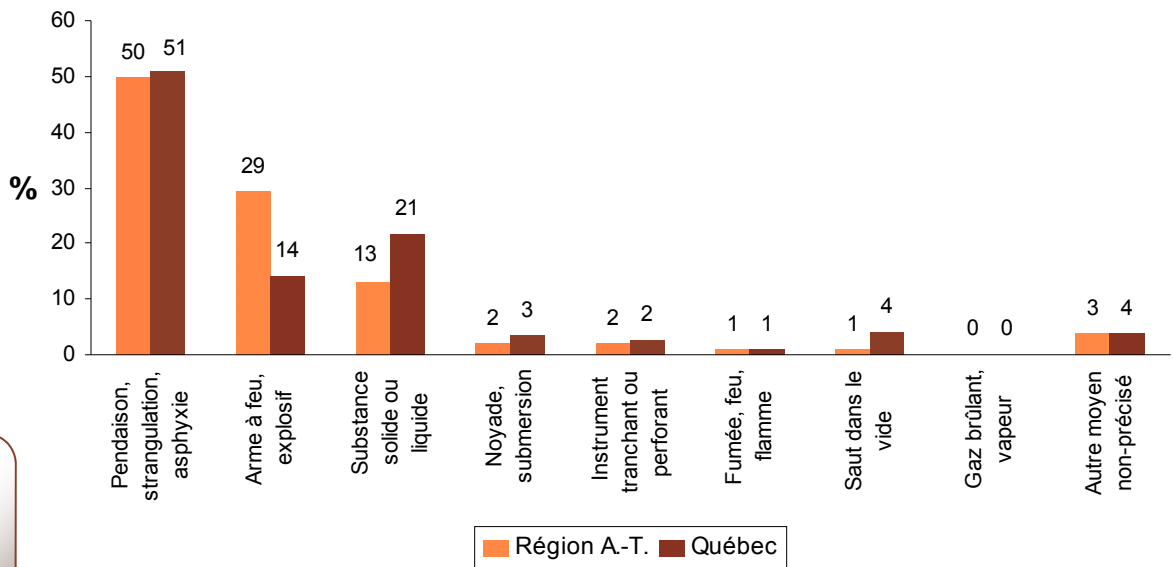
Au Québec, si la proportion de décès par pendaison (51 %) est semblable à celle de la région, il existe par contre des différences en ce qui a trait aux deux autres

moyens les plus fréquemment employés. Ainsi, la proportion de décès à l'aide d'une arme à feu est beaucoup plus faible dans la province (14 %), alors que celle en lien avec l'absorption de substances liquides ou solides est nettement plus élevée (22 %).

La noyade, les instruments tranchants ou perforants, le feu et le saut dans le vide figurent parmi les autres moyens recensés dans la région mais avec des proportions très peu élevées.

Répartition des décès par suicide selon les moyens utilisés, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2004 à 2007

Figure 10



Source :

MSSS, fichier des décès, 2004 à 2007.

Bref...

Les hospitalisations pour tentative de suicide

- En moyenne chaque année, environ 92 hospitalisations sont recensées dans la région;
- il existe peu de différence selon le sexe, les hommes et les femmes ayant des taux d'hospitalisation relativement semblables;
- parmi les différents groupes d'âge, les taux d'hospitalisation apparaissent davantage élevés chez les 15 à 44 ans;
- la majorité des hospitalisations pour tentative de suicide résultent de l'ingestion de substances solides ou liquides.

La mortalité liée au suicide

- Depuis 2000, les taux de mortalité suivent une légère tendance à la baisse autant en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste du Québec;
- malgré cela, le taux de mortalité par suicide demeure encore significativement plus élevé dans la région par rapport à celui du reste de la province;
- l'Abitibi-Témiscamingue est ainsi l'une des huit régions où le taux de mortalité est significativement plus élevé, avec entre autres la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent et la Mauricie-Centre-du-Québec;
- parmi les territoires de CSSS de la région, celui de la Vallée-de-l'Or se distingue avec un taux de mortalité supérieur à celui du reste du Québec. Concernant les autres territoires, il n'est pas possible d'établir de comparaisons en raison des petits nombres en cause sur le plan statistique;
- dans la région, le taux de mortalité s'avère quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes;
- parmi les groupes d'âge, le taux de mortalité le plus élevé se retrouve chez les 25 à 44 ans;
- la majorité des personnes décédées par suicide étaient célibataires et environ une sur cinq vivait avec un conjoint, mariée ou non;
- la pendaison-strangulation-asphyxie et les armes à feu sont les deux principaux moyens utilisés dans la région.

Si globalement le taux de mortalité par suicide tend à diminuer légèrement depuis une dizaine d'années dans la région comme au Québec, il n'en reste pas moins que le suicide demeure un problème important et que la prévention doit se poursuivre sur le terrain, auprès de différents groupes cibles dont les hommes et les adultes notamment. De plus, une recherche récente⁶ sur les besoins des hommes en détresse dans la MRC d'Abitibi-Ouest a mis en lumière le manque de connaissances des citoyens face aux services offerts en prévention du suicide dans leur milieu. Par exemple, des répondants ont suggéré d'instaurer une ligne téléphonique destinée aux personnes en détresse, alors qu'un tel service existe déjà. Ce résultat signifie qu'une attention particulière doit être portée à la promotion des services en prévention du suicide. Cette recherche en vient également à la conclusion que le développement des communautés constitue une piste d'action intéressante⁷, en parallèle à une intervention plus individuelle.

⁶ Beaulé, Guillaume (2010). Les besoins des hommes en détresse dans la MRC d'Abitibi-Ouest, Rouyn-Noranda, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 32 pages.

⁷ Tout comme le suggère le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2009-2012, Cultiver la santé, le bien-être et la qualité de vie (2010, page 56), de la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue.

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 



www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca