

Le suicide au Canada

Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada

**Réalisée sous l'égide de la Division de la santé mentale
Direction des services de santé
Direction générale des programmes et des services de santé
Santé Canada**

1994

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Publication autorisée par la
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Les opinions ci-exprimées sont celles des membres
du groupe d'experts, du groupe d'étude national
et d'autres collaborateurs et ne rendent pas nécessairement compte de la politique
officielle de Santé Canada

*Also available in English under the title "Suicide in Canada: Update of the Report of
the Task Force on Suicide in Canada"*

Cat. No. H39-107/1995F
ISBN 0-662-99736-0
Révision 1994

Table des matières

	Page
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vi
AVANT-PROPOS	ix
MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS	xi
RÉSUMÉ	xii
I INTRODUCTION	1
II ÉPIDÉMIOLOGIE	4
A. PRÉVALENCE	4
1. Le suicide par groupe d'âge	5
(i) Les enfants et les jeunes	5
(ii) Les jeunes adultes	6
(iii) Les personnes d'âge moyen et les personnes âgées	6
(iv) Les personnes d'âge très avancé	7
(v) Tous les âges confondus	7
2. Variations régionales	7
3. Vagues de suicides	9
4. Homicide-suicide	10
5. Taux de suicide et cohortes de naissance	10
6. Méthodes de suicide	11
7. Comparaisons entre les pays	12
B. FACTEURS D'INFLUENCE SUR LE SUICIDE ET LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	13
1. Facteurs sociologiques, économiques et culturels	13
(i) Facteurs liés au chômage	13
(ii) Revenu	15
2. Troubles mentaux	15
(i) Dépression	17
(ii) Usage abusif de l'alcool et des drogues	17
(iii) Schizophrénie	19
(iv) Autres troubles	19
3. Facteurs neurobiologiques	19
4. Déterminants génétiques et familiaux	20
5. Événements de la vie	21
6. Sida/Maladie mortelle	21
7. Personnalité et influences psychologiques	22

	Page
C. GROUPES À HAUT RISQUE	22
1. Adolescents et jeunes adultes	23
2. Personnes d'âge moyen avancé et personnes âgées	24
3. Collectivités autochtones	25
4. Homosexuels et lesbiennes	27
5. Détenus	28
6. La tentative de suicide comme facteur de risque	30
III PRÉVENTION, INTERVENTION ET POSTVENTION : ÉLABORATION D'UNE RÉPONSE AU PROBLÈME	60
A. PRÉVENTION	60
1. Amélioration des conditions sociales	61
2. Sensibilisation du public	62
(i) Amélioration de la capacité d'adaptation et de l'autonomie fonctionnelle	62
(ii) Amélioration des relations avec les médias	62
(iii) Programmes de sensibilisation du public	63
3. Réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens	64
B. INTERVENTION	67
1. Éducation et formation des professionnels des soins de santé et d'autres sentinelles	68
(i) Professionnels de la santé	68
(ii) Autres sentinelles	68
(a) Le clergé	68
(b) Les agents de police	69
(c) Le personnel des établissements pénitentiaires	69
(d) Le personnel des établissements scolaires	69
(e) Les bénévoles des services d'écoute téléphonique	70
2. L'éventail de services d'intervention	71
(i) Coordination et collaboration avec la collectivité	71
(ii) Centres de prévention du suicide	72
(iii) Services offerts en milieu hospitalier	73
(a) Traitement en salle d'urgence	73
(b) Services de consultation externe	75
(c) Services d'hospitalisation	76
(d) Patients renvoyés de l'hôpital	77
C. POSTVENTION	78
1. Le deuil consécutif à un suicide	78
(i) Recherche d'une explication	78
(ii) Quête existentielle	78
(iii) Culpabilité	79
(iv) Colère	79

	Page
(v) Stigmatisation et honte	79
(vi) Risques de suicide parmi les personnes en deuil	79
(vii) Mort violente	80
(viii) Absence de soutien social	80
Lorsque les personnes en deuil sont des enfants	80
Lorsque les personnes en deuil sont des adolescents	80
Lorsque les personnes en deuil sont des intervenants professionnels	81
2. Programmes de soutien	81
3. L'autopsie psychologique	82
IV LE SUICIDE ET LA LOI	84
A. Le Code criminel	84
B. L'hospitalisation involontaire et les lois provinciales sur la santé mentale	84
C. Le secret professionnel	85
D. La législation sur la recherche et l'examen par les pairs pouvant avoir une incidence sur l'étude du suicide	86
E. L'euthanasie et le suicide assisté	86
V RECHERCHE ET ÉVALUATION	89
ANNEXE 1 Objectifs du rapport initial du groupe d'étude (1987) et Résumé des recommandations	91
ANNEXE 2 Membres du Groupe d'étude national initial sur le suicide au Canada	96
ANNEXE 3 Les Premières Nations et les Inuits	98
ANNEXE 4 Le constat de suicide : collecte de données et attestation de décès	100
ANNEXE 5 Références	106
ANNEXE 6 STATISTIQUES CANADIENNES SUR LA MORTALITÉ PAR SUICIDE	124
Partie 1 – Nombre de décès par suicide au Canada et dans chaque province et territoire, selon le groupe d'âge et le sexe, 1950 à 1992	127
Partie 2 – Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe; Canada les provinces et les territoires, années 1950 à 1992	169
Partie 3 – Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge; Canada les provinces et les territoires, années 1950 à 1992 (Population-type : Canada 1991)	211

Liste des tableaux et figures

(L'annexe 4 et la note d'introduction de l'annexe 6 traitent des statistiques officielles sur le suicide et de leur interprétation.)

	Page
Tableau 1 : Nombre de suicides au Canada, 1988-1992	33
Tableau 2.1 : Taux de suicide chez les hommes et ordre de classement des provinces, à intervalles de 10 ans	33
Tableau 2.2 : Taux de suicide chez les femmes et ordre de classement des provinces, à intervalles de 10 ans	34
Tableau 2.3 : Suicides par sexe et par groupe ethnique, Territoires du Nord-Ouest, 1984 à 1993	34
Tableau 3 : Méthodes de suicide, Canada, 1980-1982 et 1990-1992	35
Tableau 4.1 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Hommes), Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an [Intervalles de confiance à 95%]	35
Tableau 4.2 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Femmes), Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an [Intervalles de confiance à 95%]	36
Tableau 4.3 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Hommes et femmes), Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an [Intervalles de confiance à 95%]	36
Tableau 5 : Deux profils de patients à risque en milieu hospitalier	75
Figure 1 : Années potentielles de vie perdues (jusqu'à 75 ans), Canada, 1991	37
Figure 1.1 : Années potentielles de vie perdues - Hommes et femmes confondus (jusqu'à 75 ans), Certaines causes, Canada, 1991	37
Figure 2 : Taux de mortalité, Certaines causes, Canada, 1991 (Taux pour 100 000 habitants; tous les âges, normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991)	38
Figure 3.1 ¹ : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10-14 ans	38
Figure 3.2 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 15-19 ans	39
Figure 3.3 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 20-24 ans	39
Figure 3.4 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 25-29 ans	40
Figure 3.5 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 30-34 ans	40
Figure 3.6 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 35-39 ans	41
Figure 3.7 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 40-44 ans	41
Figure 3.8 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 45-49 ans	42

1 Les figures 3.1 à 3.6 couvrent la période qui va de 1950 à 1992 inclusivement. Les taux représentent le nombre de décès pour 100 000 habitants.

	Page
Figure 3.9 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 50-54 ans	42
Figure 3.10 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 55-59 ans	43
Figure 3.11 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 60-64 ans	43
Figure 3.12 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 65-69 ans	44
Figure 3.13 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 70-74 ans	44
Figure 3.14 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 75-79 ans	45
Figure 3.15 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 80-84 ans	45
Figure 3.16 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 85 ans et plus	46
Figure 4.1 ² : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10-19 ans	46
Figure 4.2 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 20-29 ans	47
Figure 4.3 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 30-39 ans	47
Figure 4.4 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 40-49 ans	48
Figure 4.5 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 50-59 ans	48
Figure 4.6 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 60-69 ans	49
Figure 4.7 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 70 ans et plus	49
Figure 4.8 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10 ans et plus	50
Figure 5.1 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (hommes), Canada et provinces/territoires, 1989-1992. [Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)] ³	50
Figure 5.2 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (femmes), Canada et provinces/territoires, 1989-1992. [Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)]	51
Figure 5.3 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (hommes et femmes), Canada et provinces/territoires, 1989-1992 [Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)]	51
Figure 6.1 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991 (Répartition selon le sexe)	52
Figure 6.2 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991, Hommes (Répartition par groupe d'âge)	52
Figure 6.3 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991, Femmes (Répartition par groupe d'âge)	53

2 Les figures 4.1 à 4.8 couvrent la période qui va de 1942 à 1990 inclusivement.

3 Voir le texte d'introduction de l'annexe 6 pour le calcul des taux de suicide normalisés.

	Page
Figure 7 :	Principales causes de mortalité chez les adolescents, Canada, 1989-1991
	A. Décès chez les garçons âgés de 15 à 19 ans (Total : 2861) 54
	B. Décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans (Total : 987) 54
Figure 8 :	Taux de suicide par groupe d'âge (Taux selon l'âge pour une période de quatre ans, 1989-1992) 55
Figure 9 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, 1950-1992 (Population-type : Canada 1991) 55
Figure 9.1 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Terre-Neuve, Î.-P.-É., 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 56
Figure 9.2 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 56
Figure 9.3 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Québec, Ontario 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 57
Figure 9.4 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Manitoba, Saskatchewan 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 57
Figure 9.5 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Alberta, Colombie-Britannique 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 58
Figure 9.6 :	Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Yukon, Territoires du Nord-Ouest 1970-1992 (Population-type : Canada 1991) 58
Figure 10 :	Taux de suicide pour 100 000 habitants pour la période de 1987-1991, Population canadienne et Indiens inscrits (selon le sexe et le groupe d'âge) 59

Annexe 6 [Tableaux]

Partie 1	Nombre de décès par suicide au Canada et dans chaque province et territoire, selon le groupe d'âge et le sexe, 1950 à 1992 127
Partie 2	Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe; Canada, les provinces et les territoires, années 1950 à 1992 169
Partie 3	Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge; Canada, les provinces et les territoires; années 1950 à 1992 (Population-type : Canada 1991) 211

AVANT-PROPOS

La présente version de *Suicide au Canada* est une mise à jour du rapport publié en 1987. Le rapport initial a été élaboré par un groupe d'étude national sur le suicide, qui avait reçu pour mandat d'étudier et de mieux définir les diverses dimensions du problème et d'envisager des stratégies d'intervention efficaces. L'Annexe 1 résume les objectifs immédiats et à long terme, ainsi que les recommandations du groupe d'étude.

Le rapport initial s'est avéré très utile à tous ceux qui s'occupent de suicide partout au Canada, que ce soit par la prévention, l'intervention, la postvention ou la recherche. Afin que l'étude soit adaptée à la réalité des années 90, on a choisi de la réviser et de la mettre à jour et de confier cette tâche à un groupe d'étude dont font partie certains membres de l'équipe initiale. C'est grâce à la somme de temps, d'efforts et d'information consentie par les membres du groupe d'experts (dont les noms figurent sur la page suivante) et bien d'autres collaborateurs que ce projet a pu être mené à bien.

La grande diversité de perspectives et de philosophies qui a caractérisé aussi bien cette équipe que la première rend compte de la pluralité des points de vue que l'on retrouve dans un champ d'étude qui soulève de plus en plus d'intérêt et, parfois, des controverses. En révisant le texte, le groupe a donc fait ressortir l'aspect multidimensionnel du suicide. Il a voulu par là donner un aperçu général des principaux problèmes rattachés au suicide et des données que l'on possède sur la question, en évitant cependant de se prononcer de manière catégorique sur des questions qui font encore l'objet de polémiques et de

recherches. Pourtant, le rapport, comme sa précédente version, laisse transparaître certaines divisions entre les tenants des diverses grilles d'explication du suicide.

Compte tenu de l'ampleur du sujet et du corpus (grandissant) de données que l'on peut tirer des recherches et des programmes qui s'y rapportent, ce document ne prétend pas épuiser la question. Nous osons cependant espérer qu'il sera utile dans la mesure où il offrira une bonne synthèse des principales conclusions de recherches, tiendra lieu de source de référence pour les données canadiennes, préparera le terrain pour les études à venir et contribuera à concilier les points de vue.

Nous tenons à témoigner notre gratitude non seulement à tous les membres du groupe d'experts mais aussi à l'équipe de la Division de la santé mentale de Santé Canada et aux nombreuses autres personnes qui ont apporté leur contribution à l'étude : Barbara Brady, qui a assuré la coordination du projet et des travaux du groupe d'experts; Thomas Lips et Dr. Natacha Joubert, qui ont fait un minutieux travail d'analyse documentaire et revu et corrigé le texte; le personnel de la bibliothèque ministérielle de Santé Canada et du *Suicide Information and Education Centre* de l'Alberta, qui nous a aidés à trouver les articles et à vérifier les références; Catherine Marleau, qui a fait montre de beaucoup de patience et de professionnalisme dans le formatage du texte et des figures en vue de leur publication; Danièle Monneron et ses collègues du Bureau de la traduction de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et tous ceux qui ont participé au processus, soit en donnant leur avis sur les analyses

documentaires, soit en répondant aux questions, soit en nous offrant leur soutien moral et leur aide pratique. De plus, nous ne saurions passer sous silence l'apport de Kathryn Wilkins et de ses collègues de Statistique Canada, de la Direction générale de la protection de la santé et de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada, entre autres sous forme de données statistiques à jour.

**MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS CHARGÉ DE LA RÉVISION ET
DE LA MISE À JOUR DU PREMIER RAPPORT SUR LE
SUICIDE AU CANADA**

M. Kevin Buzdygan
Centre canadien d'information sur la santé
Statistique Canada
18^e étage, Partie B
Immeuble R.H. Coats
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

M^{me} Barbara Brady
Expert-conseil
Division de la santé mentale
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

D^r Ronald J. Dyck
Ministère de la Santé de l'Alberta
10030-107th, 4^e étage
Edmonton (Alberta)
T5J 3E4

D^r Bruce Ferguson
Chef, Département de psychologie
Institut Clarke
250 College Street
Toronto (Ontario)
M5T 1R8

D^r Solomon Hirsch
Département de psychiatrie
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 2Y9

M. Carl Lakaski
Expert-conseil
Division de la santé mentale
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

M. Thomas Lips
Expert-conseil
Division de la santé mentale
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pièce 656
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

D^r Brian Mishara
Université du Québec à Montréal
LAREHS
C.P. 8888, Succ. A
Montréal (Québec)
H3C 3P8

M. Richard Ramsay
Faculté de service social
Université de Calgary
2500 University Drive, NW
Calgary (Alberta)
T2N 1N4

D^r I. Sakinofsky
Chef, Programme d'études sur le suicide et
Clinique de consultations pour les sujets à
haut risque
Institut Clarke
250 College Street
Toronto (Ontario)
M5T 1R8

M^{me} Beth Sander
Centre canadien d'information sur la santé
Statistique Canada
18^e étage, Partie B
Immeuble R. H. Coats
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

RÉSUMÉ

Il y a bien des questions à propos du suicide qui restent sans réponse, tout comme il existe une multitude de théories contradictoires. Le rôle du milieu et des troubles mentaux, l'existence et la nature des facteurs biochimiques ou génétiques prédisposants et les questions connexes de traitement et de prévention appropriés et efficaces, sont autant de problèmes aussi complexes qu'évidents. Le suicide est un acte, non une maladie. Reconnaître la chaîne des facteurs déclenchants et causals qui, pour chaque cas, peut être dans une large mesure personnelle et définir une stratégie globale de prévention et de traitement qui soit pertinente constitue peut-être l'un des problèmes les plus épineux qui se pose aux professionnels de la santé (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987).

Les auteurs du Rapport de 1987 ont fait le point sur les connaissances relatives au suicide. Ils ont entrepris de présenter un compte rendu sur la nature et l'étendue du phénomène et des problèmes qu'il soulève, d'étudier les paramètres démographiques et sociologiques et de déterminer quels sont les groupes de Canadiens qui présentent le plus de risque. De plus, ils ont dressé un bilan des connaissances sur les facteurs de causalité et recueilli des renseignements sur les programmes de prévention, d'intervention et de postvention. Enfin, ils ont présenté une série de quarante recommandations à divers secteurs et gouvernements.

En 1991, à l'issue de plusieurs discussions avec des experts canadiens en suicidologie, au nombre desquels figuraient des membres de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, Santé et Bien-être social Canada décidait

d'entreprendre la mise à jour du Rapport de 1987. Un groupe d'experts a donc été formé en vue de déterminer, au terme d'un examen du rapport initial, quels étaient les éléments d'information et les recommandations qu'il fallait mettre à jour pour qu'ils soient adaptés au contexte actuel.

C'est le fruit du travail accompli par ce groupe qui est présenté ici. Le lecteur remarquera assez aisément que la présentation du document original a été remaniée; que certaines parties ont été fondues ou supprimées et d'autres étoffées. Dans toute sa démarche, le groupe d'experts a eu le souci de conserver l'intégralité du rapport initial tout en veillant à ce que l'information réponde aux besoins actuels.

Introduction

L'introduction nous révèle d'emblée l'ampleur du problème. Elle montre très clairement qu'il est essentiel de reconnaître le caractère autodestructeur et suicidaire de divers comportements si l'on veut bien les identifier et les traiter, et surtout les prévenir.

Épidémiologie

Les données sur la mortalité par le suicide, contenues dans le rapport de 1987, sont valables jusqu'à l'année 1985; l'actuelle mise à jour rend compte de la situation jusqu'en 1992. Dans l'ensemble, les taux de suicide chez les hommes et chez les femmes n'étaient que légèrement plus élevés en 1992 qu'en 1985; les fluctuations à l'intérieur du même groupe d'âge étaient parfois

considérables, mais rares sont les groupes d'âge où l'on note une progression ou un recul très nets du phénomène, lorsqu'on compare les chiffres de 1992 à ceux de 1985.

Le lecteur trouvera des données épidémiologiques ainsi que des données comparatives dans plusieurs tableaux et figures fournis dans ce chapitre et à l'Annexe 6. Ces données indiquent, par exemple, que le suicide figure au quatrième rang parmi les causes de «perte d'années potentielles de vie», pour les hommes et les femmes confondus (Figure 1.1). L'analyse des données sur les groupes d'âge révèle que les jeunes hommes (20-29 ans) et les hommes âgés (75 ans et plus) continuent d'être particulièrement vulnérables, avec des taux de suicide d'environ 30 cas pour 100 000 habitants (voir par exemple les Figures 3.3, 3.4 et 3.14 à 3.16). Il ressort d'une comparaison des taux de suicide normalisés selon l'âge entre les provinces et les territoires que de 1989 à 1992, les Territoires du Nord-Ouest figuraient en tête de liste en ce qui concerne les suicides masculins, suivis de l'Alberta, du Québec, et de l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 5.1). Pour ce qui est des suicides féminins, les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta, le Québec et la Colombie-Britannique accusaient les taux les plus élevés (Figure 5.2). En ce qui concerne le taux global de suicide, les Territoires du Nord-Ouest occupaient le premier rang, suivis de l'Alberta, du Québec et de la Saskatchewan (Figure 5.3). Lorsqu'il interprète ces chiffres, le lecteur ne doit pas perdre de vue l'importance des écarts entre les populations de base des provinces et des territoires, qui rend difficile toute comparaison valable des taux (voir le Chapitre 1, Section A, partie 2, «Variations régionales»). Une comparaison des modes de

suicide chez les hommes et chez les femmes montre qu'en général les hommes ont davantage recours aux armes à feu et les femmes à l'empoisonnement (Tableau 3).

Le comportement suicidaire n'est pas une maladie, mais l'aboutissement d'une interaction complexe de divers facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux, qui ont marqué la personne à différents niveaux, mais qui isolément ne suffisent pas à expliquer le recours au suicide.

Le rapport fait état de divers facteurs qui ont été étroitement associés au comportement suicidaire. Parmi les facteurs d'ordre biologique qui peuvent accroître la vulnérabilité, figurent les prédispositions génétiques à certains troubles mentaux, un affaiblissement de l'activité de la sérotonine comme neurotransmetteur dans le cerveau et certaines maladies pouvant entraîner la mort, comme le sida. Au nombre des facteurs psychologiques, on peut signaler la dépression, le sentiment d'impuissance et de désespoir, le manque d'estime de soi, les attitudes négatives à l'égard de soi, l'impulsivité et l'absence de capacité d'adaptation ou d'énergie pour affronter la vie. Les facteurs socioculturels sont aussi abordés dans le rapport, notamment l'effritement des valeurs ou des structures de la société, la permissivité à l'égard du suicide, la couverture médiatique des suicides commis par des gens connus, l'isolement social ou l'absence d'un réseau social solide, les actes suicidaires commis par un modèle de rôle ou par des pairs, le chômage et les facteurs environnementaux qui favorisent le comportement suicidaire, par exemple, l'accessibilité d'armes à feu. Il ressort de l'analyse que la compréhension du phénomène du suicide passe nécessairement par une approche pluridimensionnelle.

Il est également question, dans cette même partie du rapport, des groupes «à haut risque», à savoir ceux qui souffrent de certains troubles mentaux et qui font un usage abusif de l'alcool et d'autres drogues, les jeunes, les personnes âgées, les autochtones, les homosexuels et les lesbiennes, les détenus et les personnes qui ont déjà attenté à leurs jours.

Prévention, Intervention et Postvention

Sous ces trois rubriques sont analysées les stratégies et les mesures auxquelles on peut avoir recours pour prévenir le suicide et en réduire les risques. La *prévention* désigne les mesures destinées à prévenir l'apparition même des crises suicidaires en agissant sur certains risques attrayants (situations particulièrement critiques), en améliorant les conditions de vie et en réduisant les conditions sociales défavorables. Plusieurs de ces mesures sont examinées, notamment l'amélioration des méthodes de couverture médiatique, l'élargissement du champ d'action des programmes de sensibilisation du public (qui indiquent comment reconnaître un suicidaire en puissance, quoi faire et où obtenir de l'aide), et la diminution de l'accessibilité et de la létalité des moyens utilisés pour se suicider.

L'*intervention* désigne les initiatives axées sur une prise en charge immédiate des crises suicidaires et sur un suivi à plus long terme auprès des sujets à risque, à savoir des soins, un traitement et du soutien. Il peut s'agir d'identifier un plus grand nombre de sentinelles communautaires, de reconnaître une crise, d'évaluer les risques, de réduire l'intensité de la crise et de traiter et d'aider l'individu qui traverse une crise suicidaire. Le rapport recommande des programmes d'éducation et de formation à l'intention des

professionnels de la santé et des intervenants, surtout dans les domaines tels que les premiers soins et les méthodes de traitement adaptées aux personnes qui traversent des crises suicidaires ou qui entretiennent en permanence des idées suicidaires.

La *postvention* englobe les mesures à prendre à la suite d'un suicide. L'objectif ici est double: offrir aux personnes en deuil des services de counseling et de soutien et recueillir de l'information à partir d'une autopsie psychologique dans le but de reconstituer les circonstances sociales et psychologiques qui ont mené au suicide.

Le suicide et la loi

Depuis quelques années, la question du suicide et de la loi suscite un certain nombre d'interrogations. La décriminalisation des tentatives de suicide témoigne d'une évolution des attitudes sociales et religieuses. Les provinces se sont dotées de lois en santé mentale, qui habilent les médecins et les agents de la paix à détenir, contre leur gré, des personnes qui, en raison d'une maladie mentale, sont jugées dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres. Cette section traite des questions rattachées à ces lois ainsi qu'au secret professionnel.

Au cours des dernières années, on a pu également constater un intérêt croissant pour l'euthanasie et l'assistance au suicide. Le groupe d'experts a jugé nécessaire d'évoquer brièvement les problèmes éthiques posés par l'euthanasie, le suicide assisté et le suicide chez les malades en phase terminale. Une analyse approfondie de la question dépasserait le cadre de cette étude.

Recherche et évaluation

Le rapport montre qu'il est urgent de faire reculer les limites de nos connaissances sur les comportements suicidaires. À cet égard, il met en lumière quatre domaines de recherche à approfondir : 1) les études épidémiologiques qui peuvent servir non seulement à reconnaître les groupes à haut risque et à déterminer l'évolution de leurs comportements suicidaires au fil du temps, mais également à apprécier les résultats de programmes d'intervention et de prévention; 2) les études qui tentent d'établir le lien entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et le suicide; 3) les études qui visent à trouver les méthodes de traitement optimums pour les personnes ayant attenté à leurs jours et les méthodes d'intervention les plus efficaces après un suicide, et 4) les études qui cherchent à évaluer l'impact de toute la gamme d'activités de prévention du suicide.

I INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène complexe et tragique qui, un jour ou l'autre, touche presque chacun d'entre nous, de façon directe ou indirecte. C'est aussi un problème dont l'ampleur inquiète les professionnels de nombreuses disciplines dans le monde entier. Étant donné l'étendue des recherches dans ce domaine, il y a lieu de faire un bilan des connaissances actuelles qui permettra peut-être de mieux saisir les multiples facettes du problème. Cette synthèse devrait indiquer de nouvelles pistes de recherche et aider les travailleurs et les professionnels de la santé ainsi que les décideurs à élaborer des stratégies de prévention et des techniques d'intervention plus efficaces.

Le suicide soulève bien des questions qui restent sans réponse et a donné lieu à une multitude de théories divergentes. Le rôle du milieu et des troubles mentaux, l'existence et la nature des facteurs de prédisposition génétiques ou biochimiques, et l'efficacité du traitement et de la prévention, sont autant de problèmes aussi complexes qu'évidents. Le suicide est un acte, non une maladie. Reconnaître la chaîne des facteurs déclenchants et causals qui peut varier considérablement d'une personne à l'autre, et en dégager une stratégie globale de prévention et de traitement, voilà sans doute l'un des plus grands défis qui se posent aux professionnels de la santé.

Pourtant, en dépit des points d'interrogation, des mesures immédiates s'imposent. La société ne peut attendre que l'on établisse des statistiques et que l'on mette au point des grilles d'analyse plus satisfaisantes sur le plan scientifique. Ainsi, le professionnel et le décideur se voient, par la force des choses, contraints de trouver des solutions au problème du suicide.

La meilleure stratégie consiste à faire appel au plus grand nombre possible de disciplines professionnelles et de réseaux de bénévoles afin d'obtenir tous les indices et éléments d'information qui permettent de comprendre le problème et de s'y attaquer. Beaucoup considèrent que l'on ne peut échapper au cloisonnement des disciplines dans un monde où les connaissances et les exigences de la recherche sont à ce point spécialisées que l'individu ne parvient pas à avoir une vue globale des choses. Or, lorsqu'on a affaire à un phénomène comme le suicide, dont les causes et les solutions sont à la fois peu précises et probablement multifactorielles, une approche intégrée est la seule qui convienne.

En raison de la nature même du débat sur le suicide, la définition du «comportement suicidaire» a en soi suscité de nombreuses controverses. Il va sans dire que par comportement suicidaire, on entend au sens le plus strict, s'infliger une blessure ou se donner la mort volontairement. Toutefois, il existe tout un éventail de comportements connexes qui sont manifestement autodestructeurs, dans la mesure où ils peuvent entraîner des blessures ou une mort prématurée. Ici, cependant le caractère délibéré de l'acte est à la fois insaisissable et difficile à définir. Dans son étude intitulée «Le suicide», un classique dans le domaine, Émile Durkheim affirme ce qui suit:

(Les suicides) ne constituent pas, comme on pourrait le croire, un groupe tout à fait à part, une classe isolée de phénomènes monstrueux, sans rapport avec les autres modes de la conduite, mais, au contraire, ils s'y relient par une série continue d'intermédiaires. Ils ne sont que la forme

exagérée de pratiques usuelles...(Ces différentes manières d'agir) procèdent d'états d'esprit analogues, puisqu'elles entraînent également des risques mortels qui ne sont pas ignorés de l'agent, et que la perspective de ces risques ne l'arrête pas; toute la différence, c'est que les chances de mort sont moindres (Durkheim, 1897/1951).

De nombreux comportements pourraient entrer dans cette catégorie, notamment : la toxicomanie chronique, l'habitude des comportements dangereux (par exemple, au volant), le laisser-aller délibéré, et la non-observance du traitement prescrit dans le cas d'une maladie physique grave. Le rapprochement entre de tels comportements et le suicide pour ce qui est de la cause et du traitement est discutable. Néanmoins, il importe de reconnaître leur caractère autodestructeur et suicidaire si l'on veut bien les diagnostiquer et les traiter. De même, on peut contribuer à prévenir le suicide par l'étude de ces comportements apparentés.

Comme on vient de le signaler, l'*intentionnalité* est considérée comme un élément constitutif de la définition du suicide, les comportements autodestructeurs apparentés étant perçus comme moins intentionnels et conscients. La question de l'intention est liée au débat sur la *rationalité* du suicide. D'une part, l'intention est une condition nécessaire pour que le suicide soit considéré comme rationnel; le comportement rationnel qui vise un certain but est par définition intentionnel. D'autre part, la rationalité n'est pas une condition nécessaire de l'intentionnalité. L'«intention de mourir» peut procéder de facteurs irrationnels ou de fausses perceptions de la réalité.

Dans les cultures occidentales, certains types de suicide, lorsqu'ils prennent la forme d'une fuite devant l'adversité ou de l'accomplissement d'un acte héroïque, sont perçus comme «rationnels». Pretzel (1968) a relevé quatre catégories de suicide de ce genre:

1. le suicide au service d'une «bonne» cause, comme le martyre subi au nom de convictions religieuses ou l'héroïsme du militaire;
2. le suicide comme moyen d'échapper à une situation manifestement désespérée et pénible, comme une maladie à issue fatale;
3. le suicide comme solution à une existence misérable;
4. le suicide comme acte esthétique ou preuve d'attachement, par exemple le prétendu «pacte d'amour».

Cet éventail de comportements appelle deux observations. Premièrement, les attitudes à l'égard de la rationalité du suicide ont manifestement changé au fil des ans; il y a fort à parier que des Canadiens jugeraient irrationnels certains gestes qui, dans d'autres pays ou à d'autres époques, auraient été perçus comme non seulement rationnels, mais encore louables. Inversement, certains gestes, qui aux yeux des Canadiens, pourraient sembler rationnels seraient considérés irrationnels dans d'autres sociétés. Deuxièmement, il existe une association évidente entre l'assimilation du suicide à un acte rationnel et son acceptabilité sociale.

Actuellement, beaucoup de professionnels de la santé mentale considèrent que la plupart des comportements suicidaires résultent d'états d'esprit irrationnels (par exemple, une vision déformée de la réalité, l'altération du jugement, les humeurs extrêmes) provoqués par la maladie mentale. En effet, comme l'indique clairement ce rapport, nombreuses sont les preuves de l'existence d'un lien entre certains troubles mentaux et les comportements suicidaires. Le risque est de considérer tous les suicides comme irrationnels et d'établir un lien causal direct entre trouble mental et suicide. Le trouble mental n'est pas une cause suffisante de suicide; à preuve, un grand nombre de malades mentaux ne se suicident pas. Par ailleurs, beaucoup répugnent à voir dans le suicide une réaction rationnelle à l'adversité. L'adversité est un phénomène courant tandis que le suicide est rare.

Le groupe d'étude ne se proposait pas de trancher la question. Cette démarche relève plutôt des recherches en cours et d'un plus vaste débat philosophique entre les sciences exactes et les sciences humaines. Néanmoins, il est important d'être conscient de l'existence de cette controverse.

En Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens, le suicide figure depuis longtemps parmi les cinq à dix principales causes de décès. C'est pourquoi tout ce qui touche à la prévention du suicide est devenu une priorité pour les responsables de la santé publique. Or, le suicide n'a pas suscité le même intérêt que bien d'autres problèmes de santé publique qui font beaucoup moins de victimes chaque année. Il est bien évident que le phénomène et sa prévention devraient retenir davantage l'attention et faire l'objet d'efforts de sensibilisation et de recherches accrues (Mishara, 1993).

II ÉPIDÉMIOLOGIE

Les auteurs se proposent ici d'analyser les données récentes sur l'ampleur du suicide au Canada et de passer en revue plusieurs facteurs liés au suicide. Divers comportements suicidaires sont abordés, notamment, les idées de suicide, les tentatives de suicide (les gestes suicidaires sans dénouement mortel, l'automutilation délibérée) et les suicides (les décès par suicide).

La plupart des recherches épidémiologiques portent sur les suicides, puisque les données sur les décès assimilés à des suicides sont systématiquement recueillies. Les tentatives de suicide sont plus difficiles à étudier, puisqu'il n'existe aucun mécanisme en bonne et due forme pour le signalement de ce genre de phénomène, notamment au niveau provincial, et que bien des tentatives avortées ne figurent dans aucun registre. L'étude des idées de suicide pose encore plus de difficultés puisque les chercheurs doivent se fier aux témoignages des intéressés dans le cadre d'enquêtes ou d'entrevues.

Les données sur le suicide présentées dans ce chapitre et les tableaux et figures qui s'y rapportent proviennent essentiellement de la base de données sur la mortalité de Statistique Canada et de recherches inédites réalisées au Canada et à l'étranger. On trouvera à l'Annexe 4 une analyse de la fiabilité et de la validité des statistiques officielles relatives à la mortalité par suicide.

Les données sur le suicide sont utiles à divers égards : elles permettent de saisir l'ampleur du problème au Canada, de déterminer quels sont les sous-groupes de la population qui sont plus exposés et de

connaître les facteurs liés au comportement suicidaire. De tels éléments d'information peuvent dicter des mesures de prévention, d'intervention et de postvention, dont il sera question dans la Partie III. Nous nous proposons de donner tout d'abord un aperçu de l'importance du phénomène en général et plus particulièrement au sein de certains sous-groupes de la population.

A. Prévalence

Les données sur la mortalité par le suicide, contenues dans le rapport de 1987, sont valables jusqu'à l'année 1985; l'actuelle mise à jour rend compte de la situation jusqu'en 1992. (Voir l'Annexe 6). Dans l'ensemble, les taux de suicide chez les hommes et chez les femmes n'étaient que légèrement plus élevés en 1992 qu'en 1985; les fluctuations à l'intérieur du même groupe d'âge étaient parfois considérables, mais rares sont les groupes où l'on note une progression ou un recul très nets du phénomène au cours de cette période.

Depuis 1978, près de trois mille cinq cents Canadiens, environ quatre fois plus d'hommes que de femmes, se sont donnés la mort chaque année. Le Tableau 1 indique le nombre de décès par le suicide chez les hommes et les femmes au Canada, entre 1988 et 1992, période la plus récente pour laquelle on possède des données statistiques. Les taux de suicide au Canada ont dépassé ceux des États-Unis au cours des années 70, et cette tendance s'est maintenue. Depuis les années 50, l'accroissement du taux de suicide chez les jeunes, surtout les garçons d'environ vingt ans, est très préoccupant. C'est cette tendance qui explique que le suicide arrive au troisième rang des causes de perte d'années potentielles de vie chez les

hommes, si l'on part du principe que l'espérance de vie moyenne est de 75 ans. Chez les Canadiennes, le suicide est la sixième cause de perte d'années potentielles de vie et arrive en tête par rapport à certains autres problèmes de santé graves (Figure 1).

En 1992, environ 1,9 % de tous les décès au Canada étaient attribuables au suicide. Si l'on peut calculer le nombre de décès et d'années de vie perdues, on ne peut évaluer ni la perte de potentiel économique pour le Canada ni le poids de la souffrance vécue par les familles et les amis du suicidé.

Une étude réalisée par Ramsay et Bagley (1985) montre que treize pour cent des citoyens adultes de Calgary ont envisagé le suicide et 10 p. 100 ont déjà attenté à leurs jours. Selon une plus vaste enquête menée auprès d'une collectivité d'Edmonton quelques années plus tard, la proportion des gens qui, à un moment donné de leur vie, songent au suicide et qui attentent à leurs jours est respectivement de 11,5 p. 100 et 3,6 p. 100 (Dyck, Bland, Newman et Orn, 1988). D'après l'Enquête Santé Québec (Emond et coll., 1988), plus de 10 p. 100 des Québécois ont, un jour ou l'autre, envisagé sérieusement de mettre fin à leurs jours, et 3,7 p. 100 des hommes et 4,1 p. 100 des femmes ont entretenu des idées suicidaires au cours de l'année précédant l'étude. Ces résultats corroborent les conclusions préliminaires du supplément relatif à la santé mentale de la vaste enquête sur la santé (9 953 personnes) menée en Ontario en 1990 (ministère ontarien de la Santé, 1992) ainsi que celles de la *U.S. Epidemiologic Catchment Area Study* (18 571 adultes) (Petronis et coll., 1990). Les membres de l'échantillon des études précitées étaient âgés de 15 ans et plus.

La prévalence des comportements suicidaires parmi les adolescents est une réalité inquiétante. Joffe, Offord et Boyle (1988) ont constaté qu'en Ontario, de 5 à 10 p. 100 des garçons et de 10 à 20 p. 100 des filles âgés de 12 à 16 ans ont eu des idées de suicide ou ont tenté de se suicider au cours des six mois précédant l'étude.

1. Le suicide par groupe d'âge

Les Figures 3.1-3.16 indiquent les taux de suicide par tranches d'âge de cinq ans, entre 1950 et 1992, et les Figures 4.1-4.8 font état des chiffres applicables aux groupes d'âge décennaux, entre 1924 et 1990¹. Les Figures 6.2 et 6.3 montrent la répartition par âge des décès par suicide pour la période de 1989 à 1991. (Voir également l'Annexe 6).

(i) *Les enfants et les jeunes*

Entre 1950 et 1992, on n'a recensé au Canada aucun cas attesté de suicide dans le groupe d'âge de 0 à 4 ans. Au cours de la même période, 18 cas de suicide ont été constatés dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans (13 des victimes étaient de sexe masculin), et le taux de suicide selon l'âge pour ce groupe (garçons et filles confondus) a culminé en 1975, avec une proportion de 0,2 décès pour 100 000 habitants. Ces chiffres étant si peu élevés, il est difficile d'analyser les tendances, mais le simple fait que tous les cas de suicide se soient produits après 1970 porte à conclure qu'au fil du temps, le phénomène a pris de l'ampleur (ou que les attitudes face au constat du suicide chez les jeunes enfants ont évolué). Comme c'est le cas avec d'autres groupes d'âge, il est prudent de présumer que les suicides chez les jeunes enfants ont été sous-déclarés. Si les suicides sont rares chez les enfants de

1 Il faut se montrer prudent dans l'interprétation des figures 4.1 à 4.8, étant donné que la taille des populations de base a changé considérablement entre 1924 et 1990. Dans le cas du Québec, les chiffres remontent à 1926; dans celui de Terre-Neuve, à 1949, et dans celui du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à 1956.

moins de 10 ans, les jeunes enfants sont capables d'actes suicidaires et d'automutilations volontaires. D'après des études menées en milieu scolaire, au niveau de la cinquième année, presque tous les enfants savent en gros ce qu'est le suicide et un faible pourcentage font état d'idées suicidaires ou de «timides» tentatives (Normand et Mishara, 1992). Des études portant sur des enfants hospitalisés pour cause de maladie mentale signalent des taux élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide dans cette population (Marciano et Kazdin, 1994; Milling, Campbell, Laughlin et Bush, 1994).

Les taux de suicide chez les jeunes augmentent depuis plusieurs décennies. Dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans, les taux ont commencé à croître considérablement au milieu des années 50, beaucoup plus chez les hommes que chez les femmes, atteignant un niveau maximum au début des années 80 (Figure 4.1). En termes réels, le nombre de décès (les taux pour 100 000 habitants sont indiqués entre parenthèses) dans le groupe d'âge de 10 à 14 ans, cependant, est infime, variant d'un décès en 1951 (0,1) à 34 décès (1,8) en 1992. Pour les mêmes années, le nombre de décès dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans était de 19 (1,8) et 249 (12,9) respectivement.

(ii) Les jeunes adultes

Dans les deux tranches d'âge de cinq ans suivantes, qui rendent compte du début de l'âge adulte (Figures 3.3, 3.4 et 4.2), les taux de suicide ont amorcé un mouvement ascendant au milieu des années 50, atteignant des niveaux proches de 40 chez les hommes et de moins de 10 chez les femmes. Au début des années 80, les taux de suicide chez les jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans avaient rattrapé les taux observés chez les hommes plus âgés (50 ans et plus),

traditionnellement considérés comme un groupe à haut risque suicidaire. La Figure 4.2 illustre la progression des taux de suicide chez les jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans (un âge où ils auraient pénétré sur le marché du travail) pendant les années de la grande crise (Crise de 1929), la chute des taux pendant la Seconde Guerre mondiale, et la plus récente augmentation, amorcée au cours des années 50, qui s'est poursuivie jusque dans les années 80. La hausse marquée du taux de suicide dans ce groupe d'âge au cours de cette dernière période bat les taux records enregistrés dans la population masculine pendant la crise économique de la fin des années 20 et du début des années 30.

Des profils analogues pour les adultes âgés de 30 à 34 ans et de 35 à 39 ans se dégagent des Figures 3.5 et 3.6. Si les taux de suicide chez les hommes ont continué de croître au cours des années 80, ils ont culminé au milieu des années 70 chez les femmes. Comme l'indique la Figure 4.3, les taux de suicide étaient plus élevés chez les hommes de 30 à 39 ans que chez ceux de 20 à 29 ans à la fin des années de crise, et ont contribué à l'augmentation globale enregistrée entre les années 60 et les années 80.

(iii) Les personnes d'âge moyen et les personnes âgées

La recrudescence du suicide constatée après la Seconde Guerre mondiale est un phénomène qui continue de se manifester pour chaque tranche d'âge de cinq ans, chez les hommes comme chez les femmes, entre 40 et 54 ans (Figures 3.7-3.9), mais à partir de 55 ans, on observe un changement dans l'orientation de la courbe. Comme le montre la Figure 3.10 (groupe d'âge de 55 à 59 ans), il n'y a plus de hausse perceptible des taux de suicide chez les hommes. La courbe

fléchit légèrement chez les gens de 60 à 69 ans (Figures 3.11, 3.12 et 4.6). Ainsi, les taux se rapportant aux hommes d'âge moyen et d'âge moyen avancé n'ont pas accusé de hausse marquée au fil des ans et pourraient en fait avoir baissé. Cependant, chez les femmes d'âge moyen, le graphique montre une augmentation passagère au cours des années 70, suivie d'une chute pendant les années 80, et cette tendance demeure la même chez les femmes de 70 à 74 ans (Figures 3.11-3.13 et 4.6-4.7).

(iv) Les personnes d'âge très avancé

La courbe des taux de suicide évolue une fois de plus chez les hommes d'âge très avancé, amorçant une hausse au milieu des années 70 (Figures 3.14 - 3.15). Le nombre de décès étant plus faible dans cette population, ces taux sont sujets à de grandes variations. Chez les femmes de ce groupe d'âge, les taux de suicide accusent une légère augmentation. La Figure 4.7 rend compte d'une évolution similaire des taux de suicide chez les hommes et les femmes de 70 ans et plus.

(v) Tous les âges confondus

La Figure 9 illustre les tendances relatives aux taux de suicide, tous âges confondus, de 1950 à 1992, et la Figure 4.8 fournit les mêmes données pour la période de 1924 à 1990. Comme nous l'avons déjà signalé, l'accroissement marqué des taux de suicide chez les hommes pendant la Crise de la fin des années 20 n'a pas tout à fait atteint les sommets enregistrés globalement à la fin des années 70 et au début des années 80. La hausse des taux a été négligeable chez les femmes pendant les années de Crise. La hausse considérable des taux de suicide dans la population masculine, observée depuis les années 60, a toutefois eu son pendant dans la population féminine, bien que dans une

moindre mesure. Ces faits épidémiologiques ont déjà été documentés par Sakinofsky et Roberts (1987), Huchcroft et Tanney (1988), Dyck, Newman et Thompson (1988) et Mao et coll. (1990).

2. Variations régionales

Les Figures 5.1-5.3 comparent les taux moyens de suicide selon le sexe au cours de 1989-1992, pour chaque province et chaque territoire. Le recours à des moyennes calculées sur plusieurs années permet de compenser en partie les fluctuations constatées d'une année à l'autre. Les taux moyens ont été uniformisés selon l'âge au moyen de la méthode directe; à savoir qu'ils ont été rajustés pour tenir compte des différences observées entre les populations étudiées, pour ce qui est de la répartition des groupes d'âge (voir l'introduction de l'Annexe 6). Des valeurs figurent au-dessus et au-dessous des taux moyens calculés pour chaque province et chaque territoire. Elles définissent l'intervalle de confiance (IC) à 95 %, soit la plage qui devrait contenir le taux moyen réel applicable à la population, dans 95 % des cas. Les Tableaux 4.1 à 4.3 montrent les nombres réels de suicides (moyennes annuelles) ainsi que les taux moyens et les intervalles de confiance qui ont été utilisés dans les Figures 5.1 à 5.3.

Si le taux moyen pour le Canada s'inscrit dans la plage des valeurs («intervalles de confiance») d'une province donnée, le taux de suicide dans cette province ne diffère pas sensiblement de celui de l'ensemble du pays, même si le taux moyen normalisé selon l'âge pour cette province est plus élevé. De même, si les intervalles de confiance pour une région recoupent ceux d'une autre région, il y a moins d'une possibilité sur vingt que leurs taux de suicide soient significativement différents.

Une comparaison de taux bruts entre des régions dont la taille de la population de base diffère énormément peut induire en erreur; l'utilisation d'intervalles de confiance atténue ce problème. De manière générale, le degré de précision augmente avec la taille de la population étudiée. Ainsi, dans les figures 5.1 à 5.3, les régions dont la taille de la population est la plus petite présentent un intervalle de confiance beaucoup plus grand. Lorsqu'on compare leurs taux moyens rajustés selon l'âge et leurs intervalles de confiance, on obtient une idée de l'ordre de classement relatif de ces régions et de la relative certitude que l'on peut avoir que leurs apparentes différences sont statistiquement significatives (autrement dit, ne sont pas le fait du hasard). Il faudrait aussi tenir compte des nombres réels de cas de suicide observés dans les régions respectives lorsqu'on compare celles-ci.

Dans la Figure 5.1 (taux de suicide masculins), les taux de suicide pour Terre-Neuve et l'Ontario sont sensiblement plus bas que ceux de l'ensemble du Canada, et ceux applicables au Québec, à l'Alberta et aux Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) sont sensiblement plus élevés. Lorsqu'on compare les taux de suicide moyens qui s'appliquent aux différentes régions, ceux des Territoires du Nord-Ouest dépassent de beaucoup ceux de toutes les autres régions. (Bien que les limites des intervalles de confiance pour l'Île-du-Prince-Édouard et les T. N.-O. se chevauchent légèrement, un test de la différence entre leurs intervalles de confiance indique que celle-ci est statistiquement significative.) Après les T. N.-O., viennent l'Alberta (taux moyen de suicide de 25,94; IC à 95 %, 23,12-28,76) et le Québec (moyenne, 25,63; IC à 95 %, 23,95-27,30) qui se suivent de près. Un examen de leurs limites de confiance indique que leurs taux de suicide ne diffèrent vraiment pas de manière significative. Seuls

19 suicides masculins ont été dénombrés par an aux T. N.-O., contre 902 au Québec et 328 en Alberta, ce qui permet de mettre davantage en perspective la place qu'occupent les T. N.-O. dans l'ordre de classement des provinces et des territoires pour les taux de suicide. Terre-Neuve et l'Ontario arrivent en dernière position, avec des taux respectifs de 13,8 (38 cas/an) et de 14,87 (766 cas/an).

D'après la Figure 5.2 (taux féminins), les taux sont considérablement plus bas à Terre-Neuve et en Ontario que dans l'ensemble du Canada, et plus élevés au Québec et en Alberta. Bien que la moyenne soit plus élevée en Alberta qu'au Québec, leurs intervalles de confiance se chevauchent. Les intervalles de confiance applicables à l'Alberta et au Québec recoupent également ceux d'autres régions dont les taux semblent relativement élevés (T. N.-O., Colombie-Britannique, Saskatchewan et Manitoba), de sorte qu'il est peu probable que les différences entre ces régions soient statistiquement significatives. Là encore, Terre-Neuve et l'Ontario occupent le dernier rang, loin après l'Alberta et le Québec.

Les tendances par ordre de classement pour les provinces et pour les différentes décennies sont illustrées aux Tableaux 2.1 et 2.2. Les taux de suicide non normalisés (bruts) et le classement sont donnés pour la première année de chaque décennie depuis les années 50. Il y a lieu de faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les taux enregistrés au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, en raison de la faible taille des populations de référence et du fait que le nombre de décès par le suicide y est relativement peu élevé. Le Tableau 2.3 fait état des données actuelles fournies par bureau du Coroner des Territoires du Nord-Ouest.

Le Québec et l'Alberta arrivent en tête de liste des provinces pour les taux de suicide masculin signalés en 1990. Au Québec (Tableau 2.1), les taux de suicide chez les hommes ont plus que quintuplé depuis 1950, faisant passer progressivement la province du neuvième au premier rang.² En revanche, les taux en Ontario, après avoir grimpé au cours des années 70 et 80, sont retombés aux niveaux précédents, et en 1990, cette province occupait la dixième place pour le suicide masculin.

Le Tableau 2.2 indique que l'Alberta figure parmi les provinces qui enregistrent de façon constante les plus hauts taux de suicide féminin. En effet, ses taux ont doublé depuis 1950, et il occupait la première place en 1980 et en 1990. À l'Île-du-Prince-Édouard, par contre, les taux de suicide chez les femmes ont toujours été négligeables, et la province s'est classée au dixième rang, pour quatre des cinq années étudiées.

3. Vagues de suicides

Comme l'indique le terme, les vagues de suicides désignent une succession de suicides rapprochés dans le temps et dans l'espace. Aux États-Unis, ces vagues expliqueraient un à cinq pour cent des suicides commis par des jeunes (Centers for Disease Control, 1988). Il semble bien que cette forme de suicide soit en progression depuis quelques années et touche davantage les jeunes autochtones que le reste de la société (Kirmayer, 1994). Chez les jeunes, les vagues de suicides sont le plus souvent attribués à un effet de contagion. Ce phénomène se manifesterait à la suite d'un reportage dans les médias sur des suicides commis par des gens connus, ou encore de liens personnels ou de rapports

d'identification établis avec une personne qui s'est enlevé la vie. Phillips et Carstensen (1986) ont montré que des vagues de suicides chez les adolescents américains ont suivi des récits de suicides dans les bulletins télévisés, diffusés entre 1973 et 1979. Plusieurs autres études ont par la suite corroboré cette constatation (voir Kirmayer, 1994, p. 16), mais la question fait l'objet de controverses. Tout le monde s'accorde à dire, semble-t-il, que les comptes rendus répétitifs de cas authentiques de suicide, surtout lorsque les victimes sont célèbres, contribuent pour beaucoup à engendrer des suicides par imitation. Les effets de récits fictifs sont moins marqués.

Il semblerait que les sujets déjà à risque soient plus perméables à l'effet de contagion qui influence le choix du mode de tentative de suicide ainsi que du moment et du lieu du geste. On pourrait débattre longuement du lien entre l'effet de contagion et le taux global de suicide consommé; d'aucuns pourraient soutenir que l'exposition à l'effet de contagion d'un sujet qui traverse une période très critique aurait pour effet de déclencher un geste qui ne se serait pas produit autrement. Selon Hoberman (1988), avec la couverture médiatique des suicides et l'affaiblissement du tabou social entourant le phénomène du suicide, les jeunes gens impulsifs, «psychologiquement perturbés», qui ont des difficultés à entretenir des relations sociales normales, risquent davantage de recourir au suicide ou à l'autodestruction lorsqu'ils sont confrontés à des facteurs de stress de la vie courante.

Les vagues de suicides peuvent également être liées au décès (généralement dû au suicide, à un accident de la route ou à tout autre accident) d'un pair très populaire dans une petite collectivité. Brent et ses

2 L'ordre de classement des provinces change légèrement lorsque l'on tient compte des taux normalisés selon l'âge et (ou) des moyennes applicables à de nombreuses années; voir Figures 5.1 - 5.3.

collègues (1989) ont fait état du suicide d'un élève d'une école secondaire, dont l'exemple a été suivi quelques semaines plus tard par deux de ses amis. Deux semaines après, sept autres élèves avaient tenté à leurs jours, et 23 autres avaient des idées suicidaires. Par la suite, on a observé que les trois quarts des 32 élèves concernés avaient déjà éprouvé des problèmes affectifs qui pouvaient très bien expliquer leur vulnérabilité.

4. Homicide-suicide

L'homicide suivi d'un suicide est une variante particulièrement horrifiante du comportement autodestructeur. Fort heureusement, le phénomène est rare. Aux États-Unis, le taux est d'environ 0,22 pour 100 000 habitants (West, 1986). L'étude de West est jusqu'ici la plus importante jamais réalisée, mais elle ne fait aucunement appel aux témoignages de la famille et des amis, les données provenant des dossiers de la police et des coroners. Rosenbaum (1990), pour sa part, s'est penché sur 12 cas d'homicide-suicide touchant des couples d'Albuquerque au Nouveau-Mexique, et a dans chaque cas interrogé les amis et la famille des victimes. Il a constaté que les trois quarts des auteurs étaient déprimés et que quatre des douze sujets présentaient un trouble de personnalité antisociale. Seuls deux faisaient un usage abusif de psychotropes et aucun n'était sujet à des délires psychotiques. En combinant ces données avec les résultats d'une étude antérieure, Rosenbaum a observé que 22 des 23 auteurs d'un homicide-suicide étaient des hommes. Les relations de couple avaient été chaotiques, elles étaient empreintes de violence physique dans 7 cas sur 12 et plusieurs hommes présentaient des antécédents de comportement violent. Trois des douze auteurs suivaient une thérapie au moment de l'événement.

5. Taux de suicide et cohortes de naissance

Plusieurs analyses donnent à penser que certaines cohortes de naissance (groupe d'individus nés au cours d'une même période) ont présenté des taux de suicide pendant leur durée de vie. Ainsi, Hellon et Solomon (1980) et Solomon et Hellon (1980) ont décrit un tel phénomène chez les Albertains entre 1951 et 1977. Barnes, Ennis et Schober (1986) ont fait la même constatation chez les Ontariens entre 1877 et 1976, comme l'ont fait Reed, Camus et Last (1985) chez l'ensemble des Canadiens. Ces données laissent supposer que les personnes qui ont vécu à certaines périodes, et qui ont donc subi, en tant que groupe, des influences négatives analogues, ont peut-être contribué à l'augmentation du risque suicidaire au cours de leur vie. Toutefois, il est difficile de distinguer les effets de l'appartenance à une cohorte de naissance des effets de changements attribuables à l'âge et à l'époque (Newman et Dyck, 1988; Trovato, 1988; Last, 1988, Trovato, 1989, et Mao et coll., 1990). Sur de longues périodes, les changements dans les méthodes de collecte de données peuvent aussi compliquer le tableau.

6. Méthodes de suicide

D'une manière générale, les hommes et les femmes ont recours à des méthodes de suicide différentes (Tableau 3). De 1990 à 1992, plus du tiers des suicides chez les hommes ont été réalisés au moyen d'une arme à feu et 30 p. 100 par la pendaison. Un peu plus de 11 p. 100 des suicidés de sexe masculin ont choisi l'inhalation de gaz et d'émanations (le plus souvent l'oxyde de carbone). Moins d'une femme sur dix a utilisé une arme à feu. Les modes de suicide de prédilection chez les femmes étaient l'empoisonnement* (plus du tiers) et la pendaison (plus du cinquième). Huchcroft et Tanney (1989) ont constaté que l'empoisonnement par absorption de solides ou de liquides (surdose de médicaments) avait reculé chez les femmes entre 1971 et 1985, mais que l'empoisonnement par inhalation de gaz non domestiques (émanations d'oxyde de carbone de véhicules automobiles - une méthode plus radicale) avait progressé chez les deux sexes, surtout chez les hommes. Le Tableau 3 fait apparaître des tendances analogues entre 1980-82 et 1990-92. Il semble que l'utilisation de méthodes plus violentes chez les hommes explique en partie le taux prépondérant de suicides réussis chez les sujets masculins.

Selon les données de Statistique Canada, 36 p. 100 des hommes et 9 p. 100 des femmes qui se sont donné la mort entre 1988 et 1992 ont eu recours à une arme à feu. C'est dire que l'arme à feu représente la principale méthode de suicide chez les hommes et une méthode importante, bien que dans une moindre mesure, chez les femmes. Seule une faible proportion de ces armes à feu (3 %) étaient des armes de poing; la majorité étaient des armes d'épaule

(carabines et fusils de chasse) ou «d'autres» types de fusils (par exemple, des armes de combat tels que fusils automatiques et semi-automatiques).

Dans bien des cas, les suicides réalisés au moyen d'une arme à feu semblent des actes impulsifs, qui n'ont pas été longuement prémédités. Le risque d'un suicide impulsif guette surtout les adolescents de sexe masculin qui vivent des difficultés scolaires ou sentimentales ou des conflits avec l'autorité. La personne désemparée qui a accès à une arme à feu, c'est-à-dire à une méthode de suicide instantanée, ne bénéficie pas de ce délai de grâce au cours duquel elle peut avoir la chance de surmonter ce qui pourrait être un état d'âme temporaire.

Une étude américaine réalisée par Brent, Perper, Moritz et coll. (1993) indique que la proportion d'adolescents victimes de suicide qui ont eu accès à une arme à feu chargée à la maison était plus élevée chez ceux qui ne présentaient apparemment aucun trouble mental que chez ceux qui souffraient de maladie mentale. Dans une autre étude, la même équipe a comparé 47 adolescents suicidés à des sujets qui ont survécu à une tentative de suicide. Elle a constaté que les armes à feu étaient deux fois plus répandues dans les foyers des suicidés que dans ceux des survivants. Les armes de poing n'étaient pas plus nombreuses que les armes d'épaule. Même les fusils gardés sous clef, ou non chargés, ont été associés à des cas de suicide par arme à feu (Brent, Perper, Allman et coll., 1991). Dans le cadre d'une vaste étude sur les suicides survenus à domicile, dans deux comtés américains, Kellerman, Rivara,

* essentiellement la surdose de médicaments

Somes et coll. (1992) ont trouvé que dans un foyer où l'on trouve une arme à feu, les risques suicidaires sont cinq fois plus élevés que la normale.

(On trouvera dans le Chapitre III, «Réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens», une analyse plus poussée des modes de suicide dans le contexte de la prévention.)

7. Comparaisons entre les pays

O'Carroll (1989, p. 8) a passé en revue des études sur la fiabilité des comparaisons de taux de suicide établies entre différents pays. Plusieurs enquêteurs ont abouti à la conclusion que les comparaisons entre les pays ne sont pas pertinentes en raison de la grande diversité des méthodes utilisées pour l'attestation des décès d'un pays à l'autre.³ Toutefois, ces écarts ne se traduisent pas nécessairement par des différences importantes sur le plan des tendances. Certaines études (par exemple, Sainsbury et Barraclough, 1968; Ross et Kreitman, 1975) ont reconnu la valeur des comparaisons faites entre les pays, alors que d'autres (par exemple, Atkinson, Kessel et Dalgaard, 1975; Clarke-Finnegan et Fahy, 1983) ont semé le doute sur leur utilité. D'un pays à l'autre, on ne procède pas de la même manière et on ne choisit pas le même moment pour recueillir et publier les données, d'où la difficulté de comparer les taux normalisés selon l'âge entre plusieurs pays et de dégager des tendances applicables à des groupes de population semblables pour les mêmes années. C'est dire qu'il faut se montrer prudent lorsqu'on interprète les comparaisons établies entre les pays.

3 Voir l'Annexe 4, Le constat de suicide : collecte de données et attestation de décès.

4 Il importe de souligner qu'entre 1973 et 1987, le taux de suicide au Canada était considérablement plus élevé qu'il ne l'était pour l'une ou l'autre de ces années (voir la Figure 3.16), ce qui fait ressortir les limites d'une étude des tendances fondée sur une comparaison de données entre deux années.

Pritchard (1992) a comparé des taux de mortalité par suicide normalisés selon l'âge dans l'ensemble de la population et chez les jeunes, dans 21 pays occidentaux en 1973 et en 1987. Il a constaté, en 1987, que le taux de mortalité par suicide chez les hommes (tous âges confondus) avait augmenté d'au moins 20 % par rapport au taux de 1973 dans 17 des 21 pays étudiés. En moyenne, il avait progressé de 35 %. Aux deux extrémités se trouvaient l'Irlande, avec une hausse de 108 % et l'Allemagne, avec un recul de 10 %. Le Canada avait accusé une hausse de 23 %.⁴

Dans la population féminine (tous âges confondus), le phénomène était beaucoup plus dispersé. Aux deux extrémités se trouvaient la Norvège, avec une hausse de 79 % et l'Allemagne et les États-Unis, avec une baisse de 20 %. En moyenne, il avait progressé de 17 %. Au Canada, il avait régressé de 13 %.

D'après l'étude réalisée par Pritchard, le Canada occupait la 9e place pour le taux de suicide masculin (tous âges confondus) en 1973 (soit 18 pour 100 000 habitants) et la 11e place en 1987 (soit 22,1 pour 100 000 habitants). En 1973, les taux de suicide dans la population masculine se situaient entre 4 pour 100 000 (en Grèce) et 37,6 pour 100 000 (en Finlande); en 1987, ils variaient entre 6 (en Grèce) et 44,6 (en Finlande). Sur le même plan, les États-Unis se classaient au 10e rang en 1973 (taux : 17,7/100 000) et au 13e rang en 1987 (taux : 20,5/100 000).

En ce qui concerne les taux de suicides féminins (tous âges confondus), le Canada figurait au 12e rang en 1973 (7,1/100 000) et au 13e rang en 1987 (6,2/100 000). Les taux s'échelonnaient entre 1,9 pour 100 000 (en Irlande) et 18,5 pour 100 000 (au Danemark). Les États-Unis occupaient la 13e place en 1973 (6,5/100 000) et la 15e en 1987 (5,2/100 000).

En 1973, le Canada était le seul pays où le taux de suicide chez les jeunes hommes (15-24 ans) était égal ou supérieur au taux applicable à l'ensemble de la population masculine; en 1987, quatre autres pays (la Nouvelle-Zélande, la Norvège, l'Australie et les États-Unis) se trouvaient dans la même situation (Pritchard, 1992).

B. Facteurs d'influence sur le suicide et les comportements suicidaires

Le suicide est le triste aboutissement d'une réalité individuelle déterminée par des facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux. Chacun de ces facteurs pèse différemment dans la balance, et aucun pris isolément ne s'est révélé une cause nécessaire ou suffisante de suicide.

Toutefois, en raison de leur patrimoine biologique et de leur milieu social, il arrive que certaines personnes soient particulièrement prédisposées au suicide lorsqu'elles sont confrontées à un facteur de stress ou à un ensemble de facteurs de stress qui ont des répercussions personnelles si dures ou intolérables et qui engendrent une angoisse et un désespoir, ou une frustration et un ressentiment tels qu'elles ne peuvent ou ne veulent faire face à cette réalité ou trouver au problème une solution moins excessive.

1. Facteurs sociologiques, économiques et culturels

Émile Durkheim, le sociologue du XIXe siècle, croyait au rôle prépondérant des éléments sociaux dans la genèse du suicide, et était porté à nier les effets de la maladie mentale ou des situations difficiles, génératrices de stress. Selon lui, la cohésion (intégration des forces sociales) réduit les conduites suicidaires dans une collectivité, alors que l'anomie (désorganisation sociale) a pour effet de les favoriser (Durkheim, 1897/1951).

Au nombre des facteurs socioculturels, on pourrait citer un sentiment général de désespoir, un effritement des valeurs ou des structures sociales, l'attitude permissive de la société à l'égard du suicide, la couverture médiatique des suicides réalisés par des personnes connues, l'absence de réseau de soutien social, l'exemple donné par un modèle de rôle ou un pair qui se suicide, le chômage et un milieu où le risque de suicide est plus élevé en raison, par exemple, d'une facilité d'accès aux armes à feu.

(i) Facteurs liés au chômage

Bien que la littérature reconnaisse l'existence d'un lien entre le chômage et l'accroissement des taux de suicide et de tentative de suicide, celui-ci demeure controversé. Les difficultés méthodologiques qui se posent aux auteurs donnent lieu à des résultats incohérents. Selon des chercheurs britanniques (Moser et coll., 1984; Moser et coll., 1986; Moser et coll., 1987) qui ont suivi des chômeurs pendant plusieurs années, le taux de mortalité (attribuable à toutes les causes, et pas spécifiquement au suicide) serait de 20 à 30 pour cent supérieur chez les chômeurs et de 20

pour cent plus élevé chez leur épouse et les autres femmes de la famille, par comparaison à l'ensemble de la population.

Le chômage peut être engendré par les effets d'un accroissement marqué de la taille des cohortes de naissance successives. Ahlburg et Schapiro (1984) ont observé que lorsque des cohortes importantes de jeunes personnes suivent immédiatement de petites cohortes de personnes âgées, les taux de suicide ont tendance à augmenter chez les hommes et les femmes de la jeune génération et à baisser chez les hommes plus âgés. Un tel phénomène démographique pourrait évidemment se traduire par une concentration de chômeurs, analogue à la situation décrite par Sakinofsky et Roberts (1987) dans des études canadiennes.

Sakinofsky et Roberts (1987) ont analysé le lien entre les changements dans les taux provinciaux de suicide et les variables psychosociales, entre 1971 et 1981. Dans les provinces où les hausses de taux de suicide étaient plus accentuées, la hausse des taux de chômage chez les hommes comme chez les femmes, conjuguée avec un accroissement sans précédent de la demande d'emplois, sont apparues comme les variables les plus significatives. Paradoxalement, il s'agissait également de provinces prospères où le revenu moyen était plus élevé.

Dans une étude réalisée au Québec, Cormier et Klerman (1985B) ont constaté une corrélation constante entre les taux de chômage et de suicide dans cette province entre 1950 et 1981, chez les hommes, mais uniquement entre

1966 et 1981, chez les femmes. Cette différence tient peut-être au fait qu'à compter des années 60, les attentes, les aspirations, les besoins et les perspectives des femmes sur le plan professionnel ont augmenté, et, parallèlement, le chômage est plus mal perçu.

Dans son analyse exhaustive de la littérature sur le chômage et le suicide, Platt (1984) conclut que les tentatives de suicide et les suicides sont plus fréquents chez les chômeurs que parmi la population active. Bien que l'on ait établi une relation entre le chômage et l'augmentation des risques suicidaires chez les individus, on a rarement observé dans les études démographiques transversales des taux de suicide plus élevés dans des régions ou des quartiers plus fortement touchés par le chômage.

Dans une récente enquête transversale auprès de la population canadienne, Hasselback et ses collaborateurs (1991) n'ont constaté aucune corrélation significative entre les taux de chômage et les taux de suicide. Il y a lieu d'interpréter avec prudence les résultats d'études globales, comme celles décrites ici, qui ne tiennent pas compte des variables géographiques, et de les confirmer par des études sur des suicides individuels.

Comme c'est le cas pour n'importe quelle variable suicidogène, il est difficile d'éliminer l'influence d'autres variables associées au chômage qui entraîne une certaine confusion. De récentes analyses faites au Québec par Boyer et Langelier-Biron (1991) ont fait apparaître un lien entre le suicide et le fait de dépendre des prestations d'assistance sociale ou

d'assurance-chômage, seulement lorsqu'on fait abstraction de tout autre facteur. Elles n'ont fait ressortir aucune relation significative entre la source de revenu et le suicide, compte tenu de l'âge et du faible niveau d'instruction.

(ii) *Revenu*

Il ne semble y avoir aucun lien direct et prévisible entre le revenu et le risque suicidaire. Les données à cet égard ne concordent pas; elles ne nous permettent pas d'affirmer en toute certitude que la pauvreté (qu'il s'agisse d'un faible revenu individuel ou d'un faible revenu moyen dans une région) représente en soi une variable suicidogène indépendante. Il ne faut pas pour autant en conclure que le revenu n'a rien à voir avec le suicide. Le fait de disposer ou non d'un revenu suffisant est associé de manière plus ou moins complexe à d'autres phénomènes qui, de leur côté, peuvent influencer sur le risque suicidaire. Ainsi, l'Enquête générale sociale de 1991 a mis en lumière un lien important entre la façon qu'ont les répondants de décrire leur bien-être financier et leur bien-être psychologique (Statistique Canada, 1994).

Dans de nombreux pays développés dont le produit national brut a augmenté au cours des dernières décennies, les taux de suicide ont également progressé. Maris (1969) a observé une concentration de suicides tant dans les quartiers les plus favorisés de Chicago que parmi les sans-abri. À partir des données de l'Enquête Santé Québec, Boyer et Langelier-Biron (1991) n'ont pu établir aucun lien entre le revenu par membre de la famille et le suicide. Wilkins, Adams et Brancker (1989), par contre, ont trouvé, au terme

d'une analyse des données sur la mortalité, par quintile de revenu, pour les régions urbaines canadiennes, que les taux de suicide normalisés selon l'âge sont considérablement plus élevés parmi les résidents des quartiers les plus défavorisés. Le taux de mortalité par suicide était 1,5 fois plus élevé parmi les sujets dont le revenu se situait dans le quintile le plus bas que parmi ceux dont le revenu se trouvait dans le quintile le plus élevé en 1971, et deux fois plus élevé en 1986.

2. **Troubles mentaux**

En tant que groupe, les personnes qui souffrent d'une dépression clinique grave ou de quelque autre trouble mental présentent un risque suicidaire statistiquement plus élevé que le reste de la population. Cependant, selon les données que l'on possède, aucune variable prise isolément (y compris la maladie mentale) ne suffit à expliquer le recours au suicide; chaque cas de suicide fait intervenir un jeu complexe de facteurs divers. C'est dire qu'il est extrêmement difficile de déceler à l'intérieur d'un groupe à haut risque la faible minorité de personnes qui tenteront de se suicider ou qui se suicideront effectivement.

La récente analyse documentaire réalisée par Tanney (1992) corrobore les résultats de celle qu'a effectuée Miles en 1977. Les troubles mentaux sont plus répandus dans les groupes de personnes s'étant suicidées, et le suicide et les comportements suicidaires sont bien plus fréquents chez les malades mentaux. Tanney fait cependant une mise en garde: «Si un diagnostic de trouble mental suffit à nous permettre de prédire un risque suicidaire accru chez la personne, cette association ne nous permet pas de conclure que les troubles mentaux sont en soi une *cause* de

suicide...Un diagnostic de trouble mental ne saurait suffire à expliquer le comportement suicidaire. Parmi la diversité des causes évoquées, cependant, la maladie mentale peut prétendre à une place de choix. Mais il s'agit d'un sujet complexe, et les facteurs en cause sont parfois multiples» (p. 289, 309-10).

Des études rétrospectives fondées sur l'autopsie psychologique (reconstitution d'événements conduisant au suicide) ou sur les recoupements faits à la lumière des dossiers (étude des dossiers médicaux, psychiatriques et sociaux des personnes qui se sont enlevé la vie) ont été réalisées dans différents pays. La majorité d'entre elles signalent la présence d'un trouble mental ou l'apparition récente d'un trouble mental chez une forte proportion de personnes qui se suicident (11 % à 92 %), et cette conclusion est corroborée par les rares enquêtes prospectives de longue durée qui existent (Tanney, 1992, p. 281-284). Selon de nombreuses études, les troubles de l'humeur (surtout la dépression) sont les troubles les plus répandus parmi les suicidés; ils se retrouvent chez 30 à 70 % d'entre eux (Hoberman, 1988, p. 193-194; Tanney, 1992, p. 298). Parmi les autres troubles qui sont plus fréquents chez ces derniers que dans l'ensemble de la population figurent les toxicomanies, la schizophrénie et, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité, les troubles anxieux et les troubles alimentaires (Tanney, 1992, p. 310; Hoberman, 1988, p. 196). Selon une récente étude menée au Québec (Lesage, Boyer, Grunberg et coll., 1994), qui comparait les suicidés de sexe masculin et âgés de 18 à 35 ans à des sujets témoins vivants appariés au moyen d'entrevues réalisées auprès de la personne qui connaissait le mieux chaque sujet, la fréquence des troubles mentaux (Axe I du DSM-III-R) chez les 75 suicidés était de

88 p. 100, alors qu'elle était de 37,3 p. 100 parmi les sujets témoins vivants. On a constaté des signes de dépression grave chez 39 p. 100 des suicidés mais chez seulement 5 p. 100 des sujets témoins vivants. Mishara (1994) met en doute la validité de ces conclusions, alléguant que le taux élevé de maladies mentales diagnostiquées rétrospectivement dans le groupe témoin laisse supposer que les critères diagnostiques retenus par les chercheurs étaient trop sensibles, de sorte que les cas de détresse non pathologique ont été assimilés à la maladie mentale.

L'interprétation et la synthèse des conclusions d'études qui établissent une corrélation entre suicide et trouble mental posent des difficultés, attribuables en partie à la diversité des définitions et des critères diagnostiques retenus (par exemple, dans le cas de la dépression) et à la diversité des populations étudiées. De plus, les recherches n'ont pas établi quels sont, parmi un certain nombre de mécanismes possibles, ceux qui peuvent expliquer le lien statistique (Tanney, 1992, p. 304-308). Voici quelques-uns des mécanismes qui pourraient intervenir dans un cas donné :

- l'altération de la capacité de décision ou la désinhibition des pulsions suicidaires sous l'effet d'un trouble mental (ou d'une intoxication aiguë)
- l'interaction du trouble mental et d'autres problèmes médicaux ou psychosociaux (qui pourrait se traduire par une diminution de la capacité d'adaptation);
- un rapprochement artificiel; par exemple, le recoupement des critères diagnostiques applicables aux troubles mentaux et des critères utilisés pour le constat du suicide;
- la communauté des causes qui ont conduit tant au trouble mental qu'au suicide;

- le choix du suicide comme moyen de réagir à des pertes et au sentiment de désespoir associés à un trouble mental grave.

(i) *Dépression*

Il ressort de nombreuses études que les personnes qui souffrent de dépression sont sensiblement plus à risque au suicide et aux comportements suicidaires que l'ensemble de la population (Tanney, 1992, p. 298). Certains chercheurs estiment à 70 % le taux de dépression chez les suicidés (Barraclough, Bunch, Nelson et Sainsbury, 1974). Tanney (1992, p. 298) signale que les études épidémiologiques ne distinguent pas nécessairement la dépression comme symptôme ou le syndrome de la dépression comme trouble mental (par exemple le trouble unipolaire ou bipolaire, la dysthymie). C'est pourquoi il est difficile d'avancer des chiffres au sujet de la fréquence de certains états dépressifs chez les suicidés. Ce qui complique les choses, c'est que la dépression chez les personnes qui ont mis fin à leurs jours ou tenté de le faire découle, dans bien des cas, d'un autre trouble mental, ou se double d'un abus de substances toxiques qui a été déclenché ou aggravé par une situation stressante à laquelle la personne est incapable de faire face.

Les chercheurs se sont efforcés de repérer des candidats au suicide parmi les personnes souffrant de dépression. Dans une étude de suivi portant sur une période de 10 ans et concernant

environ 1 000 patients atteints d'une dépression majeure, Fawcett et ses collaborateurs (1990) ont relevé six facteurs de prédiction du suicide au cours de la première année: crises de panique, anxiété grave, capacité de concentration réduite, insomnie à tous les stades de la nuit, abus modéré de l'alcool et perte importante de la capacité de jouir de la vie. Un désespoir profond ou des idées suicidaires pendant la maladie et des antécédents de tentatives de suicide sont d'autres facteurs de prédiction du suicide après la première année.

Bien que ces variables de prédiction soient utiles pour déterminer le degré de risque suicidaire chez un groupe de personnes souffrant de dépression clinique, le clinicien qui est en présence d'un patient ne peut s'y fier uniquement.

(ii) *Usage abusif de l'alcool et des drogues*

De nombreuses études révèlent une sur-représentation des alcooliques parmi les suicidés et un taux exagérément élevé de suicide chez les alcooliques. Dans certains cas, le taux d'alcoolisme chez les suicidés s'élève à 21 %, et de 15 à 18 % des alcooliques peuvent finir par se donner la mort.⁵ En Ontario, Smart et Mann (1990) ont observé des corrélations entre les taux de suicide et les taux de consommation d'alcool et d'alcoolisme. Il reste qu'on ne saisit pas encore parfaitement le rôle joué par l'alcoolisme (ou la consommation abusive d'alcool) en soi quant au risque suicidaire global. Il

5 Murphy et Wetzel (1990) ont contesté l'évaluation élevée de la proportion d'alcooliques qui finissent par recourir au suicide, laissant entendre que le phénomène ne vise que 3,4 % des sujets hospitalisés pour alcoolisme.

semble que le risque suicidaire soit conditionné par une interaction importante de l'alcoolisme et d'autres variables comme la présence de symptômes ou de troubles psychiatriques (surtout la dépression) et d'autres facteurs démographiques et sociaux (Lester, 1992B, p. 322, 324-325).

Chez les alcooliques, les risques de suicide se manifestent le plus souvent à un stade avancé de leur lutte contre le problème auquel ils font face, c'est-à-dire pendant les dernières années de l'âge moyen (Barraclough et coll., 1974). Cette période, souvent marquée par des épreuves personnelles, comme la dissolution du couple, et des difficultés professionnelles graves, peut s'avérer particulièrement fertile en stress (Lester, 1992B, p. 328).

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer le lien apparent entre l'alcoolisme ou l'usage abusif de l'alcool et le suicide (Roy et Linnoila, 1986; Lester, 1992B):

- L'usage abusif de l'alcool peut être perçu comme un comportement autodestructeur théoriquement lié au suicide et motivé par un désir d'échapper à une situation jugée intolérable.
- Les syndromes et états dépressifs, facteurs suicidogènes connus, sont fréquents chez les sujets alcooliques et peuvent être à l'origine de l'alcoolisme.
- Il est raisonnable de supposer que bon nombre d'effets physiologiques, psychologiques et sociaux d'un grave problème de consommation d'alcool (perturbation des rapports sociaux, baisse de la capacité

d'adaptation et de la performance au travail, relâchement dans le comportement social, impulsivité, autodépréciation accrue et dépression) augmentent les risques de comportement suicidaire.

- La consommation de fortes quantités d'alcool peut accroître les risques de décès consécutif à une tentative de suicide.
- L'usage abusif de l'alcool peut réduire les concentrations de sérotonine dans le système nerveux central. Or, certaines études ont fait un rapprochement entre le suicide et une baisse de la concentration de sérotonine.
- Parmi les autres variables qui peuvent intervenir figurent les situations de stress et les troubles de la personnalité.

L'usage abusif d'autres psychotropes semble également (mais pas aussi étroitement) associé à un risque suicidaire accru et surtout à des comportements suicidaires sans issue fatale. Le toxicomane peut recourir à la surdose comme mode de suicide; il peut aussi utiliser délibérément l'alcool ou d'autres drogues pour parvenir à un état d'esprit propice à l'exécution d'un projet suicidaire (Lester, 1992B, p. 321-323). Comme dans le cas de l'alcool, le lien entre la toxicomanie et le suicide semble dépendre de bien d'autres variables (notamment les antécédents et les symptômes psychiatriques, les facteurs socio-économiques et démographiques et les situations de stress) (Lester, 1992B, pp. 327-328). La proportion de suicides associés à la toxicomanie croît chez les moins de

30 ans (Rich et coll., 1986). Jusqu'ici, peu de recherches ont été faites sur les variables qui aideraient à reconnaître les toxicomanes les plus à risque de se suicider.

(iii) *Schizophrénie*

Le suicide est la principale cause de décès prématuré chez les personnes qui souffrent de schizophrénie (Allebeck, 1989). Miles (1977) conclut, au terme d'une analyse d'études de suivi, que 10 % des personnes considérées comme schizophrènes finissent par recourir au suicide. Toutefois, les études sur le risque suicidaire au sein de cette population aboutissent à des conclusions très différentes, soit à un risque suicidaire de 15 à 75 fois supérieur à celui que l'on observe dans l'ensemble de la population. Ce risque semble le plus élevé chez les jeunes hommes, célibataires, chômeurs et déprimés. Dans bien des cas, les sujets ont déjà tenté de se suicider et ont vécu récemment une situation de stress (Roy, 1982, 1986).

Dans cette population, le suicide est rarement attribuable à une crise psychotique (hallucinations, délires); il survient le plus souvent au cours d'une rémission ou d'une période où le sujet fonctionne mieux (Roy, 1986, pp. 105-106). Plusieurs études font ressortir l'importance du rôle joué par la dépression et le désespoir chez les schizophrènes qui ont recours au suicide, confirmant par là l'idée voulant que ce geste est généralement prémédité dans ce groupe (Tanney, 1992, p. 297).

(iv) *Autres troubles*

Les études sur lesquelles s'est penché Tanney (1992, pp. 301-302) indiquent que le taux de suicide et de comportement suicidaire est plus élevé chez les personnes qui souffrent de troubles anxieux, plus particulièrement de troubles de panique, ainsi que chez celles qui présentent une personnalité antisociale ou une personnalité limite. On estime en effet à 6,5 % et à 5 % respectivement la proportion de sujets souffrant d'une personnalité limite et de ceux qui présentent une personnalité antisociale, qui finissent par se donner la mort. On retrouve fréquemment chez ces personnes des antécédents de tentatives de suicide et des cas de dépression ou de toxicomanie.

3. **Facteurs neurobiologiques**

De récentes études en neurobiologie mettent en évidence une déficience de la neurotransmission de sérotonine (médiateur chimique) au niveau du cerveau dans les cas de suicide chez plusieurs groupes de malades, y compris ceux qui souffrent de dépression grave, de schizophrénie, de personnalité limite et de personnalité antisociale (Voir par exemple Lester, 1988). Elles montrent que de faibles concentrations du métabolite 5-HIAA de la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien des patients déprimés permettaient de prédire de dix à vingt fois plus de risques de décès par suicide dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (Asberg et coll., 1986). Si ce phénomène influe sur le suicide, c'est peut-être davantage en raison d'une diminution de la capacité de maîtriser l'impulsivité et les pulsions agressives que d'une simple corrélation avec la gravité de la dépression. Les résultats d'analyses chimiques du cerveau des victimes de suicide et les études sur les effets

biochimiques provoqués par la fenfluramine⁶ corroborent la théorie de la sérotonine (Mann et Kapur, 1991). Il reste encore à déterminer comment le dérèglement de la transmission de la sérotonine intervient dans le suicide (Arato, Tekes, Tothfalusi et coll., 1991). Actuellement, les chercheurs se concentrent principalement sur la sérotonine; or, il est possible que cette substance agisse en association avec d'autres médiateurs chimiques dans le cerveau.

Une étude a récemment été réalisée au Canada sur la neurochimie et les tentatives de suicide. Mancini et Brown (1992) ont constaté un taux plus élevé de noradrénaline urinaire chez les personnes qui attendent à leurs jours que chez les patients qui ont simplement songé au suicide sans toutefois passer à l'acte. Leurs conclusions contredisent les résultats de précédentes recherches publiées dans la littérature. (par exemple, Ostroff, Giller, Bonese et coll., 1982; Ostroff, Giller, Harkness et coll., 1985; Prasad, 1985).

S'il est vrai que nos connaissances sur ce plan progressent, Lester (1992B, p. 330) conclut que «nous sommes encore loin d'avoir bien saisi les mécanismes biochimiques en cause dans la dépression, le suicide, l'impulsivité ou l'agressivité. Il est peu probable que l'on découvre sous peu un facteur biochimique précis qui permette de prédire le suicide, puisque les éventuels facteurs de prédiction semblent associés à divers autres comportements pathologiques.»

4. Déterminants génétiques et familiaux

Les résultats de certaines études montrent qu'il peut exister chez l'individu une prédisposition héréditaire au suicide. De récentes analyses faites par Roy (1992) et

Lester (1992A) indiquent qu'il est difficile d'établir une distinction entre l'influence possible de l'hérédité sur le suicide, la présence d'un membre de la famille comme modèle de rôle et l'existence de troubles mentaux dans la famille. Le suicide n'est peut-être pas en soi héréditaire, mais il est possible que certaines familles soient davantage portées à transmettre des troubles mentaux qui augmentent les risques de suicide. Kety (1990) signale que ni le milieu ni l'hérédité ne suffisent à expliquer le suicide. Les études sur des jumeaux et sur des enfants adoptés à la naissance accèdent dans une certaine mesure la théorie selon laquelle l'hérédité aurait une légère influence sur le suicide. Kety laisse entendre que le principal facteur transmis héréditairement est l'incapacité de dominer son impulsivité.

Dans leur étude sur les rapports familiaux et le suicide, Tousignant, Bastien et Hamel (1993) concluent qu'une mauvaise relation avec les parents est un facteur important. Dans une étude menée dans la région de Montréal auprès d'une population d'adolescents, Tousignant et ses collaborateurs n'ont cependant observé aucun lien significatif entre le comportement suicidaire et le divorce ou la séparation des parents. La séparation semble être un facteur négligeable lorsque l'on tient compte de la qualité des relations avec les parents.

Le décès d'un parent a aussi été associé au suicide. Kosky (1983) a noté que 80 p. 100 des jeunes suicidaires atteints de troubles mentaux chroniques ont souffert du décès d'un parent, alors que la proportion est de 20 p. 100 dans un groupe témoin de malades mentaux non suicidaires. Bien

6 Le chlorhydrate de fenfluramine est un dérivé de l'amphétamine qui a pour effet de diminuer le taux de sérotonine.

d'autres études analysées par Adam (1990) ont fait ressortir un lien significatif entre la perte d'un parent et les risques suicidaires accrus.

5. Événements de la vie

Selon Rich, Richard, Fogarty et Young (1988), de 27 à 39 p. 100 des suicidés auraient vécu une situation stressante dans les six semaines précédant leur tentative de suicide. Dans la majorité des cas, l'événement déclenchant était la perte d'une personne chère ou un conflit interpersonnel. Les personnes chez qui on a diagnostiqué une toxicomanie étaient plus nombreuses à avoir vécu un événement déclenchant identifiable avant leur suicide que celles qui présentaient d'autres troubles mentaux. Paykel, Prusoff et Myers (1975) ont constaté, à partir d'un échantillon de patients, que les événements qui distinguaient le plus les personnes suicidaires des autres sont un sérieux conflit avec le partenaire ou le conjoint, une maladie grave dans la famille et une maladie grave (hospitalisation et absence de plus d'un mois du milieu de travail) chez l'intéressé.

Tousignant et Hanigan (1993) ont observé, parmi les étudiants du CÉGEP de la région de Montréal, que ceux qui avaient attenté à leurs jours ou avaient de sérieuses idées de suicide se démarquaient des étudiants non suicidaires. Voici les variables qui distinguaient les deux groupes: la fugue, le décrochage scolaire, les mauvaises expériences de drogue, le rejet d'un groupe social et avoir subi des agressions physiques. Les avortements, les grossesses et la crainte de la grossesse étaient plus fréquents chez les adolescentes suicidaires. Les ruptures sentimentales, les amitiés brisées et les déménagements sont autant d'événements associés aux tendances suicidaires. On n'a

cependant observé aucune relation entre la suicidabilité chez les étudiants et les situations de stress vécues par les parents des étudiants ou par l'entourage des parents. Selon Jacobs (1967), 58 p. 100 de jeunes qui venaient de commettre une tentative de suicide avaient vécu une rupture. De même, Wenz (1979) a constaté que 33 p. 100 des jeunes qui avaient mis fin à une relation ont songé sérieusement au suicide. Chabrol (1984) a trouvé qu'un échec sur le plan des relations interpersonnelles et des problèmes scolaires ne mènent pas au suicide sauf si la personne évolue dans un contexte familial chaotique ou perturbé.

6. Sida/Maladie mortelle

Les centres de prévention du suicide affirment recevoir de nombreux appels de personnes atteintes du sida qui songent à se suicider. Bien qu'il n'existe aucune étude canadienne publiée sur les suicides chez les patients atteints du sida, les études menées en Californie (Kizer et coll., 1988), à New York (Marzuk et coll., 1988) et au Texas (Plott et coll., 1989) mettent en évidence des taux étonnamment élevés de suicides chez ce genre de patients. Ces taux équivalent à 463 pour 100 000, par an, en Californie; 681 pour 100 000, par an, à New York et 222 pour 100 000, par an, au Texas.

Le fait d'être atteint d'une maladie mortelle n'est pas en soi une cause suffisante de suicide. Comme c'est le cas pour tous les autres actes suicidaires, on note généralement une grande ambivalence chez la personne suicidaire, malgré sa maladie mortelle (Groupe de travail du Centre fédéral sur le SIDA, 1992). Chez toute personne suicidaire, il est important d'évaluer dans quelle mesure une intervention appropriée pourrait alléger la souffrance physique ou psychologique qu'elle éprouve, afin de diminuer les risques

de suicide. Dans bien des cas, il existe des moyens de soulager la douleur physique chronique. Quant à la dépression engendrée par l'isolement social et la difficulté d'accepter que l'on soit atteint d'une maladie mortelle, elle peut être atténuée par une psychothérapie appropriée et par le soutien apporté par la famille, les amis et la collectivité.

(À ce sujet, voir le chapitre IV, partie E, «L'euthanasie et le suicide assisté»)

7. Personnalité et influences psychologiques

Au nombre des influences psychologiques qui entraînent des risques de suicide chez certains individus figurent les émotions et les traits de caractère. La dépression grave, le désespoir, l'anhédonie (perte de la capacité de ressentir le plaisir) ou une profonde anxiété sont des états d'âme courants chez les suicidaires. Le risque est accentué lorsqu'ils s'accompagnent de traits de caractère tels que l'incapacité de transiger avec l'adversité, le manque d'estime de soi, les attitudes négatives vis-à-vis de soi, ou l'incapacité de dominer son impulsivité ou son agressivité. Lester (1992A) a analysé des études réalisées au cours des années 1980 et portant sur 42 catégories de traits de caractère dont une tendance névrotique, l'anxiété, la tendance à prendre des risques, l'intelligence et la perception du temps. Il en a conclu que si bon nombre des recherches sont discutables sur le plan méthodologique, on peut cependant en dégager plusieurs constantes: on observe chez les personnes ayant attenté à leurs jours un taux d'échecs scolaires supérieur, un niveau d'anxiété plus élevé, un locus de contrôle externe, davantage de traits névrotiques, une moindre estime de soi, plus de pensées irrationnelles et un manque d'aptitude à régler les problèmes. Comme c'est le cas avec de

nombreuses autres variables examinées dans la présente étude, on ne peut étudier isolément un trait de caractère donné; on doit le placer dans le contexte des autres variables en cause dans le comportement suicidaire, y compris les troubles mentaux.

De récentes recherches en psychologie ont tenté de montrer comment les individus s'adaptent aux situations de stress. Diverses personnes se trouvant dans des situations de stress semblables peuvent réagir différemment, et les épreuves de la vie peuvent avoir sur elles des conséquences différentes. L'adaptation, selon Lazarus et Folkman (1984), représente les façons dont les individus réagissent à des situations de stress soit en essayant de changer la situation soit en tentant de réduire le stress ressenti. Il existe divers mécanismes d'adaptation: interpréter la situation de manière à mieux supporter ses conséquences, discuter de ses problèmes avec un confident, consulter un professionnel, trouver des dérivatifs tels que le sport ou les activités de loisirs, trouver d'autres situations qui donnent un sentiment de réussite et améliorent l'estime de soi ainsi que l'impression de maîtriser les événements, et s'efforcer de modifier la situation. Dans certains cas, les gens ont tendance à recourir à des expédients, par exemple à des psychotropes qui (temporairement) enrayent la douleur pour lui substituer une sensation passagère de plaisir, mais qui à plus ou moins brève échéance ne font, semble-t-il, qu'ajouter à leurs problèmes.

C. Groupes à haut risque

Nous avons analysé dans la partie qui précède certains facteurs qui contribuent au risque suicidaire ou aux comportements suicidaires, notamment les troubles mentaux, les toxicomanies, les déterminants génétiques et familiaux, les facteurs

sociologiques et biologiques et les situations de stress. L'interaction de ces variables et d'autres que l'on saisit encore mal peut aider à expliquer pourquoi le taux de suicide dans certains groupes au sein de la population canadienne est supérieur à la moyenne.

Parmi les groupes particulièrement touchés par le suicide figurent les autochtones, certains groupes d'âge, les détenus (justice pénale), les homosexuels et les lesbiennes et les personnes ayant déjà attenté à leurs jours. (Il ne sera pas question ici des personnes souffrant de troubles mentaux, puisque le rôle joué par les troubles mentaux a été analysé plus haut.)

Les raisons qui expliquent que le risque suicidaire soit élevé dans une population donnée sont multiples et complexes, et les catégories de gens «à haut risque» se chevauchent souvent. Il est important de ne pas perdre de vue que lorsqu'on observe un risque relativement élevé dans une population (selon les tendances antérieures), il n'en ressort pas que tous les membres de cette population soient nécessairement à haut risque.

1. Adolescents et jeunes adultes

De 1989 à 1991, le suicide était la seconde cause de décès (après les accidents de la route) dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans⁷ (Données fournies par le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada). Si le taux de suicide chez les adolescents de l'ensemble de la population (15-19 ans) est inférieur à celui que l'on observe dans bien d'autres groupes d'âge, il reste qu'il s'agit d'un phénomène particulièrement inquiétant puisqu'il s'est considérablement amplifié depuis quarante ans (passant de 3,3 cas pour

100 000 en 1950 à 13,8 pour 100 000 en 1991). Leenaars et Lester (1990) ont attiré l'attention sur les taux accrus de suicide chez les adolescents canadiens âgés de 15 à 19 ans, qui ont dépassé les chiffres enregistrés aux États-Unis. Dans l'*Ontario Child Survey*, enquête réalisée par Joffe, Offord et Boyle (1988), de 5 à 10 p. 100 des garçons et de 10 à 20 p. 100 des filles de 12 à 16 ans ont déclaré avoir eu des idées suicidaires ou tenté de se suicider dans les six mois précédant l'enquête, et ce phénomène était généralement lié à la présence d'un trouble du comportement ou d'un trouble affectif et à la somatisation (symptômes somatiques sans cause physique). Les perturbations familiales et l'arrestation des parents étaient deux variables indépendantes, liées aux risques suicidaires.

Le suicide chez les jeunes est souvent un acte impulsif. Shaffer (1988), dans une étude sur les facteurs de risque suicidaire chez les enfants et les adolescents, a constaté que l'accès aux armes à feu était un facteur important, surtout chez les garçons qui abusent de substances psychoactives. Au Canada, les armes à feu sont utilisées par 45 p. 100 des jeunes garçons et par 18 p. 100 des jeunes filles de moins de 20 ans qui se suicident. Un important sous-groupe de jeunes suicidaires est composé de jeunes gens dociles, anxieux, perfectionnistes, qui s'adaptent mal au changement. Cependant, la plupart des suicides sont commis par des jeunes déprimés ou qui abusent de substances psychoactives et sont souvent déclenchés par une expérience humiliante apparemment triviale.

7 Chez les hommes et les femmes réunis. L'ordre de classement des causes de décès change lorsqu'on étudie séparément les hommes et les femmes (voir par exemple la Figure 7).

De nombreuses études (par exemple, Stack, 1990) attestent les effets néfastes de la publicité faite sur les suicides commis par des personnes célèbres qui, dans bien des cas, peuvent servir de modèles aux jeunes. Parfois, la publicité a paradoxalement pour effet de conférer au suicide un caractère héroïque, ce qui le rend encore plus attrayant et augmente les risques d'imitation. Les jeunes sont également susceptibles de subir l'influence des vagues de suicides commis par des camarades à l'école ou dans le voisinage.

Selon les données transversales actuelles, les taux de suicide dans la population masculine culminent dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans et chez les personnes de 80 ans et plus. Dans la population féminine, ils atteignent un sommet dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans et diminuent progressivement après cet âge (voir Figure 8). L'importance du risque suicidaire chez les jeunes hommes d'âge adulte ne s'explique pas par un simple facteur. Le phénomène est sans doute imputable à une série de facteurs de stress associés au passage à la vie adulte et aux rapports qu'elle implique (études supérieures, vie professionnelle, mariage, etc.), le moment de l'apparition des troubles mentaux (entre autres, la schizophrénie) et la plus grande accessibilité de l'alcool, des drogues et des armes à feu à l'âge adulte.

2. Personnes d'âge moyen avancé et personnes âgées

La répartition par âge du suicide a beaucoup varié au cours des sept dernières décennies. Si le suicide chez les jeunes est un phénomène relativement nouveau, il a toujours été plus répandu chez les personnes d'âge moyen avancé et chez les personnes âgées (voir les Figures 4.1-4.8). Les hommes d'âge très avancé (80 ans et plus), groupe qui grossit le plus rapidement, détiennent en tant que groupe d'âge le record des taux de suicide.⁸ C'est un groupe de gens qui vit plus longtemps grâce aux progrès de la technologie médicale, mais dont la qualité de vie n'a pas évolué au même rythme que l'accroissement de la longévité.

Les facteurs de risque en cause ici seraient essentiellement comparables à ceux qui jouent dans le cas d'autres groupes, notamment, le chômage, l'isolement, les problèmes de santé, la douleur, la dépression, l'alcoolisme, le manque d'estime de soi, le sentiment de rejet, des antécédents de maladie mentale et de tentatives de suicide (Whanger, 1989; Shulman, 1978). Les pertes de tous genres - compagnon, santé, mobilité, utilité pour les autres et autonomie - sont le principal thème associé au suicide dans la population âgée. L'anticipation d'un placement dans un foyer, qui peut impliquer une séparation d'avec un conjoint, peut avoir un effet déclenchant.

Les tentatives de suicide chez les personnes âgées sont moins fréquentes, généralement plus violentes et médicalement plus graves qu'elles ne le sont chez les personnes plus jeunes. De plus, elles sont davantage un signe avant-coureur d'un suicide ultérieur. La dépression est un

8 Si les **taux** sont élevés, la population masculine d'âge très avancé forme un bassin de population relativement réduit, de sorte que le **nombre** réel de décès par suicide y est proportionnellement faible (par exemple, environ 40 décès par an chez les hommes de 80 à 84 ans). De 1988 à 1992, le nombre moyen de suicides chez les hommes de 65 ans et plus était de 329 par an.

important signe précurseur du suicide parmi la population âgée; elle est associée parfois à un abus de l'alcool, qui vise vraisemblablement à combattre l'insomnie et le désespoir (Shulman, 1978). Les insinuations du genre «Je suis fatigué, j'aimerais mieux mourir» ou «J'ai l'impression d'être un fardeau» sont inquiétantes et doivent être prises au sérieux. Il ressort des études américaines que le pistolet et l'asphyxie sont les méthodes de suicide de prédilection. Cependant, la dépression peut aussi indirectement conduire à la mort: dans une étude épidémiologique, 3 000 personnes de plus de 55 ans ont été suivies pendant quinze mois. On a constaté que les risques de décès étaient quadruplés chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur, abstraction faite de la santé physique. Le laisser-aller qu'entraîne la dépression semble accélérer la mort naturelle (Bruce et Leaf, 1989).

Malgré ce sombre portrait du suicide chez les personnes âgées, les mesures préventives sont prometteuses. Il s'agit entre autres de voir à ce que les intéressés bénéficient d'un appui soutenu de la part de la société, soient valorisés par celle-ci et jouissent d'une qualité de vie adéquate (par exemple, des conditions de logement satisfaisantes). De plus, il importe que la dépression clinique soit dépistée et convenablement traitée dans la population âgée. Dans le mois précédant le suicide, les trois quarts des suicidés âgés ont rendu visite à leur médecin, et au cours de la semaine précédente, le tiers l'ont fait (Willis, 1987; Richardson, Lowenstein et Weissberg, 1989). Il est indéniable que des possibilités d'intervention existent.

3. Collectivités autochtones

On a observé que les risques de suicide sont souvent beaucoup plus élevés dans les collectivités autochtones que dans le reste de la population. Si, dans l'état actuel des choses, les bases de données ne nous permettent pas de chiffrer très exactement les taux nationaux de suicide dans les collectivités autochtones, une récente analyse des données accessibles indique que le risque de suicide chez l'ensemble des Indiens inscrits est environ 2,5 fois celui qu'on enregistre dans l'ensemble de la population (Mao et coll., 1992). Selon une étude fédérale sur la santé des autochtones, le taux de suicide uniformisé selon l'âge chez les Indiens en 1990 est de 22 pour 100 000 habitants, contre 11 pour 100 000 dans l'ensemble du Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1992, p. 33). La Figure 10 fait état des données de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada sur les taux de suicide chez les Indiens inscrits.

Des études portant sur des collectivités autochtones précises ont mis en évidence des taux bien supérieurs. Dans une étude sur les suicides et les autochtones de la Colombie-Britannique pendant la période allant de 1984 à 1989, Cooper et ses collaborateurs (1992) ont noté que les taux applicables aux autochtones vivant hors réserve rejoignaient ceux de l'ensemble de la population provinciale, alors que les taux dans les réserves étaient au moins deux fois plus élevés. Ils ont conclu qu'un taux élevé de suicide est généralement associé à diverses caractéristiques de la collectivité, entre autres, un nombre accru d'occupants par foyer, davantage de familles monoparentales, moins d'aînés, un revenu moyen plus bas et un niveau d'instruction moyen plus faible.

Ross et Davis (1986) ont signalé un taux de suicide de 77 pour 100 000 habitants dans une collectivité éloignée du Nord canadien. Les tentatives de suicide chez les adolescents y avaient atteint des proportions épidémiques. Dans une étude prospective sur la mortalité dans 35 réserves et collectivités autochtones de l'Alberta, Jarvis et Boldt (1982) ont trouvé que les taux de mortalité étaient généralement élevés, et que la violence était à l'origine de presque la moitié des décès. Dans 90 p. 100 des morts violentes de tous genres, les victimes étaient, à des degrés divers, sous l'influence de l'alcool. Ces résultats corroborent ceux de Hlady et Middaugh (1988), qui se sont penchés sur le suicide dans les collectivités autochtones de l'Alaska et ont constaté la présence d'alcool chez 79 p. 100 des suicidés. Dans les trois quarts des décès, une arme à feu avait été utilisée.

Dans les études faites par Berlin (1985 et 1987), l'alcoolisme apparaît comme un problème majeur pour les tribus américaines qui accusent des taux élevés de suicide, et l'abus de substances inhalées et d'alcool est un phénomène répandu parmi les adolescents. Bon nombre de jeunes vivent loin de chez eux, dans des pensionnats surpeuplés, mal pourvus en personnel, où ils sont livrés à eux-mêmes. Dans pareil contexte social démoralisant, soulignent Manson et ses collaborateurs (1989), le tiers des élèves admettent que des idées de suicide leur ont traversé l'esprit au cours du mois précédant l'enquête. Les sujets particulièrement vulnérables ont signalé des états dépressifs plus graves, davantage d'abus d'alcool ou un manque de soutien familial.

Des données nationales sur le suicide chez les Inuits sont encore plus difficiles à obtenir; toutefois, la progression du phénomène dans ces collectivités est

généralement considérée comme l'un des plus graves problèmes sociaux que vivent actuellement les Inuits. (Pauktuutit Inuit Women's Association, 1993). Les enquêtes sur la mortalité chez les Inuits du Canada, du Groenland et de l'Alaska indiquent que l'escalade des taux de suicide observée au cours des trois dernières décennies a pris des proportions inquiétantes, et que les principales victimes sont les jeunes hommes célibataires (Young, Moffatt et O'Neill, 1992; Bjerregaard, 1991; Thorslund, 1990; Forbes et Van der Hyde, 1988). La littérature associe au phénomène plusieurs facteurs possibles, analogues à ceux qui interviennent dans le cas d'autres collectivités autochtones, notamment l'usage abusif de l'alcool (Kettl et Bixler, 1993), la dépression, l'instabilité familiale, l'absence d'encadrement social, la perte de sa dignité (Kahn, 1986); l'évolution des modes de vie et du contexte économique, l'accessibilité des armes à feu (Kettl et Bixler, 1991), et (surtout dans le cas des jeunes), l'acculturation, le dépaysement, le désespoir et l'impuissance, la violence familiale, l'isolement, la délinquance et le rejet de la part des proches (Charles, 1991).

Les taux de suicide varient considérablement d'une collectivité autochtone à l'autre et rejoignent parfois ceux de l'ensemble de la population. Dans les collectivités fortement touchées par le suicide, une anomie chronique semble contribuer au phénomène. Berlin (1985) a examiné la littérature sur le suicide chez les adolescents en milieu autochtone. Selon lui, ces jeunes viennent de milieux familiaux chaotiques : prise en charge par de multiples personnes pendant l'enfance, tiraillement entre les membres de la famille, déménagements fréquents, divorce ou abandon du foyer conjugal par les parents, dans 50 p. 100 des cas. Dans 20 p. 100 des cas, un parent, un membre de la famille ou

un ami a déjà essayé de se tuer. Il semble que pour ces jeunes, l'appartenance à la culture traditionnelle et l'obligation de réussir dans la culture nord-américaine soient un fardeau lourd à porter. Cette remarque est surtout vraie dans le cas des enfants autochtones adoptés par des familles non autochtones, une situation qui suscite chez eux une confusion des valeurs. L'expression «flower of two soils» (produit d'une double culture) résume bien l'essence de ce problème (Beiser, 1984).

Ward et Fox (1977) ont décrit une épidémie de suicides chez des jeunes adultes d'une réserve de Manitoulin Island, marquée par l'effritement des traditions et de la famille et par l'abus de l'alcool. Cinq ans plus tard, le comportement suicidaire avait reculé suite à un programme d'intervention, bien que les conditions sociales dans la réserve n'eussent pas évolué. Timpson (1984) a décrit un réseau d'intervention mis sur pied dans la région de Sioux Lookout, au nord de l'Ontario, pour lutter contre les comportements suicidaires dans les populations autochtones.

Kirmayer (1994) a publié une analyse exhaustive d'études sur le suicide chez les autochtones du Canada qu'il a situées dans le contexte de recherches plus générales sur le suicide. La Commission royale sur les peuples autochtones est à préparer un rapport important sur la question. Kirmayer préconise une démarche qui intègre les perspectives psychiatrique et sociologique, faisant ressortir la nécessité d'offrir des services cliniques et sociaux améliorés ainsi que des analyses et interventions sociales et politiques:

En dernière analyse, c'est la souffrance et le désespoir qui poussent l'individu suicidaire à commettre son geste. Ces sentiments sont engendrés à la fois par des troubles mentaux et par des problèmes

existentiels qui découlent directement de plusieurs phénomènes : la rapidité des changements sociaux, la perte de sa culture, de son histoire et de son identité, une situation défavorable par rapport à l'ensemble de la société et le racisme... Si les études sur la santé mentale mettent généralement l'accent sur les problèmes et les solutions individuels, il ne faudrait pas pour autant perdre de vue que lorsqu'on a affaire aux autochtones, le suicide mérite d'être envisagé dans une perspective plus vaste (p. 42).

(Voir discussion sur le suicide en milieu autochtone à l'annexe 3.)

4. Homosexuels et lesbiennes

Plusieurs études montrent que les risques de tentative de suicide sont respectivement six et deux fois plus élevés chez les homosexuels et les lesbiennes que dans des groupes témoins composés d'hommes et de femmes hétérosexuels et célibataires (Bell et Weinberg, 1978; Saghir et Robins, 1973; Jay et Young, 1979). Ces conclusions sont corroborées par le U.S. Secretary's Task Force Report on Youth Suicide, qui rend compte d'études plus récentes (Gibson, 1989). Chez les homosexuels, c'est l'adolescence qui est la période la plus critique, compte tenu du stress associé à la reconnaissance de leur identité sexuelle par eux-mêmes, par leur famille et par leur collectivité. Chez les lesbiennes, le risque suicidaire est plus élevé plus tard dans la vie, dans le contexte d'une rupture.

Des études épidémiologiques restent à faire sur le suicide et la tentative de suicide chez les homosexuels et les lesbiennes. De l'avis de Tanney (1992, p. 303), la base de données actuelle qui établit une corrélation entre le comportement suicidaire et

l'orientation sexuelle «est trop mince et les études ont été surinterprétées, de telle sorte qu'il est impossible, dans l'état actuel des choses, d'en tirer des conclusions valables». Les données sur le nombre de suicides dans ces populations sont rares. Selon les méthodes établies de collecte de données, l'orientation sexuelle n'est pas retenue comme variable, et, en raison de la stigmatisation et des préjugés associés à l'homosexualité, les personnes à risque et les membres de la famille des suicidés ne sont pas portés à fournir ce genre de renseignements. Il reste que, si l'on se fie aux données disponibles actuellement sur la fréquence des facteurs de risque connus (par exemple, précédentes tentatives de suicide, toxicomanie, rupture de liens affectifs et sociaux) chez les homosexuels et les lesbiennes, le taux de suicide y est sans doute assez élevé. En général, les modèles théoriques qui associent le risque suicidaire au stress et à l'aliénation confirment cette hypothèse (Saunders et Valente, 1987). D'après Gibson (1989), jusqu'à 30 p. 100 des suicides observés chaque année chez les jeunes touchent les homosexuels et les lesbiennes. Il attribue le problème à l'attitude discriminatoire et réprobatoire de la société vis-à-vis des homosexuels, qui ne reconnaît pas que l'homosexualité chez les jeunes est un phénomène répandu. D'où la difficulté pour les jeunes homosexuels et lesbiennes d'avoir des modèles de rôle positifs, d'obtenir les services de counseling appropriés et de conserver leur estime d'eux-mêmes, d'acquérir des compétences et de maintenir des liens sociaux, familiaux et personnels, autant de facteurs de protection contre le suicide.

5. Détenus

Les détenus représentent un autre groupe à haut risque. Selon une étude réalisée par le Service correctionnel du Canada, (Bureau des conseillers en gestion, 1981), les suicides sont inexistant dans les établissements à sécurité minimale, plus fréquents dans les prisons à sécurité moyenne et le plus répandus dans les établissements à sécurité maximale. La plupart des suicides se produisent par pendaison en cellule ordinaire, malgré la présence d'autres détenus. On observe un taux de suicide plus élevé chez les détenus condamnés pour des crimes contre la personne que chez ceux qui purgent une peine pour des crimes contre les biens. La fréquence des tentatives de suicide (gestes suicidaires sans issue fatale) suit une évolution comparable à celle des suicides dans les établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, mais contrairement aux suicides, les tentatives sont plus fréquentes dans les cellules d'isolement que dans les cellules ordinaires.

Une étude réalisée en milieu pénitentiaire au Québec (Hodgins et Côté, 1990) indique que les taux de prévalence de troubles mentaux et de toxicomanies graves au cours d'une vie y sont élevés. Or, on considère souvent qu'il s'agit là de facteurs suicidogènes. Bland, Newman, Dyck et Orn (1990) ont observé que les détenus de sexe masculin des établissements pénitentiaires d'Edmonton étaient plus nombreux que les membres d'un échantillon prélevé dans la population générale à avoir souffert d'une maladie mentale à un moment donné de leur vie ou au cours des six mois précédant l'étude. Cette population comptait un nombre disproportionné de célibataires et d'hommes moins instruits, et les autochtones y étaient sur-représentés.

Il ressort d'un récent rapport du Service correctionnel du Canada (1992) que le taux de suicide en milieu pénitentiaire a régressé pendant la seconde moitié des années 80, passant de 19,7 à 8,7 pour 10 000 détenus, après quoi il s'est remis à grimper, atteignant 13,6 pour 10 000 (16 décès) en 1991-1992.⁹ Le recul observé à la fin des années 80 suit une tendance parallèle, mais bien moins marquée, dans l'ensemble de la population, au cours de la même période (voir la Figure 9). Même si l'on ne retenait que le chiffre le plus bas, il reste que le taux de suicide parmi les détenus serait au moins six fois plus élevé que dans l'ensemble de la population. (Remarque: Le bassin de population étant réduit, le moindre changement dans le nombre de décès peut avoir une incidence considérable sur le taux.)

Selon les auteurs du rapport, il est difficile, pour diverses considérations méthodologiques, de tirer des conclusions générales à partir des études qui existent déjà sur le suicide dans les établissements pénitentiaires de divers pays. Le Service correctionnel du Canada a mis au point une Stratégie nationale de prévention du suicide et de l'automutilation (Service correctionnel du Canada, 1991, 1992B).

Dooley (1990) a mené une enquête rétrospective sur les décès par suicide en milieu carcéral, entre 1972 et 1987, en Angleterre et dans le pays de Galles. Il a trouvé que le taux de suicide y était quatre fois supérieur à ce qu'il était dans l'ensemble de la population. Les causes de ce phénomène semblent être liées à l'expérience de la détention: incapacité d'accepter la durée de la peine, représailles réelles ou perçues de la part d'autres détenus, incapacité de s'adapter à la

privation de liberté, ou manque de communication avec la famille. À cela s'ajoutent les pressions venant de l'extérieur, comme une mauvaise nouvelle (par exemple, un appel rejeté ou des problèmes familiaux) ou la remise en question d'une relation importante. La culpabilité à l'égard du délit lorsqu'on a fait du tort à une autre personne était à l'origine d'un suicide sur huit, y compris chez une minorité qui avait assassiné le conjoint. Le tiers des suicidés avaient des antécédents de maladie mentale et le quart avaient reçu des soins psychiatriques en établissement. Vingt-neuf pour cent d'entre eux avaient abusé de l'alcool et vingt-trois pour cent avaient abusé des drogues. Dans un cas sur cinq, le suicide était entraîné par la maladie mentale, et de manière générale, les patients atteints de troubles mentaux avaient déjà tenté de se suicider.

Dooley parvient à la conclusion que la détention préventive est une période où les risques suicidaires sont particulièrement élevés. Onze pour cent seulement de la population carcérale était en détention préventive; en revanche, 47 p. 100 des suicidés appartenaient à ce groupe. La vaste majorité des détenus se sont enlevé la vie au plus profond de la nuit, même dans des cellules surpeuplées, en se pendant aux barreaux de la cellule. La fin de l'été semble être, plus que le printemps, le moment de l'année où la plupart des suicides ont lieu. Ce phénomène tient peut-être en partie aux effets de la suspension des travaux des tribunaux. Les suicidés étaient plus nombreux à se voir infliger ou à purger des peines plus longues, et il est raisonnable de penser que ces détenus avaient l'impression de n'avoir aucun avenir.

9 Ou, selon le mode habituel de présentation des données statistiques sur le suicide, de (l'équivalent de) 197 à (l'équivalent de) 87 pour 100 000. À titre de comparaison, les taux applicables à l'ensemble de la population (hommes et femmes) sont passés de 14,8 pour 100 000 en 1978 à 12,7 pour 100 000 en 1990.

Green, Andre, Kendall et leurs collaborateurs (1992) ont examiné les dossiers de 133 cas de suicide enregistrés dans les établissements pénitentiaires fédéraux canadiens entre 1977 et 1988 et ont confronté leurs résultats à ceux d'autres études d'envergure. Ils ont trouvé, à l'instar des auteurs d'études antérieures, qu'en milieu carcéral, le suicide touche davantage la population masculine; que le célibat, la séparation, le divorce ou le veuvage semblent être un facteur de risque; que la pendaison est le mode de suicide de prédilection; que des antécédents d'hospitalisation ou de consultation psychiatrique sont fréquents et qu'une forte proportion de suicidés ont réalisé une tentative au cours de l'année précédente.

À la différence de certains autres chercheurs, Green et ses collaborateurs ont trouvé que le suicide est également réparti dans les différents groupes d'âge et n'est nettement plus élevé dans aucun; qu'il n'existe aucun moment de la journée ou de l'année où les risques sont particulièrement élevés et aucune corrélation évidente entre suicide et durée de la peine. Dans la majorité des cas, le suicide a eu lieu dans la cellule du prisonnier. Les deux tiers des intéressés avaient des antécédents d'alcoolisme et 54 %, des antécédents de toxicomanie. Indépendamment du délit ou de la durée de la peine, les six premiers mois qui suivent la détermination de la peine représentent une période particulièrement critique, où surviennent la moitié des suicides. Il semble y avoir un certain lien entre le recours à la violence ou à des armes lors du délit et le risque de suicide. Comme dans beaucoup d'autres études, on ne trouve ici aucune comparaison entre les 133 suicidés et

l'ensemble de la population carcérale, de sorte qu'il est difficile de juger de la valeur prédictive des caractéristiques qui en ressortent.

6. La tentative de suicide comme facteur de risque

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes, surtout dans la population féminine. De 10 à 13 p. 100 des candidats au suicide finissent par s'enlever la vie, d'après des études de suivi de longue durée (Sakinofsky et coll., 1990). La fréquence des tentatives de suicide est nettement sous-estimée, car la plupart des études ne font état que des cas signalés par les hôpitaux (Meehan et coll., 1992). Selon deux études canadiennes réalisées lors de décennies différentes et fondées sur des méthodes diverses, le rapport entre les tentatives de suicide et les suicides est d'au moins 100:1 (Ramsay et Bagley, 1985; Whitehead et coll., 1973)¹⁰. Ce rapport devrait varier selon l'âge, le sexe et d'autres facteurs, notamment la définition fonctionnelle retenue pour la «tentative de suicide» ou le «parasuicide». D'après les extrapolations faites par Shaffer et Bacon (1989) à partir d'études déjà réalisées, le rapport pourrait se situer entre 30 et 50 tentatives de suicide pour chaque suicide masculin, et entre 150 et 300 tentatives pour chaque suicide féminin. Chez les adolescents, il pourrait varier de 60:1 chez les garçons plus vieux à 600:1 chez les plus jeunes filles. Les auteurs notent une constatation constante, à savoir que seuls 25 à 40 p. 100 des suicidés ont déjà fait une tentative, et ils remettent sur le tapis la

10 D'après les données tirées du Supplément Santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario, il y aurait 26 tentatives de suicide pour un suicide (Sakinofsky et Webster, 1994).

question de savoir si le suicide et la tentative de suicide sont des phénomènes distincts (bien qu'apparentés) ou des aspects du même phénomène.

Les recherches n'ont pas encore expliqué clairement pourquoi le rapport entre les tentatives de suicide et les suicides diffère chez les hommes et chez les femmes et entre divers groupes d'âge. Si ce phénomène peut s'expliquer par des différences d'intensité dans la volonté de mourir ou par la diversité des profils psychopathologiques, l'efficacité plus ou moins grande des méthodes que choisissent ou dont disposent les différents groupes de candidats au suicide compte sans doute pour beaucoup. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure ou dans quels cas le choix d'une méthode moins fatale rend compte d'une différence dans l'intensité de la volonté de mourir (Shaffer et Bacon, 1989).

Quoi qu'il en soit, la majorité des tentatives de suicide seraient davantage un «cri d'alerte» ou une façon d'échapper à une situation jugée intolérable que l'expression d'une nette volonté de mourir. Ennis et ses collaborateurs (1989) ont diagnostiqué une dépression grave chez environ le tiers des patients qui ont tenté de se suicider, mais ils sont parvenus à la conclusion que cette dépression était causée par une détresse extrême plutôt que par une maladie mentale caractérisée. Cette constatation confirme celle de Sakinofsky et ses collaborateurs (1990), qui ont observé des troubles de l'adaptation chez la moitié de leurs patients et des troubles affectifs chez 40 p. 100 d'entre eux. La moitié souffrait de troubles de la personnalité, essentiellement la personnalité limite et la personnalité antisociale. Ces auteurs ont suivi 228 candidats au suicide pendant une année afin de déterminer si le fait de régler leurs problèmes avait pour conséquence de

réduire le besoin de recourir ultérieurement à des comportements suicidaires. Après trois mois, ceux qui avaient surmonté leurs difficultés étaient bien moins déprimés, moins hostiles et moins isolés qu'ils ne l'étaient au départ. Leur estime d'eux-mêmes avait augmenté et leur sentiment d'impuissance diminué. En outre, leurs relations conjugales et familiales s'étaient améliorées nettement plus que ceux qui n'étaient pas parvenus à régler leurs problèmes. Ces derniers continuaient d'éprouver des difficultés sur tous ces plans.

Malgré l'amélioration constatée chez ceux qui avaient surmonté leurs problèmes, les taux de récurrence dans les deux groupes (16 p. 100) étaient les mêmes lors des visites de suivi rendues après trois mois. Sakinofsky et Roberts (1990) ont comparé les récidivistes aux non récidivistes, tant chez ceux qui avaient résolu leurs problèmes que chez ceux qui n'y étaient pas parvenus. Ils ont constaté que les récidivistes étaient beaucoup plus jeunes au moment de leur première tentative et comptaient beaucoup plus d'épisodes antérieurs. Leurs problèmes étaient plus graves à leurs yeux, et ils étaient hostiles envers les autres, éprouvaient un sentiment d'impuissance et leurs attitudes sociales allaient à l'encontre des valeurs du reste de la société.

Il semblerait qu'il existe un petit sous-groupe de récidivistes chroniques pour qui les conduites suicidaires finissent par devenir un mode de réaction habituel aux situations de stress. La brièveté du laps de temps qui sépare l'événement déclenchant du geste suicidaire chez les récidivistes donne à penser que ces derniers sont plus impulsifs que les non récidivistes. C'est cette constatation qui a amené les chercheurs à envisager l'hypothèse d'un dérèglement du fonctionnement de la sérotonine au sein de ce groupe (Roy et Linnoila, 1988).

Selon Wenz (1979), la personne ayant attenté à ses jours a évolué très jeune dans un milieu familial anémique, perturbé et dérégulé, et dont les membres sont ouvertement en conflit. L'absence de points d'ancrage solides pendant l'enfance a été mise en lumière par Adam (1986) et récemment par Van der Kolk et ses collaborateurs (1991). Soixante pour cent de ces personnes ont connu un univers familial chaotique, marqué par la dissension, la séparation, le divorce ou le décès du père ou de la mère (Sakinofsky, 1978).

Il ressort d'une étude réalisée à London, en Ontario, que les tentatives de suicide semblent être concentrées dans les zones urbaines défavorisées (Jarvis et coll., 1982). D'autres études (Sakinofsky, 1979; Platt et Kreitman, 1990) ont mis en évidence des taux de chômage élevés chez les personnes ayant attenté à leurs jours.

Barnes (1986) a constaté que les récidivistes sont plus nombreux à se donner la mort que les personnes qui n'ont commis qu'une seule tentative de suicide. Dans l'étude de Sakinofsky et ses collaborateurs (1990), près de deux pour cent de l'échantillon s'était suicidé au cours de la première année du suivi. Il ressort de deux autres études, l'une faite en Amérique du Nord, l'autre en Europe, que les personnes qui ont attenté à leurs jours présentaient 40 fois plus de risques de suicide que les membres de l'ensemble de la population qui n'ont jamais fait de tentative de suicide (Motto et Tanney, 1990; Lonqvist, 1983). Le counseling psychosocial ne semble pas avoir pour effet de réduire la fréquence des récidives; par contre, il peut améliorer les conditions sociales des intéressés et de leur famille.

Trautman (1989) n'a trouvé dans les recherches que peu de données à l'appui de l'idée que les personnes qui ont déjà tenté de se donner la mort et qui sont suivies par un professionnel sont moins nombreuses à finir par s'enlever la vie. Il note que ce groupe de personnes présentent de multiples problèmes et sont réfractaires au traitement (ou ne s'y conforment pas). Parmi les problèmes qui pourraient être justiciables d'une intervention figurent les dépressions graves, l'agressivité ou les troubles de comportement, les maladies physiques connexes, l'alcoolisme et la toxicomanie, la maladie mentale des parents, les difficultés conjugales et les conflits entre parents et enfants. En ce qui concerne les adolescents candidats au suicide, Trautman préconise une brève thérapie active qui met l'accent sur l'apprentissage de compétences, mise sur les ressources de l'extérieur, fait participer le patient au règlement de problèmes et met à contribution la famille. À l'instar de Brent et de Lerner (1994), l'auteur estime que les démarches fondées sur le modèle cognitiviste offrent des perspectives prometteuses.

Tableau 1 : Nombre de suicides au Canada, 1988-1992

Année	Hommes	(%)	Femmes	(%)	Total
1988	2 734	(77,9)	776	(22,1)	3 510
1989	2 696	(77,2)	796	(22,8)	3 492
1990	2 673	(79,1)	706	(20,9)	3 379
1991	2 875	(80,0)	718	(20,0)	3 593
1992	2 923	(78,8)	786	(21,2)	3 709
Total (5 ans)	13 901	(78,6)	3 782	(21,4)	17 683

Source : Statistique Canada

Tableau 2.1 : Taux de suicide chez les hommes et ordre de classement des provinces, à intervalles de 10 ans*

Région	1950	Rang	1960	Rang	1970	Rang	1980	Rang	1990	Rang
Î.-P.-É.	6,1	8	15,3	4	21,6	2	21,2	5	21,7	4
Nouvelle-Écosse	10,5	6	11,6	7	16	7	20,8	6	21,7	4
Nouveau-Brunswick	9,6	7	7,4	9	8,3	10	20,5	7	19,6	7
Québec	5,2	9	7,7	8	13,3	8	23,1	3	27,2	1
Ontario	13,6	4	13,4	6	16,2	6	18,9	8	14,1	10
Manitoba	17,6	2	18,7	1	19,7	4	16	9	20,7	6
Saskatchewan	12,4	5	14,3	5	18,2	5	24,9	2	24,9	3
Alberta	14	3	15,5	2	20,1	3	26,7	1	25,7	2
Colombie-Britannique	26,5	1	15,4	3	22,4	1	23,1	3	19,4	8
Terre-Neuve	3,9	10	4,8	10	8,7	9	6,3	10	15,8	9
Yukon	61,2		25,3		97,7		84,8		36,7	
T.N.-O.	44,4		16,1		17,2		38,4		57,4	

* Les taux (bruts) non uniformisés, exprimés en termes de nombre de décès pour 100 000 habitants. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ne figurent pas dans ce classement, en raison de la taille réduite de leur population. Les Figures 5.1-5.3 offrent des comparaisons fondées sur les taux uniformisés selon l'âge.

Tableau 2.2 : Taux de suicide chez les femmes et ordre de classement des provinces, à intervalles de 10 ans*

	1950	Rang	1960	Rang	1970	Rang	1980	Rang	1990	Rang
Région										
Î.-P.-É.	0	9,5	0	10	0	10	1,6	9	0	10
Nouvelle-Écosse	3,5	3,5	4,2	2	2,6	8	2,3	8	4,4	7
Nouveau-Brunswick	2	8	1,7	7	3,5	7	2,9	7	3,8	9
Québec	2,1	7	2,2	6	4,6	6	6,8	5	5,9	3
Ontario	4,1	2	3,8	3	8,2	2	7,4	3	4,3	8
Manitoba	2,7	5	3,4	4	5,9	4	7,7	2	5,2	5
Saskatchewan	2,5	6	1,6	8	4,8	5	6,9	4	5,6	4
Alberta	3,5	3,5	2,4	5	6,4	3	9,3	1	6,9	1
Colombie-Britannique	9,2	1	4,6	1	9,6	1	6,7	6	6,2	2
Terre-Neuve	0	9,5	0,5	9	0,8	9	0,4	10	4,5	6
Yukon	0		0		51,2		9,5		0	
T.N.-O.	14,3		0		0		0		7,6	

Source : Statistique Canada

* Voir le renvoi du Tableau 2.1

Tableau 2.3 : Suicides par sexe et par groupe ethnique, Territoires du Nord-Ouest, 1984 à 1993

	Inuits		Dénés		Autres*		Total
	H	F	H	F	H	F	
Année							
1984	9	1	5	0	2	1	18
1985	10	1	5	0	3	0	19
1986	8	2	1	1	5	1	17
1987	5	5	4	1	1	0	16
1988	13	3	2	1	1	1	21
1989	14	4	7	1	5	1	32
1990	9	3	4	0	5	1	22
1991	13	1	0	0	7	2	23
1992	14	2	1	0	2	0	19
1993	19	3	3	1	5	1	32
Totaux	114	25	32	4	36	8	219

Source : Bureau du coronier, ministère de la Santé, T.N.-O.

* La catégorie "Autres" comprend les Métis et les non autochtones.

Tableau 3 : Méthodes de suicide, Canada, 1980-1982 et 1990-1992

	1980-82		1990-92		1980-82		1990-92	
	Hommes				Femmes			
	Décès	%	Décès	%	Décès	%	Décès	%
Armes à feu ou explosifs	3 218	41,10	3 019	35,64	277	11,29	195	8,82
Pendaison	1 920	24,52	2 612	30,83	463	18,87	492	22,26
Empoisonnement	844	10,78	811	9,57	993	40,46	827	37,42
Gaz ou vapeurs	843	10,77	991	11,70	198	8,07	253	11,45
Saut d'un lieu élevé	321	4,10	372	4,39	157	6,40	150	6,79
Noyade	333	4,25	266	3,14	208	8,48	156	7,06
Instrument tranchant et perforant	141	1,80	159	1,88	43	1,18	37	1,67
Autres	210	2,68	241	2,85	115	4,69	100	4,52
Total	7 830	100	8 471	100	2 454	100	2,210	100

Source : Statistique Canada, Causes de décès, N° cat. 84-203 [pour 1980-1982]; Rapports sur la santé, Suppl. n° 11, 1992, Vol. 4, N° 1 : Causes de décès 1990, N° cat. 82-003S11; Causes de décès, 1991 et Causes de décès 1992, N° cat. 84-208.

Tableau 4.1 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Hommes),* Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an

Province	Cas/An (Moyenne)	Taux moyen	Intervalle de confiance	
			Inférieur	Supérieur
Canada	2 792	20,16		
Terre-Neuve	38	13,28	9,03	17,53
Île-du-Prince-Édouard	15	23,28	11,27	35,29
Nouvelle-Écosse	88	19,43	15,37	23,49
Nouveau-Brunswick	74	20,2	15,59	24,82
Québec	902	25,63	23,95	27,3
Ontario	766	14,87	13,81	15,92
Manitoba	112	20,63	16,8	24,46
Saskatchewan	109	22,44	18,19	26,68
Alberta	328	25,94	23,12	28,76
Colombie-Britannique	336	20,07	17,92	22,22
Yukon	4	23,64	0	49,2
Territoires du Nord-Ouest	19	54,8	29,38	80,22

* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991). Voir aussi la Figure 5.1.

Source : Statistique Canada

Tableau 4.2 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Femmes),* Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an

Province	Cas/An (Moyenne)	Taux moyen	Intervalle de confiance	
			Inférieur	Supérieur
Canada	752	5,34		
Terre-Neuve	6	2,14	0,44	3,85
Île-du-Prince-Édouard	1	1,98	0	5,46
Nouvelle-Écosse	17	3,73	1,96	5,5
Nouveau-Brunswick	13	3,34	1,49	5,2
Québec	226	6,18	5,38	6,99
Ontario	237	4,49	3,92	5,06
Manitoba	27	4,88	3,01	6,73
Saskatchewan	26	5,53	3,40	7,67
Alberta	97	7,81	6,24	9,38
Colombie-Britannique	98	5,80	4,66	6,95
Yukon	1	3,42	0	12,94
Territoires du Nord-Ouest	3	9,17	0	19,86

* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991). Voir aussi la Figure 5.2.
Source : Statistique Canada

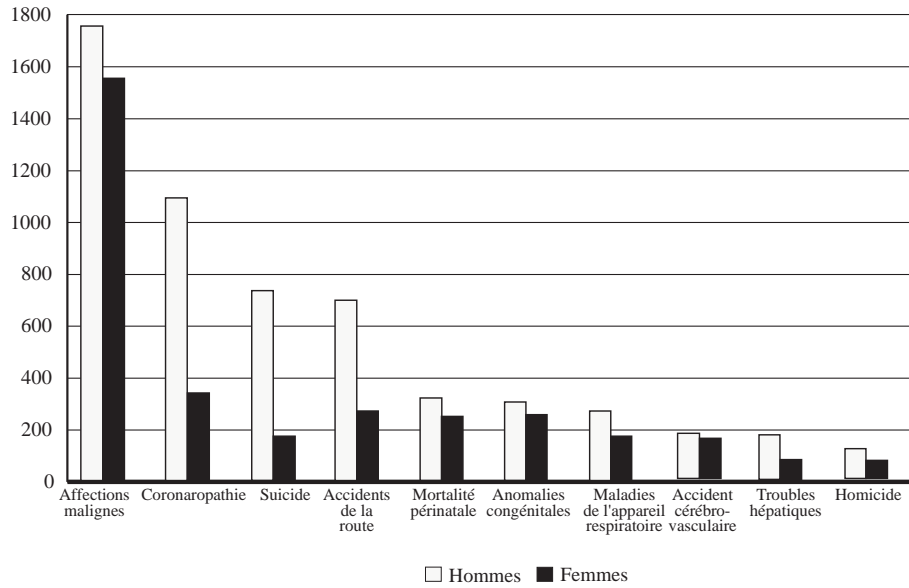
Tableau 4.3 : Taux moyens de suicide rajustés selon l'âge (Hommes et femmes),* Canada et les provinces/territoires, 1989-1992, et nombre moyen de suicides par an

Province	Cas/An (Moyenne)	Taux moyen	Intervalle de confiance	
			Inférieur	Supérieur
Canada	3543	12,69		
Terre-Neuve	45	7,44	5,44	10,04
Île-du-Prince-Édouard	16	12,57	6,35	18,79
Nouvelle-Écosse	105	11,51	9,31	13,71
Nouveau-Brunswick	87	11,71	9,24	14,18
Québec	1129	15,77	14,85	16,69
Ontario	1003	9,61	9,01	10,2
Manitoba	139	12,73	10,60	14,85
Saskatchewan	135	14,03	11,65	16,42
Alberta	425	16,95	15,33	18,57
Colombie-Britannique	434	12,93	11,71	14,15
Yukon	4	13,98	0	28,31
Territoires du Nord-Ouest	22	32,58	18,46	46,7

* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991). Voir aussi la Figure 5.3.
Source : Statistique Canada

**Figure 1 : Années potentielles, de vie perdues
(jusqu'à 75 ans), Canada, 1991**

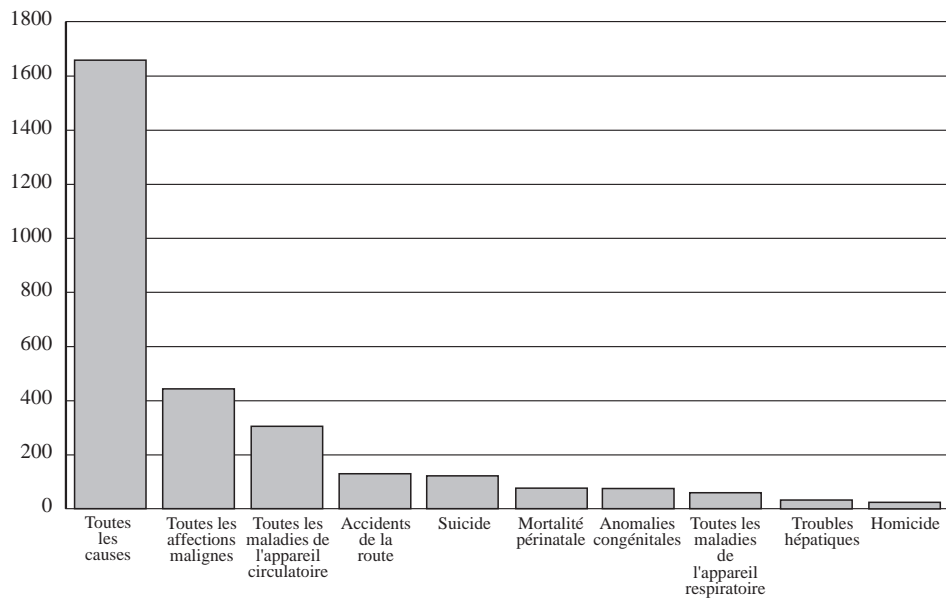
(Taux pour 100 000 habitants)



Source: Laboratoire de lutte contre la maladie,
Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques
Santé Canada

**Figure 1.1 : Années potentielles de vie perdues - Hommes et femmes confondus (jusqu'à 75 ans),
Certaines causes, Canada, 1991**

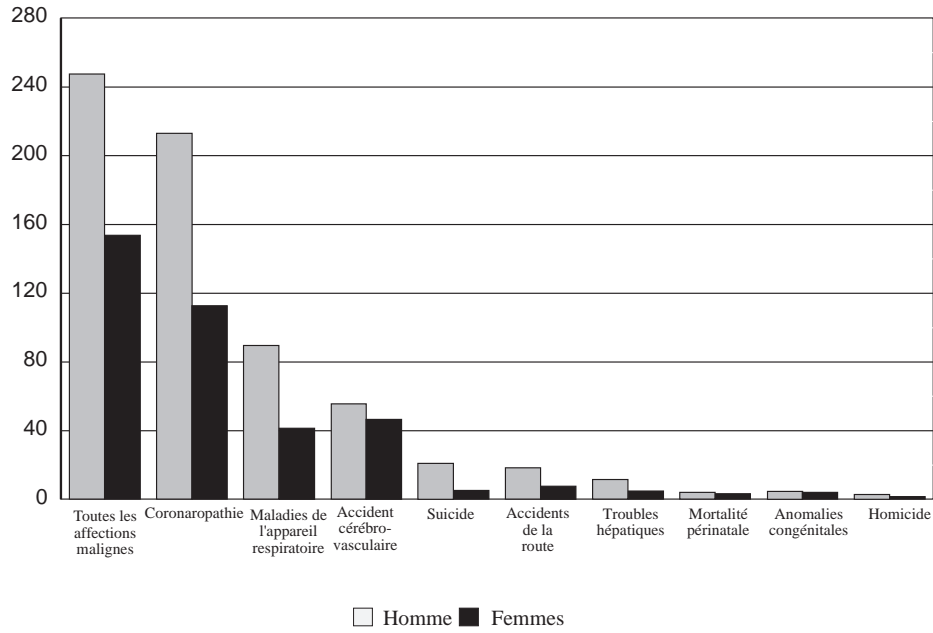
(en milliers d'années)



Source: Laboratoire de lutte contre la maladie,
Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques
Santé Canada

Figure 2 : Taux de mortalité, Certaines causes, Canada, 1991

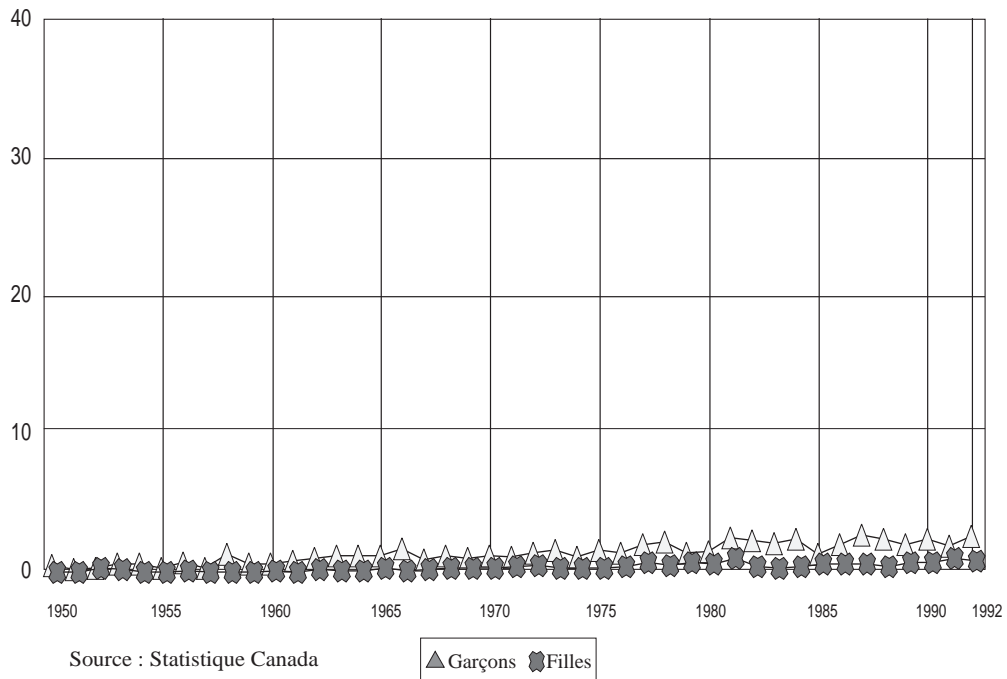
(Taux pour 100 000 habitants; tous les âges, normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991)



Source : Statistique Canada

Figure 3.1 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10-14 ans

(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.2 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 15-19 ans

(Pour 100 000 habitants)

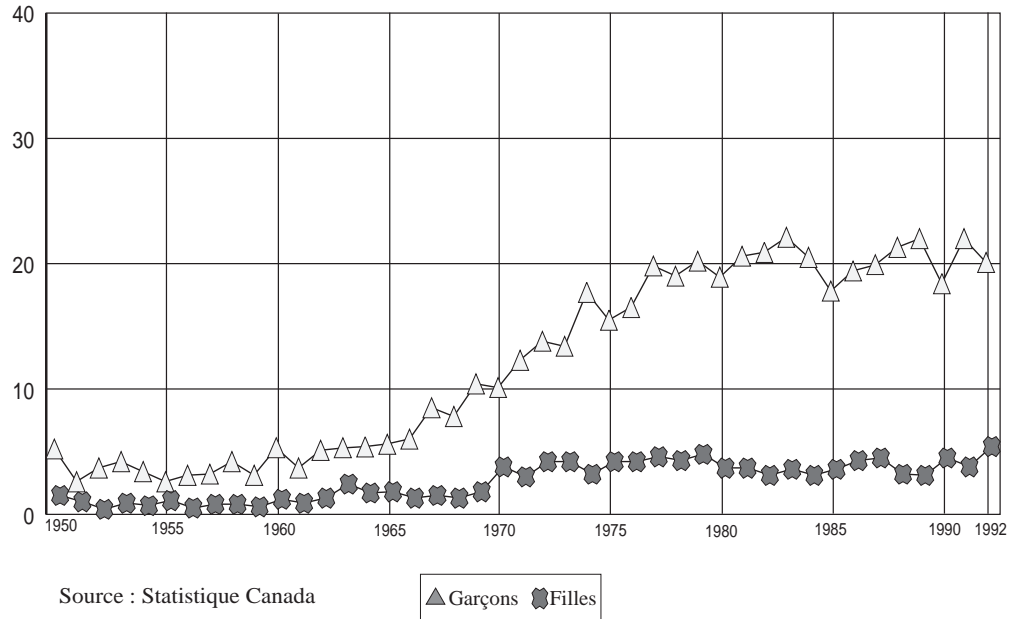
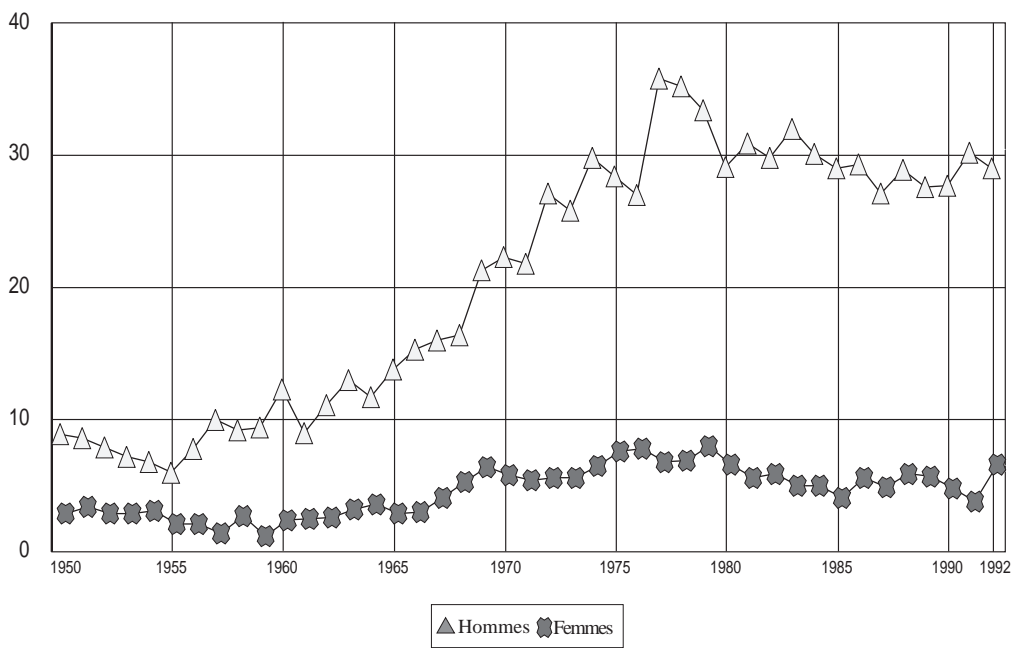


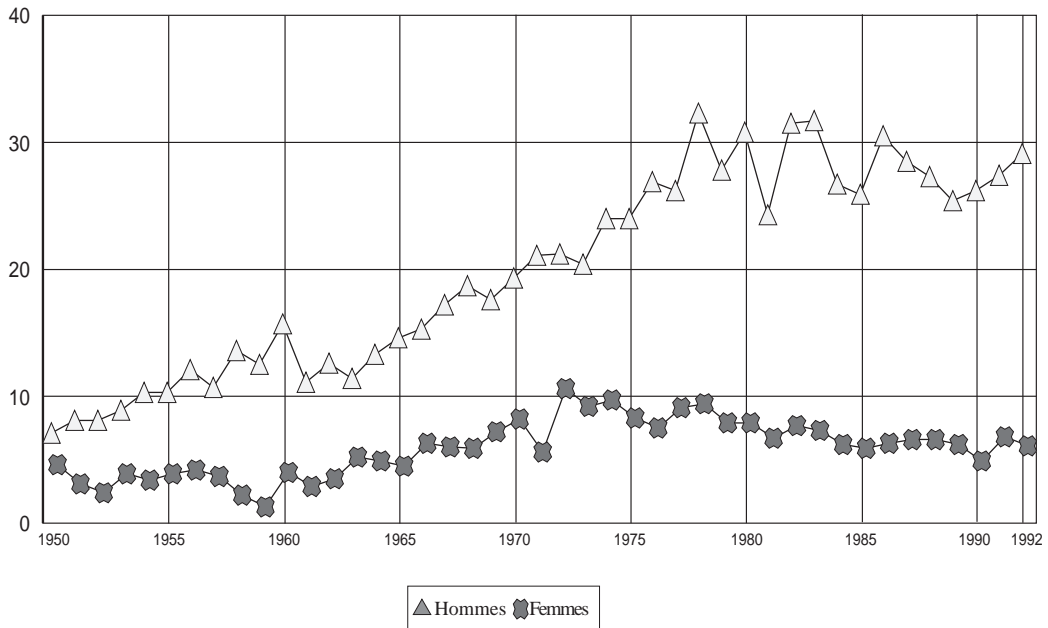
Figure 3.3 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 20-24 ans

(Pour 100 000 habitants)



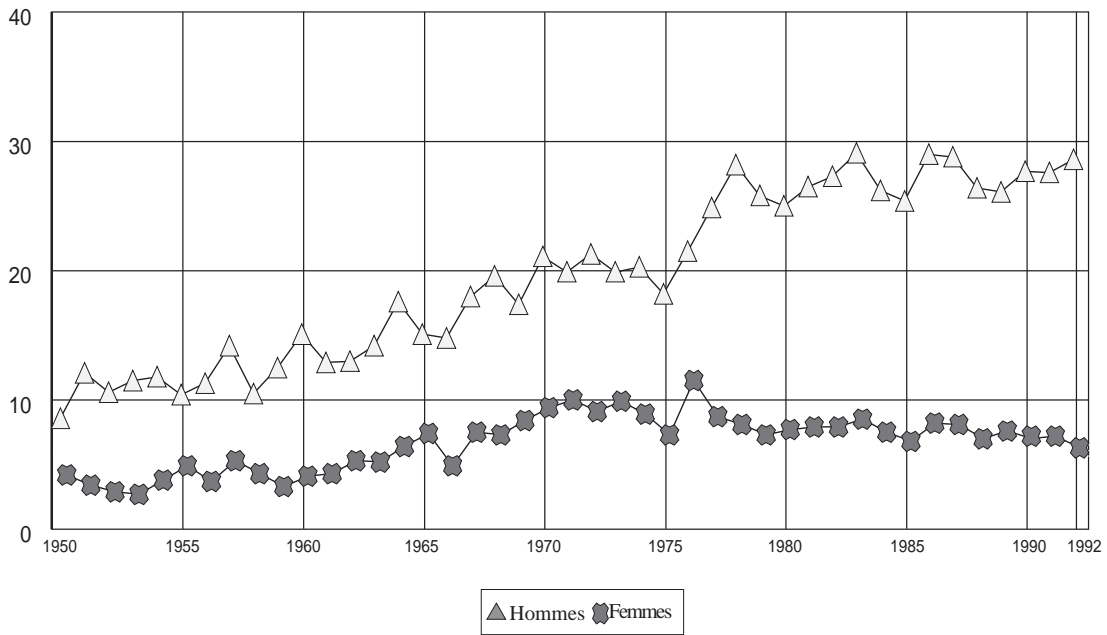
Source : Statistique Canada

Figure 3.4 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 25-29 ans
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

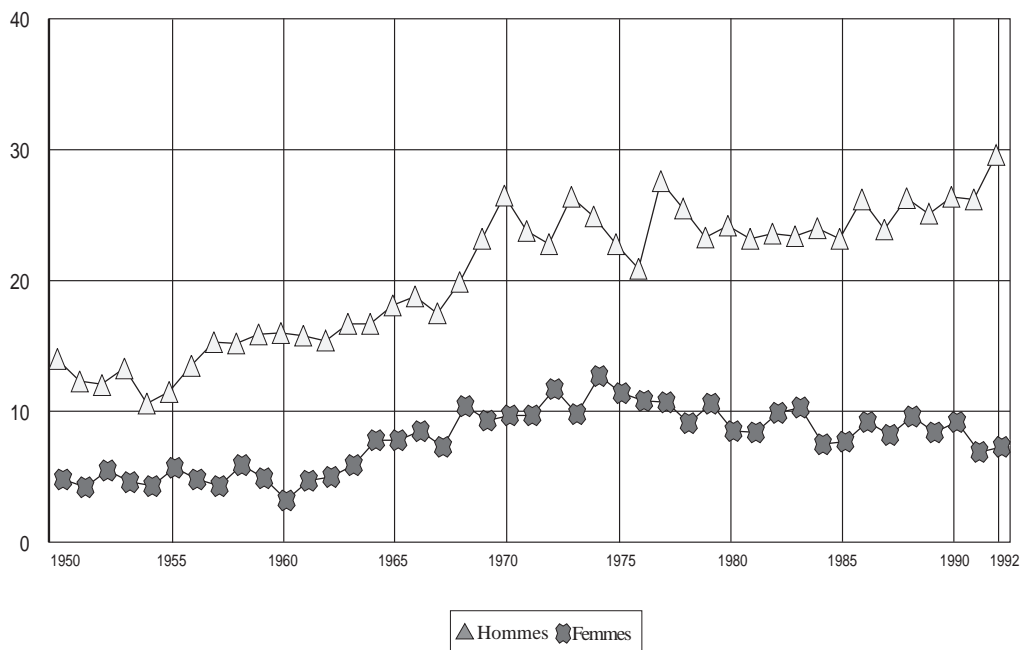
Figure 3.5 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 30-34 ans
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.6 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 35-39 ans

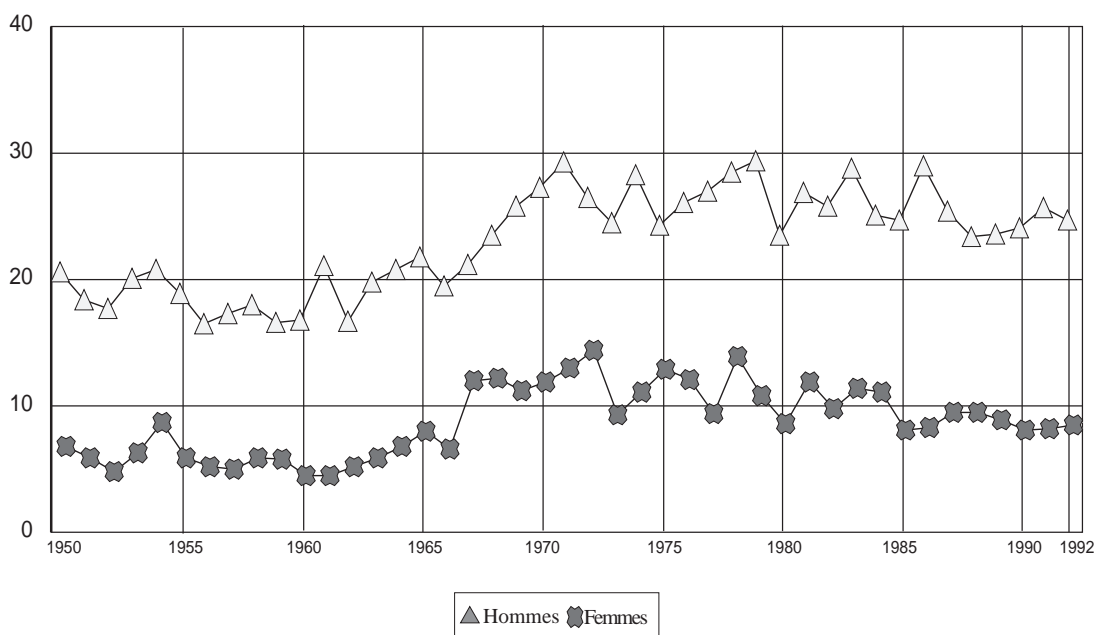
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.7 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 40-44 ans

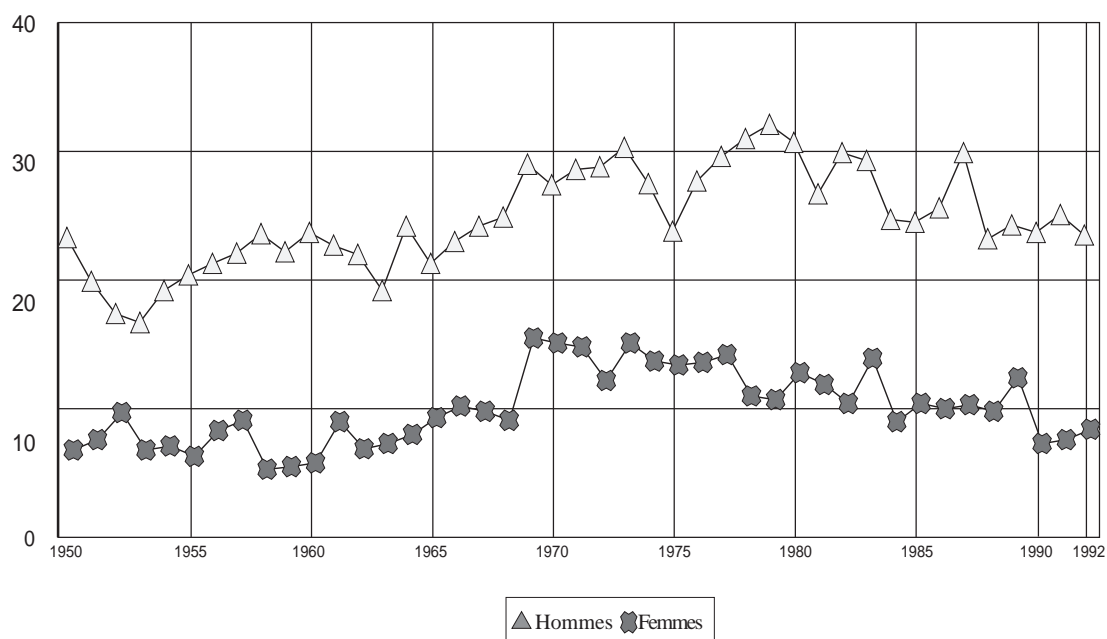
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.8 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 45-49 ans

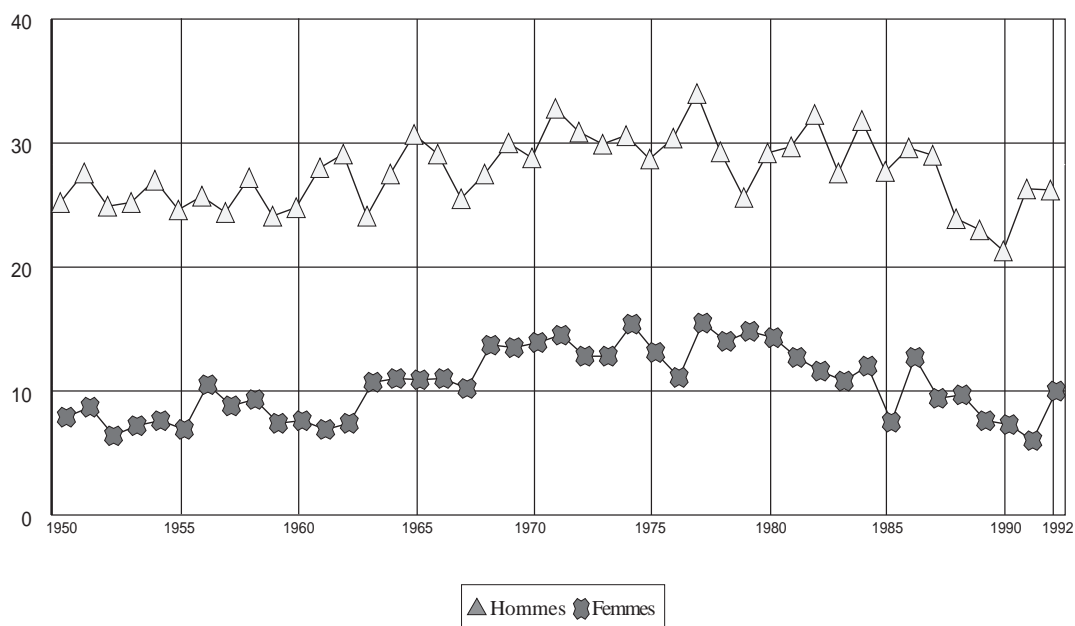
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.9 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 50-54 ans

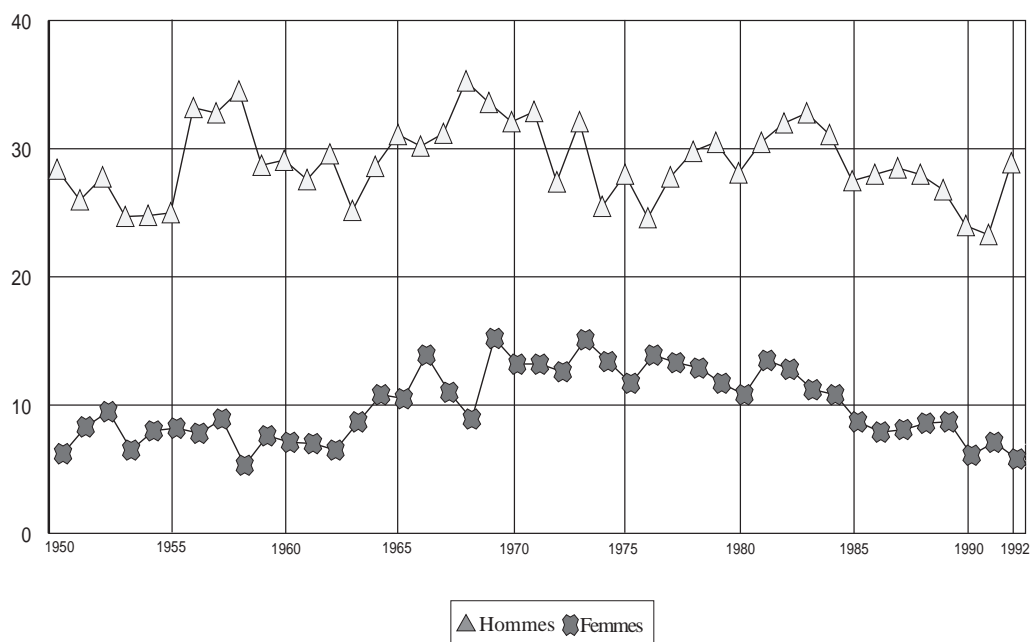
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

Figure 3.10 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 55-59 ans

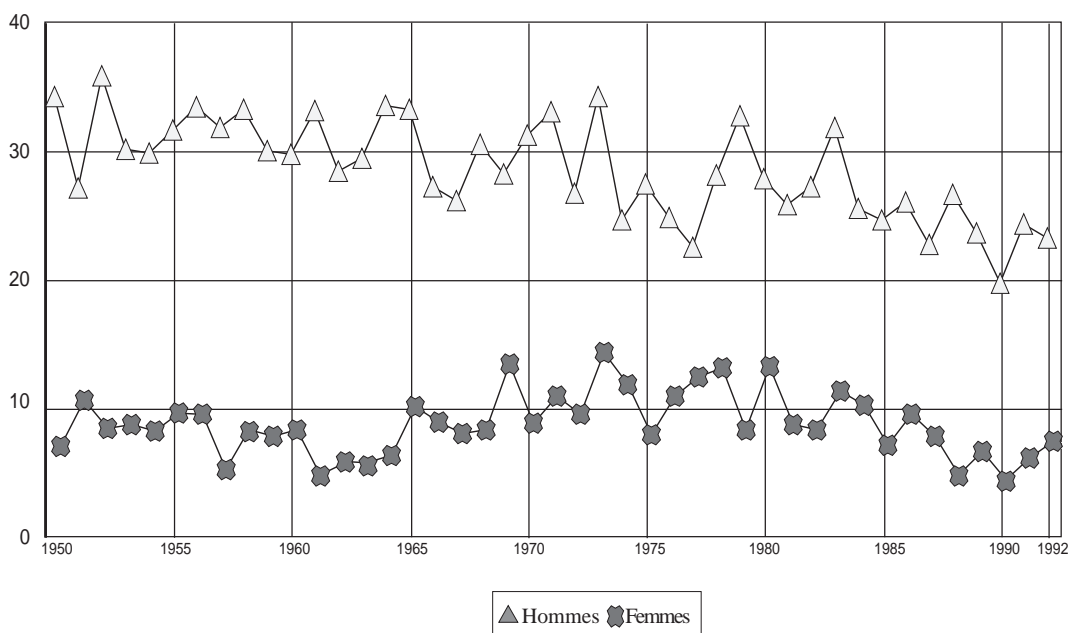
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

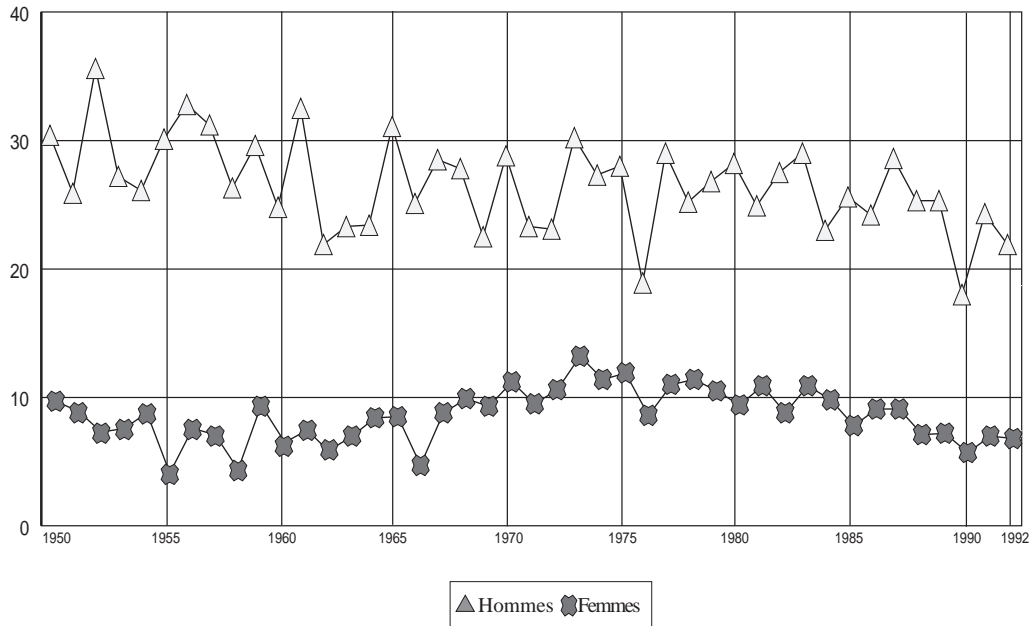
Figure 3.11 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 60-64 ans

(Pour 100 000 habitants)



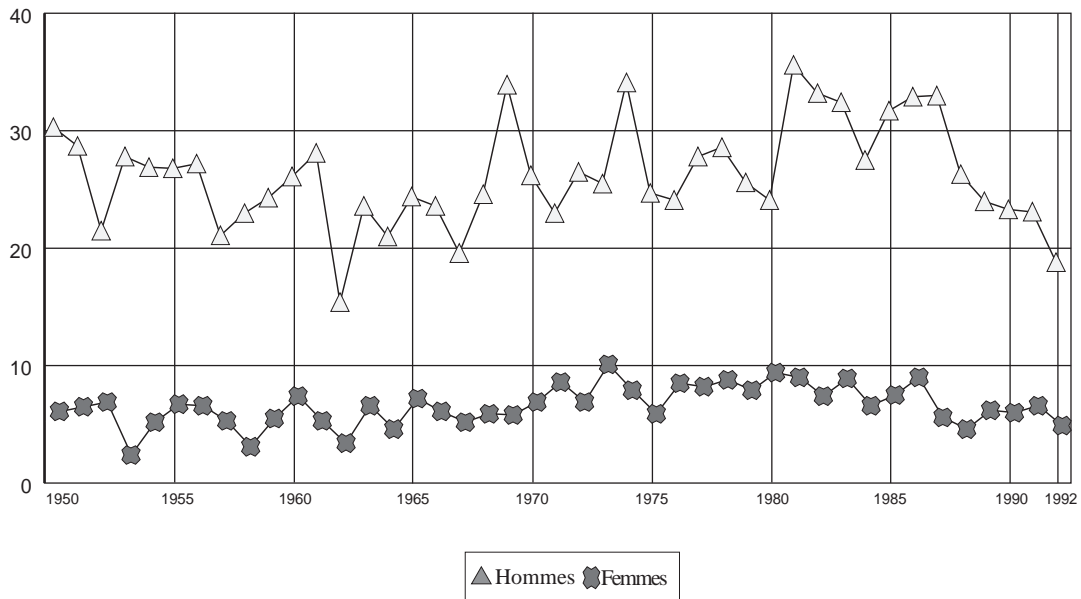
Source : Statistique Canada

Figure 3.12 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 65-69 ans
(Pour 100 000 habitants)



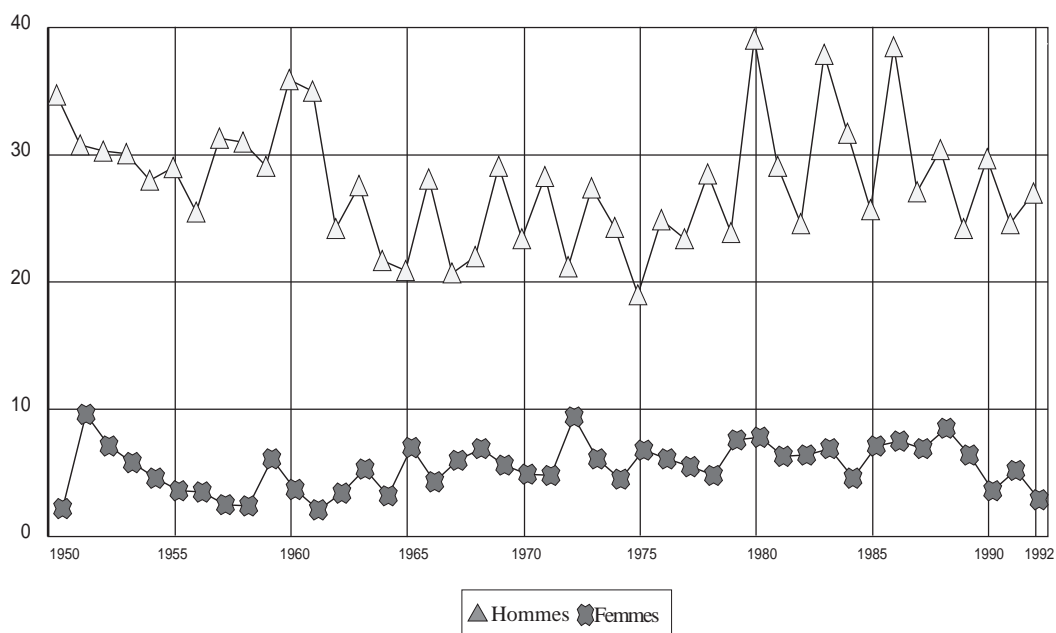
Source : Statistique Canada

Figure 3.13 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 70-74 ans
(Pour 100 000 habitants)



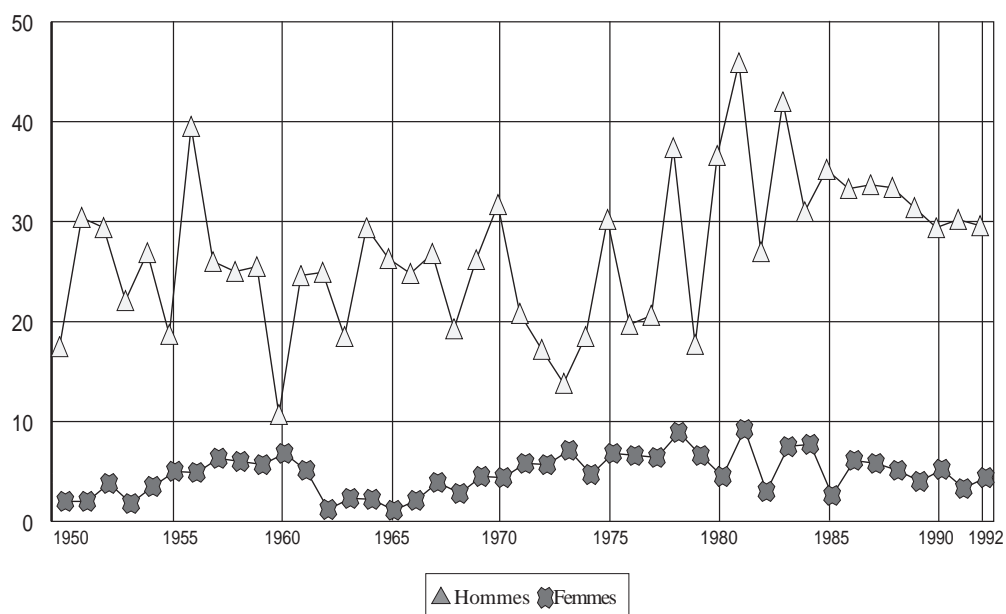
Source : Statistique Canada

Figure 3.14 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 75-79 ans
(Pour 100 000 habitants)



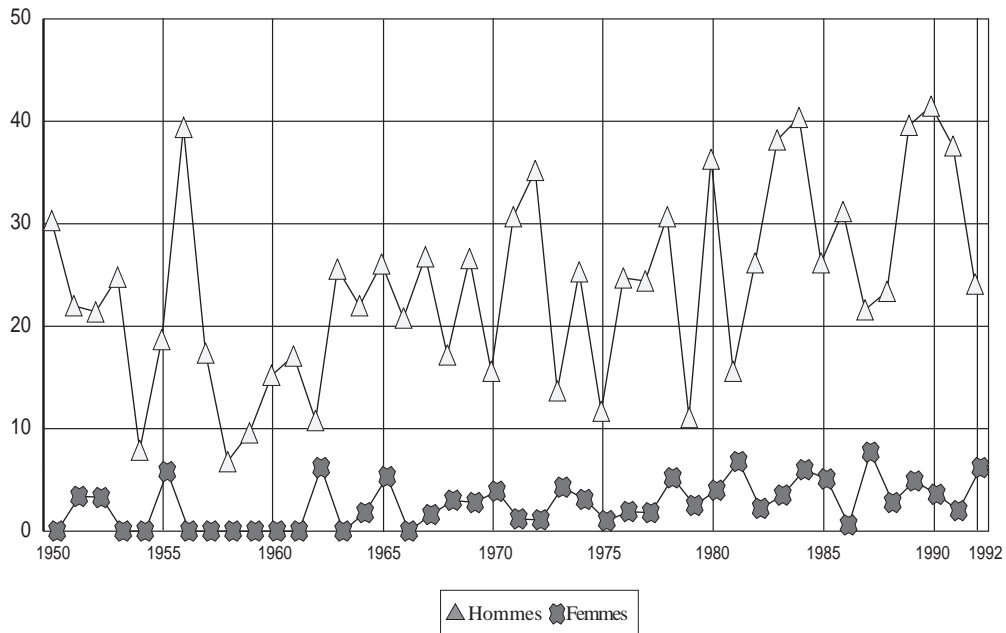
Source : Statistique Canada

Figure 3.15 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 80-84 ans
(Pour 100 000 habitants)



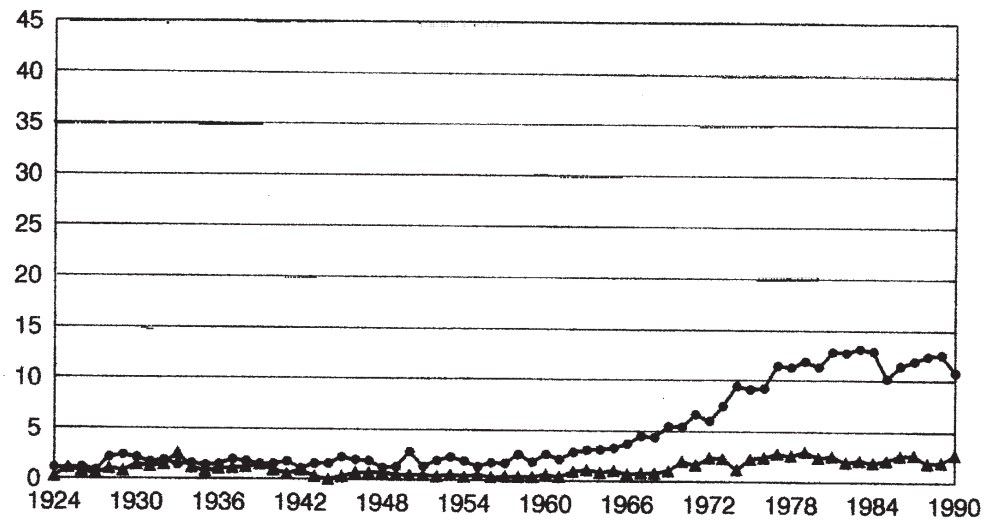
Source : Statistique Canada

Figure 3.16 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 85 ans et plus
(Pour 100 000 habitants)



Source : Statistique Canada

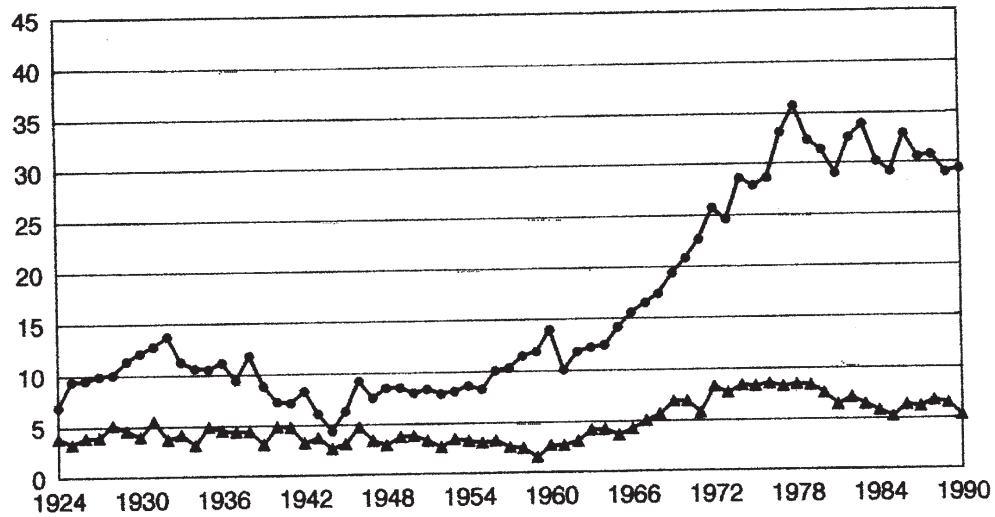
Figure 4.1 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10-19 ans*



Source : Statistique Canada

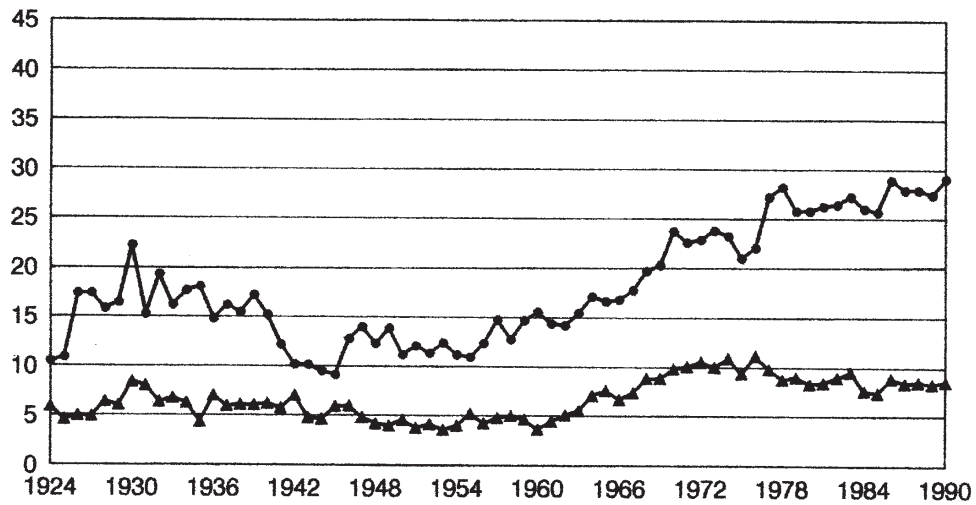
*Voir note infrapaginale page 5

Figure 4.2 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 20-29 ans*



Source : Statistique Canada

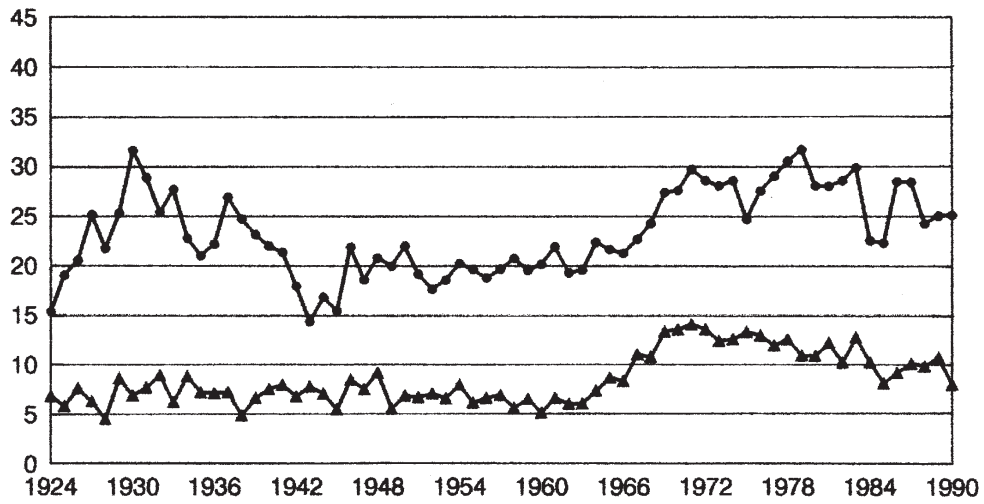
Figure 4.3 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 30-39 ans*



Source : Statistique Canada

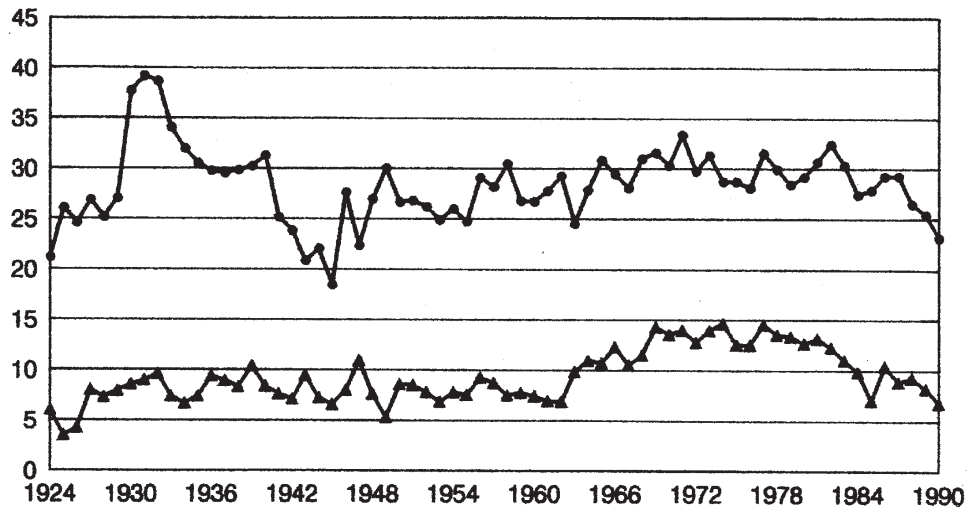
*Voir note infrapaginale page 5

Figure 4.4 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 40-49 ans*



Source : Statistique Canada

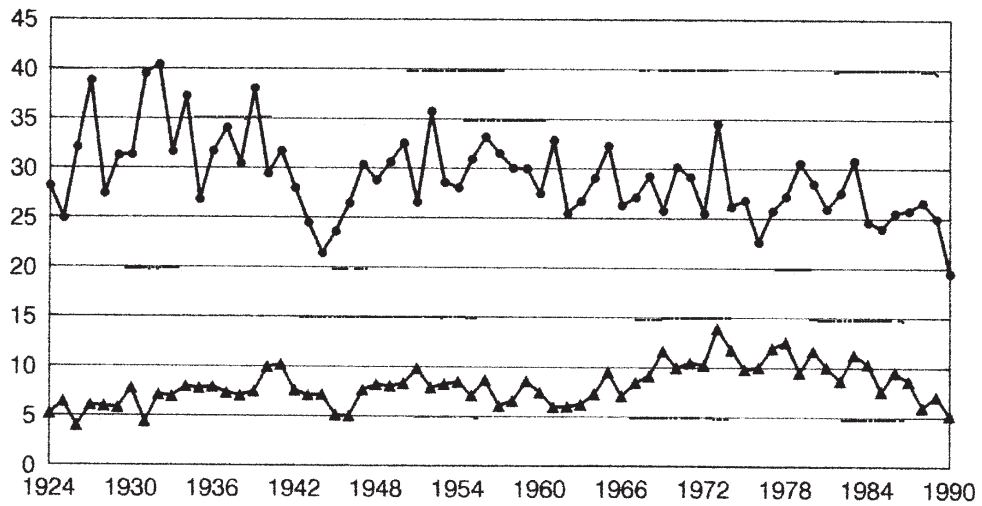
Figure 4.5 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 50-59 ans*



Source : Statistique Canada

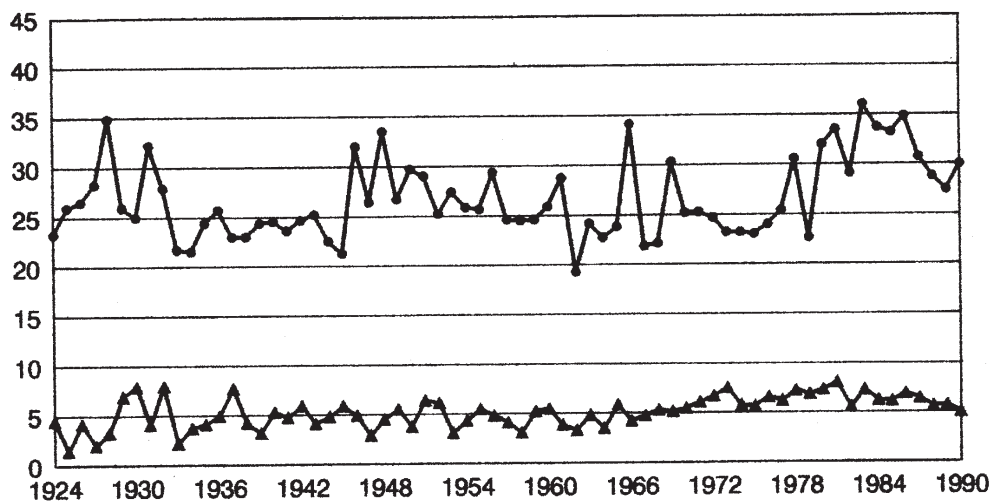
*Voir note infrapaginale page 5

Figure 4.6 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 60-69 ans*



Source : Statistique Canada

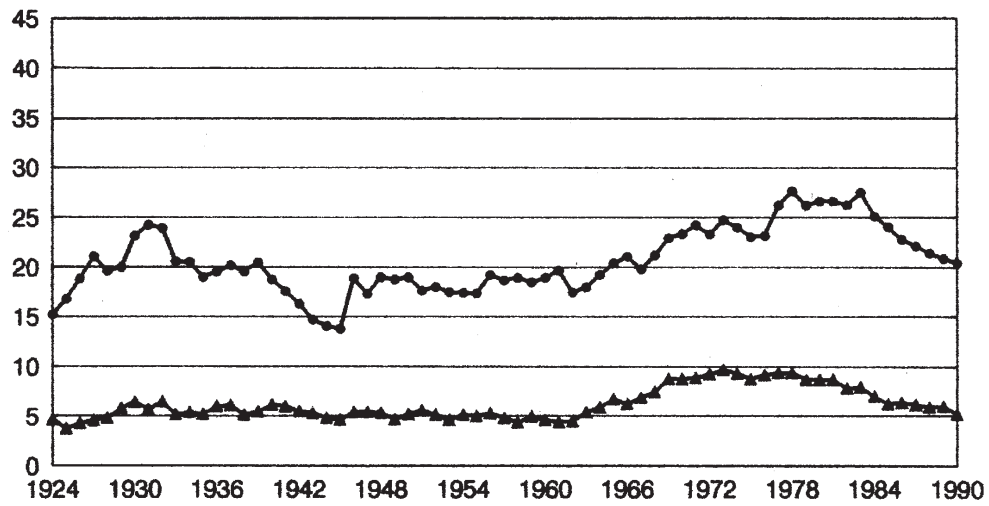
Figure 4.7: Canada : Taux de suicide selon le sexe, 70 ans et plus*



Source : Statistique Canada

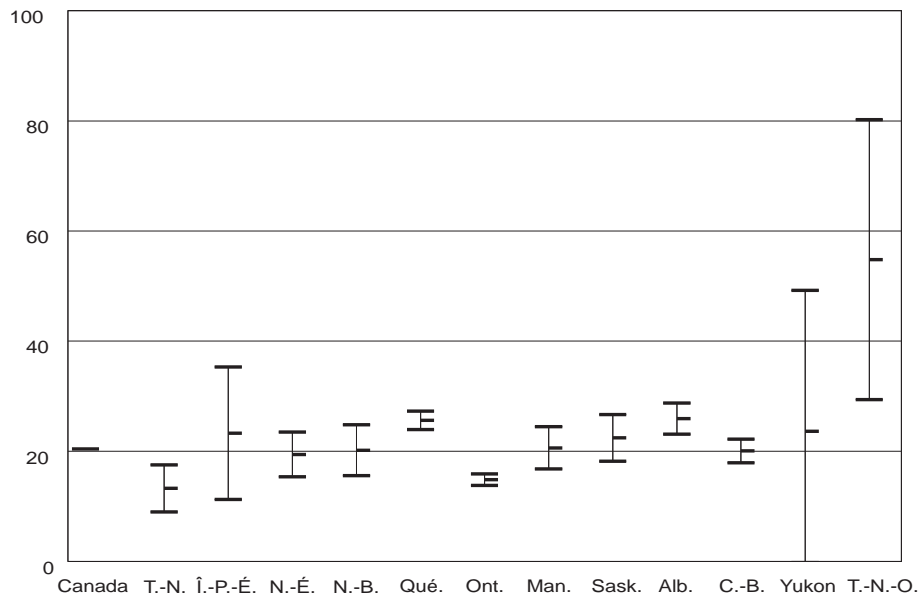
*Voir note infrapaginale page 5

Figure 4.8 : Canada : Taux de suicide selon le sexe, 10 ans et plus



Source : Statistique Canada

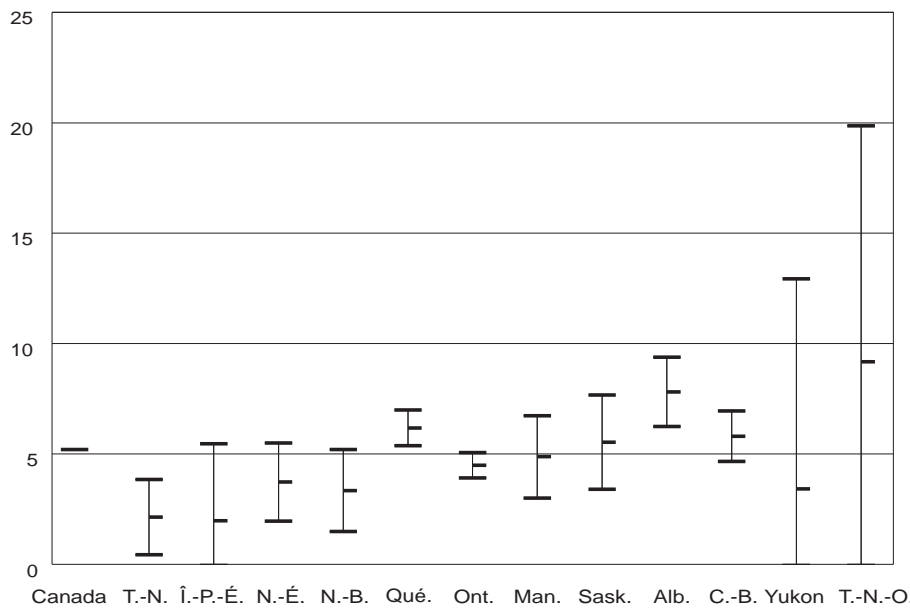
Figure 5.1 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (hommes)*, Canada et provinces/territoires, 1989-1992



* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)

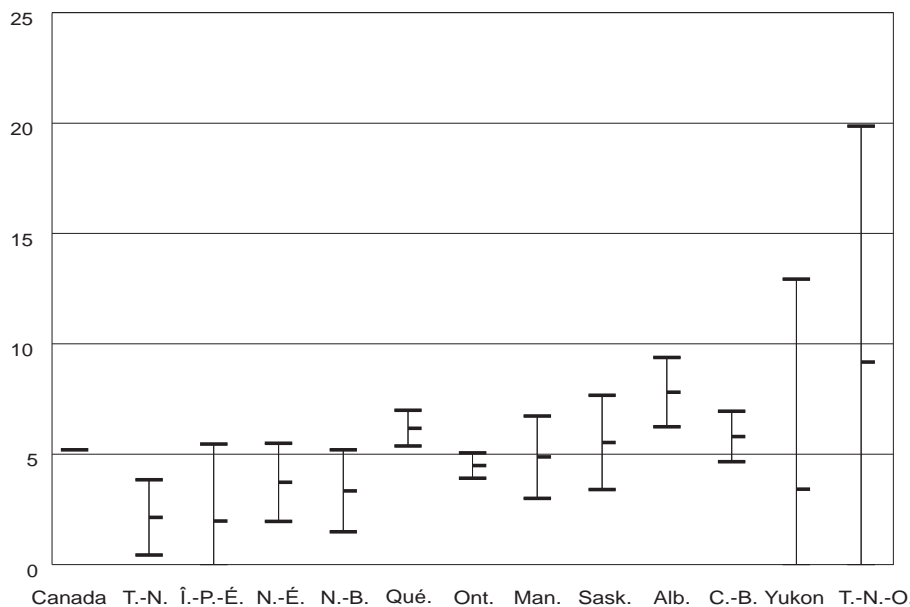
Source : Statistique Canada

Figure 5.2 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (femmes)*, Canada et provinces/territoires, 1989-1992



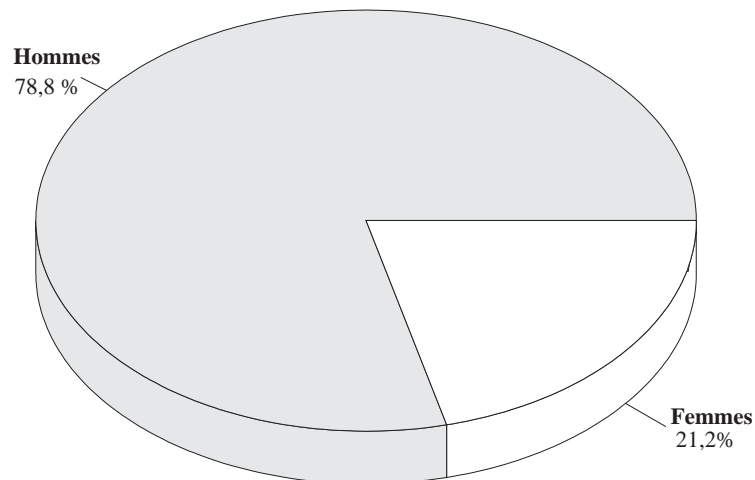
* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)
Source : Statistique Canada

Figure 5.2 : Taux moyens de suicide normalisés selon l'âge (femmes)*, Canada et provinces/territoires, 1989-1992



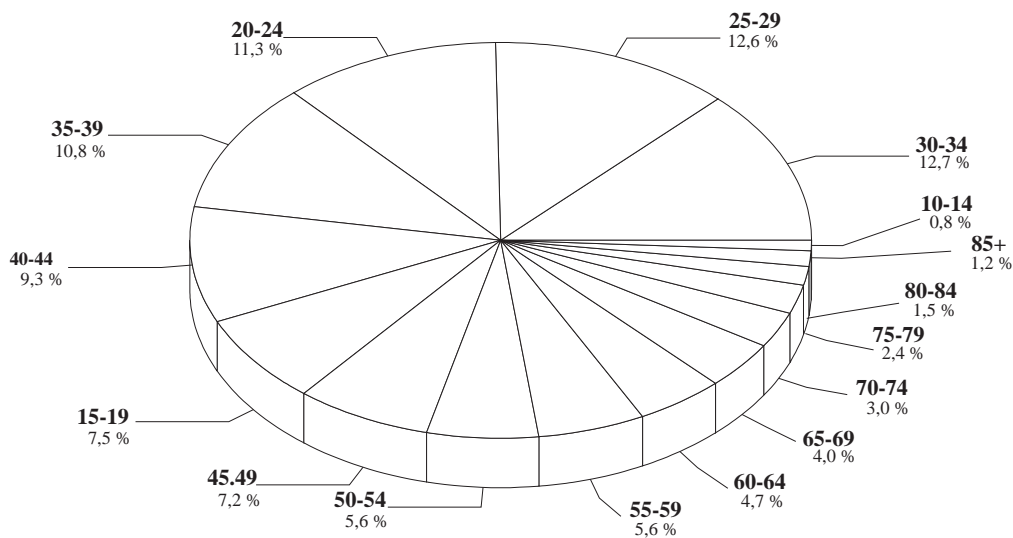
* Intervalles de confiance à 95 %; normalisation directe (population canadienne de 1991)
Source : Statistique Canada

**Figure 6.1 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991
(Répartition selon le sexe)**



Source : Statistique Canada

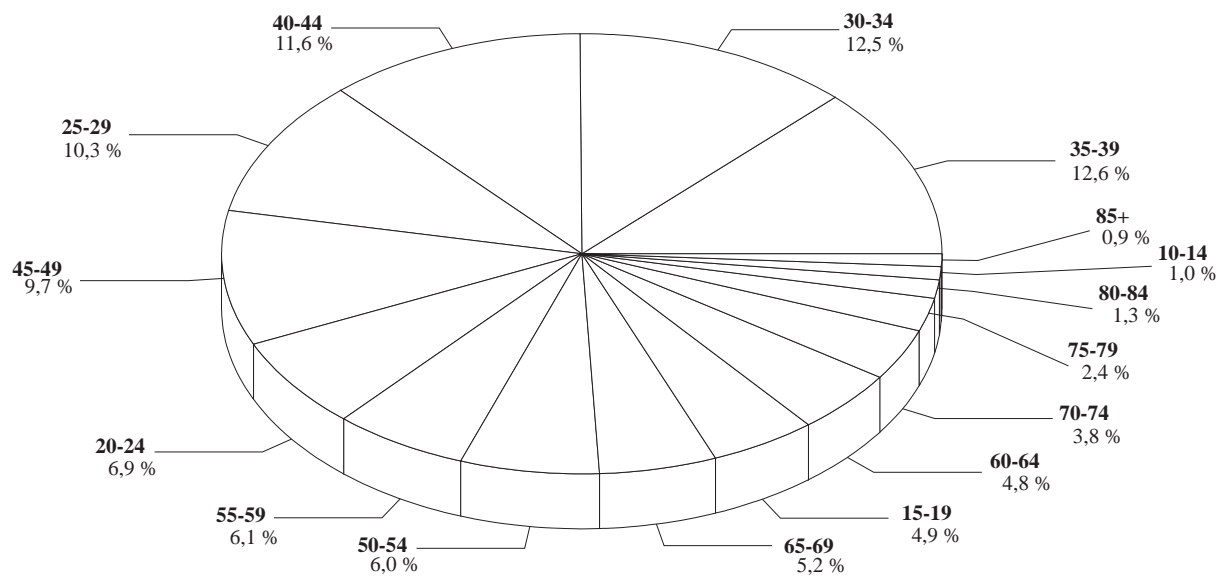
**Figure 6.2 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991, Hommes
(Répartition par groupe d'âge)**



Les groupes d'âge sont indiqués en caractères gras; les pourcentages sont arrondis à la décimale près.

Source : Statistique Canada

**Figure 6.3 : Décès par suicide, Canada, 1989-1991, Femmes
(Répartition par groupe d'âge)**

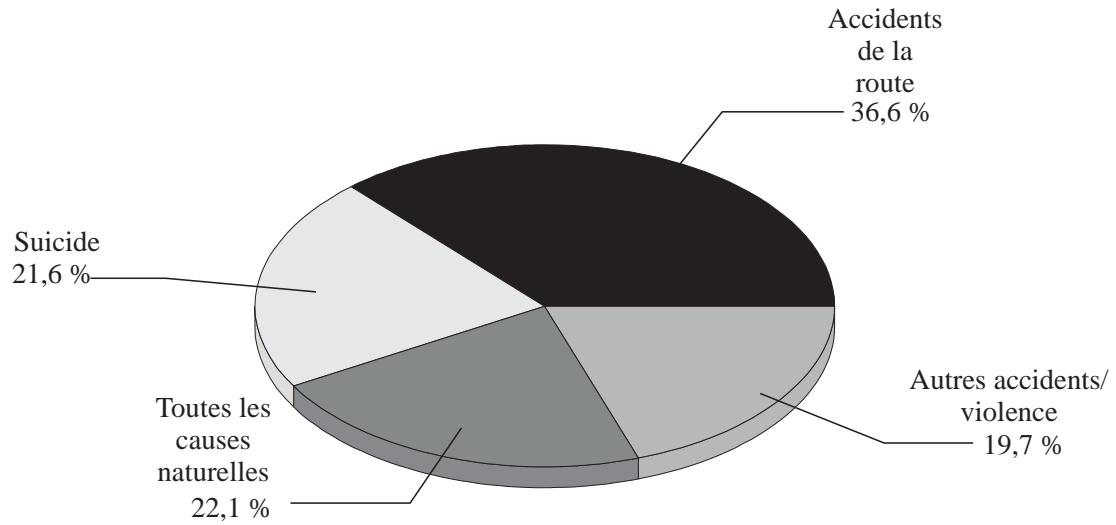


Les groupes d'âge sont indiqués en caractères gras; les pourcentages sont arrondis à la décimale près.

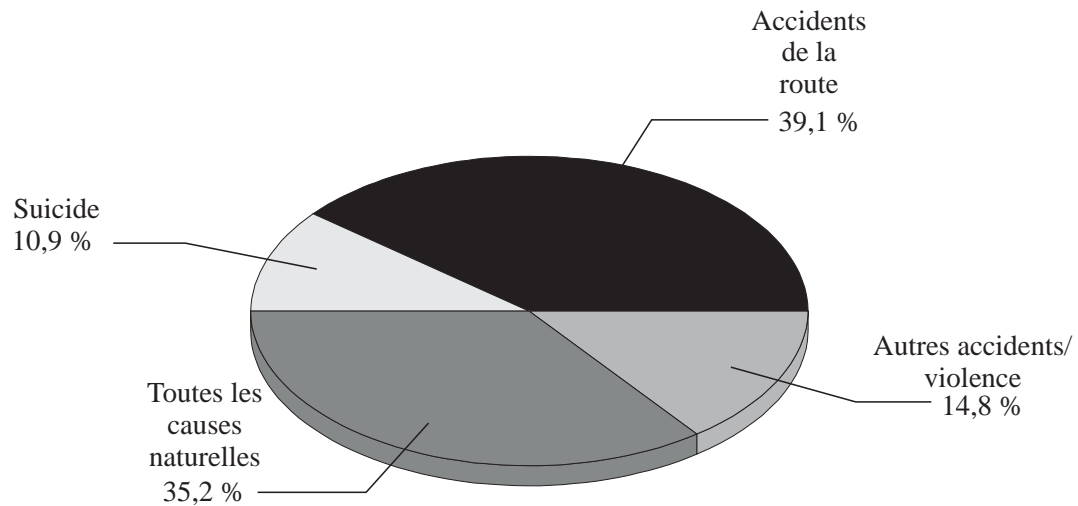
Source : Statistique Canada

Figure 7 : Principales causes de mortalité chez les adolescents, Canada, 1989-1991

A. Décès chez les garçons âgés de 15 à 19 ans (Total : 2861)



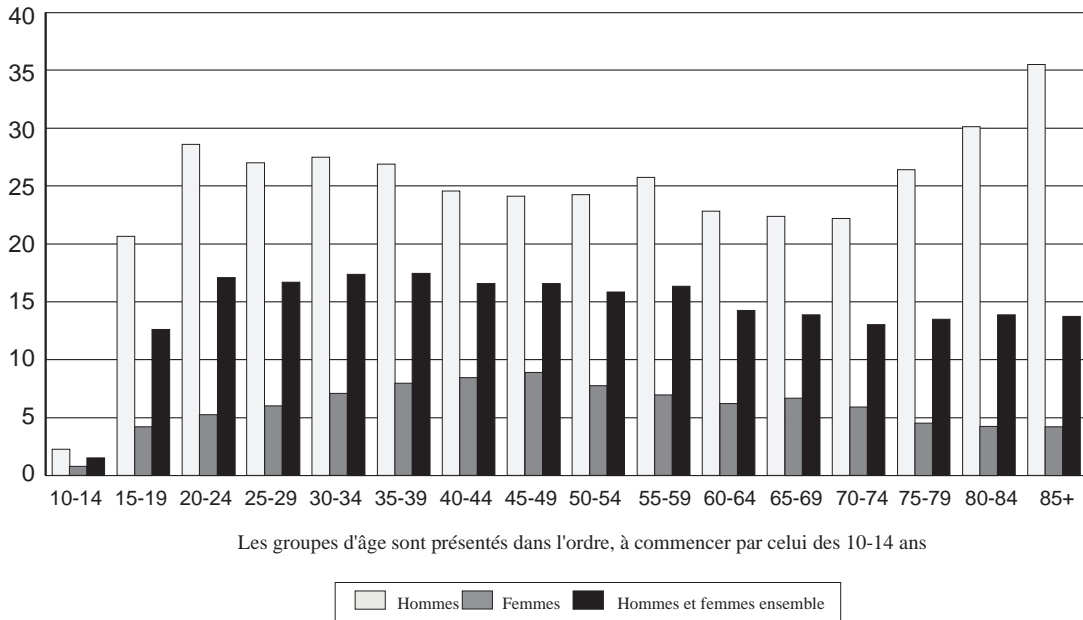
B. Décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans (Total : 987)



Source : Laboratoire de lutte contre la maladie
Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques
Santé Canada

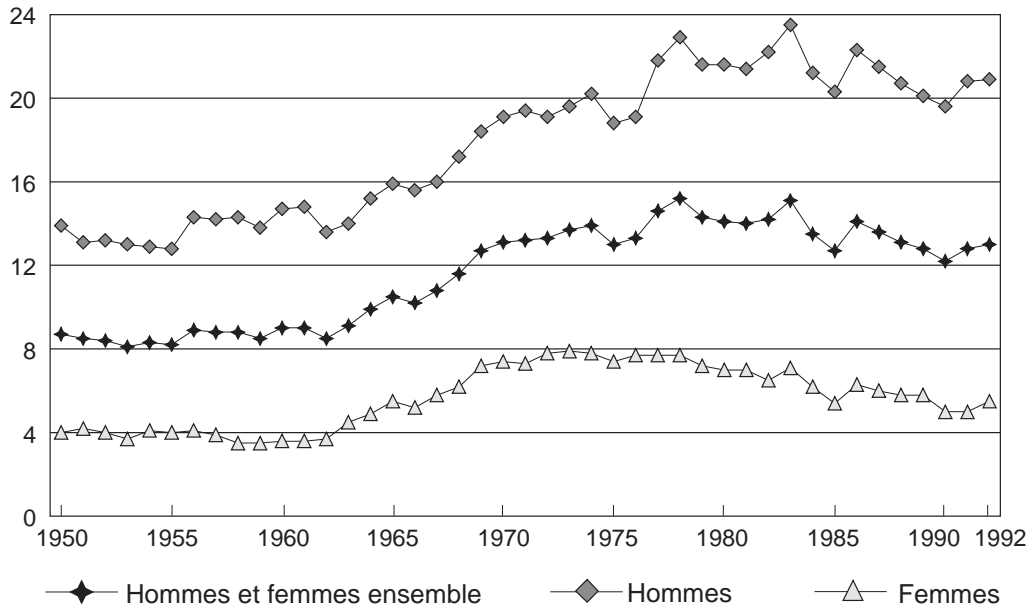
Figure 8 : Taux de suicide par group d'âge

(Taux selon l'âge pour une période de quatre ans, 1989-1992)



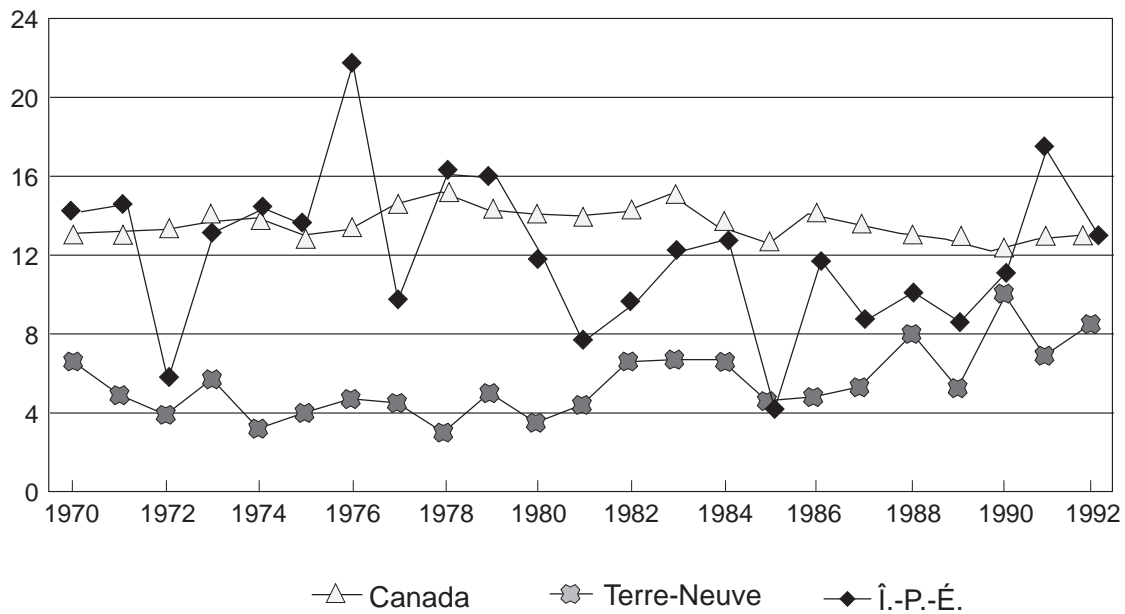
Source : Statistique Canada

Figure 9 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada 1950-1992 (Population-type : Canada 1991)



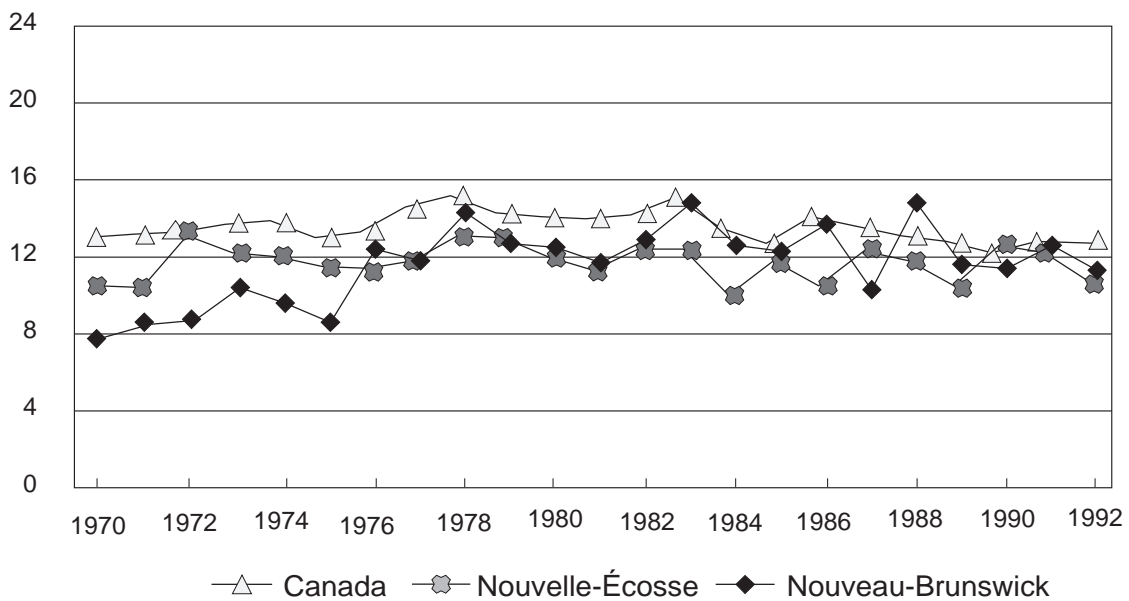
Source : Statistique Canada

Figure 9.1 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Terre-Neuve, Î.-P.-É., 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



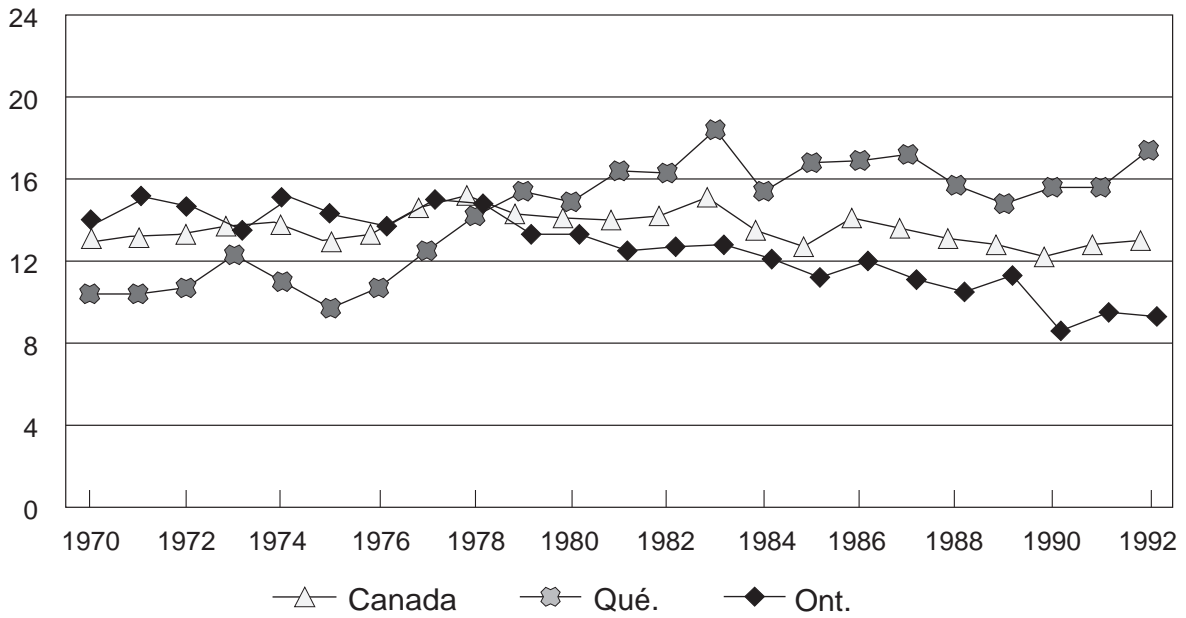
Source: Statistique Canada

Figure 9.2 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



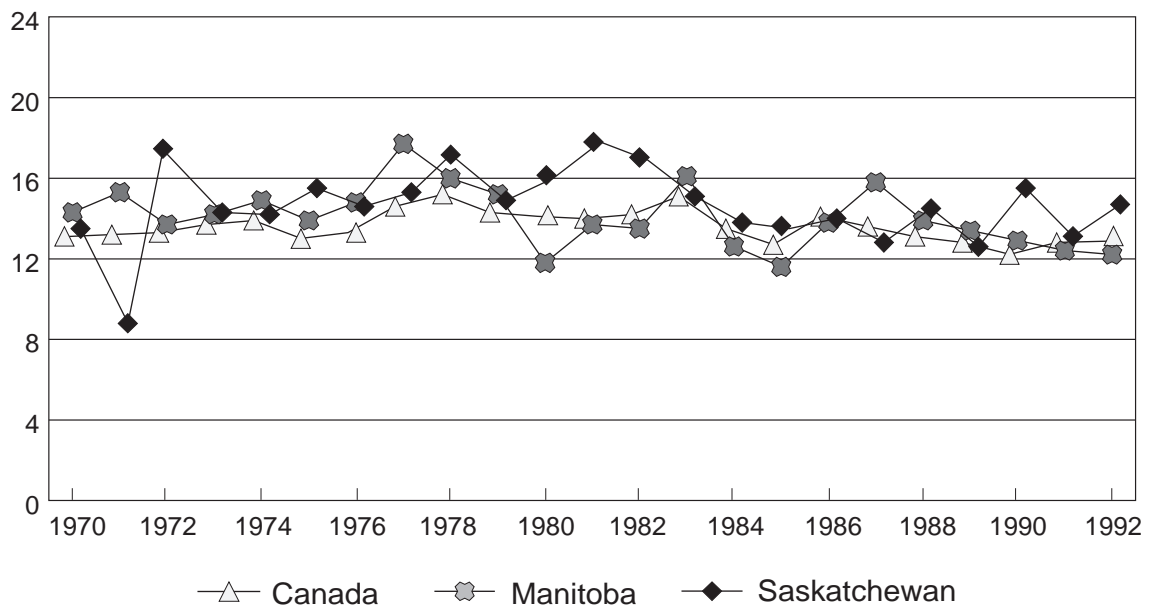
Source : Statistique Canada

Figure 9.3 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Québec, Ontario 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



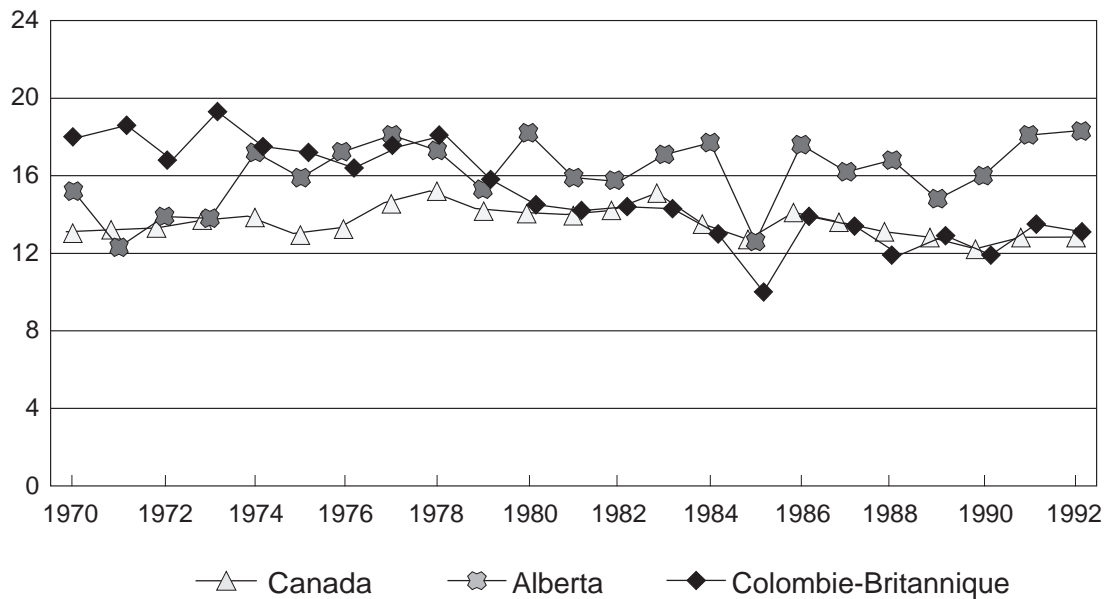
Source : Statistique Canada

Figure 9.4 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Manitoba, Saskatchewan 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



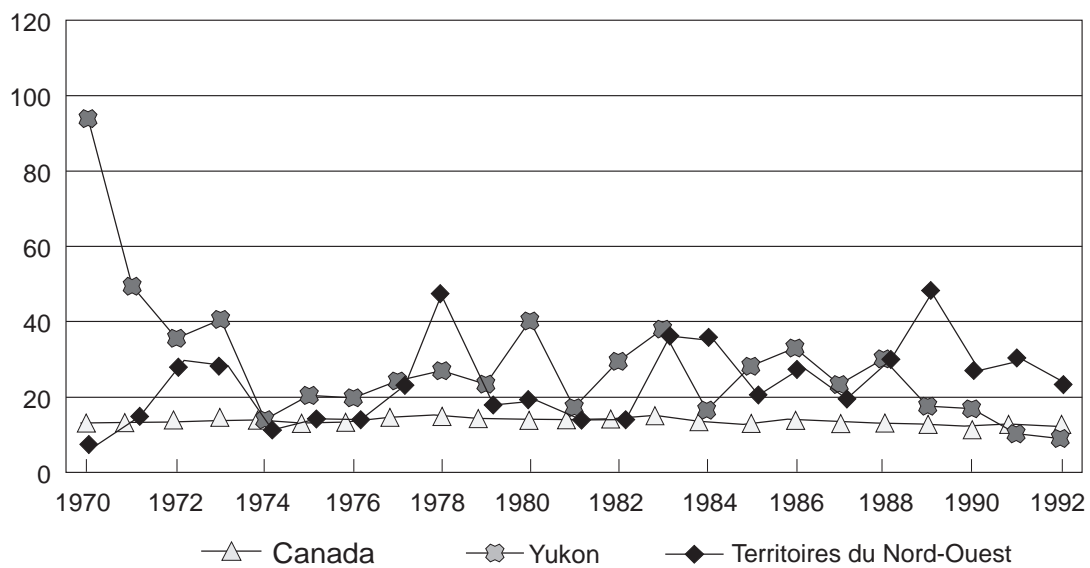
Source : Statistique Canada

Figure 9.5 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Alberta, Colombie-Britannique 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



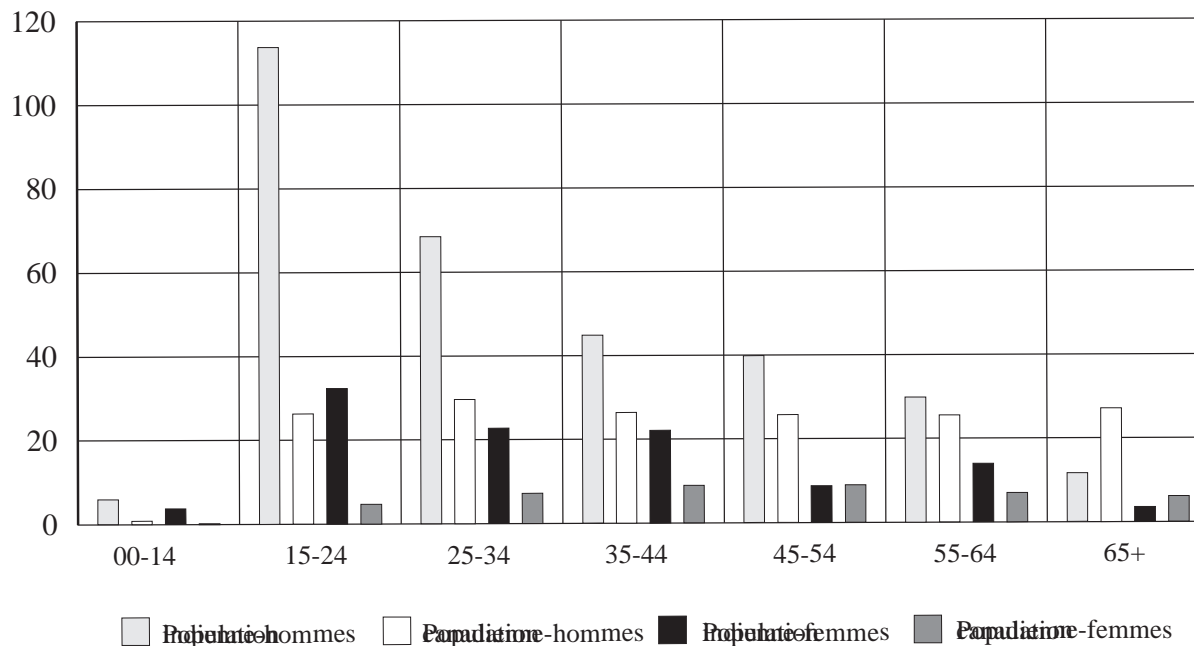
Source : Statistique Canada

Figure 9.6 : Taux de suicide normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, Canada, Yukon, Territoires du Nord-Ouest 1970-1992 (Population-type : Canada 1991)



Source : Statistique Canada

Figure 10 : Taux de suicide pour 100 000 habitants pour la période de 1987-1991, Population canadienne et Indiens inscrits (selon le sexe et le groupe d'âge)



Remarque : Les méthodes de collecte des données ainsi que l'échantillon peuvent varier d'une région à l'autre.

Source : Statistiques de l'état civil et de la santé des Indiens, 16 mars 1994 (Direction générale des services médicaux, Santé Canada)

Données relatives à la population canadienne : Statistique Canada

III PRÉVENTION, INTERVENTION ET POSTVENTION : ÉLABORATION D'UNE RÉPONSE AU PROBLÈME

Nous avons adopté ici un modèle d'intervention d'urgence qui mise sur la participation des professionnels de la santé mentale indépendants, des équipes communautaires et pluridisciplinaires spécialisées en santé mentale, des centres de prévention du suicide et d'intervention d'urgence, des services d'entraide, des programmes de soutien par les pairs et sur le recours généralisé aux sentinelles communautaires (les intervenants qui rencontrent en premier lieu les clients et les adressent à une autre source d'aide) dans la prévention du suicide. Le premier groupe d'étude sur le suicide au Canada a retenu trois catégories de réponses à l'intérieur de ce modèle: la prévention, l'intervention et la postvention (Shneidman, 1970).

La *prévention* désigne toute mesure visant généralement à prévenir l'automutilation ou à promouvoir la santé de manière à réduire l'incidence et la prévalence des comportements suicidaires (autrement dit, à diminuer les risques). La partie A de ce chapitre (*Prévention*) mettra l'accent sur la nécessité d'améliorer les influences sociales négatives, de rehausser le niveau des programmes d'éducation en prévention du suicide et de réduire l'accessibilité et la létalité des moyens.

L'*intervention* englobe le dépistage précoce, l'évaluation des risques, l'intervention immédiate, l'orientation vers les sources d'aide, le suivi et le traitement des personnes à risque. La partie du rapport consacrée à l'intervention tiendra compte de

l'éducation et de la formation des professionnels de la santé et des autres sentinelles de la collectivité, et de tout l'éventail de services d'intervention.

La *postvention* désigne les soins généraux ainsi que le soutien ou les soins spéciaux dont ont besoin les personnes en deuil après un suicide. À l'origine, la postvention visait à aider les membres de la famille immédiate. De nos jours, son champ d'action est plus vaste, et s'étend entre autres aux professionnels qui ont pris soin du suicidé, au personnel d'urgence et aux groupes-cibles, tels que les écoles ou les collectivités, récemment touchés par un suicide ou une série de suicides. En outre, la *postvention* comprend parfois la collecte de renseignements à partir d'«autopsies psychologiques», dans le but de mieux comprendre les circonstances sociales et psychologiques qui entourent le suicide.

A. Prévention

Malgré l'abondance et la diversité des programmes et activités de prévention mis en oeuvre dans de nombreux pays depuis quelques décennies, les recherches réalisées jusqu'ici ne montrent pas clairement que ces initiatives ont pour effet de réduire les taux de suicide, ce qui peut s'expliquer en partie par :

- l'absence de bases de données adéquates sur les comportements suicidaires et les phénomènes apparentés;
- la rareté et les limites méthodologiques des évaluations de programme dans ce domaine;

- l'inhérente difficulté à mesurer les effets des mesures préventives axées sur tout phénomène dont les origines sont si complexes.

Divers facteurs ont nui à la prévention, entre autres, le manque de connaissances ou l'absence de consensus au sujet de la genèse et des causes du suicide, des facteurs déclenchants et des groupes-cibles qui se prêtent le mieux à la prévention¹¹. Il reste encore beaucoup à faire sur les plans de la recherche conceptuelle et de l'enrichissement de la base de données si l'on veut que les efforts de prévention reposent sur des bases plus solides (Shaffer et Bacon, 1989; Felner et Silverman, 1989). Toutefois, les efforts de prévention actuels et à venir, qu'ils visent l'amélioration des conditions sociales, l'éducation du public ou la réduction de l'accessibilité et de la létalité des modes de suicide, laissent entrevoir des perspectives prometteuses.

1. Amélioration des conditions sociales

Diverses conditions sociales défavorables, dont la désorganisation sociale, l'«anomie», la pauvreté, le chômage et la marginalisation, ont été mis en relation avec le taux de suicide (voir le Chapitre II, Épidémiologie; voir également Kirmayer, 1994). Ces facteurs peuvent intervenir de diverses façons : ils peuvent rehausser le niveau général de stress, diminuer la capacité de l'individu et de la collectivité à faire face à l'adversité, affaiblir les réseaux de soutien personnels ou nuire à la recherche d'aide ou à la prestation de

services. C'est dire que l'amélioration des conditions sociales doit occuper une place de choix dans toute stratégie globale de prévention.

Le document fédéral intitulé *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre* (Santé et Bien-être social Canada, 1988, p.15) désigne de nombreux groupes de la population dont les membres ont des conditions de vie éprouvantes et sont soumis quotidiennement à des sources de stress. Parmi eux figurent les personnes qui souffrent de maladie mentale, de troubles de l'apprentissage ou de maladies chroniques; les victimes de violence physique ou d'abus sexuels; les groupes socialement et géographiquement isolés, et les personnes défavorisées par leur situation socio-économique ou leur niveau d'instruction.

Nous désirons souligner à nouveau la nécessité de mettre en oeuvre des programmes de prévention qui ne se limitent pas à aider les individus à trouver des mécanismes d'adaptation efficaces aux exigences du milieu. En effet, il y a lieu de favoriser davantage les programmes qui préviennent l'apparition de modes de pensée et de comportements destructeurs engendrés par l'injustice, la désorganisation ou l'isolement social, ou l'effritement de valeurs ou la disparition de rôles traditionnels.

11 Ainsi, les façons de déterminer quelles sont les populations «à risque» sont si peu spécifiques que l'éventuelle population-cible est forcément extrêmement vaste, et que la proportion des sujets qui présentent un risque suicidaire réel est très faible (Comstock, 1989, p. 68; Shaffer et Bacon, 1989, p. 34-35; Rissmiller, Steer, Ranieri et coll., 1993, p. 782-783), d'où, d'une part, des coûts élevés, et, d'autre part, la grande difficulté à évaluer les effets des initiatives.

2. Sensibilisation du public

(i) *Amélioration de la capacité d'adaptation et de l'autonomie fonctionnelle*

De plus en plus, les écoles offrent des programmes axés sur l'éducation sanitaire et les connaissances pratiques, destinés à aider les jeunes à acquérir des aptitudes en relations interpersonnelles et la capacité de solutionner les problèmes, et, de ce fait, à mieux faire face à la dépression et à l'anxiété et à entreprendre diverses activités qui favoriseront leur développement (voir par exemple Thibault, 1992). Certains programmes s'adressent à l'ensemble des élèves; d'autres sont conçus spécialement pour les jeunes potentiellement à haut risque. Bien que la plupart des programmes de dépistage n'existent que depuis peu et qu'ils ne permettent pas encore de reconnaître avec précision un candidat au suicide, ils incitent à l'optimisme (*Centers for Disease Control*, 1992). Des programmes de soutien par les pairs, adaptés au milieu scolaire et à d'autres cadres, sont recommandés comme moyens de favoriser les relations entre les pairs, l'acquisition de compétences et de mécanismes parmi les jeunes chez qui on a décelé des problèmes. Ces programmes contribuent à l'amélioration du rendement scolaire, de l'assiduité à l'école et de l'estime de soi. Si leur lien avec la prévention du suicide reste encore à prouver, les programmes de soutien par les pairs ont montré qu'ils peuvent réduire d'autres comportements à risque élevé (Dryfoos, 1990).

(ii) *Amélioration des relations avec les médias*

Il est bien connu que les médias exercent une forte influence sur les attitudes, les croyances et les comportements du public. Les recherches sur le lien existant entre les médias et le suicide ne permettent pas de réfuter la théorie voulant que les reportages sur les cas de suicide peuvent déclencher d'autres suicides en raison du phénomène de l'imitation (Phillips, 1979; Pell et Watters, 1982; Phillips, 1985). Ainsi, une étude réalisée au Canada sur une vague de suicides survenus dans le métro au cours d'une année a établi un lien étroit entre la popularité accrue de cette méthode de suicide et l'importance accordée à ce genre de décès dans les médias (Littman, 1983). En outre, selon de récentes études, les suicides de gens célèbres ou non, qui font l'objet de reportages dans les médias, sont associés à une augmentation du taux national de suicide aux États-Unis (Stack, 1990). Plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'un lien entre une recrudescence de suicides chez les adolescents et des comptes rendus réels et des récits fictifs de suicide à la télévision, et attribuent ce phénomène à un effet d'imitation (Phillips et Carstensen, 1986; Gould et Shaffer, 1986). Bien que l'on n'ait pas réussi à confirmer ces constatations par d'autres études (Phillips et Paight, 1987; Berman, 1988), Berman a montré que la méthode de suicide illustrée dans un télé-film a entraîné un effet de mimétisme. L'étude faite par Platt (1989) ne corrobore pas l'hypothèse selon laquelle tous les reportages des médias contribuent pour beaucoup à susciter une réaction d'imitation; en revanche, elle a fait

ressortir un effet de mimétisme dans certaines associations faisant intervenir l'âge des victimes et la méthode choisie.

Depuis quelques années, toute la question du suicide rationnel, autrement désigné par les termes de suicide assisté et d'euthanasie, chez les malades en phase terminale, a suscité énormément d'intérêt dans les médias. Cet important débat public a été alimenté par l'attention accordée à la pratique du suicide assisté aux Pays-Bas (deWachter, 1992), au mécanisme mis au point par le D^r Jack Kevorkian du Michigan pour l'administration d'une surdose médicamenteuse, au succès de librairie remporté par le «guide pratique» de Derek Humphry, *Exit final*, au vote sur l'euthanasie tenu dans plusieurs états américains et à l'affaire Sue Rodriguez (Rodriguez c. la Colombie-Britannique, 1993). La presse s'est aussi beaucoup intéressée à divers projets de loi d'initiative parlementaire, présentés à la Chambre des Communes, visant à protéger les médecins qui acceptent d'arrêter les traitements des malades en phase terminale ou à légaliser le recours au suicide assisté dans certaines circonstances.

Les recherches n'ont pas encore montré dans quelle mesure ou comment les reportages dans les médias sur ce genre de sujets pourraient contribuer à une recrudescence des conduites suicidaires et dans quelles populations. De plus, il reste encore à démontrer si la publicité entourant la reconnaissance d'un droit au suicide médicalement assisté aurait pour effet de désinhiber des

comportements suicidaires chez des personnes qui ne sont pas des malades en phase terminale. Lorsqu'il s'agit de déterminer les possibles effets de contagion ou d'imitation associés aux médias, il ne faut pas perdre de vue que le traitement de ce genre de sujets a sans doute autant d'importance que le contenu des reportages. Hoberman (1988) est d'avis que les reportages sur la question du suicide peuvent contribuer aux effets de contagion, même s'il croit par ailleurs que des changements dans la loi n'auraient que peu d'influence sur le taux de suicide chez les jeunes.

Les reportages des médias peuvent aussi contribuer à l'effet de contagion que l'on associe aux vagues de suicide. Les *U.S. Centers for Disease Control* distribuent des lignes directrices qui ont pour objet d'aider les intervenants communautaires, y compris les médias, à mettre au point une stratégie communautaire en vue de prévenir les vagues de suicide ou de dépister et d'endiguer d'éventuels phénomènes de ce genre (*Centers for Disease Control*, 1988). L'Association canadienne pour la prévention du suicide (1994A) a publié un guide (en français et en anglais) qui indique aux médias les lignes directrices à suivre dans les reportages sur le suicide et propose des ouvrages à lire pour réduire l'effet de contagion.

(iii) *Programmes de sensibilisation du public*

Dans l'ensemble, les programmes de sensibilisation du public renseignent sur la nature et la fréquence du suicide, sur les signes avant-coureurs du suicide et sur la façon d'obtenir de l'aide pour

soi ou pour une autre personne. Ces programmes offrent aussi de l'information sur la gestion du stress et sur les mécanismes d'adaptation.

Le centre informatisé d'information et d'éducation en matière de suicide (*Suicide Information and Education Centre -SIEC-*), a été mis sur pied à Calgary dans le cadre d'une vaste stratégie provinciale de prévention du suicide. Conçue à l'origine pour les Albertains, la base de données figure maintenant parmi les bibliothèques les plus complètes qui existent sur le suicide dans le monde. Elle dispense des services de recherche bibliographique et offre des documents imprimés et audiovisuels aux individus et aux organismes de tous les pays (Sutherland, 1991).

Un grand nombre de centres de prévention du suicide et d'intervention d'urgence s'occupent de prévention primaire en offrant des programmes de sensibilisation communautaire, en s'efforçant de réduire l'accessibilité et la létalité des moyens et en encourageant l'adoption de programmes en milieu scolaire. De plus, ils travaillent de concert avec des sentinelles, des professionnels et des organismes bénévoles. La plupart des centres mettent des lignes téléphoniques d'aide à la disposition de tierces parties qui ne sont pas elles-mêmes suicidaires, mais qui soupçonnent des risques de suicide chez un proche. D'autres centres assurent une grande diversité de services qui visent une meilleure compréhension du suicide dans la collectivité.

Des programmes de sensibilisation générale ont pour objet d'atténuer le sentiment de honte éprouvé par ceux qui cherchent à se faire soigner ou à obtenir un soutien social pour des états dépressifs et suicidaires. Il y aurait lieu de s'attaquer au stéréotype fréquent dans la population masculine, qui assimile la recherche d'un traitement à un aveu de faiblesse. Pour renforcer l'adoption d'une approche positive face au problème, il s'agit de montrer qu'avoir des idées plus ou moins claires de suicide est possible en période de stress. Parmi les programmes d'éducation du public, on pourrait citer ceux qui s'adressent à certains groupes à haut risque, notamment les hommes âgés au cours de l'année qui suit le décès de leur conjointe. Il y a aussi des initiatives communes telles que le *Youth Suicide Awareness Program*, publication réalisée par l'Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Alberta), de concert avec Wood Gundy Inc., en 1990 et revue en 1992 et en 1994.

3. Réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens

La possibilité d'un lien entre les taux de suicide et l'accessibilité des agents mortels (par exemple, les armes à feu, les substances toxiques) soulève toujours une controverse. Malgré l'absence de preuves irréfutables permettant d'établir un tel lien, il semble, d'après les données que l'on possède actuellement, qu'une restriction de l'accessibilité de ces agents puisse contribuer à réduire le taux de suicide (Cantor, 1989; Comstock, Simmons et Franklin, 1989). S'il est vrai qu'une personne bien déterminée à se suicider, qui n'a pas à la portée de la main un agent

mortel trouvera sans doute un autre moyen d'exécuter son projet, ce genre d'obstacle peut en décourager beaucoup. De nombreux Canadiens se sont montrés favorables à l'idée de restreindre l'accès aux armes à feu (Rathjen, 1993) et à des doses mortelles de médicaments d'ordonnance.

Certains chercheurs, dont Mishara et Tousignant (1983), ont laissé entendre que les programmes de sensibilisation qui incitent les parents à restreindre l'accès aux médicaments à la maison pourraient réduire considérablement les suicides spontanés commis par des adolescents, surtout des adolescentes.

On pourrait limiter l'accès aux armes à feu, méthode de suicide la plus courante, par le biais de mesures législatives régissant le contrôle de ces armes. C'est d'ailleurs un objectif que visait un récent texte de loi canadien (projet de loi C-17). Des recherches réalisées aussi bien aux États-Unis qu'au Canada montrent l'existence de liens analogues entre la limitation de l'accès aux armes à feu et la diminution des taux de suicide par arme à feu. Au Canada, Lester et Leenaars (1993) ont comparé les taux de suicide pour des périodes de huit années précédant et suivant l'introduction du projet de loi C-51, mesure visant à restreindre l'accès aux armes à feu, adoptée antérieurement. Ils ont observé que l'adoption de cette mesure législative a été suivie d'une tendance à la baisse des taux globaux de suicide comme des taux de suicide par arme à feu. Carrington et Moyer (1994A) ont cherché à déterminer le lien entre la possession d'une arme à feu dans les dix provinces canadiennes et les suicides par armes à feu et les autres types de suicide avant et après l'entrée en vigueur des mesures législatives relatives au contrôle des armes à feu en 1978. Entre 1965 et 1977, les taux de suicide par arme à feu et les taux

globaux de suicide ont grimpé dans neuf des provinces, mais entre 1979 et 1989, ils sont demeurés stables ou ont diminué dans les dix provinces. Aucune des provinces n'a enregistré de hausse des taux de suicide réalisé par des moyens autres que les armes à feu dans les années qui ont suivi ce changement législatif. Ces deux études indiquent que les pulsions suicidaires n'ont pas été reportées sur un mode de suicide différent.

Rich, Young, Fowler et coll. (1990), qui ont comparé des taux de suicide bruts (non normalisés selon les changements dans la composition par âge de la population) à Toronto, pour les périodes de 1973 à 1977 et de 1979 à 1983, sont parvenus à des conclusions contraires. Ils ont en effet constaté une diminution de la proportion moyenne de suicides par arme à feu chez les hommes, qui a été neutralisée par une augmentation significative de la proportion moyenne de sujets masculins qui se sont donné la mort en sautant dans le vide. Carrington et Moyer (1994b), qui ont reproduit cette étude, ont tiré essentiellement la même conclusion, à savoir que l'introduction du projet de loi C-51 n'a pas été suivie par une diminution globale du taux de suicide. Par contre, lorsqu'ils ont élargi le champ de leur analyse de manière à y inclure les périodes de 1965 à 1977 et de 1979 à 1989 en retenant les taux normalisés selon l'âge, ils ont trouvé une baisse marquée des taux de suicide par arme à feu et d'autres formes de suicide au cours de la seconde période. Ce déclin avait été masqué dans l'étude antérieure par l'utilisation de taux non normalisés.

Une autre étude, qui avait pour ambition de comparer deux agglomérations urbaines de la côte du Pacifique (l'une au Canada, l'autre aux États-Unis), a montré que le taux de suicide chez les jeunes âgés

de 15 à 24 ans dans la région américaine était dix fois supérieur à ce qu'il est dans la région canadienne, où les mesures régissant l'accès aux armes à feu étaient plus restrictives (Sloan et coll., 1990). D'autres études ont fait apparaître une corrélation entre ce genre de mesures et des taux de suicide plus bas dans différents états américains (Lester et Murrell, 1980; Lester, 1983; Loftin, McDowall, Wiersema et Cottey, 1991).

En décembre 1994, le gouvernement du Canada annonçait son intention de resserrer ses dispositions législatives concernant l'accès aux armes à feu. Les nouvelles dispositions, qui doivent être introduites progressivement sur une période de cinq ans, visent entre autres à proscrire les armes de combat (fusils automatiques et semi-automatiques) et à imposer des conditions d'enregistrement plus strictes à l'égard de toutes les catégories d'armes à feu.

D'autres méthodes de suicide nécessiteraient également certaines mesures restrictives. Par exemple, les barreaux et le dispositif d'éclairage des cellules étaient conçus différemment, et si l'on choisissait avec plus de soin la literie, on contribuerait peut-être à réduire le recours à la pendaison comme mode de suicide chez les détenus (Green et coll., 1992).

Une autre méthode de suicide dont l'accessibilité a récemment fait l'objet d'un débat est le saut devant un train en marche, généralement dans les métros (Farmer, O'Donnell et Tranah, 1991). L'installation de barrières dans le métro de Singapour, qui visait initialement des économies d'énergie, a eu pour effet d'éliminer les suicides dans ce réseau de transport. À Londres, en Angleterre, les autorités font l'essai de

«fosses» creusées sous les rails afin de décourager les gens de se précipiter sous les trains et d'empêcher les gens qui sautent de se blesser.

Un autre argument milite en faveur de la restriction de l'accessibilité des «risques attrayants». Il s'agit d'une étude sur les mesures prises pour limiter l'accès au Golden Gate Bridge à San Francisco, qui a montré que cette intervention a réussi à prévenir le suicide (Seiden, 1978). Les résultats de cette étude accréditent aussi la théorie voulant que le comportement suicidaire soit essentiellement rattaché à des périodes de crise et que le fait de limiter l'accès à des méthodes de suicide attrayantes et létales au cours d'une période suicidaire puisse constituer un moyen de prévention efficace.

L'exemple le plus connu d'une réduction du taux de suicide observée après la neutralisation d'une méthode létale nous vient d'Angleterre où, au cours des années 60, les taux de suicide ont chuté après le remplacement du gaz de houille à usage domestique par le gaz naturel, dont la teneur en oxyde de carbone est bien inférieure. Ce changement a eu pour effet de réduire les possibilités d'asphyxie au moyen d'une cuisinière à gaz, méthode de suicide auparavant répandue, surtout dans la population âgée. Les taux de suicide ont continué de reculer chez les personnes âgées alors qu'ils ont suivi une courbe ascendante chez les jeunes hommes, où l'utilisation d'une cuisinière à gaz n'a jamais été un mode de suicide de prédilection (Kreitman, 1976). Comme l'a fait remarquer un chercheur britannique :

«[Il] semblerait que quiconque est absolument résolu à se tuer y parviendra un jour ou l'autre; cependant, il est également fort possible, étant donné l'ambivalence (ou la «multivalence») qui caractérise bien des suicides, qu'une tentative avortée produise un effet cathartique et entraîne un changement psychologique profond. Dans d'autres cas, il est possible que le scénario du suicide prévoie le recours à une méthode donnée et que l'absence de celle-ci rende moins probable le passage à l'acte.»
(Kreitman, 1976)

B. Intervention

L'intervention désigne les soins d'urgence (gestion de la crise suicidaire) et les soins de plus longue durée ainsi que le traitement d'une personne ou d'un groupe «à risque». L'un des objectifs du Groupe d'étude était d'utiliser les évaluations des programmes de prévention et d'intervention en matière de suicide pour orienter la conception et la mise en oeuvre de futurs programmes. Bien que d'autres études d'évaluation aient paru depuis la publication du rapport initial, il est impossible d'établir des comparaisons, car rares sont les programmes qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Après avoir examiné plusieurs évaluations faites sur les centres de prévention du suicide, Mishara et Daigle (1991, 1992) sont d'avis que les données concernant leur capacité de réduire les taux de suicide sont contradictoires. Ils citent entre autres une étude réalisée aux États-Unis par Miller, Coombs, Leeper et Barton (1984), selon laquelle le suicide aurait reculé dans les comtés dotés de centres de prévention, mais uniquement dans la catégorie de gens qui font le plus souvent appel à ces centres, à savoir les femmes de moins de 25 ans (Mishara et Daigle, 1992, p. 26). S'il est prouvé que certains programmes peuvent se traduire par une diminution des

taux de suicide dans certains sous-groupes de la population, il est cependant extrêmement difficile de déterminer quelles sont les caractéristiques du programme qui sont efficaces, ou de comparer la relative efficacité de divers types de programmes de prévention ou d'intervention. Ainsi les «programmes modèles» cités dans le présent rapport ont été choisis non pas en raison des résultats qu'ils auraient produits, mais parce qu'ils sont acceptés par la collectivité, parce que les clients en sont apparemment très satisfaits et parce qu'ils ont fait leurs preuves auprès d'autres organismes.

Le programme de formation des sentinelles mis au point en Alberta fait partie des initiatives qui ont été évaluées à plusieurs reprises, avec des résultats favorables (Bagshaw, 1988; Crookall et McLean, 1986; Dickie, Rollins et Smith, 1990; Farrell et Mainprize, 1990; Lafleur, 1989; Paris, Tauber et Neilsen, 1990; Tierney, 1988). Cette initiative, ainsi que d'autres programmes de formation surtout administrés à l'échelle locale ou provinciale, contribuent à améliorer la capacité d'intervention de divers professionnels, bénévoles et autres sentinelles des quatre coins du Canada, en cas de suicide.

Il sera brièvement question dans les pages qui suivent de l'éducation et de la formation des professionnels et d'autres intervenants. Suivra une description de la gamme de services d'intervention existants.

1. Éducation et formation des professionnels des soins de santé et d'autres sentinelles

(i) *Professionnels de la santé*

Les sondages réalisés par le Groupe d'étude initial dans les facultés de médecine, de sciences infirmières, de service social et de psychologie ont révélé que l'éducation en matière de suicide dans toutes les disciplines laissait quelque peu, sinon beaucoup, à désirer. La situation était un peu meilleure au niveau des études supérieures. Dans bien des cas, le suicide est considéré non pas comme un sujet distinct mais comme une question qui relève de la dépression. À l'intérieur d'une même école et d'un établissement à l'autre, les avis concernant la somme de temps consacrée à l'éducation en matière de suicide étaient partagés. Les résultats d'un sondage mené en 1980 par le Comité de direction pour l'Association canadienne pour la prévention du suicide, à savoir qu'il faudrait impérativement prévoir une formation complémentaire en matière de suicide dans toutes les disciplines liées à la santé, demeurent encore valables aujourd'hui. Dans l'ensemble, les répondants se sont entendus sur les points suivants :

1. Il y aurait lieu de prévoir au moins un cours obligatoire sur la prévention du suicide et d'autres initiatives éducatives pour les étudiants du premier cycle afin de veiller à ce que les intervenants possèdent un niveau minimal de compétences.

2. Il faudrait que l'enseignement des compétences cliniques en matière d'intervention en cas de suicide fasse partie intégrante du programme d'études et de la formation pratique des étudiants du deuxième cycle. La formation clinique devrait mettre l'accent sur les problèmes éthiques que pose le travail auprès des personnes à risque élevé, ainsi que sur les limites des pouvoirs et des responsabilités de l'intervenant. Elle devrait également insister sur la façon de procéder en cas de suicide.

(ii) *Autres sentinelles*

Les professionnels de la santé sont loin d'être les seuls à avoir affaire à des suicidaires dans le cadre de leur travail. Or, tous ces intervenants, qui sont nombreux, peuvent jouer un rôle de «sentinelles» pour le réseau structuré de services. À ce titre, ils peuvent conseiller le candidat au suicide et l'orienter vers les sources d'aide appropriées; faire de la prévention élémentaire et aider l'intéressé à obtenir les services dont il a besoin.

(a) Le clergé

Dans bien des cas, les suicidaires se sentent moins menacés par les membres du clergé que par d'autres professionnels, et se tournent souvent vers eux en période de difficulté. Il est important que tous les membres du clergé possèdent une formation en intervention et soient bien préparés à offrir un soutien aux personnes en deuil.

(b) Les agents de police

Les agents de police sont souvent les premiers à intervenir auprès des individus à risque suicidaire. Quelques rares services de police admettent que leurs agents ont besoin d'une formation spéciale en prévention du suicide pour pouvoir bien réagir face aux suicidaires et aux personnes en deuil.

De nombreux services de police, s'inspirant d'une expérience novatrice menée à London, en Ontario, ont mis sur pied des équipes d'intervention d'urgence qui regroupent des civils et des agents de police. Après l'introduction du programme de London, 88 p. 100 des policiers de l'endroit faisaient régulièrement appel aux organismes communautaires (Conseil ontarien de la santé, 1979).

Les services de police des grandes agglomérations urbaines ont également constitué des équipes spécialisées en intervention d'urgence. Les programmes de formation conçus pour ces équipes comprennent des cours sur les négociations en cas de prise d'otage, où sont enseignées des techniques de counseling et de négociation hautement perfectionnées à utiliser auprès d'individus qui sont généralement en possession d'armes meurtrières et présentent souvent un haut risque de suicide.

(c) Le personnel des établissements pénitentiaires

Le Service correctionnel du Canada (S.C.C.) est très conscient du problème du suicide qui existe dans les établissements pénitentiaires, partout au Canada. Depuis la parution d'une étude du S.C.C. sur l'automutilation et le

suicide (Bureau des conseillers en gestion, 1981), on a tenté de mettre en oeuvre un programme de formation uniforme conçu pour tout le personnel des établissements pénitentiaires. En 1987, un atelier de formation en intervention et un programme conçu pour les agents de formation diplômés, inspirés du modèle albertain, étaient offerts dans toutes les régions relevant du S.C.C., sauf au Québec (Ramsay, Tanney et Searle, 1987). Crookall et McLean (1986) ont décrit et évalué le programme offert dans les Maritimes. En outre, plusieurs autorités provinciales responsables des services correctionnels ont adopté des programmes de formation uniformisés.

(d) Le personnel des établissements scolaires

En raison du contact quotidien très étroit qu'ils ont avec les élèves, les enseignants, les conseillers en orientation et d'autres membres du personnel des établissements scolaires peuvent exercer une influence directe sur la vie des élèves à risque suicidaire. Les élèves en difficulté expriment souvent aux enseignants ou aux conseillers en orientation des idées de suicide sans équivoque, ou leur donnent des indices indirects par des thèmes suicidaires évoqués dans leurs travaux écrits et dans d'autres formes d'expression. Il ressort d'une récente étude réalisée au Québec (Pronovost, 1990) auprès de plus de 2 800 élèves de niveau secondaire qu'un élève sur sept a sérieusement songé au suicide au cours de sa vie.

Les programmes de formation en prévention du suicide en milieu scolaire devraient être conçus de manière à faciliter les relations des enseignants avec l'élève suicidaire sans toutefois leur inculquer un sentiment de responsabilité totale. Les programmes d'information et de traitement, qui tiennent compte d'une clientèle de jeunes, devraient viser les objectifs suivants: amélioration de l'estime de soi, des aptitudes aux relations interpersonnelles et de la capacité d'adaptation (Ward, 1981; Kirmayer, 1994, p. 35).

Plusieurs programmes au Canada font maintenant appel à une approche globale fondée sur la prévention, l'intervention et la postvention pour faire face au problème du suicide en milieu scolaire (Martin, Kocmarek et Gertridge, 1987; Dickson, 1991; Association québécoise de suicidologie, 1990). Ces programmes renseignent le personnel des établissements scolaires sur les politiques et les pratiques en matière de suicide admises par les autorités scolaires; offrent des cours d'éducation sanitaire et d'adaptation à la vie conçus pour les élèves; mettent à la disposition du personnel une formation sur la prévention du suicide et indiquent comment faire appel aux organismes spécialisés qui existent dans la collectivité.

Dans une récente publication, l'Association canadienne pour la prévention du suicide (1994B) recommande que toutes les autorités scolaires prévoient des lignes directrices et une marche à suivre en matière de prévention du suicide. Elle formule à cet égard des recommandations précises, assorties

d'une brève explication. Il s'agit de définir des politiques écrites, applicables dans l'ensemble du réseau, au sujet des activités éducatives à visée préventive conçues pour les élèves, le personnel et les parents; des interventions d'urgence et du suivi à long terme et des protocoles de postvention destinés à réduire les répercussions d'un suicide dans le milieu scolaire.

(e) Les bénévoles des services d'écoute téléphonique

Il existe dans la plupart des grandes villes et dans un grand nombre de petites villes, de comtés et de régions rurales du Canada des centres de prévention du suicide ou d'intervention d'urgence qui ont décidé de faire de l'intervention l'un de leurs principaux objectifs. Certains centres offrent une aide adaptée à n'importe quelle situation de crise; d'autres se spécialisent dans l'intervention en cas de crise suicidaire: aide aux suicidaires, counseling aux personnes en deuil et élaboration de programmes d'action communautaire pour certains groupes à haut risque. Il est important que ces centres prévoient une formation en intervention en cas de suicide dans le cadre de leurs cours de formation aux bénévoles.

Il faudrait mettre au point des lignes directrices pour l'évaluation et l'agrément des centres détresse-secours. L'ACPS (Association canadienne pour la prévention du suicide) étudie actuellement la possibilité d'introduire un processus d'agrément qui tienne compte des critères de sélection des

bénévoles et des éléments à prendre en considération dans la planification d'un programme d'enseignement, notamment:

- une évaluation de la létalité à l'aide de méthodes ou d'échelles de mesure établies;
- des techniques d'intervention en cas de danger de mort, y compris les démarches nécessaires pour obtenir l'aide des forces policières et des services médicaux;
- une formation spécialisée en matière d'aide aux victimes de violence (viol, mauvais traitements ou abus à l'égard des enfants) et aux proches des victimes de mort violente ou des suicidés, et
- des services d'éducation communautaire axés sur les situations de crise où la vie est en danger.

L'efficacité d'un programme de prévention du suicide dépend non seulement de la structure administrative et de l'aménagement matériel de l'organisation, mais aussi des mécanismes de formation, du mode de prestation des services, des interventions en cas de danger de mort, des considérations d'ordre éthique, de l'intégration à la collectivité et de l'évaluation prévue.

En outre, les organismes de prévention du suicide devraient appliquer un code de déontologie détaillé qui traite de questions telles que le secret professionnel ou le recours aux techniques de secours. Ils devraient aussi évaluer leurs programmes et s'efforcer d'améliorer leurs services et activités en tenant compte des résultats de leurs évaluations.

2. L'éventail de services d'intervention

Il existe une vaste gamme de services communautaires qui s'occupent d'intervention en cas de suicide.

(i) *Coordination et collaboration avec la collectivité*

Les suicidaires peuvent, à divers moments, être en relation avec plusieurs services et intervenants dans la collectivité. La forme d'aide qui s'impose varie selon l'étape du processus suicidaire et selon l'individu. Certains suicidaires appelleront un centre de prévention du suicide ou un centre détresse-secours en cas d'urgence; d'autres préféreront s'adresser à un établissement psychiatrique ou à leur médecin de famille. Les personnes qui tentent de se suicider et aboutissent à l'hôpital ont, dans bien des cas, été en contact avec des organismes bénévoles et des services de santé mentale avant leur tentative, et beaucoup communiquent avec d'autres organismes communautaires à leur sortie de l'hôpital. Dans bien des cas, le suicidaire ne se contentera pas de s'adresser à un centre de prévention du suicide; il recourra aussi ou peut être seulement à d'autres services comme les centres d'aide aux victimes de viol, un organisme de protection de la jeunesse ou un programme de désintoxication. C'est pourquoi il est essentiel que toute la gamme d'établissements et de services communautaires mettent en commun leurs efforts et coordonnent leurs activités pour mener une action efficace auprès des suicidaires. Il

faudrait, dans le cadre de cet effort, amener le client suicidaire à jouer un rôle actif dans la planification des activités d'intervention qui s'imposent.

Les équipes de travail régionales ou locales ou les comités interorganismes qui s'occupent de prévention obtiennent souvent d'excellents résultats. Les services de suivi qu'ils assurent sont plus complets et plus intégrés, et ils savent mieux exploiter toutes les ressources qu'offre la collectivité. Les programmes qui reposent sur une collaboration permettent aux suicidaires et aux personnes ayant attenté à leurs jours d'avoir accès à un plus vaste éventail de services. Les centres de prévention du suicide, par exemple, peuvent joindre leurs efforts à ceux des services de police et d'ambulanciers pour reconnaître les clients à risque et offrir de l'aide dans des situations de crise où la vie n'est pas en danger. Les centres de prévention du suicide peuvent orienter les clients vers un organisme de santé mentale et continuer d'offrir un service d'écoute téléphonique 24 heures sur 24. Dans certains établissements hospitaliers, les bénévoles du centre de prévention du suicide assurent un suivi auprès des patients ayant déjà été hospitalisés, et qui souvent ne se présentent pas au service de consultation externe.

Les organismes qui ne sont pas directement assimilés à la prévention du suicide, comme les organismes d'aide aux personnes âgées ou aux victimes du sida, peuvent s'avérer de précieux alliés pour toute la gamme de

services communautaires. Ils peuvent tenir lieu de sentinelles en coordonnant leurs activités avec les services spécialisés d'intervention, de prévention et de postvention en matière de suicide.

(ii) *Centres de prévention du suicide*

Depuis la parution du premier rapport du Groupe d'étude, la plupart des grandes agglomérations urbaines et un grand nombre de petites villes, de comtés et de régions rurales au Canada ont mis sur pied des centres de prévention du suicide ou d'intervention d'urgence. Le genre de clientèle, les services offerts, ainsi que l'importance de la collaboration entre ces services et d'autres organismes communautaires varient beaucoup d'une ville et d'une région à l'autre¹².

Suicide-Action Montréal est représentatif des types de centres de prévention du suicide créés au Canada. En 1990, Suicide-Action Montréal a réalisé un projet de recherche dans le but d'évaluer l'efficacité des interventions téléphoniques faites par les bénévoles et de déterminer si certains types d'intervention conviennent davantage à certains types de clients. L'étude a mis en évidence une réduction du degré de dépression chez 40 p. 100 des clients (et une augmentation chez 1 p. 100 d'entre eux seulement) et une diminution de l'urgence de la situation suicidaire (le risque immédiat d'une tentative de suicide) dans 20 p. 100 des cas. Le suivi a montré que plus de la moitié des clients ont persévéré dans la recherche

12 L'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) publie et met à jour régulièrement une liste de centres d'intervention d'urgence et de prévention du suicide qui existent partout au Canada. On peut se la procurer en s'adressant à l'ACPS, #201, 1615 - 10th Avenue, S.W., Calgary (Alberta) T3C 0J7.

de solutions durables à leurs problèmes. Selon d'autres analyses, la recherche de solutions auprès du client, en plus de lui poser des questions précises afin d'évaluer le risque suicidaire, aide la personne à trouver des solutions de rechange. La qualité de l'écoute empathique et non directive compte pour beaucoup dans la réussite de l'intervention, surtout auprès de clients qui vivent une situation de crise aiguë (Mishara & Daigle, 1992; 1993).

Les centres de prévention du suicide et les programmes analogues comptent parmi leurs «clients» un grand nombre de «tiers», autrement dit, de personnes qui font appel à eux pour savoir comment composer avec un ami ou un membre de la famille qu'elles jugent suicidaire. Mishara (1994C, sous presse) décrit comment la famille et les amis réagissent en apprenant que quelqu'un est peut-être suicidaire. Les professionnels de la santé et les centres de prévention du suicide peuvent inciter la famille et les amis à intervenir activement, leur apprendre à mieux évaluer le risque suicidaire et à mieux aider le sujet suicidaire.

(iii) Services offerts en milieu hospitalier

Les risques de suicide sont environ 40 fois plus élevés chez les personnes qui ont déjà tenté de s'enlever la vie que dans le reste de la population qui n'a aucun antécédent de conduite suicidaire (Motto et Tanney, 1990). Il est plus facile d'intervenir auprès des suicidants qui sont hospitalisés parce qu'ils sont faciles à identifier, et parce qu'ils sont sur place pour recevoir des soins d'urgence, des traitements particuliers et un suivi.

En règle générale, les professionnels distinguent trois étapes dans la prise en charge des malades suicidaires: la phase aiguë, le traitement et le rétablissement.

On entend par phase aiguë la période de la crise suicidaire où les risques de suicide sont les plus élevés. À ce stade, il y a lieu de procéder au plus tôt à une évaluation pour déterminer le niveau de risque dans l'immédiat. L'étape du traitement marque le début d'une période d'adaptation où le patient peut envisager des solutions autres que le suicide. C'est l'occasion pour le professionnel de définir des objectifs et des stratégies thérapeutiques. Le rétablissement renvoie au dernier stade de la thérapie, où le patient peut acquérir les aptitudes voulues pour faire face aux nombreuses sources de stress qui ont contribué en premier lieu au comportement suicidaire.

(a) Traitement en salle d'urgence

La plupart des individus hospitalisés pour des blessures volontaires sont tout d'abord traités dans le service d'urgence d'un hôpital général qui est sans doute l'établissement le mieux placé pour traiter les blessures volontaires en raison de la grande diversité des services médicaux qu'il offre.

Une étude a révélé que 10 p. 100 des services psychiatriques d'urgence dans un hôpital général étaient dispensés à des malades qui présentaient un comportement suicidaire, qui avaient déjà tenté de se suicider ou menacé de le faire, ou encore, qui exprimaient des idées de suicide au moment de leur admission (Syer-Solursh et Streiner, 1985).

Les suicidaires admis en salle d'urgence d'un hôpital général reçoivent généralement que des soins médicaux ou chirurgicaux. Si leur vie est sérieusement en danger, ils recevront immédiatement des soins médicaux. Si toutefois on juge que la blessure n'est pas mortelle, ou qu'il s'agit d'un simple «geste», l'individu sera peut-être traité de façon très différente. Dans bien des cas, ce genre de patients sont renvoyés de la salle d'urgence sans bénéficier d'un suivi.

Le Groupe d'étude initial a constaté que les hôpitaux canadiens n'ont pas de normes établies pour les malades suicidaires admis en salle d'urgence. À l'époque, il n'existait qu'un petit nombre de protocoles régissant les soins préliminaires, et les recherches dans ce domaine étaient rares, voire inexistantes. Depuis la parution du rapport, la situation a à peine évolué.

Dans les salles d'urgence, un omnipraticien est généralement assigné au suicidaire et, la plupart du temps, il décide seul si une consultation psychiatrique s'impose. Cette décision sera influencée par des facteurs comme la présence dans l'établissement d'un psychiatre ou d'un résident en psychiatrie, le nombre d'urgences médicales «véritables» qui requièrent elles aussi l'attention du médecin et la connaissance qu'a le médecin des patients psychiatriques en général et des suicidaires en particulier, et son attitude à leur égard. Une analyse d'études portant sur les conséquences des attitudes du personnel médical vis-à-vis des patients suicidaires a révélé que les attitudes personnelles défavorables sont plus nombreuses qu'on ne le pensait (Lang et coll., 1989). Cette constatation montre à quel point il est urgent d'offrir

au personnel médical affecté aux salles d'urgence une formation spécialisée dans l'identification, l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires. De plus, elle fait ressortir l'importance très nette de normes et de protocoles explicites pour la prise en charge des patients suicidaires.

Certains hôpitaux canadiens ont mis à l'essai la formule de l'équipe pluridisciplinaire d'urgence ou d'intervention en cas de suicide. Ces équipes comprennent habituellement un psychiatre, un travailleur social et une infirmière. Des bénévoles non professionnels ou des paraprofessionnels dûment formés peuvent également en faire partie (Syer-Solursh et Streiner, 1985). Un service d'urgence d'une seule séance dispensé par des professionnels dans la salle d'urgence d'un hôpital communautaire a montré qu'une intervention opportune par des paraprofessionnels a eu des effets bénéfiques durables pour certains problèmes (Getz, Fujita et Allen, 1975).

Il va sans dire que les soins d'urgence seront plus efficaces si l'on tient compte des groupes ethniques de la collectivité et des langues qui y sont parlées. Il est de plus en plus nécessaire de prendre en considération la diversité culturelle de la clientèle desservie au Canada.

Pour qu'il soit efficace, le traitement de la personne suicidaire devrait être mis en route le plus tôt possible après la tentative de suicide. L'individu qui a manqué son suicide se voit confronté à une réalité tout à fait nouvelle: la charge affective accumulée jusqu'au

geste suicidaire a été libérée lors du passage à l'acte. De plus, la personne a été transférée physiquement de la scène du suicide à la salle d'urgence.

(b) Services de consultation externe

Si l'on estime que le risque suicidaire n'est pas trop élevé, et s'il existe les réseaux de soutien nécessaires, par exemple la famille et les amis, le patient suicidaire est adressé au service de consultation externe pour le suivi. Malheureusement, de nombreuses études montrent que les suicidaires orientés vers ce genre de services externes ne suivent pas très bien leur traitement. Kreitman (1977) fait état d'un taux d'abandon d'environ 50 p. 100.

Certains moyens peuvent être mis en oeuvre pour inciter les consultants externes suicidaires à mieux suivre leur traitement:

- discuter du traitement envisagé lors de l'entrevue initiale et en négocier les modalités;
- fixer un rendez-vous précis avec une source d'aide bien déterminée;
- prévoir un délai d'attente le plus bref possible avant le premier rendez-vous;
- faire une évaluation systématique des résultats du traitement;
- obtenir la collaboration d'organismes communautaires «alternatifs» lorsqu'on a affaire à un sujet réfractaire à un suivi en milieu hospitalier

Tableau 5 : Deux profils de patients à risque en milieu hospitalier

Catégorie de facteur de risque	1^{er} Profil	2^e Profil
Considérations démographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Tentatives antérieures de suicide • Antécédents familiaux de suicide, de maladie mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentatives antérieures de suicide • Antécédents familiaux de suicide, de maladie mentale
Considérations cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • maladie aiguë, troubles psychotiques, agitation • détérioration de l'état de santé du malade • comportements suicidaires 	<ul style="list-style-type: none"> • maladie moins aiguë, mais avec des signes dépressifs évidents • présence ou absence de tendances suicidaires
Considérations contextuelles/interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation récente • Isolement social, incapacité d'établir des liens avec les pairs ou les membres du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Relations interpersonnelles intenses et orageuses, mais impression de faire des progrès en thérapie • Niveau de risque maximum lorsque toute relation importante prend fin (par exemple, à la sortie de l'hôpital, en cas de conflits interpersonnels, de crise familiale)

(Tiré de Smith et Munich (1992). *Suicide, violence and elopement: Prediction, understanding and management*. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 11, chapitre 27, p. 543.

- faire en sorte que les organismes qui s'occupent de près ou de loin de la prise en charge du patient suicidaire communiquent bien entre eux;
- reprendre contact avec le patient après une première entrevue à simple titre de rappel ou pour prendre un nouveau rendez-vous.

Toutes ces stratégies pourraient également être appliquées dans la salle d'urgence.

(c) Services d'hospitalisation

Les éléments qui interviennent dans la décision des médecins travaillant à l'urgence d'hospitaliser des patients suicidaires sont complexes et pas très bien compris. Les études qui ont tenté de faire la lumière sur ces décisions après coup (Paykel, Hallowell, Dressler et coll., 1974; Holmes et Soloman, 1981) et les recherches faites pour connaître l'avis des médecins sur des situations hypothétiques (Mezzich et Coffman, 1985; Allen et coll., 1987) ont mené à la conclusion que le risque suicidaire élevé n'est qu'un des facteurs qui entrent en ligne de compte. Les décisions dépendent aussi de considérations pertinentes telles que les thérapies déjà suivies ou prévues et le niveau de soutien ou de stress associé à l'environnement du patient. La plupart du temps, les brèves hospitalisations semblent être pratique courante et visent les objectifs suivants:

- terminer l'évaluation et le diagnostic lorsque le cas justifie un examen en profondeur qui ne peut être fait en salle d'urgence, et qui suppose par exemple un entretien avec quiconque pourrait fournir des éléments d'information complémentaires qui éclaireraient le geste suicidaire;

- stabiliser l'état de la personne à l'aide de médicaments ou d'autres formes d'intervention physique pour que le traitement puisse démarrer;
- éloigner temporairement une personne vulnérable d'un milieu familial très stressant et de plus en plus perturbé;
- dans la mesure du possible, faire participer au traitement et à la planification du congé les membres de la famille, les amis intimes et le médecin de famille, et
- planifier le programme de suivi du malade.

Il n'existe bien sûr aucun moyen absolu de prévention du suicide chez les malades. Comme nous l'avons signalé dans le Chapitre II, les recherches faites jusqu'ici ne nous permettent pas de déterminer avec précision le risque suicidaire chez les malades mentaux; par contre, elles indiquent que ce risque y est beaucoup plus élevé (de 4 à 20 fois) que dans l'ensemble de la population. Ce sont les personnes qui souffrent de troubles affectifs ou de schizophrénie qui semblent les plus vulnérables sur ce plan (Tanney, 1992). Selon une étude réalisée en Grande-Bretagne, on assiste depuis quelques décennies à une augmentation significative des taux de suicide et de comportement violent dans les services d'hospitalisation (Crammer, 1984). Cette situation a été attribuée au profil des malades, par exemple à la gravité accrue de leur maladie, à la pénurie de personnel dans les services et aux changements apportés à la loi qui ont entraîné une augmentation du nombre d'hospitalisations involontaires et le renforcement du droit du patient de refuser les médicaments prescrits.

Selon Smith et Munich (1992), il existe deux catégories de patients à haut risque suicidaire pendant leur séjour à l'hôpital (voir le Tableau 5). Dans la première catégorie, on retrouve les patients qui courent le plus grand risque au début de leur hospitalisation. La seconde catégorie comprend les malades qui peuvent attenter à leur vie à n'importe quel moment de leur séjour; dans certains cas, ils sont particulièrement vulnérables à mesure qu'ils approchent leur sortie de l'établissement.

Les recherches indiquent que la majorité des suicides chez les malades hospitalisés se produisent hors de l'enceinte de l'hôpital, lors d'une activité ou d'une permission spéciale (Farberow et coll., 1966; Sletten et coll., 1972).

Rares sont les études de suivi systématiques, à caractère prospectif, et de longue durée qui tentent d'évaluer les avantages de diverses techniques thérapeutiques utilisées chez les suicidaires dans les services hospitaliers d'urgence. Toutefois une étude comparative auprès de groupes répartis de façon aléatoire en deux catégories -«étude de contrôle» et programmes «normaux» de traitement - a mis en évidence une diminution importante des tentatives de suicide et de l'abus de l'alcool dans le groupe faisant partie de l'«étude de contrôle» (Welu, 1977). Ces résultats indiquent qu'il y a lieu de mettre en place davantage de programmes de traitement en postcure à l'intention des suicidaires.

(d) Patients renvoyés de l'hôpital

Il est plus difficile de déterminer quels sont les facteurs suicidogènes qui interviennent dans le cas des malades mentaux ayant obtenu leur congé de l'hôpital. Les recherches révèlent que des facteurs qui influent sur le comportement suicidaire diffèrent selon qu'il s'agit de malades mentaux ayant quitté l'hôpital ou de malades hospitalisés en congé autorisé. Elles indiquent également que les malades renvoyés de l'hôpital, chez qui on a déjà diagnostiqué un problème d'alcoolisme, une psychose affective, une névrose dépressive ou la schizophrénie représentent un groupe à haut risque suicidaire. En outre, selon une étude, la proportion d'hommes et de femmes chez les malades ayant déjà été hospitalisés serait égale, alors que dans l'ensemble de la population, le rapport est d'environ trois hommes pour une femme (Kraft et Babigian, 1976). Selon d'autres études, les comportements violents, les antécédents de blessures volontaires, la rupture de liens conjugaux occasionnée par un décès, une séparation ou un divorce sont des phénomènes plus fréquents chez les anciens malades qui se suicident que chez les anciens malades non suicidaires (Myers et Neal, 1978).

La prévention du suicide chez les malades mentaux ayant déjà été hospitalisés continuera d'être une tâche très ardue, qui repose sur la continuité et l'efficacité de soins en consultation externe. D'après les expériences menées récemment, il semble que la seule solution possible dans certains cas soit de mettre sur pied une équipe itinérante de consultation externe susceptible d'offrir aux personnes ayant

déjà été hospitalisées des soins en milieu communautaire. De plus, il faudrait améliorer la coordination et l'intégration des services dispensés en milieux hospitalier et communautaire. C'est ainsi que les réseaux de soutien thérapeutique et social pourront unir leurs efforts afin de garantir la sécurité du patient et de s'assurer qu'il soit le plus autonome possible.

C. Postvention

Conçue à l'origine pour l'entourage immédiat des suicidés, la postvention a maintenant un champ d'intervention plus vaste, en ce sens qu'elle vise également les professionnels de la santé, les membres de l'équipe d'intervention d'urgence et des groupes tels que les milieux scolaires ou les collectivités, récemment éprouvés par un ou plusieurs cas de suicide.

La postvention se présente sous plusieurs formes : services directs (tels que le soutien et le counseling) aux personnes en deuil; diffusion, dans les écoles et les collectivités, de protocoles destinés à faire en sorte que les divers milieux concernés réagissent convenablement à la suite d'un décès par suicide et réalisation d'autopsies psychologiques afin de reconstituer les événements qui ont conduit au suicide.

1. Le deuil consécutif à un suicide

Depuis quelques années, on se rend compte à quel point il est important de prévoir des services de soutien et de counseling pour les personnes en deuil à la suite d'un suicide (Mishara, 1994). Des études réalisées récemment indiquent que les risques de réactions pathologiques et compliquées ou de deuil prolongé ne sont guère plus élevés chez les personnes en deuil après un suicide qu'après n'importe quelle

autre mort tragique (van der Wal, 1989; McIntosh et Kelly, 1988). En revanche, les réactions de deuil associées à un suicide peuvent être qualitativement différentes à plusieurs égards. Il arrive que des réactions telles que la culpabilisation, la colère, une impression de rejet ou de honte, des idées de suicide et l'acharnement à trouver une explication au geste soient plus intenses et qu'elles agissent sur le deuil (McIntosh et Kelly, 1988; van der Wal, 1989; McIntosh et Wroblewski, 1988).

Il est important que les intervenants qui travaillent auprès des personnes en deuil à la suite d'un suicide comprennent parfaitement le processus normal de deuil tout en sachant qu'après un suicide, les réactions de l'entourage sont parfois plus marquées à certains égards, notamment:

(i) Recherche d'une explication

La plupart du temps, les personnes en deuil ressentent le besoin de trouver des indices physiques et psychologiques qui les aideront à expliquer le geste du suicidé. Elles n'ont qu'une idée en tête : comprendre le «pourquoi» (Moritz, 1990; van der Waal, 1989; Dunne, 1987). Cette interrogation se traduit parfois par un grand besoin de reconstituer les événements précédant le décès ou par une attitude de vigilance et de suspicion. Il arrive que la personne en deuil, incapable d'accepter la cause du décès, tente de trouver des preuves infirmant l'idée d'un suicide.

(ii) Quête existentielle

Parfois, la recherche d'une explication au suicide débouche sur une quête existentielle et une remise en cause des valeurs fondamentales pour la personne en deuil (Moritz, 1990; van der

Wal, 1989; Rudestam, 1989; Dunn et Morrish-Vidners, 1987). Dans bien des cas, le sujet s'interroge alors sur le sens de la vie en général et de sa propre vie, et sur l'existence d'une vie après la mort. Cette recherche, que l'on peut considérer comme l'aspect spirituel du deuil, en est aussi un élément important. Les intervenants se doivent de tenir compte de cet aspect du deuil, qui est rarement évoqué.

(iii) *Culpabilité*

Un suicide, qu'il semble avoir été bien pensé ou qu'il apparaisse insensé, et peu importe son motif, laisse souvent dans l'entourage un sentiment de culpabilité (Moritz, 1990; van der Wal, Cleiren, Diekstra et Mortiz, 1988; McIntosh et Wroblewski, 1988). Parfois, ce sentiment est dirigé vers soi-même, parce qu'on a l'impression de ne pas avoir suffisamment fait pour prévenir le suicide ou d'avoir eu des gestes ou éprouvé des sentiments ou des désirs qui auraient contribué au suicide. Il arrive aussi que les personnes en deuil projettent leur culpabilité sur d'autres à qui elles reprochent de ne pas avoir sauvé le suicidé.

(iv) *Colère*

Souvent, l'entourage ressent de la colère envers la personne décédée, assimilant son geste à un rejet ou à un abandon; pourtant, il lui arrive de nier ou de refouler ce sentiment. Or, la colère refoulée ou mal exprimée (par exemple sous forme de culpabilisation) peut amener à fausser la réalité entourant le décès et donner naissance à des mythes et à des secrets familiaux

(Hauser, 1987), ce qui peut perturber les rapports avec la famille et avec l'extérieur et compliquer les réactions de deuil.

(v) *Stigmatisation et honte*

Il ressort de récentes études qu'après un suicide, la plupart des personnes en deuil éprouvent des sentiments de honte ou de rejet (réels ou imaginaires) qui peuvent avoir des répercussions sur leurs futurs rapports sociaux (Moritz, 1990; Dunne, 1987; Dunn et Morrish-Vidners, 1987). De tels sentiments peuvent empêcher de vivre à fond les rituels du deuil, par exemple en limitant l'accès aux funérailles et aux services commémoratifs, ce qui peut nuire au processus normal de deuil (Hauser, 1987). Dans certains cas, la stigmatisation vécue par les proches du suicidé n'est pas étrangère à leur isolement dans la société. Ness et Pfeffer (1990) ont en effet constaté que la société est souvent moins compatissante envers les personnes en deuil après un suicide qu'envers les personnes éprouvées par tout autre type de décès.

(vi) *Risques de suicide parmi les personnes en deuil*

Il arrive que les personnes en deuil se mettent à considérer le suicide comme une façon de mettre un terme à leurs propres problèmes (Dunne, 1987; McIntosh et Milne, 1986). C'est dire qu'elles présentent elles-mêmes des risques suicidaires. Quiconque offre des conseils aux personnes en deuil doit toujours être à l'affût des idées suicidaires et savoir qu'il sera peut-être amené à intervenir d'urgence pour éviter un suicide à n'importe quelle étape du deuil.

(vii) Mort violente

Les décès par suicide sont dans bien des cas perçus comme des morts violentes, même si la méthode utilisée pour se donner la mort est douce. Les membres de l'entourage qui découvrent ou voient le cadavre peuvent être traumatisés par l'expérience, surtout si le corps est mutilé ou défiguré.

(viii) Absence de soutien social

Les proches d'un suicidé ont à la fois des besoins énormes sur le plan affectif et peu d'attentes à l'égard de la société. Souvent, ils perçoivent de manière très aiguë l'absence de soutien social et n'ont pas le réflexe de se tourner vers les autres pour obtenir du soutien (Rudestam, 1990; Dunn et Morrish-Vidners, 1987). Cette attitude tient peut-être aux sentiments de stigmatisation et de honte qui les habitent, ou simplement au fait qu'ils considèrent que les autres sont impuissants face à leur douleur qui est trop grande.

Lorsque les personnes en deuil sont des enfants

À la suite d'un suicide, les réactions de deuil chez les enfants sont semblables à celles que l'on observe chez les adultes. Toutefois, elles s'expriment parfois différemment, puisque les enfants manifestent souvent leur peine par leur comportement et à travers le jeu. De manière générale, on estime qu'il faut dire à l'enfant, aussi jeune soit-il, la vérité au sujet de la nature suicidaire du décès, et ce, dès le début, en choisissant bien sûr les mots qui conviennent à son âge. Cette franchise l'aidera à bien vivre son deuil et devrait

aussi contribuer à lui éviter de concevoir des idées erronées au sujet de la mort et du disparu, qui peuvent le perturber (Dunne-Maxim, Dunne et Hauser, 1987).

De plus, les enfants devraient être autorisés à prendre part aux rituels funéraires et se sentir libres de discuter ouvertement du suicide (Dunne-Maxim et coll., 1987). Il arrive que les enfants hésitent à confier leurs préoccupations; or, il n'est pas rare qu'ils soient habités par un sentiment de responsabilité, de culpabilité, voire de colère. Des discussions au sujet des multiples causes du suicide aideront à atténuer les sentiments de responsabilité et de culpabilité. De plus, il importe de permettre à l'enfant d'exprimer sainement et en toute sécurité sa colère.

Lorsque les personnes en deuil sont des adolescents

Pour la plupart des adolescents, le deuil consécutif à un suicide est une perte soudaine et imprévue, qui suscitera chez eux des réactions aussi intenses que chez les adultes. Cependant, ce qui peut compliquer le deuil chez l'adolescent c'est qu'il survient à un moment où il cherche à acquérir de l'estime de soi et des valeurs (Valente et Sellers, 1985). Or, il est bien connu que les pertes peuvent miner l'estime de soi et remettre en cause les valeurs.

L'adolescent peut aussi être attiré par le suicide qu'il perçoit comme une façon d'échapper à ses problèmes. Après un suicide, l'adolescent peut se sentir rejeté, honteux, coupable et nul. Une réaction profonde d'autoculpabilisation peut le conduire à des tentatives de suicide (Valente et Sellers, 1985). Dans certains cas, des

symptômes physiques tels que la douleur, l'anorexie et l'insomnie, surgissent pendant le deuil et certains adolescents peuvent se tourner vers les drogues ou l'alcool.

Lorsque les personnes en deuil sont des intervenants professionnels

L'intervenant professionnel risque d'avoir des réactions de deuil lorsqu'un client ou un patient met fin à ses jours, surtout s'il a l'impression que le suicide aurait pu être évité et qu'il n'a pas réussi à le prévenir. Les recherches effectuées récemment sur la question (Berman, 1994; Tanney, 1994) mettent l'accent sur les stratégies permettant de réduire les effets d'un suicide commis par un client. Brown (1989) recommande des façons de composer avec les réactions de l'intervenant professionnel face au suicide d'un patient ou d'un client. Il propose un modèle fondé sur cinq étapes : l'anticipation, la réaction aiguë, la clarification et le travail, la réorganisation et la préparation en vue de la période qui suit la formation.

2. Programmes de soutien

Le premier groupe d'étude a constaté qu'au Canada peu de programmes de postvention offraient un soutien aux personnes en deuil après un suicide et qu'ils rejoignaient uniquement un faible pourcentage de gens qui pourraient en tirer profit. Bien d'autres ont été créés entre-temps. La plupart des groupes de soutien comprennent quatre à huit membres qui se réunissent chaque semaine, pendant une période qui varie de cinq à huit semaines. Certains programmes prévoient des visites à domicile ou l'occasion d'une rencontre avec un bénévole avant que l'intéressé ne soit admis dans un groupe de soutien. Des professionnels ou des bénévoles

ayant reçu une formation en entraide animent les séances. Renaud (1994) décrit un groupe d'entraide type et les résultats d'une évaluation d'un groupe de soutien au Centre de prévention du suicide de Québec.

En Alberta, on a mis au point un atelier de formation et un cours à l'intention des animateurs afin d'inculquer aux divers intervenants des notions de base sur le deuil et de leur transmettre un modèle qu'ils peuvent utiliser auprès des clients pour faciliter un deuil consécutif à un suicide ou à d'autres pertes (Suicide Prevention Training Programs, 1990).

Les programmes d'entraide pour personnes en deuil offrent à ces dernières un service de postvention dont on ne saurait trop souligner l'importance. Ils visent essentiellement à normaliser le processus de deuil et à réduire au minimum les risques de réactions de deuil compliquées, en favorisant la catharsis (libérer les émotions) par des techniques telles que la parole, l'interprétation, la sécurisation, l'orientation et le rappel en douceur à la réalité (Shneidman, 1973). Les membres du groupe racontent leur histoire afin d'extérioriser les sentiments éprouvés face au décès et d'apprendre à surmonter les sentiments intenses de culpabilité, de colère, d'hostilité, de gêne et de honte, qui sont souvent mal compris.

La participation des professionnels aux programmes d'entraide en cas de deuil a suscité de nombreuses discussions. Certains bénévoles sont d'avis qu'il n'y a pas nécessité de consulter des experts, s'estimant l'être eux-mêmes (Romedor, 1981; Lavoie, 1981). Pour d'autres, le succès d'un groupe d'entraide passe nécessairement par l'intervention de professionnels (Harris, 1981). Selon des études réalisées au Canada, bénévoles et professionnels jouent tous deux un rôle important à l'intérieur de

ce genre de programmes. De plus, s'il est vrai que les personnes en deuil ont besoin de partager leurs expériences avec d'autres personnes qui ont également été touchées par le suicide d'un proche, il reste que les bénévoles et les professionnels dûment formés peuvent replacer dans une perspective plus vaste les expériences des personnes en deuil et aider ces dernières à faire face aux mythes et aux appréhensions entourant le suicide et à les vaincre (Rogers, Sheldon, Barwick et coll., 1982).

Plusieurs centres de prévention du suicide et d'intervention d'urgence et d'autres organismes communautaires, par exemple les écoles, ont créé des programmes d'aide aux personnes en deuil adaptés aux besoins du milieu. Certains offrent des activités, comme des services commémoratifs, qui donnent aux membres de la collectivité l'occasion de partager leurs sentiments à l'égard de la personne décédée.

Il faudrait adopter à l'échelle du réseau des politiques prévoyant des protocoles de postvention qui traitent des diverses questions posées par l'intervention en cas de décès par suicide, à savoir: qui est responsable, comment et quand le personnel, les élèves, les patients et les collègues de travail devraient être informés; qui devrait s'occuper des relations avec les médias; quelles sont les ressources auxquelles on devrait faire appel au besoin; où les réactions personnelles peuvent être exprimées.

Dans la mesure du possible, les programmes de postvention devraient faire partie d'une vaste stratégie qui tienne également compte de la prévention et de l'intervention. Pour que l'aide offerte par les professionnels soit intégrée à l'entraide, il faudrait que ces programmes soient rattachés

à des services de santé mentale existants, à des centres détresse-secours, ou à l'Association canadienne pour la santé mentale.

3. L'autopsie psychologique

L'autopsie psychologique a pour objet de faire la lumière sur la nature du décès. Elle fait appel à un entretien en profondeur ou à une série d'entretiens avec les personnes qui connaissent généralement bien le défunt pour reconstituer les circonstances sociales et psychologiques qui entourent le décès (Shneidman et Farberow, 1961; Rudestam, 1979).

À l'origine, l'autopsie psychologique visait surtout à servir de complément aux enquêtes de routine réalisées par le coroner en cas de décès suspects (Curphy, 1967). Les données ainsi recueillies portent sur les points suivants: les circonstances du décès, les événements qui ont conduit au suicide, la psychopathologie, l'adaptation sociale et la santé physique, les antécédents médicaux et psychiatriques et le milieu familial (Brent, 1989). Ces éléments d'information servent aussi à étudier les facteurs de risque associés aux suicides. L'autopsie psychologique, qui est pratiquée depuis plus de trois décennies et fait appel à une grande diversité d'approches auprès des familles et de techniques d'entretien, s'avère une méthode à la fois fiable et pertinente (Brent, 1989). Il y aurait toujours lieu d'intégrer les résultats de ces enquêtes à ceux d'études biochimiques, toxicologiques et épidémiologiques pour que les techniques d'intervention continuent d'évoluer.

Le Groupe d'étude a constaté que les méthodes de réalisation d'une autopsie psychologique sont beaucoup moins intimidantes que les procédures quasi judiciaires d'une enquête, qui semblent intensifier la détresse des personnes en deuil (Barraclough et Shepherd, 1977). L'autopsie psychologique est perçue non seulement comme une technique plus discrète, mais aussi comme un mode d'intervention thérapeutique auprès des personnes en deuil. Elle a en outre l'avantage de renseigner les chercheurs sur le rôle joué par l'individu dans sa propre mort et sur l'intention du geste, données qui ne figurent pas actuellement dans les registres de consignation des décès.

De toute évidence, l'autopsie psychologique peut contribuer pour beaucoup à la collecte d'informations sur le comportement suicidaire. De plus, un recours plus fréquent à cette technique permettrait aux intervenants en santé mentale et au milieu judiciaire d'avoir accès à des renseignements précieux, ce qui se traduirait finalement par la mise en oeuvre de programmes et de mesures de prévention plus efficaces.

IV LE SUICIDE ET LA LOI

A. Le Code criminel

Les sanctions pénales qui s'appliquaient auparavant dans les cas de suicide avaient pour objet de renforcer les interdits religieux. Au fil des ans, toutefois, l'évolution des attitudes sociales et religieuses s'est reflétée dans la décriminalisation de la tentative de suicide. En 1972, celle-ci a été supprimée des dispositions du Code criminel. Otto Lang (1972), le ministre de la Justice d'alors, a expliqué sa décision en ces termes :

Nous avons aboli l'infraction que constitue la tentative de suicide parce que nous croyons là encore qu'il ne s'agit pas d'une question qui relève de la loi et qu'il faut chercher ailleurs les origines du problème et ses solutions et parce qu'en fait la dissuasion dans le cadre du système juridique est inutile.

Conseiller à quelqu'un de se donner la mort ou l'aider à accomplir ce geste demeure, toutefois, un acte criminel. L'article 241 du Code criminel est la seule interdiction juridique qui subsiste encore en ce qui concerne le suicide.

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas : a) conseille à une personne de se donner la mort; b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non.

B. L'hospitalisation involontaire et les lois provinciales sur la santé mentale

La question de l'hospitalisation involontaire et la législation provinciale qui autorise les médecins et les agents de la paix à détenir, contre son gré, une personne jugée dangereuse pour elle-même ou pour les autres suscitent une grande controverse. Une analyse des lois provinciales sur la santé mentale déborderait le cadre de notre étude. Gaudet (1994) nous donne un aperçu des mesures législatives adoptées récemment. L'évolution des attitudes sociales à l'égard des droits de la personne et la Charte canadienne des droits et libertés de 1982 ont entraîné l'établissement de critères d'internement plus rigoureux. Par exemple, la Loi sur la santé mentale adoptée par l'Ontario (Lois refondues de l'Ontario 1990, Vol. 7, Chapitre M.7) exige que le médecin évalue la situation et indique par écrit que la personne souffre d'un trouble mental et pourrait, de ce fait, si elle n'était pas internée, s'infliger des lésions corporelles graves ou en causer à une autre personne; cette disposition va donc beaucoup plus loin que celle que prévoyait la loi antérieure à 1978. Les changements d'ordre législatif introduits dans bien des provinces ont renforcé le droit, pour l'intéressé, de refuser d'être interné ou traité, sauf dans des cas bien précis. Certaines provinces s'emploient à élargir ou à mieux définir le rôle de la personne autorisée à prendre des décisions au nom du malade mental pour mieux répondre aux besoins de la personne frappée

d'incapacité mentale. À cet égard, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont adopté mais pas encore promulgué des textes de loi (Gordon et Verdun-Jones, 1994).

Bien que ce genre de situations donnent rarement lieu à des procès au Canada, les médecins s'inquiètent d'éventuelles poursuites en justice de la part du patient ou de sa famille auxquelles s'expose un médecin qui fait hospitaliser contre son gré un malade pour des motifs jugés insuffisants, ou encore, un médecin qui omet d'hospitaliser un patient suicidaire, récalcitrant. Avec l'évolution des lois et une définition plus précise des rôles, des droits et des responsabilités de chacun, on espère voir régler ce genre de problèmes partout au Canada.

Il est impossible d'évaluer les répercussions, le cas échéant, de critères d'hospitalisation involontaire plus rigoureux sur le taux de suicide, car il existe un trop grand nombre de variables. Il est clair que des facteurs non liés au consentement (par exemple, la disponibilité d'effectifs médicaux) pèsent lourd dans la balance des décisions relatives à l'hospitalisation involontaire. C'est pourquoi il y a lieu de se pencher sur les conséquences juridiques possibles de l'affectation de ressources et d'autres décisions de cet ordre. Quoi qu'il en soit, la question du consentement à l'égard de l'internement et du traitement continuera de se poser de manière aiguë lorsqu'il s'agira de suicide.

Il va sans dire qu'on doit parvenir à un équilibre entre les attitudes sociales à l'égard de la liberté individuelle en général et l'obligation de protéger l'individu suicidaire et sa famille contre un comportement autodestructeur.

C. Le secret professionnel

La question du secret professionnel se pose dans trois contextes : les services bénévoles d'intervention d'urgence, les traitements dispensés par des professionnels et l'établissement d'un bureau central d'enregistrement des suicides.

La plupart des services d'intervention en matière de suicide soutiennent que l'anonymat et le secret professionnel doivent être respectés à tout prix, même si cela met en danger la vie du suicidaire. D'autres services sont d'avis contraire et font valoir que le risque de suicide constitue une raison suffisante pour violer le secret professionnel et faire intervenir des professionnels ou la police. Certains pourraient faire valoir que, dans certains cas, le recours à un service téléphonique d'urgence en période suicidaire révèle un désir latent d'intervention, ou, du moins, une grande ambivalence au sujet de l'acte. Toutefois, l'idée de remettre en cause le principe du secret professionnel dans ces cas pourrait décourager les intéressés de faire appel à pareils services. On ne dispose pas de suffisamment de données pour résoudre ce dilemme, qui met en opposition le droit de l'individu de décider de son propre destin et la volonté de la société de protéger la vie de ses membres.

En ce qui concerne les professionnels et les services d'intervention reconnus, le débat sur la violation du secret professionnel lorsque la vie ou la santé du patient est en danger existe depuis longtemps. Selon des jugements rendus au Canada et aux États-Unis, le secret professionnel n'est pas un motif suffisant pour justifier le non-recours à une mesure préventive essentielle. L'Association canadienne sur la prévention du suicide a élaboré des lignes directrices modèles à l'intention des centres d'intervention d'urgence et de prévention du suicide.

Certains chercheurs ont fait valoir que si l'on obligeait les professionnels à signaler les comportements suicidaires à un bureau central d'enregistrement, on contribuerait pour beaucoup à l'avancement de la recherche et à l'efficacité des interventions. Toutefois, le dilemme qui se pose concerne le rapport entre l'obligation d'assurer le secret professionnel et les avantages qui découleraient d'un tel système. Le principal promoteur de ce système au Canada, le docteur Meno Boldt, est d'avis qu'en prenant les précautions qui s'imposent, on pourrait assurer le secret professionnel et mettre sur pied un bureau d'enregistrement (Boldt, 1976, 1979).

D. La législation sur la recherche et l'examen par les pairs pouvant avoir une incidence sur l'étude du suicide

Environ la moitié des provinces ont adopté des lois visant à protéger les membres de comités d'examen par les pairs (ou d'assurance de la qualité) d'un hôpital ou d'un groupe de recherche approuvé par le ministre de la Santé. Ces personnes ne peuvent être contraintes de répondre à des questions concernant les sujets discutés en comité, et les délibérations de ces comités ne peuvent pas non plus être produites en preuve devant les tribunaux, advenant une demande en ce sens.

Ces mesures législatives favorisent très clairement l'étude du suicide, puisqu'elles permettent aux membres des comités d'examen par les pairs de s'exprimer en toute liberté. Toute erreur de jugement ou /toute forme de négligence pourrait alors être

examinée en détail, ce qui permettrait de mettre au point des méthodes de prévention plus appropriées.

E. L'euthanasie et le suicide assisté

Les termes de «suicide assisté» et d'«euthanasie» (du grec : eu [«bon»] et thanatos [«mort»]) sont utilisés, parfois de façon ambiguë, pour désigner des situations diverses où le décès de quelqu'un (en général, un malade en phase terminale) est provoqué ou facilité par l'intervention d'une autre personne (par exemple, un médecin ou un membre de la famille). Les conséquences juridiques et éthiques de ce genre de situations varient considérablement, en fonction notamment des variables suivantes :

- la participation active du malade dans la décision de mourir;
- la participation directe ou indirecte d'autres personnes au processus;
- la nature des mesures prises (des actions directes telles qu'une injection mortelle par opposition à des mesures passives ou indirectes consistant par exemple à s'abstenir d'intervenir);
- la compétence mentale et l'état de conscience de la personne au moment où les mesures sont prises;
- la présence de personnes autorisées à prendre des décisions au nom de l'intéressé et le rôle joué par ces dernières.

Après avoir passé en revue la terminologie utilisée dans les divers pays, l'Association canadienne de prévention du suicide (1994A, p. 11) propose d'utiliser le terme d' euthanasie active pour désigner les cas où, à la demande expresse d'un malade en phase terminale, des démarches sont entamées en vue de mettre un terme à sa vie, l'idée étant de le délivrer d'une angoisse ou

d'une souffrance extrêmes.¹³ Selon la définition qu'en donne l'Association, l'**euthanasie** (*mercy killing*) consiste à engager un processus qui aboutit au décès d'un malade en phase terminale *lorsque celui-ci est incapable d'en faire la demande ou d'y consentir* (par exemple, dans le cas d'une personne qui est dans un état permanent de coma). Le **suicide médicalement assisté** renvoie à une situation où le médecin accepte de procurer à une personne les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder (par exemple, en prescrivant ou en offrant une dose mortelle d'un médicament) mais où c'est le sujet même qui fait le geste fatal.

Selon ces définitions, les termes de «suicide» et de «suicide assisté» ne devraient être utilisés que pour décrire les cas où un sujet se donne lui-même volontairement la mort. Ainsi, lorsqu'une personne gravement handicapée, physiquement incapable de se donner elle-même la mort décède à la suite d'un geste fait par un médecin (ou par quelqu'autre personne) à sa demande, il y a «euthanasie active». Comme le débat au sujet de la terminologie est inséparable du débat sur les questions de fond, il ne faut pas perdre de vue, lorsqu'on lit des ouvrages sur la question, que les auteurs n'utilisent pas tous ces expressions pour désigner les mêmes réalités.

Il existe une polémique croissante au sujet du suicide (plus particulièrement, du suicide assisté) accompli à des fins euthanasiques en cas de maladie en phase terminale très incapacitante ou douloureuse. Si le suicide non assisté (y compris la tentative de suicide) a été décriminalisé

(autrement dit, n'est plus visé par le Code criminel), le droit au suicide n'est prévu dans aucune loi canadienne. De plus, le Code criminel (articles 226, 241) interdit à quiconque (y compris à un médecin) d'intervenir activement afin de mettre fin à la vie d'une personne (par exemple, en lui administrant une substance létale par injection ou en mettant à sa disposition un instrument ou un médicament destiné à faciliter le suicide), même à la demande de cette dernière. Dans la cause la plus célèbre plaidée récemment devant les tribunaux (*Rodriguez c. la Colombie-Britannique*, 1993), la Cour suprême du Canada a maintenu la clause du Code criminel interdisant au médecin d'assister un suicide/de recourir à l'euthanasie. Les défenseurs du droit au suicide médicalement assisté et au recours à l'euthanasie préconisent actuellement l'adoption d'une loi qui permettrait le recours à ce type d'intervention dans certaines circonstances. C'est par les nouveaux projets de loi, les causes qui font jurisprudence et le débat public que la société continuera d'apporter des éléments de réponse à ces questions.

Une analyse en profondeur des considérations juridiques et éthiques liées au suicide médicalement assisté et à l'euthanasie dépasserait le cadre de notre étude. Cependant, il importe de souligner que l'on risque d'écarter certaines questions fondamentales si le débat s'articule exclusivement autour de la législation et des droits prévus par la Charte.

13 Pour des raisons d'ordre législatif et moral, une distinction est faite entre l'*euthanasie active*, qui consiste à provoquer délibérément la mort, et l'*euthanasie passive*, qui consiste à s'abstenir de faire un geste ou à interrompre un geste qui prolongerait la vie. Tout adulte en pleine possession de ses facultés mentales a le droit de refuser un traitement médical, et le refus ou la suppression d'un traitement peut dans certains cas être assimilé à l'euthanasie passive.

D'aucuns pourraient faire valoir que les suicides commis par des malades en phase terminale ne représentent pas une catégorie totalement distincte, mais s'apparentent beaucoup aux autres suicides. Suivant cette logique, les activités préventives et les interventions thérapeutiques devraient continuer d'être axées sur cette catégorie de suicides (au même titre que d'autres suicides).

La plupart des candidats au suicide sont ambivalents au sujet du geste envisagé et changent d'idée avant, pendant ou après une tentative. (C'est ce qui explique la faible proportion de tentatives qui ont un dénouement fatal.) La plupart (y compris un grand nombre de ceux qui sont des malades en phase terminale) choisissent d'annuler, ou du moins de reporter, leur projet. Certains (par exemple, Mishara, 1993B) disent craindre qu'une autre personne, par sa présence ou son intervention, n'ait sans le vouloir pour effet d'inciter un sujet ambivalent à aller jusqu'au bout de son projet, qu'il s'agisse de suicide assisté ou d'euthanasie.

Il ne serait pas raisonnable de présumer que le désir explicite d'un malade en phase terminale d'en finir avec la vie est irrationnel, impulsif, irréfléchi, contraire à ses valeurs ou révélateur d'un trouble mental. Toutefois, il faut toujours envisager la possibilité que le malade en phase terminale, comme n'importe quel autre sujet suicidaire, soit ambivalent et que ses idées suicidaires lui soient inspirées par une dépression ou quelque autre phénomène passager. Supposer que la maladie en phase terminale justifie en soi le suicide et qu'il faudrait croire sur parole tous les malades en phase terminale qui expriment le désir d'en finir avec la vie équivaudrait à sous-estimer

l'importance de la vie de ces personnes et à négliger des occasions d'alléger leur souffrance et de donner plus de sens à leurs derniers jours.

Si les malades en phase terminale songent au suicide, c'est parce qu'ils trouvent intolérables certains aspects de leur vie actuelle (ou de leurs perspectives d'avenir). Outre les soins médicaux appropriés, le malade en phase terminale suicidaire a les mêmes besoins que tout autre individu suicidaire, soit la sécurisation, le soutien, l'aide pratique, les contacts humains et l'affection et le sentiment d'être utile. Et ce sont ces besoins que l'on devrait chercher à combler en priorité. Il est important de déterminer dans quelle mesure une intervention appropriée pourrait alléger la douleur physique et psychologique subie par le sujet et, partant, diminuer le risque suicidaire. Souvent, il existe des moyens de soulager considérablement la douleur physique chronique. Quant à la dépression engendrée par l'isolement social, les difficultés personnelles et les nombreuses pertes associées à une maladie terminale, elle peut être atténuée par une psychothérapie appropriée et par le soutien apporté par la famille et les amis.

La mise sur pied d'unités de soins palliatifs et d'hospices en vue d'améliorer la qualité de vie des malades en phase terminale a permis d'établir que le désespoir et les idées suicidaires ne sont pas le lot inévitable des personnes qui souffrent d'une maladie mortelle (voir, par exemple, Johnson, 1994). Comme c'est le cas auprès de toutes les personnes suicidaires, on peut généralement, si on intervient de façon appropriée, aider le malade en phase terminale qui songe au suicide à trouver des solutions de rechange à son angoisse et à continuer de mener une vie plus productive jusqu'au moment de sa mort.

V RECHERCHE ET ÉVALUATION

L'absence de travaux de recherche sur le suicide au Canada a été l'un des principaux obstacles auxquels s'est heurté le groupe d'étude lors de la préparation du rapport initial. On estime que si certaines des conclusions d'études effectuées dans d'autres pays peuvent être appliquées en toute confiance au Canada, tel n'est pas le cas pour un grand nombre d'entre elles. Par exemple, certaines mesures préventives qui semblent permettent de réduire les taux de suicide en Grande-Bretagne peuvent ne pas trouver écho au Canada, où les taux et les modes de suicide sont quelque peu différents. Si l'on veut mettre au point des méthodes innovatrices et efficaces de prévention du suicide, il faut encourager la collecte systématique de données partout au pays. Il importe en effet que l'on augmente le bagage d'informations et de connaissances dont on dispose sur les causes du comportement suicidaire, les facteurs qui aggravent le risque de suicide, les facteurs qui jouent au contraire un rôle protecteur et qui pourraient donner de la force aux personnes vulnérables, et les méthodes de prévention du comportement suicidaire. Pour répondre à ces besoins d'informations, il faut encourager la recherche pluridisciplinaire. Il importe, plus particulièrement, d'accorder attention et soutien aux programmes de recherche décrits ci-après :

1. Études épidémiologiques visant à :

- déterminer la prévalence du comportement suicidaire dans différents segments de la population canadienne (selon l'âge, le sexe, le groupe ethnique, la région, par ex.);

- déterminer les caractéristiques des personnes qui adoptent diverses formes de comportement suicidaire, depuis la simple idée de suicide jusqu'à l'exécution de l'acte; et
- évaluer l'interaction des multiples facteurs de risque et du comportement suicidaire.

L'information tirée de telles études épidémiologiques est utile comme moyen de mieux cerner et comprendre les groupes à haut risque et les changements qui interviennent dans ces groupes au fil du temps. Elle peut aussi servir de base à la vérification des résultats de différents programmes d'intervention.

Il reste que ces études ne peuvent améliorer notre compréhension du comportement suicidaire que dans la mesure où les données sont recueillies de façon systématique, et qu'elles sont **classées de façon exacte et cohérente**. En conséquence, on doit mettre l'accent sur la mise au point d'un système de classification soumis à des critères opérationnels qui permettent d'établir que le suicide est la cause du décès. Ce système doit être le même partout au pays (voir l'Annexe 4).

2. Il importe d'effectuer des études sur les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques associés au comportement suicidaire et, plus particulièrement, sur l'interaction de ces variables. En outre, on devrait perfectionner, mettre à l'essai et (si possible) intégrer des modèles conceptuels relatifs à la genèse, à la nature, à l'évolution et aux

sous-catégories de comportements suicidaires afin d'orienter les futurs travaux de recherche et l'élaboration de programmes.

3. Il importe de multiplier les efforts en vue de mettre au point des études visant à évaluer les méthodes de traitement qui donnent les meilleurs résultats auprès des candidats au suicide, afin de prévenir tout comportement suicidaire chez les personnes à haut risque et de faire face aux conséquences d'un suicide. Des études bien conçues comprenant des groupes témoins sont absolument essentielles si l'on veut déterminer quelles activités/stratégies sont les plus efficaces et auprès de quelles populations.
4. Il importe d'effectuer des études d'évaluation élaborées avec soin sur les effets d'un éventail complet de programmes de prévention et d'intervention existants. Il importe en effet que l'on évalue des programmes d'éducation publique sur le suicide, des programmes de sensibilisation ou de dépistage en milieu scolaire, des programmes mis en oeuvre par des centres d'intervention en situation de crise, des programmes de formation en prévention du suicide, pour ne citer que ces exemples.

Pour que ces études soient effectuées et ces résultats obtenus, il faudrait que la capacité de recherche soit considérée comme une condition essentielle à la planification et à la mise en oeuvre de programmes et de services appropriés et à l'évaluation de leur efficacité.

ANNEXE 1

Objectifs du rapport initial du groupe d'étude (1987) et Résumé des recommandations

Objectifs

Voici les objectifs du Groupe d'étude national sur le suicide :

Étape I

1. Faire enquête sur l'état des connaissances épidémiologiques concernant la nature et l'ampleur du suicide et des problèmes connexes, en tentant d'établir des paramètres démographiques et sociologiques et de cerner les groupes de Canadiens à haut risque.
2. Faire enquête sur l'état des connaissances en ce qui concerne les processus étiologiques.
3. Recueillir de l'information sur les programmes de prévention, d'intervention et de postvention en insistant particulièrement sur les études d'évaluation des programmes existants.

Étape II

4. Analyser et examiner les faits présentés et établir des lignes directrices ou des recommandations en vue d'une intervention appropriée aux niveaux fédéral, provincial/territorial ou régional.
5. Déterminer quels sont les domaines et les sujets sur lesquels il faudra faire porter les recherches, les études et l'évaluation.

6. Préparer un compte rendu des résultats à l'intention du sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé.
7. Donner des conseils sur les stratégies à adopter en vue d'une diffusion efficace de l'information sur les rapports de recherche et leurs conclusions.

Résumé des recommandations du Rapport de 1987

(Nota: Les recommandations du rapport initial sont reprises telles quelles dans la présente mise à jour.)

La portée et la nature de ces recommandations rendent compte de l'expertise des membres du groupe d'étude. Ce sont les priorités des provinces et des territoires en matière de santé mentale qui détermineront la pertinence et l'urgence de chacune. Si tragique qu'il soit, le suicide est un phénomène relativement rare dont les répercussions sociales sont plus limitées que celles d'autres problèmes de santé mentale comme les besoins des malades mentaux chroniques en matière de soins et de traitement, les besoins en santé mentale des victimes de violence telles que les femmes battues et les enfants maltraités ou négligés et, enfin, les problèmes de santé mentale qui accompagnent le vieillissement. En outre, toutes les recommandations ne s'appliquent pas à l'ensemble du pays. Il est possible que certaines aient déjà été mises en oeuvre dans

les services provinciaux ou locaux de santé mentale, où les besoins peuvent être comblés à l'aide de méthodes que le groupe d'étude n'a pas prévues.

Définition du problème

Recommandation :

1. Les professionnels de la santé mentale de chaque province et territoire, bien informés sur le suicide, devraient mettre au point un mode de classification qui servirait à déterminer la cause et le mode de décès, en appliquant des critères uniformes et objectifs qui indiquent le degré de probabilité.

La prévention, l'intervention et la postvention : élaboration d'une réponse au problème

Recommandations :

2. Les professionnels de la santé mentale qui connaissent bien la question du suicide devraient travailler de concert avec les représentants des médias dans le but d'atténuer les effets négatifs des reportages sur les cas de suicide dans les médias.
3. Les autorités en santé mentale ou publique devraient, de concert avec les médias (par exemple, les conseils de presse), mettre au point des programmes de sensibilisation du public destinés à atténuer la stigmatisation rattachée à la recherche d'un traitement en période de dépression, à informer le public des signes précurseurs du suicide et à mettre la société au courant des divers mécanismes d'adaptation pouvant être utiles en période de crise.

4. Il faudrait prendre des mesures en vue de réduire la létalité et l'accessibilité des instruments de suicide (par exemple, l'application plus rigoureuse des lois régissant la possession d'armes à feu, une surveillance plus étroite de la distribution des médicaments et, dans la mesure du possible, restreindre l'accès à des sites dangereux et attrayants).
5. Les gouvernements devraient fournir de l'aide (par exemple, aux universités et aux collèges) afin de permettre l'établissement de programmes d'éducation et de formation interdisciplinaires à l'intention des groupes concernés (par exemple, les professionnels de la santé et les sentinelles) afin d'accroître leur compétence dans leur travail auprès des suicidaires.
6. Compte tenu de la particularité des problèmes inhérents aux services pénitentiaires, il y aurait lieu de prévoir des ateliers de formation en prévention du suicide pour tous les agents des établissements pénitentiaires ainsi que pour les policiers qui oeuvrent dans les établissements de détention préventive à tous les paliers.
7. Les questions relatives au suicide qui préoccupent particulièrement certains groupes devraient être traitées dans du matériel pédagogique élaboré par le groupe concerné (par exemple, les médecins, le clergé, le corps enseignant).
8. Les enseignants devraient être renseignés, dans le cadre du programme général d'études ou d'un programme de perfectionnement, sur les techniques de détection et d'évaluation des risques suicidaires chez les élèves, ainsi que sur les services de counseling offerts dans la collectivité.

9. Il faudrait exiger que tout individu à risque suicidaire admis dans une salle d'urgence d'un hôpital général soit évalué dans les plus brefs délais par des intervenants dûment formés.
10. Si les ressources le permettent, on devrait mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pour les urgences psychiatriques et envisager la participation de bénévoles ayant reçu une formation pertinente.
11. On devrait encourager l'équipe psychiatrique d'urgence à communiquer efficacement avec d'autres services de santé mentale et avec les services sociaux dans la collectivité de même qu'avec la police et les services-secours.
12. Une personne suicidaire hospitalisée dans une unité médicale ou chirurgicale devrait être évaluée le plus tôt possible après son admission par des intervenants dûment formés.
13. Le *Canadian Council of Crisis Centres* devrait, si possible, passer en revue les normes et l'efficacité des centres existants, élaborer des lignes directrices pour les centres canadiens et instaurer un mécanisme pour l'évaluation et l'agrément de ces centres.
14. On devrait réaliser des études d'évaluation des services-secours au Canada, afin de déterminer les types de services dispensés, leur orientation et leurs effets.
15. Toutes les fois qu'on peut faire appel à des professionnels qualifiés, on devrait procéder à des autopsies psychologiques dans tous les cas de décès d'origine douteuse ou tous les cas

suspects de décès par suicide dans les hôpitaux psychiatriques et généraux, les prisons, les cliniques communautaires et les services de liberté surveillée.

16. Les professionnels de la santé devraient inclure des études de prise en charge de cas dans leurs enquêtes courantes sur tous les suicidés qui ont des antécédents récents de traitement psychiatrique.

Prévention, intervention et postvention auprès des populations à haut risque

Recommandations :

17. Il y a lieu d'encourager vivement les efforts qui visent à réduire l'incidence de l'alcoolisme.
18. Les gouvernements devraient envisager de soutenir davantage les organismes qui participent au traitement des alcooliques et de leur famille.
19. Les ministres provinciaux de l'éducation devraient envisager la possibilité de mettre au point des programmes provinciaux de santé mentale à l'intention des adolescents du réseau scolaire en mettant l'accent sur les facteurs essentiels au développement de l'assurance et de l'estime de soi, sur les stratégies de résolution des problèmes et de prise de décisions et sur le développement des habiletés interpersonnelles.
20. Dans le traitement des jeunes à risque, il faudrait reconnaître et prendre en considération leur vulnérabilité ainsi que les influences du milieu.

21. Il faudrait faire un effort concerté afin de cerner les lacunes dans les services de psychiatrie et de counseling destinés aux jeunes et d'établir des programmes fondés sur une approche globale à l'égard de la famille et des problèmes des jeunes.
22. Toute forme d'automutilation ainsi que toute menace de suicide de la part de jeunes devraient être prises au sérieux et donner lieu à une évaluation professionnelle et à une intervention thérapeutique pertinente.
23. Il faudrait mettre en oeuvre des programmes complets de soins à l'intention des personnes âgées.
24. L'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de prévention du suicide à l'intention des autochtones devraient reposer sur une approche globale et culturelle.
25. Tous les travailleurs en santé communautaire qui dispensent des services sanitaires, éducatifs et sociaux aux autochtones devraient avoir accès à un réseau d'experts-conseils en santé mentale qui assurerait la liaison et le soutien.
26. Il faudrait s'efforcer d'améliorer la communication au sein des établissements correctionnels et d'un établissement à l'autre ainsi qu'entre les établissements et les programmes de réadaptation postdétention pour ce qui est du comportement suicidaire des détenus. On pourrait, par exemple, mettre en place un système uniformisé pour le signalement d'incidents relatifs au comportement suicidaire, qui serait utilisé dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux et les organismes de détention.
27. Dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire et afin de déterminer quelles sont les techniques les plus efficaces pour prendre en charge les détenus suicidaires, il convient de diffuser largement les résultats des recherches effectuées à l'aide de ressources telles que la bibliothèque du ministre du Solliciteur général du Canada.
28. Il faudrait fournir aux professionnels et aux bénévoles l'occasion de s'inscrire à des programmes de formation axés sur l'affliction des individus proches des victimes de suicide.
29. Il faudrait encourager les travailleurs en santé mentale à établir le contact avec les personnes en deuil le plus tôt possible après le suicide, afin de leur fournir un soutien émotionnel et psychologique ainsi que de l'information sur les services locaux de counseling accessibles.
30. Il importe de déterminer dans quelle mesure les modèles existants atteignent leurs objectifs, afin de mettre au point des programmes efficaces à l'intention des personnes affligées par le suicide d'un proche.

Le suicide et la loi

Recommandation :

31. Il faudrait revoir de façon permanente toutes les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale afin d'établir des dispositions uniformes visant à protéger les personnes suicidaires.

La recherche

Recommandations :

32. Les autres provinces et territoires devraient évaluer le modèle albertain de prévention du suicide pour déterminer s'il peut être appliqué chez eux.
33. Les ministres fédéral et provinciaux qui s'occupent de la santé mentale devraient compter parmi leurs employés un haut fonctionnaire chargé d'élaborer des programmes de prévention du suicide et de faciliter la recherche. (Le modèle albertain qui prévoit la nomination d'un spécialiste provincial en suicidologie devrait être envisagé dans la mesure du possible).
34. Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient collaborer afin d'établir une base de données nationale sur la mortalité et d'examiner la question de l'alimentation obligatoire du système en données.
35. Il faudrait évaluer les méthodes actuelles de collecte de données afin de permettre la mise au point de techniques plus efficaces et uniformes.
36. Il faudrait autoriser les coroners et les médecins légistes provinciaux à permettre aux chercheurs agréés d'avoir accès aux dossiers des individus et à leur faciliter la collecte d'autres données par l'entremise des coroners et des services de police locaux. (À cette fin, il se peut que l'on doive modifier les lois actuelles concernant le secret professionnel.)
37. Il faudrait diffuser les résultats des recherches sur le suicide et la tentative de suicide dans le système des soins de santé.
38. Il faudrait encourager la recherche pluridisciplinaire sur l'efficacité des méthodes de formation à l'intention de ceux qui s'occupent du suicide et des suicidaires.
39. Il faudrait accorder la priorité à l'augmentation des crédits gouvernementaux à la recherche sur le suicide.
40. Il faudrait accorder la priorité à la recherche multidisciplinaire effectuée dans plusieurs centres et mettre particulièrement l'accent sur les différents facteurs (notamment l'intégration sociale, l'isolement, les troubles mentaux, l'alcoolisme, les toxicomanies, les difficultés familiales et scolaires) qui influent sur les jeunes qui ont des tendances suicidaires.

ANNEXE 2

Membres du Groupe d'étude national initial sur le suicide au Canada*

D^r Diane Syer-Solursh
Présidente
Groupe d'étude national sur le suicide
Professeure agrégée de psychiatrie
Department of Psychiatry and Health
Behavior
The Medical College of Georgia
Augusta (Géorgie)
U.S.A. 3912 - 7300

D^r James H. Brown
Professeur agrégé
Department of Psychiatry
University of Manitoba
770 Bannatyne Ave
Winnipeg (Manitoba)
R3E 0W3

D^r Sol Hirsh
Department of Psychiatry
Dalhousie University
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
Halifax (N.-É.)
B3A 2X9

Dr Carole Lavallée
3 - 1801 - 2nd St. S.W.
Calgary (Alberta)
T2S 1S1

M. Howard Mansfield
Directeur
Gestion de la population carcérale
Service correctionnel Canada
340, av. Laurier ouest
Ottawa (Ontario)
K1A 0P9

D^r Alan Murdock
Alberta Department of Social Services and
Community Health
7th Floor, 7th Street Plaza
10030 à 107th Street
Edmonton (Alberta)
T5J 3E4

D^r Mark Solomon
6970 Central Avenue
Leon Grove, Californie
États-Unis 92045

D^r M.R. Eastwood
Directeur
Epidemiology and Psychological Medicine
Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
Toronto (Ontario)
M5T 1R8

D^r Paul E. Termansen
Psychiatre
1415 Bellevue Avenue
West Vancouver (C.-B.)
V7T 1C3

D^r Isaac Sakinofsky
Chef du département de psychiatrie
St. Michael's Hospital
30 Bond Street
Toronto (Ontario)
N5B 1W8

Révérénd Gordon Winch
Distress Centre I
10 Trinity Square
Toronto (Ontario)
M5G 1B1

* Les adresses et les titres donnés ici sont ceux qui avaient cours au moment de la publication du premier rapport du Groupe d'étude en 1987.

D^r Brenda Wattie
Directrice
Division de la santé mentale
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Monique Plamondon
Services de la création de l'emploi
Ministère de la Main-d'oeuvre
Secrétariat du revenu
425, rue St-Amable
Québec (Québec)
J1R 4Z1

Comité de rédaction

D^r Diane Syer-Solursh
Présidente
Groupe d'étude national sur le suicide
Professeure agrégée de psychiatrie
Department of Psychiatry and Health
Behavior
The Medical College of Georgia
Augusta (Géorgie)
U.S.A. 30912 - 7300

Carl M. Lakaski
Expert-conseil, Santé mentale
communautaire
Division de la santé mentale
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

D^r Brenda Wattie
Directrice
Division de la santé mentale
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

D^r Sol Hirsch
Department of Psychiatry
Dalhousie University
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
Halifax (N.-É.)
B3H 2X9

D^r Isaac Sakinofsky
Chef du département de psychiatrie
St. Michael's Hospital
30 Bond Street
Toronto (Ontario)

Experts-conseils

Irene Marchenko
Aylmer (Québec)

D^r John Clayton
Burlington (Ontario)

ANNEXE 3

Les Premières Nations et les Inuits

*Tu es un Indien
et tu es perdu
Tu ne sais pas qui tu es
Parce que tu ne sais d'où tu viens
Et si tu ignores d'où tu viens
Tu ne peux savoir où tu vas.*

Aîné ojibway, Art Solomon, 1990

Les chercheurs qui étudient le suicide dans les collectivités inuites et celles des Premières Nations du Canada signalent des taux de zéro à quinze fois plus élevés que la moyenne nationale. De façon générale, on estime que le taux de suicide dans ces collectivités est en moyenne de trois à cinq fois plus élevé que dans la population canadienne.

Les professionnels de la santé mentale et les chercheurs qui travaillent auprès des collectivités inuites et des Premières Nations s'entendent généralement pour dire que l'acculturation est le facteur qui contribue le plus au taux particulièrement élevé de suicide dans bon nombre de ces collectivités. (Berry, 1990; Thompson et Walker, 1990; *Committee on Cultural Psychiatry*, 1989; Van Winkle et May, 1986).

La réaction et l'adaptation des membres de ces collectivités à la culture non autochtone semblent expliquer en partie la diversité des taux de suicide observés dans ces collectivités. Van Winkle et May (1986), dans une étude rétrospective longitudinale du suicide réalisée dans trois tribus nord-américaines sur une période de 22 ans, indiquent qu'au moins deux facteurs semblent, combinés, rendre compte des différences entre les collectivités

autochtones où le taux de suicide est élevé et celles où il est faible. Il s'agit du niveau d'intégration sociale de la tribu et de l'importance des contacts avec la société non autochtone (acculturation). De façon générale, les tribus qui adhèrent à des valeurs qui favorisent la cohésion et la solidarité communautaires et qui ont des contacts limités avec la culture dominante sont celles où le taux de suicide est le plus bas. Les collectivités qui maintiennent un haut niveau de solidarité et de cohésion communautaires réussissent, malgré des contacts avec la culture non autochtone, à conserver un taux de suicide peu élevé. Bon nombre de ces groupes auraient gardé intactes leurs valeurs traditionnelles et leurs pratiques culturelles (Levy, 1965).

Berry (1990) a étudié l'effet de l'acculturation sur divers groupes ethniques, dont les populations inuites et des Premières nations du Nord du Canada, au cours des vingt dernières années. Ses observations semblent corroborer les conclusions de la plupart des professionnels et des chercheurs qui travaillent auprès des Inuits et des membres des Premières Nations. Le contact avec la société non autochtone s'est traduit par un déclin général de la santé spirituelle, physique et mentale des autochtones du

Canada. De nombreux chercheurs semblent abonder dans le sens des aînés autochtones : le déclin de la santé (et donc le haut taux de suicide) est en grande partie attribuable à la perte d'identité causée par l'abandon des valeurs et croyances traditionnelles, qui sont au coeur de l'identité culturelle et qui permettent de «savoir qui on est».

Un autre facteur qui contribue de façon importante au taux élevé de suicide est l'absence d'économies durables pour remplacer les économies traditionnelles, qui ont été enrayées par le contact avec la culture dominante. La plupart des collectivités inuites et des Premières Nations dépendent dans une large mesure de la société non autochtone pour répondre à la majorité de leurs besoins fondamentaux (nourriture, logement, soins de santé, etc.). En conséquence, les membres de ces collectivités ont peu accès à des emplois valables et à des activités qui puissent donner «un sens à leur vie». Pauvreté et dépendance de l'aide sociale, la vie durant, sont souvent la norme. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que de nombreux jeunes autochtones aient le sentiment qu'ils n'ont pas d'avenir et sombrent dans des comportements autodestructeurs, conduisant souvent au suicide.

Dans certaines collectivités inuites et des Premières Nations, le taux de suicide est plus élevé que dans toutes les autres communautés ethniques qui existent au Canada. Chose certaine, on ne pourra comprendre pourquoi le taux de suicide est aussi élevé chez les autochtones que si on comprend d'abord l'impact de l'acculturation dans ces collectivités. Toute tentative visant à expliquer le phénomène de façon linéaire ou à l'aide de facteurs isolés est vouée à l'échec puisqu'elle ne peut fournir qu'une compréhension partielle du phénomène.

Ed Connors, Ph.D., C. Psych.
ONKWATENRO'SHON:'A
(Planification de la santé)
Chippewas of Rama Health Centre
Rama (Ontario)
4 mars 1993

ANNEXE 4

Le constat de suicide : collecte de données et attestation de décès

Les données sur la mortalité par suicide sont essentielles à l'étude du suicide et à l'élaboration de politiques et de programmes en la matière. Les statistiques officielles sur la question, recueillies et publiées par les gouvernements, ont été abondamment citées dans les recherches. Les bases de données officielles sur le suicide sont intéressantes à divers égards : les données sont recueillies depuis longtemps dans la plupart des pays; elles sont codées selon un système international uniforme et sont souvent accessibles sous une forme assimilable par ordinateur. Elles intègrent des données démographiques et d'autres renseignements utiles (notamment sur les méthodes de suicide). Ainsi, les données sur la mortalité par suicide pourraient servir à évaluer l'ampleur du problème, en général et pour différents groupes; à identifier les populations à haut risque; à dégager des tendances; à évaluer les effets des interventions de grande envergure et à définir et à vérifier des hypothèses concernant les causes du suicide. Elles peuvent aussi être un indicateur possible de la santé mentale générale d'une collectivité (O'Carroll, 1989).

Certains auteurs, qui citent et analysent les statistiques officielles, parlent peu de leur fiabilité et de leur validité. Pourtant l'exactitude de ces données donne lieu à des études et à des controverses depuis des décennies. Si l'on s'interroge sur l'exactitude et l'interprétation des données sur le suicide, c'est surtout parce qu'il est généralement admis que dans l'ensemble des provinces et des territoires, le taux de suicide déclaré est en-deçà du taux de suicide réel.

Des recherches confirment l'existence de cette tendance au Canada (Aldridge et St. John, 1991; Speechley et Stavrakys, 1991; Malla et Hoenig, 1983) et dans d'autres pays (Sainsbury et Jenkins, 1982; Brugha et Walsh, 1978; Liberakis et Hoenig, 1978; McCarthy et Walsh, 1975; Ovenstone, 1973). Certains soutiennent que cette tendance remet en question la validité des comparaisons des taux de suicide d'une province ou d'un territoire à l'autre (Atkinson et coll., 1975; Nelson et coll., 1978) et fait douter de l'utilité des statistiques officielles aux fins de la recherche (Douglas, 1967). Mais d'autres, tout en reconnaissant que les suicides sont sous-déclarés, affirment que le phénomène n'est pas suffisamment important pour affecter la validité des comparaisons ou masquer les différences réelles dans les taux de suicide d'une province ou d'un territoire à l'autre (Mao et coll., 1990; McCarthy et Walsh, 1975; Sainsbury et Barraclough, 1968).

S'il est généralement admis que les suicides sont sous-déclarés, il n'est pas évident de déterminer l'ampleur du phénomène ou de sa variabilité. Le problème tient à l'absence «d'un critère» pour l'évaluation des attestations douteuses (et sans doute à l'impossibilité d'en avoir) (O'Carroll, 1989). Des preuves d'une sous-déclaration possible ou probable s'obtiennent généralement par une réévaluation rétrospective des décès classés dans des catégories qui pourraient «camoufler» un décès par suicide; par exemple, les décès de nature «indéterminée»; les décès consécutifs à une

noyade, une intoxication ou une chute; ou les décès entraînés par un accident d'automobile ne mettant en cause que le conducteur du véhicule (Holly, 1993; Speechley et Stavraký, 1991).

De l'avis de certains, la sous-déclaration peut varier d'une région ou d'une période à l'autre, et selon certaines caractéristiques de la victime ou de l'enquêteur ou selon la méthode utilisée (Speechley et Stavraký, 1991). Cependant, différents chercheurs ont mis en évidence différentes tendances sur ce plan (O'Carroll, 1989). Il va sans dire que des différences cachées et variables dans le mode d'attestation nuiraient davantage à l'utilité des données sur le suicide qu'une sous-déclaration importante mais systématique.

La sous-déclaration (et les différences sur ce plan) peuvent être imputables au mode d'attestation des décès (par exemple, la présence ou l'absence de critères uniformes); aux connaissances, attitudes ou pratiques des responsables de l'attestation; à l'influence du contexte social, culturel, religieux et judiciaire; à diverses limites des systèmes relatives à la collecte, au regroupement et à la publication des données sur le suicide et à l'ambiguïté de certains actes suicidaires.

Dans un article sur la question, O'Carroll (1989) conclut que lorsqu'on interprète avec prudence les statistiques officielles, en connaissant l'origine et les effets des erreurs systématiques qui risquent d'influer sur les chiffres publiés, il semble peu probable que les grandes conclusions tirées à partir de ces données soient fausses (p. 14). Il cite à l'appui diverses grandes conclusions, notamment que les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes; que le suicide est moins fréquent chez les personnes mariées

que chez les célibataires, les veufs ou les veuves ou les divorcé(e)s, et que le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans est monté en flèche entre 1950 et 1980, ce «qui ne saurait s'expliquer uniquement par ...des changements d'attitude [chez les responsables de l'attestation]» (p. 14). Comme les statistiques officielles sont abondamment utilisées dans les recherches et aux fins de l'élaboration de politiques, l'auteur insiste sur la nécessité d'améliorer la validité et la fiabilité de l'attestation du suicide.

Speechley et Stavraký (1991) sont parvenus à la conclusion que les statistiques officielles du Canada sur le suicide, dressées à l'échelle nationale, «sont suffisamment exactes pour la plupart des utilisations qui en sont faites en santé publique et en épidémiologie, en dépit des preuves d'une sous-déclaration non uniforme [selon le sexe, la cause et la période]». Mao et ses collaborateurs (1990) se sont penchés sur la validité des comparaisons interprovinciales en envisageant la possibilité que les suicides aient été classés à tort dans la catégorie des décès de nature indéterminée. Si le rapport entre les décès de nature indéterminée et les suicides était plus élevé dans certaines provinces que dans d'autres, ce phénomène n'a aucunement influé sur les tendances géographiques qui se dégagent des statistiques officielles (par exemple, l'ordre de classement des provinces).

Le groupe d'étude a recommandé que l'on remédie au manque d'exactitude et de cohérence de la base de données nationale sur le suicide afin d'améliorer les perspectives de recherche (Recommandations 34 et 35).

1. Cause et circonstances du décès

Déterminer la *cause du décès* - la manière physique dont se produit le décès - est de toute évidence une responsabilité d'ordre médical, qui est généralement assumée par un médecin ou, dans le cas d'un décès soudain et inattendu, par un coroner ou un médecin légiste. Déterminer les *circonstances du décès*, (c'est-à-dire, établir s'il s'agit d'une mort naturelle, d'un homicide, d'un suicide ou d'un décès survenu de manière indéterminée) suppose que l'on tienne compte de diverses influences psychologiques et sociales, ce qui commande l'intervention d'experts autres que des médecins légistes. Il est essentiel, pour bien évaluer la situation, que le responsable du constat puisse consulter les professionnels qui possèdent la formation voulue et les compétences nécessaires pour mener une enquête.

2. Constat des décès au Canada

Le constat de décès est du ressort des provinces ou des territoires qui disposent chacun de leur mécanisme d'attestation de décès, fondé sur des dispositions législatives. Les lois provinciales et territoriales régissant les enquêtes en cas de décès précisent les types de décès qui doivent faire l'objet d'une enquête avant l'établissement de l'acte de décès, à savoir : les suicides éventuels, les accidents, les homicides et, dans certains cas, les décès naturels, surtout lorsqu'il peut y avoir eu négligence, ou lorsque le décès survient dans une prison ou un autre établissement public.

En cas de décès non naturel, les responsables (coroner, médecin légiste ou juge provincial) sont tenus de déterminer si possible l'identité de la victime, ainsi que le moment, le lieu et la cause du décès et la

façon dont il s'est produit. De façon générale, les suicides sont classés parmi les «décès à déclaration obligatoire», et exigent une enquête spéciale.

Bien que le mécanisme d'attestation des décès soit déterminé par la loi, la façon de procéder varie d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada.

3. Coroner ou médecin légiste

Au Canada, il y a essentiellement deux mécanismes d'attestation des décès, celui du coroner et celui du médecin légiste.

Le mécanisme d'attestation par le coroner est actuellement le plus répandu au Canada, puisque sept provinces et deux territoires l'appliquent. L'approche utilisée pour les enquêtes et les responsabilités assignées au coroner sont sensiblement analogues d'une province à l'autre. En cas de mort subite et inattendue, il incombe au coroner de déterminer la cause du décès et la façon dont il s'est produit, de se fier aux données disponibles et, au besoin, de voir à recueillir des éléments d'information complémentaires. En cas de mort suspecte, le coroner est habilité à mener une enquête pour faire la lumière sur le décès.

Au chapitre des titres et qualités des coroners, il existe énormément d'écarts entre les provinces. Dans la plupart des provinces, les compétences minimales exigées des coroners n'incluent pas le titre de médecin.

Selon le Groupe d'étude, il y aurait lieu, en raison de ce manque d'uniformité, de revoir les mécanismes provinciaux et territoriaux d'attestation par les coroners et les mérites respectifs de l'autonomie locale et d'un système de contrôle et de supervision global.

On remarquera que, s'il est vrai que bon nombre de mécanismes d'attestation par le coroner permettent aux provinces et aux territoires d'exercer un certain pouvoir dans ce domaine, l'exercice de ce pouvoir varie.

Selon le mécanisme d'attestation par le médecin légiste, l'uniformisation des titres et qualités des responsables de l'attestation est régie par la *Fatality Inquiries Act*. En outre, cette formule établit une distinction entre les aspects médical et juridique de l'attestation du décès, de sorte que chaque aspect est confié à des spécialistes. L'aspect médical est du ressort des médecins, tandis que l'aspect juridique, et notamment les enquêtes criminelles et publiques, relèvent des juges provinciaux. Comme c'est le cas avec le système d'attestation par les coroners, le degré de surveillance et de contrôle exercé par la province varie là aussi d'une province à l'autre.

À l'issue d'une étude des systèmes d'attestation actuellement en place au Canada, le groupe d'étude a conclu que pour améliorer l'uniformité des attestations, il devrait y avoir un médecin légiste ou un coroner principal dans chaque province, qui serait habilité à former et à surveiller les responsables locaux des attestations. La formation devrait porter entre autres sur des questions telles que l'effet des attitudes du médecin légiste ou du coroner à l'égard du suicide sur le processus d'attestation et les répercussions de ce processus sur les personnes en deuil.

4. Attitudes et façons de procéder des responsables de l'attestation des suicides

La sous-déclaration des suicides est le plus souvent attribuée à la décision des responsables de l'attestation de classer certains décès dans la catégorie des morts accidentelles ou de nature indéterminée, malgré des indices révélant la possibilité d'un suicide.¹⁴ La réticence des responsables à classer un décès dans la catégorie des suicides peut sans doute varier d'une période et d'une province ou d'un territoire à l'autre, et selon les circonstances du décès et d'autres considérations. Et cette attitude peut à la fois se traduire par une sous-déclaration générale du phénomène et avoir pour effet de fausser les comparaisons de taux de suicide entre les régions, les groupes démographiques ou les périodes.

Dans certains cas, cependant, la nature du décès est difficile à déterminer. Pour établir qu'un décès s'est produit par suicide, il faut présumer des intentions de la victime, ce qui ne peut se faire qu'à l'aide d'une analyse rétrospective. À défaut de preuve permettant de déterminer quelles étaient les intentions du sujet, la mort est jugée accidentelle ou de nature indéterminée, même si la cause immédiate du décès (surdose, pendaison, arme à feu, etc.) peut faire soupçonner un suicide. Ce qui est retenu comme «preuve» varie cependant, et cet écart peut dépendre de l'attitude des «responsables» (Farberow, MacKinnon et Nelson, 1977).

14 En 1992, 181 et 79 décès signalés respectivement chez les hommes et chez les femmes ont été classés dans les catégories E980 à E989 de la Classification internationale des maladies; autrement dit, ils ont été enregistrés comme des décès de nature «indéterminée», que les lésions qui ont provoqué la mort aient été intentionnelles ou accidentelles (Statistique Canada, No de catalogue 84-208, Causes de décès, 1992). Si, à la limite, tous ces décès de nature «indéterminée» étaient ajoutés aux cas attestés de suicide pour 1992, ils représenteraient 5,8 % du nouveau total chez les hommes et 9,1 % du nouveau total chez les femmes. Autrement dit, il semblerait que l'exactitude des constats relatifs aux décès de cause «indéterminée» aurait une incidence faible mais significative sur les taux nationaux de suicide.

On peut adopter essentiellement deux approches pour résoudre un cas de décès de nature indéterminée. Il y a, d'une part, l'approche dite de la «prépondérance des probabilités», où les preuves recueillies sur les lieux, les données psychologiques et physiques révélées par l'autopsie et les résultats des tests de toxicologie sont pesés, après quoi une décision concernant la nature du décès est prise.

D'autre part, il y a l'approche fondée sur le concept de l'«au-delà du doute raisonnable», où, après examen des preuves, on ne conclut au décès par suicide que si on peut le prouver hors de tout doute raisonnable. Or, pour certains responsables, il existe toujours un doute raisonnable aussi longtemps que l'intentionnalité de l'acte n'est pas prouvée. Un responsable qui hésite à conclure à un décès par suicide adoptera sans doute cette approche («au-delà de tout doute raisonnable»), tandis que celui qui n'est pas aussi réticent optera pour la première approche («prépondérance des probabilités»). Toutefois, tant qu'on utilisera l'approche du doute raisonnable, bon nombre de suicides présumés continueront de ne pas être déclarés.

Une étude réalisée auprès de 350 coroners ontariens a montré que 33 p. 100 d'entre eux hésitaient à conclure à l'origine suicidaire d'un décès. La principale raison invoquée concernait l'effet psychologique que cette conclusion pourrait avoir sur la famille, les autres facteurs étant l'assurance-vie, la stigmatisation qui frappe les victimes, les conséquences juridiques possibles et les considérations d'ordre religieux et moral. Trente-huit pour cent des coroners ont également admis que, même si le suicide était probable, ils indiqueraient que la cause du décès est indéterminée ou s'abstiendraient tout simplement de préciser les circonstances entourant le décès. Certains

coroners (16 p. 100) ont mis en avant l'absence d'une définition satisfaisante du suicide et le manque d'uniformité dans les critères utilisés par les coroners pour déterminer si le décès s'est produit par suicide, d'où un écart inévitable (Syer-Solursh et Wyndowe, 1981).

Des critères pratiques pour l'attestation du suicide ont été proposés (par exemple, Rosenberg, Davidson, Smith et coll., 1988). L'adoption généralisée de critères solides n'éliminerait pas la part essentielle du jugement personnel dans les décisions, mais permettrait de faire en sorte que les jugements reposent sur un «corpus de données plus uniforme, plus approprié et plus complet» (O'Carroll, 1989, p. 15).

Un simple rajustement technique (comme l'adoption de critères) ne résoudrait sans doute que partiellement le problème. Des préoccupations très réelles, telles que les conséquences psychologiques d'un constat de suicide, la honte qui en découle et les considérations financières rattachées à l'assurance-vie viennent s'ajouter à un problème déjà complexe de collecte de données. Le suicide risque fort de demeurer un phénomène sous-déclaré si l'on n'apporte pas de réponse à ces questions. Le Groupe d'étude a envisagé l'éventualité d'un constat de «probabilité» ou de «présomption» de suicide comme moyen de faciliter la tâche au responsable du constat confronté au difficile dilemme du «tout ou rien».

Sur les conseils des coroners et médecins légistes, et à la lumière d'une analyse des approches adoptées par les responsables pour déterminer la nature du décès, le groupe d'étude a conclu que la décision devrait reposer sur le concept de la «prépondérance des probabilités». Il a convenu que le recours à cette option pourrait permettre d'atténuer le problème de la «sur-utilisation» de la catégorie «de nature

indéterminée» sur les actes de décès et, partant, d'améliorer la fiabilité et la validité des statistiques utilisées à des fins d'éducation et de recherche.

Le groupe d'étude soutient que les décès par suicide devraient faire l'objet d'une enquête aussi poussée que les morts accidentelles. En cas de présomption de suicide, il y a lieu de déterminer l'intention de la victime à l'aide des données sociales et psychologiques obtenues grâce à une autopsie psychologique. L'uniformisation de la méthode de collecte des données aurait pour effet non seulement d'améliorer l'exactitude des actes de décès, mais également de regrouper une masse de données d'intérêt capital pour la compréhension du suicide. En outre, une telle mesure permettrait aux proches de la victime de parler du suicide dans un contexte moins énervant que celui de l'audience quasi-judiciaire. (Voir Chapitre III, Partie C, rubrique 2 : Autopsie psychologique)

5. Délais requis par le constat et la collecte des données

Un problème d'un autre ordre vient contribuer à la sous-déclaration du suicide dans les statistiques officielles canadiennes, à savoir la longueur de l'attestation des décès. En effet, dans bien des cas, les enquêtes durent au-delà d'une année. À cela s'ajoute le délai à prévoir avant que le constat final du responsable ne soit transmis au bureau provincial de statistiques de l'état civil et, de là, à Statistique Canada. Les données reçues après la date limite prévue pour la publication ne sont pas intégrées aux statistiques produites par Statistique Canada, ce qui peut fausser considérablement les chiffres. Des chercheurs se penchent actuellement sur la question dans le contexte ontarien (Young et Wagner, sous presse).

ANNEXE 5

Références*

Adam, K. S. (1986). Early family influences on suicidal behavior. In J. J. Mann & M. Stanley (Eds.), Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 487, Psychobiology of suicidal behavior (pp. 63-76). New York: The New York Academy of Sciences.

Adam, K. S. (1990). Environmental, psychosocial and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients (pp. 39-96). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ahlburg, D. A., & Schapiro, M. O. (1984). Socioeconomic ramifications of changing cohort size: An analysis of U.S. postwar suicide rates by age and sex. Demography, 21, 97-108.

Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. (1989). Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide (DHHS Publication No. ADM 89-1623). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Aldridge, D., & St. John, K. (1991). Adolescent and pre-adolescent suicide in Newfoundland and Labrador. Canadian Journal of Psychiatry, 36(6), 432-436.

Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: A life-shortening disease. Schizophrenia Bulletin, 15(1), 81-89.

Allen, J. G., Coyne, L., Beasley, C. & Spohn, H. E. (1987). A conceptual model for research on required length of psychiatric hospital stay. Comprehensive Psychiatry, 28 (2), 131-140.

American Association of Suicidology. (1991). Press Release - August 20, 1991. Denver, CO: Auteur.

Arato, M., Tekes, K., Tothfalusi, L., Frecska, E., Falus, A., Palkovits, M., & MacCrimmon, D. J. (1991). Serotonin dysregulation in suicide. In G. B. Cassano & H. S. Akiskal (Eds.), Serotonin-related psychiatric syndromes: Clinical and therapeutic links (pp. 41-46). London: Royal Society of Medicine Services.

Asberg, M., Nordstrom, P., & Traskman-Bendz, L. (1986). In J. J. Mann & M. Stanley (Eds.), Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 487, Psychobiology of suicidal behavior (pp. 243-255). New York: The New York Academy of Sciences.

Association canadienne pour la prévention du suicide. (1994A). Suicide: A media resource book. Calgary, Alb.: Auteur. [Distribué par l'ACPS, #201, 1615-10th Avenue, S.W., Calgary, AB, T3C 0J7].

Association canadienne pour la prévention du suicide. (1994B). Recommandations pour la prévention du suicide en milieu scolaire / Recommendations for suicide prevention in schools. Calgary, Alb.: Auteur.

* On peut facilement se procurer bon nombre des ouvrages cités dans ce document en s'adressant au *Suicide Information and Education Centre (SIEC)*, #201 - 1615 10th Ave., S.W., Calgary (Alberta), T3C 0J7, tél. 403-245-3900, fax 403-245-0929.

Association québécoise de suicidologie. (1990). La prévention du suicide au Québec: Vers un modèle intégré de services. Montréal, QC: Auteur

Atkinson, M. W., Kessel, N., & Dalgaard, J. B. (1975). The comparability of suicide rates. British Journal of Psychiatry, 127, 247-256.

Bagshaw, M. (1988). Suicide prevention training: Lessons from the Corrections Service of Canada. Prison Service Journal, (70, New Series), 5-6, 34.

Barnes, R. A. (1986). The recurrent self-harm patient. Suicide & Life-Threatening Behavior, 16 (4), 399-408.

Barnes, R. A., Ennis, J., & Schober, R. (1986). Cohort analysis of Ontario suicide rates, 1877-1976. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 208-213.

Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: Clinical aspects. British Journal of Psychiatry, 125, 355-373.

Barraclough, B. M., & Hughes, J. (1987). Suicide: Clinical and epidemiological studies. London: Croom Helm.

Barraclough, B. M., & Shepherd, D. M. (1977). The immediate and enduring effects of the inquest on relatives of suicides. British Journal of Psychiatry, 131, 400-404.

Beiser, M. (1984). Flower of two soils: Emotional health and academic performance of native North American Indian children. Journal of Preventive Psychiatry, 2, 365-369.

Bell, A. & Weinberg, M. (1978) Homosexualities: A study of diversity among men and women. New York: Simon and Schuster.

Berlin, I. N. (1985). Prevention of adolescent suicide among some native American tribes. In S. C. Feinstein, M. Sugar, A. H. Esman, J. G. Looney, A. Z. Schwartzberg, & A. D. Sorosky (Eds.), Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry: Vol. 12. Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies (pp. 77-93). Chicago: University of Chicago Press.

Berlin, I. N. (1987). Suicide among American Indian adolescents: An overview. Suicide & Life-Threatening Behavior, 17(3), 218-232.

Berman, A. L. (1988). Fictional depiction of suicide in television films and imitation effects. American Journal of Psychiatry, 145(8), 982-986.

Berman, A. (1994). "To engrave herself on all our memories. To force her body into our lives." The impact of suicide on psychotherapists. In Mishara, B. L. (Ed.), The impact of suicide. New York: Springer, sous presse 1994.

Berry, J.W. (1990). Acculturation and adaptation: Health consequences of culture contact among circumpolar peoples. Arctic Medical Research, 49, 142-150.

Bjerregaard, P. (1991). Disease pattern in Greenland: Studies on morbidity in Upernavik 1970-1980. Arctic Med. Res., 50, Suppl. 4, 1-62.

Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J., & Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorder and suicide attempts in a prison population. Canadian Journal of Psychiatry, 35, 407-413.

Boldt, M. (1976). Report of the [Alberta] Task Force on Suicide to the Minister of Social Services and Community Health. Edmonton, AB: Department of Social Services and Community Health.

Boldt, M. (1979). Suicidal behaviour: Should it be reported to a central registry? Proceedings of the Tenth Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention (pp. 311-318). Ottawa, Ontario, Canada.

Boyer, R., & Langelier-Biron, L. (1991). Actes de violence: Suicides, parasuicides et voies de fait. Dans Beaulne, G. (Ed.), Traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir (pp. 231-264). Québec: Les Publications du Québec.

Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1991). Psychiatric disorder and substance use in adolescence. Canadian Journal of Psychiatry, 36(10), 699-705.

Brent, D. A. (1989). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. Suicide & Life-Threatening Behavior, 19(1), 43-57.

Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C. et al. (1989). An outbreak of suicide and suicidal behavior in a high school. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 918-924.

Brent, D. A., & Lerner, M. S. (1994). Cognitive therapy with affectively ill, suicidal adolescents. In T. C. R. Wilkes, G. Belsher, A. J. Rush, E. Frank & Associates (Eds.), Cognitive therapy for depressed adolescents. New York: The Guilford Press.

Brent, D. A., Perper, J. A., Allman, C. J., Moritz, G. M., Wartella, M. E., & Zelenak, J. P. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. Journal of the American Medical Association, 266, 2989-2995.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., & Allman, C. (1993). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32, 494-500.

Brown, H. N. (1989). Patient suicide and therapists in training. In D. Jacobs & H. N. Brown (Eds.), Suicide: Understanding and responding: Harvard Medical School Perspectives (pp. 415-434). Madison, CT: International Universities Press.

Bruce, M. L., & Leaf, P. J. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. American Journal of Public Health, 79, 727-730.

Brugha, T., & Walsh, D. (1978). Suicide past and present: The temporal constancy of under-reporting. British Journal of Psychiatry, 132, 177-179.

Bureau des conseillers en gestion. (1981). Les automutilations et les suicides. (N^o de projet: 32820). Ottawa, Ont.: Auteur.

Burtch, B. E., & Ericson, R. V. (1979). The silent system: An inquiry into prisoners who suicide and annotated bibliography. Toronto, ON: University of Toronto, Centre of Criminology.

- Cantor, P. C. (1989). Intervention strategies: Environmental risk reduction for youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 285-293). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Carrington, P. J., & Moyer, S. (1994A). Gun availability and suicide in Canada: Testing the displacement hypothesis. Studies on Crime & Crime Prevention, 3, 168-178.
- Carrington, P. J., & Moyer, S. (1994B). Gun control and suicide in Ontario. American Journal of Psychiatry, 151, 606-608.
- Centers for Disease Control. (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. Morbidity and Mortality Weekly, 37(S-6), 1-12.
- Centers for Disease Control. (1992). Youth suicide prevention programs: A resource guide. Atlanta, GA: Auteur.
- Centre fédéral sur le sida. Groupe de travail sur l'infection par le VIH et la santé mentale : rapport final. (1992) Mettre un terme à l'isolement : l'infection par le VIH et la santé mentale au cours de la deuxième décennie. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services.
- Chabrol, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France.
- Charles, G. (1991). Suicide intervention and prevention among northern Native youth. Journal of Child & Youth Care, 6(1). 11-17.
- Clarke-Finnegan, M., & Fahy, T. J. (1983). Suicide rates in Ireland. Psychological Medicine, 13, 385-391.
- Committee on Cultural Psychiatry, Group for the Advancement of Psychiatry. (1989). Suicide and ethnicity in the United States (Report 128). New York: Brunner/Mazel.
- Comstock, B.S., Simmons, J. T., & Franklin, J. L. (1989). Overview of prevention efforts in adolescent suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 62-71). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Cooper, M., Corrado, R., Karlberg, A. M., & Adams, L.P. (1992). Le suicide chez les autochtones de la Colombie-Britannique, Survol. Santé mentale au Canada, 40(3), 20-25.
- Cormier, H. J., & Klerman, G. L. (1985A). Suicide, économie et environnement social au Québec. L'Union médicale du Canada.
- Cormier, H. J., & Klerman, G. L. (1985B). Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec. Social Psychiatry, 20, 109-14.
- Crammer, J. L. (1984). The special characteristics of suicide in hospital in-patients. British Journal of Psychiatry, 145, 460-463.
- Crookall, P., & McLean, T. (1986). Evaluation of the suicide prevention training program in the Atlantic Region. Ottawa, Canada: Service correctionnel du Canada.
- Curphy, T. J. (1967). The forensic pathologist and the multidisciplinary approach to death. In E.S. Shneidman (Ed.), Essays in self-destruction. New York: Science House.

4 de Wachter, M. A. M. (1992). Euthanasia in the Netherlands. Hastings Center Report, 22(2), 23-30.

Dickie, B. J., Rollins, J. E., & Smith, M. R. (1990). An evaluation of the California suicide intervention training program in Fresno County. Unpublished manuscript, Department of Social Work Education, California State University, Fresno.

Dickson, W. R. (1991). Rapport présenté à une réunion du conseil d'administration : Proposed Policy 3,010 - Suicide prevention, intervention and postvention. Calgary, AB: Calgary Board of Education.

Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-87. British Journal of Psychiatry, 156, 40-45.

Douglas, J. D. (1967). The social meanings of suicide. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Dryfoos, J. (1990). Adolescents at risk: Prevalence and prevention. New York: Oxford University Press.

Dunn, R. G., & Morrish-Vidners, D. (1987). The psychological and social experience of suicide survivors. Omega, 18(3), 175-215.

Dunne, E. J. (1987). Special needs of suicide survivors in therapy. In E. J. Dunne, J. L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Eds.), Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors (pp. 193-207). New York: W. W. Norton.

Dunne-Maxim, K., Dunne, E. J., & Hauser, M. J. (1987). When children are suicide survivors. In E. J. Dunne, J. L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Eds.), Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors (pp. 193-207). New York: W. W. Norton.

Durkheim, E. (1951). Le suicide. Étude de sociologie. Librairie Félix Alcan, Presses universitaires de France, Paris 1960 (publication originale 1897).

Dyck, R. J., Bland, R. C., Newman, S. C. and Orn, H. (1988). Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatrica Scandinavica, 77 (Suppl. 338), 64-71.

Dyck, R. J., Newman, S. C., & Thompson, A. H. (1988). Suicide trends in Canada, 1956-1981. Acta Psychiatrica Scandinavica, 77, 411-419.

Emond, A., et coll. (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec: Les Publications du Québec.

Ennis, J., Barnes, R. A., Kennedy, S., & Trachtenberg, D. (1989). Depression in self-harm patients. British Journal of Psychiatry, 154, 41-47.

Farberow, N. L., MacKinnon, D. R., & Nelson, F. L. (1977). Suicide: Who's counting? Public Health Reports, 92(3), 223-232.

Farberow, N. L., Shneidman, E. S., & Neuringer, C. (1966). Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. Journal of Nervous & Mental Disease, 142(1), 32-44.

Farmer, R., O'Donnell, I., & Tranah, T. (1991). Suicide on the London Underground System. International Journal of Epidemiology, 20, 707-711.

Farrell, G., & Mainprize, B. (1990). Derniers développements en matière de formation en prévention du suicide. Ottawa, Canada: Service correctionnel du Canada, Communications et développement organisationnel, Évaluation des programmes et analyses des données relatives aux programmes.

Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. American Journal of Psychiatry, 147(9), 1189-1194.

Federal Centre for AIDS Working Group on HIV Infection and Mental Health. (1992). Ending the Isolation: HIV and Mental Health in the Second Decade. Ottawa: Minister of Supply and Services.

Felner, R. D. & Silverman, M. (1989). Primary prevention: A consideration of general principles and findings for the prevention of youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 23-30). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Forbes, N. & Van der Hyde, V. (1988). Suicide in Alaska from 1978 to 1985: Updated data from state files. American Indian & Alaskan Native Mental Health Research, 1(3), 36-55.

Fox, J. Manitowabi, D., & Ward, J. A. (1984). An Indian community with a high suicide rate: 5 years after. Canadian Journal of Psychiatry, 29, 425-427.

Gaudet, M. (1994). Vue d'ensemble de la législation sur la santé mentale au Canada, 1994. Ottawa: Division de la santé mentale, Santé Canada.

Getz, W. L., Fujita, B. N., & Allen, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention: Evaluation of an innovative program. American Journal of Community Psychology, 3, 135-144.

Gibson, P. (1989). Gay male and lesbian youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 110-142). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Gordon, R. M., & Verdun-Jones, S. M. (1994). Legislative Update: Release No. 1 [first update for Gordon, R. M., & Verdun-Jones, S. M. (1992) Adult guardianship law in Canada. Scarborough, ON: Carswell.]

Gould, M. S., & Shaffer, D. (1986). The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation. New England Journal of Medicine, 315(11), 690-694.

Green, C., Andre, G., Kendall, K., Looman, T., & Polvi, N. (1992). Étude de 133 cas de suicide de détenus survenus dans des établissements fédéraux canadiens. Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle, 4(3), 20-23.

Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987). Le suicide au Canada. Ottawa : ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Harris, Z. (1981). Les dix étapes dans l'établissement d'un groupe d'entraide. Santé mentale au Canada, 29(1), 16, 34.

Hasselback, P., Lee, K. I., Mao, Y., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1991). The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions. Canadian Journal of Psychiatry, 36(9), 655-659.

- Hauser, M. J. (1987). Special aspects of grief after a suicide. In E. J. Dunne, J. L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Eds.), Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors (pp. 57-70). New York: W. W. Norton.
- Hellon, C. P., & Solomon, M. I. (1980). Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: The changing profile. Archives of General Psychiatry, 37, 505-510.
- Hlady, W. G., & Middaugh, J. P. (1988). Suicides in Alaska: firearms and alcohol. American Journal of Public Health, 78(2), 179-180.
- Hoberman, H. M. (1988). The impact of sanctioned assisted suicide on adolescents. Issues in Law and Medicine, 4(2), 191-205.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez des détenus des pénitenciers du Québec. Santé mentale au Canada, 38(1), 1-5.
- Holley, H. L. (1993). Suicide mortality following first admission for a suicide attempt or psychiatric illness. Unpublished doctoral dissertation, University of Calgary, Calgary, Alberta.
- Holmes, W., & Soloman, P. (1981). Organization and client influences on psychiatric admissions. Psychiatry, 44, 201-209.
- Huchcroft, S. A., & Tanney, B. L. (1988). Sex-specific suicide trends in Canada, 1971-1985. International Journal of Epidemiology, 17(4), 839-843.
- Huchcroft, S. A., & Tanney, B. L. (1989). Sex-specific trends in suicide method, Canada, 1971-1985. Canadian Journal of Public Health, 80, 120-123.
- Humphry, D. (1991). Exit final, Pour une mort dans la dignité. Éditions Le Jour, Montréal, 1992.
- Jacobs, J. (1967). Adolescent suicide attempts: The culmination of a progressive social isolation. Doctoral thesis. Los Angeles: University of California.
- Jarvis, G. K., & Boldt, M. (1982). Death styles among Canada's Indians. Social Science & Medicine, 16, 1345-1352.
- Jarvis, G. K., Ferrence, R. G., Whitehead, P. C., & Johnson, F. G. (1982). The ecology of self-injury: A multivariate approach. Suicide & Life-Threatening Behavior, 12(2), 90-102.
- Jay, K. & Young, A. (1979). The gay report: Lesbians and gay men speak out about their sexual experiences and lifestyles. New York: Summit.
- Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario Child Health Study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. American Journal of Psychiatry, 145(11), 1420-1423.
- Johnson, A. (1994) Mourir chez soi, un guide de soins pour les proches des personnes vivant avec le sida. Le projet Accès/AIDS Committee of Toronto. (Distribué par le Centre national d'information sur la violence dans la famille, Association canadienne pour la santé mentale 400-1565 avenue Carling, Ottawa Ont. K1Z 8R1.)
- Kahn, M. W. (1986). Psychosocial disorders of aboriginal people of the United States and Australia. Journal of Rural Community Psychology. 7(1), 45-59.

- Kellerman, A. K., Rivara, F. P., Somes, G., Reay, D. T., Francisco, J., Banton, J. G., Prodzinski, J., Fligner, C., & Hackman, B. B. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. New England Journal of Medicine, 327, 467-472.
- Kettl, P. A. & Bixler, E. O. (1991). Suicide in Alaska Natives, 1979-1984. Psychiatry, 54(1), 55-63.
- Kettl, P. A. & Bixler, E. O. (1993). Alcohol and suicide in Alaska Natives. American Indian & Alaskan Native Mental Health Research, 5(2), 34-45.
- Kety, S. S. (1986). Genetic factors in suicide. In A. Roy (Ed.), Suicide (pp. 41-45). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kety, S. (1990). Genetic factors in suicide: Family, twin and adoption studies. In S. J. Blumenthal, & D. J. Kupfer (Eds.), Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients (pp. 127-133). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kirmayer, L. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. Transcultural Psychiatric Research Review, 31(1), 3-58.
- Kizer, K. W., Green, M., Perkins, C. I., Doebbert, G., & Hughes, M. J. (1988). AIDS and suicide in California. Journal of the American Medical Association, 260(13), 1881.
- Kosky, R. (1983). Childhood suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry & Allied Disciplines, 24(3), 457-468.
- Kraft, D. P., & Babigian, H. (1976). Suicide by persons with and without psychiatric contacts. Archives of General Psychiatry, 33(2), 209-215.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. British Journal of Preventive & Social Medicine, 30, 86-93.
- Kreitman, N. (1977). Parasuicide. London: John Wiley & Sons.
- Lafleur, R. (1989). Evaluation of the Alberta suicide prevention program. Edmonton, Alberta: Government of Alberta, Management Support Services Division, Evaluation and Management Audit Branch.
- Lang, W. A., Ramsay, R. F., Tanney, B., & Tierney, R. (1989). Caregiver attitudes in suicide prevention: Help for the helpers. In R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Eds.), Suicide and its prevention: The role of imitation and attitude, pp. 260-272. Leiden: E. J. Brill.
- Last, J. M. (1988). Comment. Canadian Journal of Public Health, 79, 44.
- Lavoie, F. (1981). Le climat social des groupes d'entraide : étude de cas. Santé mentale au Canada, 29(1), 13-15.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1990). Suicide in adolescents: a comparison of Canada and the United States. Psychological Reports, 67, 867-873.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. American Journal of Psychiatry, 151(7), 1063-1068.

- Lester, D. (1983). Preventive effect of strict handgun control laws on suicide rates. American Journal of Psychiatry, 140(9), 1259.
- Lester, D. (1988). The biochemical basis of suicide. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (1992A). Why people kill themselves: A 1990s summary of research findings on suicidal behavior. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (1992B). Alcoholism and drug abuse. In R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger & R. Yufit (Eds.) Assessment and prediction of suicide (pp. 321-336). New York: The Guilford Press.
- Lester, D. & Leenaars, A. (1993). Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. Psychological Reports, 72, 787-790.
- Lester, D., & Murrell, M. E. (1980). The influence of gun control laws on suicidal behavior. American Journal of Psychiatry, 137(1), 121-122.
- Levy, J. E. (1965). Navajo suicide. Human Organization, 24, 308-318.
- Liberakis, E. A., & Hoenig, J. (1978). Recording of suicide in Newfoundland. The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 3(4), 254-259.
- Littman, S. K. (1983). The role of the press in the control of suicide epidemics. In J. P. Soubriers, & J. Vedrinne (Eds.), Dépression et suicide (pp. 166-170). Paris: Pergamon Press.
- Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B. & Cottey, T. J. (1991). Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. New England Journal of Medicine, 325, 1615-1620.
- Lonnqvist, J. (1983). Outcome of eight-year follow-up of attempted suicides (Finlande). Étude présentée lors du douzième congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide. Caracas, Vénézuéla.
- Malla, A., & Hoenig, J. (1983). Differences in suicide rates: An examination of under-reporting. Canadian Journal of Psychiatry, 28(4), 291-293.
- Mancini, C., & Brown, G. M. (1992). Urinary catecholamines and cortisol in parasuicide. Psychiatry Research, 43(1), 31-42.
- Mann, J. J., & Kapur, S. (1991). The emergence of suicidal ideation and behavior during antidepressant pharmacotherapy. Archives of General Psychiatry, 48(11), 1027-1033.
- Manson, S. M., Beals, J., Wiegman, R. & Duclos, C. (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. Public Health Reports, 104(6), 609-614.
- Mao, Y., Hasselback, P., Davies, J. W., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1990). Suicide in Canada: An epidemiological assessment. Canadian Journal of Public Health, 81(4), 324-328.
- Mao, Y., Moloughney, B. W., & Semenciw, R. M. (1992). Indian reserve and registered Indian mortality in Canada. Canadian Journal of Public Health, 83(5), 350-353.

- Marciano, P. L., & Kazdin, A. E. (1994). Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. Journal of Clinical Child Psychology, 23(2), 151-160.
- Maris, R.W. (1969). Social forces in urban suicide. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Martin, D., Kocmarek, I., & Gertridge, S. (1987). A handbook for the caregiver on suicide prevention. Hamilton, ON: The Board of Education for the City of Hamilton on behalf of The Council on Suicide Prevention, Hamilton and District.
- Marzuk, P. M., Tierney, H., Tardiff, K., Gross, E. M., Morgan, E. B., Hsu, M. A., & Mann, J. (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. Journal of the American Medical Association, 259(9), 1333-1337.
- McCarthy, P. D., & Walsh, D. (1975). Suicide in Dublin: I. The under-reporting of suicide and the consequences for national statistics. British Journal of Psychiatry, 126, 301 - 312.
- McIntosh, J. L., & Kelly, L. D. (1988). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. In D. Lester (Ed.), Suicide '88: Proceedings 21st Annual Meeting American Association of Suicidology [Washington, DC] (pp. 89-90). Denver, CO: American Association of Suicidology.
- McIntosh, J. L., & Milne, K. L. (1986). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. In R. Cohen-Sandler (Ed.), Proceedings 19th Annual Meeting American Association of Suicidology [Atlanta, GA] (pp. 136-138). Denver, CO: American Association of Suicidology.
- McIntosh, J. L., & Wroblewski, A. (1988). Grief reactions among suicide survivors: An exploratory comparison of relationships. Death Studies, 12(1), 21-39.
- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., & O'Carroll, P. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. American Journal of Psychiatry, 149(1), 41-44.
- Mezzich, J. E., & Coffman, G. A. (1985). Factors influencing length of hospital stay. Hospital & Community Psychiatry, 36, 1262-1264.
- Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide: A review. Journal of Nervous & Mental Disease, 164(4), 231-247.
- Miller, H. L., Coombs, D. W., Leeper, J. D., & Barton, S. N. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. American Journal of Public Health, 74(4), 340-343.
- Milling, L., Campbell, N., Laughlin, A., & Bush, E. (1994). The prevalence of suicidal behavior among preadolescent children who are psychiatric inpatients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89(4), 225-229.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1992). L'enquête sur la santé en Ontario, 1990 : Faits saillants.
- Mishara, B. L. (1993). Suicide: A public health concern? / Le suicide : un problème important pour la santé publique? [Éditorial]. Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health, 84(4), 222-225.
- Mishara, B. L. (1993B). L'Euthanasie, «le suicide avec assistance médicale» et la prévention du suicide : quelques conseils pour naviguer en eaux troubles. Exposé présenté à l'Association internationale pour la prévention du suicide, Montréal, le 2 juin 1993.

- Mishara, B. L. (Ed.). (1994, sous presse). The impact of suicide. New York: Springer.
- Mishara, B. L. (1994B). Réponse à Boyer [Lettre]. Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health, 85(1), 62-63.
- Mishara, B. L. (1994C, sous presse). How family members and friends react to suicide threats. In Mishara, B. L. (Ed.), The impact of suicide. New York: Springer.
- Mishara, B., & Daigle, M. (septembre 1991). Which telephone intervention styles are effective with suicidal callers? A study of two suicide prevention centers. Exposé présenté lors du 16^e congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide, Hambourg.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. (1992). L'efficacité des interventions téléphoniques dans les centres de prévention du suicide. Santé mentale au Canada, 40 (3), 26-32.
- Mishara, B., & Daigle, M. (1993). Étude du processus et des effets des interventions téléphoniques de deux centres de prévention du suicide. Rapport final au conseil québécois de la recherche sociale. Montréal.
- Mishara, B., & Tousignant, M. (1983). Pour une véritable prévention primaire du suicide. Revue québécoise de psychologie, 4, 21-31.
- Moritz, G. (1990). Themes across seven years of survivors of suicide groups. Poster Session at the 23rd Annual Meeting of the American Association of Suicidology. New Orleans, LA, p. 91-93.
- Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary, 4th ed. (1994). Toronto: Mosby.
- Moser, K. A., Fox, A. J., & Jones, D. R. (1984). Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. Lancet, 2(8415), 1324-1329.
- Moser, K.A., Fox, A.J., Jones, D.R., & Goldblatt, P.O. (1986). Unemployment and mortality: Further evidence from the OPCS longitudinal study, 1971-81. Lancet, i, 365-67.
- Moser, K.A., Goldblatt, P.O., Fox, A.J., & Jones, D.R. (1987). Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. British Medical Journal, 294, 86-90.
- Motto, J., & Tanney, B. (1990). Long-term follow-up of 1570 attempted suicides. Paper presented at the 23rd Annual Meeting of the American Association of Suicidology [New Orleans, LA].
- Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. Archives of General Psychiatry, 47(4), 383-392.
- Myers, D. H., & Neal, C. D. (1978). Suicide in psychiatric patients. British Journal of Psychiatry, 133, 38-44.
- Nelson, F. L., Farberow, N. L., & MacKinnon, D. R. (1978). The certification of suicide in eleven western states: An inquiry into the validity of reported suicide rates. Suicide & Life-Threatening Behavior, 8(2), 75-88.
- Ness, D. E., & Pfeffer, C. R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. American Journal of Psychiatry, 147(3), 279-285.
- Newman, S. C., & Dyck, R. J. (1988). On the age-period-cohort analysis of suicide rates. Psychological Medicine, 18, 677-681.

- Normand, C. L., & Mishara, B. L. (1992). The development of the concept of suicide in children. OMEGA Journal of Death and Dying, 25(3), 183-203.
- O'Carroll, P. W. (1989). A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. Suicide & Life-Threatening Behavior, 19(1), 1-16.
- Ontario Council of Health. (1979). Mental health services in Ontario: Agenda for action. Toronto: Government of Ontario.
- Ostroff, R., Giller, E., Bonese, K., Ebersole, E., Harkness, L., & Mason, J. (1982). Neuroendocrine risk factors of suicidal behavior. American Journal of Psychiatry, 139(10), 1323-1325.
- Ostroff, R. B., Giller, E., Harkness, L., & Mason, J. (1985). The norepinephrine-to-epinephrine ratio in patients with a history of suicide attempts. American Journal of Psychiatry, 142(2), 224-227.
- Ovenstone, I. M. K. (1973). A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics. British Journal of Psychiatry, 123, 15-21.
- Paris, M., Tauber, R., & Neilsen, D. (1990). The suicide intervention skills workshop. In D. Lester (Ed.), Proceedings 23rd Annual Meeting American Association of Suicidology [New Orleans, LA] (pp. 197-200). Denver, CO: American Association of Suicidology.
- Pauktuutit Inuit Women's Association (1993). Inuit Mental Health Workshop Summary Report, Iqaluit 1993. Ottawa: Grandir ensemble, Volet santé mentale, Santé et Bien-être social Canada.
- Paykel, E. S., Hallowell, C., Dressler, D. M., Shapiro, D. L., & Weissman, M. M. (1974). Treatment of suicide attempters: A descriptive study. Archives of General Psychiatry, 31(4), 487-491.
- Paykel, E. S., Prusoff, B., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. Archives of General Psychiatry, 32(3), 327-333.
- Pell, B., & Watters, D. (1982). La presse et les cas de suicide. Santé mentale au Canada, 30(4), 10-11.
- Petronis, K. R., Samuels, J. F., Moscicki, E. K., & Anthony, J. C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25(4), 193-199.
- Phillips, D. P. (1979). Suicide, motor vehicle fatalities and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. American Journal of Sociology, 84(5), 1150-1174.
- Phillips, D. P. (1985). The Werther effect: Suicide, and other forms of violence, are contagious. The Sciences, 25(4), 32-39.
- Phillips, D. P., & Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. New England Journal of Medicine, 315(11), 685-689.
- Phillips, D. P., & Paight, D. J. (1987). The impact of televised movies about suicide: A replicative study. New England Journal of Medicine, 317(13), 809-811.
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behavior: A review of the literature. Social Science and Medicine, 12(2), 93-115.

- Platt, S. (1989). The consequences of a televised soap opera drug overdose: Is there a mass media imitation effect? In R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Eds.), Suicide and its prevention- The role of imitation and attitude (pp.260-272). Leiden: E. J. Brill.
- Platt, S., & Kreitman, N. (1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25(1), 56-61.
- Plott, R. T., Benton, S. D., & Winslade, W. J. (1989). Suicide of AIDS patients in Texas: A preliminary report. Texas Medicine, 85(8), 40-43.
- Pretzel, P. W. (1968). Philosophy and ethical considerations of suicide prevention. Bulletin of Suicidology, July 1968, 30-38.
- Prasad, A. J. (1985). Neuroendocrine differences between violent and non-violent parasuicides. Neuropsychobiology, 13(4), 157-159.
- Pritchard, C. (1992). Youth suicide and gender in Australia and New Zealand compared with countries of the Western world 1973-1987. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 26(4), 609-617.
- Pronovost, J. (1990). Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. Santé mentale au Canada, 38(1) 10-16.
- Ramsay, R. F., & Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. Suicide & Life-Threatening Behavior, 15(3), 151-167.
- Ramsay, R. F., Tanney, B. L., & Searle, C. (1987). Suicide prevention in high-risk prison populations. Canadian Journal of Criminology, 29(3), 295-307.
- Rathjen, H. (1993). Armez-vous de prudence. Document produit pour la Coalition pour le contrôle des armes à feu. Adapté dans Santé mentale au Canada, 41(2), 23.
- Reed, J., Camus, J., & Last, J. M. (1985). Suicide in Canada: Birth-cohort analysis. Canadian Journal of Public Health, 76(1), 43-47.
- Renaud, C. (1994, sous presse). Bereavement after suicide: A model for support groups. In Mishara, B. L. (Ed.), The impact of suicide. New York: Springer.
- Rich, C. L., Fowler, R. C., Fogarty, L. A., & Young, D. (1988). San Diego Suicide Study: III. Relationship between diagnoses and stressors. Archives of General Psychiatry, 45, 589-592.
- Rich, C. L., James, M., Young, G., Richard, M., Fowler, M., & Black, N. (1990). Guns and suicide: Possible effects of some specific legislation. American Journal of Psychiatry, 147(3), 342-346.
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1986). San Diego Suicide Study: I. Young vs. old subjects. Archives of General Psychiatry, 43(6), 577-582.
- Rich, C. L., Young, J. G., Fowler, R. C., Wagner, J., & Black, N. A. (1990). Guns and suicide: Possible effects of some specific legislations. American Journal of Psychiatry, 147, 342-346.
- Richardson, R., Lowenstein, S., & Weissberg, M. (1989). Coping with the suicidal elderly: A physician's guide. Geriatrics, 44(9), 43-47, 51.

- Rissmiller, D. J., Steer, R., Ranieri, W. F., Rissmiller, F., & Hogate, P. (1994). Factors complicating cost containment in the treatment of suicidal patients. Hospital and Community Psychiatry, 45(8), 782-788.
- Robins, E. (1981). The final months: A study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York: Oxford University Press.
- Rogers, J., Sheldon, A., Barwick, C., Letofsky, K., Lancee, W. (1982). Help for families of suicide: Survivors support program. Canadian Journal of Psychiatry, 27(6), 444-448.
- Romeder, J. M. (1981). Groupes d'entraide et santé mentale : une voie prometteuse. Santé mentale au Canada, 29(1), 10-12, 31.
- Rosenbaum, M. (1990). The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. American Journal of Psychiatry, 147(8), 1036-1039.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., Murray, D., O'Carroll, P. W., & Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. Journal of Forensic Sciences, 33(6), 1445-1446.
- Ross, C. A., & Davis, B. (1986). Suicide and parasuicide in a northern Canadian native community. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 331-334.
- Ross, O., & Kreitman, N. (1975). A further investigation of differences in the suicide rates of England and Wales and of Scotland. British Journal of Psychiatry, 127, 575-582.
- Roy, A. (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. Archives of General Psychiatry, 39 (9), 1089-1095.
- Roy, A. (1986). Suicide in schizophrenia. In A. Roy (Ed.), Suicide (pp.97-112). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Roy, A. (1992). Genetics, biology and suicide in the family. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), Assessment and Prediction of Suicide (pp. 574-578). New York: The Guilford Press.
- Roy, A. & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. Suicide & Life-Threatening Behavior, 16(2), 244-273.
- Roy, A., & Linnoila, M. (1988). Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78(5), 529-535.
- Rudestam, K. E. (1979). Some notes on conducting a psychological autopsy. Suicide & Life-Threatening Behavior, 2(3), 141-144.
- Rudestam, K. E. (1987). Public perceptions of suicide survivors. In E. J. Dunne, J. L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Eds.), Suicide and its aftermath (pp. 31-44). New York: W.W. Norton.
- Rudestam, K. E. (1989). Surviving suicide: Implications of gender and individual differences [Summary]. Proceedings of the 22nd Annual Meeting of the American Association of Suicidology (pp. 203-205). Denver, CO: American Association of Suicidology.
- Rudestam, K. E. (1990). Survivors of suicide: Research and speculations. In D. Lester (Ed.), Current concepts of suicide. Philadelphia, PA: Charles Press.
- Saghir, M.T. & Robins, E. (1973). Male and female homosexuality: A comprehensive investigation. Baltimore, MD: Williams & Williams.

Sainsbury, P., & Barraclough, B. M. (1968). Difference between suicide rates. Nature, 220, 1252.

Sainsbury, P., & Jenkins, J. S. (1982). The accuracy of officially reported suicide statistics for the purposes of epidemiological research. Journal of Epidemiology and Community Health, 36, 43-48.

Sakinofsky, I. (1978). Life situations and lifestyles of persons who attempt suicide. Paper presented at the 11th Annual Meeting of the American Association of Suicidology, New Orleans, LA.

Sakinofsky, I. (1979). Les implications socio-économiques de la désorganisation précoce du milieu familial dans la vie des candidats au suicide. Exposé présenté lors du 48^e Congrès annuel du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Montréal.

Sakinofsky, I. (1992). The prevention of suicide in Ontario, Document inédit préparé pour le service de promotion de la santé, ministère de la Santé de l'Ontario.

Sakinofsky, I., & Roberts, R. (1987). The ecology of suicide in provinces of Canada, 1969-71 to 1979-81. In B. Cooper, (Ed.), The Epidemiology of Psychiatric Disorders (pp 27-42). Baltimore: Johns Hopkins.

Sakinofsky, I., Roberts, R. S., Brown, Y., Cumming, C., & James, P. (1990). Problem resolution and repetition of parasuicide: A prospective study. British Journal of Psychiatry, 156, 395-399.

Sakinofsky, I., & Webster, G. (1994). Clinical and psychosocial correlates of suicidal ideation and attempts in Ontario: The Ontario Health Survey and its supplement. Abstract, Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology Meeting, Ottawa, September 1994.

Santé et Bien-être social Canada (1988). La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services du Canada.

Santé et Bien-être social Canada (1992). La santé des autochtones au Canada. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services du Canada.

Saunders, J. M. & Valente, S. M. (1987). Suicide risk among gay men and lesbians: A review. Death Studies, 11(1), 1-23.

Seiden, R.H. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. Suicide & Life-Threatening Behavior, 8(4), 203-216.

Service correctionnel Canada (1991). Rapport du groupe de travail sur la santé mentale. Ottawa: Auteur.

Service correctionnel Canada (1992). La violence dans les établissements canadiens : statistiques récentes, Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle, 4(3).

Service correctionnel Canada (1992b). Stratégie nationale de prévention du suicide et de l'automutilation. Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle, 4(3), 8.

Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. Journal of Clinical Psychiatry, 49(9, Suppl.), 36-41.

Shaffer, D., & Bacon K. (1989). A critical review of preventive intervention efforts in suicide, with particular reference to youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 31-61). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Shneidman, E. S. (1970). Recent developments in suicide prevention. In E. S. Shneidman, N. L. Farberow, & R. E. Litman (Eds.), The psychology of suicide (pp. 145-155). New York: Science House.
- Shneidman, E. S. (1973). Suicide. Encyclopedia Britannica. New York: Encyclopedia Britannica Inc.
- Shneidman, E. S., & Farberow, N. L. (1961). Sample investigations of equivocal deaths. In N. Farberow, & E. Shneidman (Eds.), The cry for help. New York: McGraw-Hill.
- Shulman, K. (1978). Suicide and parasuicide in old age: A review. Age & Aging, 7(4), 201-209.
- Sletten, I. W., Brown, M. L., Emerson, R. C. et al. (1972). Suicide in mental hospital patients. Diseases of the Nervous System, 33, 328-335.
- Sloan, J. H., Rivara, F., Reay, D., Ferris, J., & Kellerman, A. (1990). Firearm regulations and rates of suicide: A comparison of two metropolitan areas. New England Journal of Medicine, 322(6), 369-373.
- Smart, R. G., & Mann, R. E. (1990). Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975-1983. British Journal of Addiction, 85(4), 463-68.
- Smith, T. E., & Munich, R. L. (1992). Suicide, violence and elopement: Prediction, understanding and management. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol. II, Chapter 27, pp. 535-554.
- Solomon, A. (1990). Songs for the people: Teachings of the natural way. Toronto: NC Press.
- Solomon, M. I., & Hellon, C. P. (1980). Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: A cohort analysis. Archives of General Psychiatry, 37, 511-513.
- Speechley, M., & Stavrakys, K. M. (1991). The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. Canadian Journal of Public Health, 82(1), 38-42.
- Stack, S. (1990). A reanalysis of the impact of non celebrity suicides. Social Psychiatry Epidemiology, 25(5), 269-273.
- Statistique Canada (1994). Équilibre émotif : résultats de l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn, d'après l'enquête sociale générale de 1991 (Statistique Canada). Préparé pour la Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Santé Canada. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services du Canada.
- Suicide Prevention Training Programs. (1990). Caregiver training: Suicide bereavement workshop. Calgary, AB: Canadian Mental Health Association (Alberta Division).
- Suicide-Action Montréal. (1991). Rapport Annuel 1991. Montréal: Auteur.
- Sutherland, R. (1991). Alberta making major effort to overcome high suicide rate. Canadian Medical Association Journal, 144(8), 1050-1054.
- Syer-Solursh, D., & Streiner, B. (1985). A crisis centre model for a general hospital. In R. Cohen-Sandler (Ed.), Proceedings 18th Annual Meeting American Association of Suicidology [Toronto, ON] (pp. 165-167). Denver, CO: American Association of Suicidology.

- Syer-Solursh, D., & Wyndowe, J.P. (1981). How coroners' attitudes towards suicide affect certification procedures. Educational Course for Coroners: Part I. Toronto: Ontario Ministry of the Solicitor General.
- Tanney, B. L. (1992). Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger, & R. Yufit (Eds.), Assessment and prediction of suicide (pp. 277-320). New York: The Guilford Press.
- Tanney, B. (1994). The impact of suicide upon caregivers, or After suicide: A helper's handbook. In Mishara, B. L. (Ed.), The impact of suicide. New York: Springer, sous presse 1994.
- Thibault, C. (1992). La prévention du suicide chez les jeunes... C'est d'abord une question de vie. Santé mentale au Canada, 40(3), 2-8.
- Thompson, J. W., & Walker, R. D. (1990). Adolescent suicide among American Indians and Alaska natives. Psychiatric Annals, 20(3), 128-133.
- Thorslund, J. (1990). Inuit suicides in Greenland. Arctic Med. Res., 49 (1), 25-33.
- Tierney, R. J. (1988). Comprehensive evaluation for suicide intervention training. Unpublished doctoral dissertation. Calgary, Alberta: The University of Calgary.
- Timpson, J. B. (1984). Indian mental health: Changes in the delivery of care in Northwestern Ontario. Canadian Journal of Psychiatry, 29(3), 234-241.
- Topp, D. O. (1979). Suicide in prison. British Journal of Psychiatry, 134, 24-27.
- Tousignant, M., Bastien, M. F., & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: The role of father's and mother's care and of parental separation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28(5), 256-261.
- Tousignant, M., & Hanigan, D. (1993). Suicidal behavior and depression in youth. In P. Cappeliez & R.S. Flynn (Eds.) Depression and the social environment (pp. 93-120). Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Trautman, P. D. (1989). Specific treatment modalities for adolescent suicide attempters. In M. R. Feinleib (Ed.), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 253-263). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Trovato, F. (1988). Suicide in Canada: A further look at the effects of age, period and cohort. Canadian Journal of Public Health, 79, 37-44.
- Trovato, F. (1989). Age, period and cohort effects on suicide: A reply. Canadian Journal of Public Health, 80(2), 149.
- Valente, S. M., & Sellers, J. R. (1985). Adolescent survivors of suicide [Summary]. Proceedings of the 18th Annual Meeting of the American Association of Suicidology (pp. 94-96). Denver, CO: American Association of Suicidology.
- Van der Kolk, B.A., Perry, C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. American Journal of Psychiatry, 148, 1665-1671.

- van der Wal, J., Cleiren, M., Diekstra, R. F. W., & Mortiz, B. J. M. (1988, May-June). The early impact of bereavement after suicide or fatal traffic accident. Document présenté lors du Second European Symposium on Suicidal Behavior, Édimbourg, Écosse.
- van der Wal, J. (1989). The aftermath of suicide: A review of empirical evidence. Omega, 20(2), 149-171.
- Van Winkle, N. W., & May, P. A. (1986). Native American suicide in New Mexico, 1957-1979: A comparative study. Human Organization, 45(4) 296-309.
- Ward, J. A. (1981, December 4). Adolescent Suicide: A discussion from a study of suicide among Native youth. Presented to Thistletown Continuing Education Series.
- Ward, J. A., & Fox, J. (1977). A suicide epidemic on an Indian reserve. Canadian Psychiatric Association Journal, 22(8), 423-426.
- Watson, J. P. (1969). Psychiatric problems in accident departments. The Lancet, 1, 877.
- Welu, T. C. (1977). A follow-up program for suicide attempters: Evaluation of effectiveness. Suicide & Life-Threatening Behavior, 7(1), 17-30.
- Wenz, F. V. (1979). Self-injury behavior, economic status and the family anomie syndrome among adolescents. Adolescence, 14(54), 387-398.
- West, D. J. (1986). Murder followed by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Whanger, A. D. (1989). Inpatient treatment of the older psychiatric patient. In E. W. Busse & D. G. Blazer (Eds.) Geriatric psychiatry (pp. 593-633). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Whitehead, P. C., Johnson, F. G., & Ferrence, R. (1973). Measuring the incidence of self-injury: Some methodological and design considerations. American Journal of Orthopsychiatry, 43(1), 142-148.
- Wilkins, R., Adams, O., & Brancker, A. (1989). Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. Health Reports, 1(2), 137-174.
- Willis, R. H. (1987). Suicide risk in elderly persons: Diagnosis and management. Mount Sinai Journal of Medicine, 54(1), 14-17.
- Wilson, G. C. (1968). Suicide in psychiatric patients who have received hospital treatment. American Journal of Psychiatry, 125(6), 752-757.
- Young, J. G., & Wagner, J. M. (sous presse). Speaking for the dead to protect the living: The role of the coroner in Ontario. Health Reports, 6(3).
- Young, T. K., Moffatt, M. E., & O'Neill, J. D. (1992). An epidemiological perspective of injuries in the Northwest Territories. Arctic Med. Res., 51, Suppl. 7, 27-36.

ANNEXE 6

Statistiques canadiennes sur la mortalité par suicide

Les tableaux ci-après ont été établis à partir de données fournies par la Section de la statistique de l'état civil et de la santé de Statistique Canada, Ottawa. Les données concernant les suicides et d'autres types de décès reposent sur les attestations de décès (Voir Annexe 4). Elles sont recueillies par les gouvernements provinciaux et territoriaux, regroupées par Statistique Canada et publiées sous diverses formes. Comme les données révèlent différents aspects d'un phénomène envisagé sous divers angles, nous avons choisi de présenter sous trois formes les données sur la mortalité:

Les tableaux de la Partie 1 font état du **nombre de décès par suicide**, selon le groupe d'âge et le sexe, pour le Canada, les provinces et les territoires, pour les années 1950 à 1992 inclusivement.

Les tableaux de la Partie 2 indiquent les **taux de décès par suicide par âge**, selon le sexe, pour le Canada, les provinces et les territoires, pour les années 1950 à 1992 inclusivement. Ces taux rendent compte du nombre de décès pour 100 000 habitants dans chaque tranche d'âge de 5 ans pour chaque année. Le nombre de personnes à l'intérieur de chaque tranche d'âge est déterminé d'après les données du recensement (pour les années visées par le recensement) et des extrapolations faites à partir des données du recensement (pour la période entre deux recensements).

Il faut se montrer particulièrement vigilant dans l'interprétation de ces données, lorsqu'on a affaire à des populations de taille réduite (par exemple, celles du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest), ou à un groupe d'âge qui compte relativement peu de personnes (par exemple, le groupe des gens de 85 ans et plus). Dans de tels cas, le moindre changement dans le nombre de décès peut se traduire par un écart considérable dans les taux pour 100 000 habitants, d'une année à l'autre. Ces fluctuations peuvent donner l'impression que les facteurs qui contribuent au risque suicidaire ont parallèlement beaucoup évolué, alors que ce n'est pas nécessairement le cas. Un changement dans la répartition par âge de la population de base peut également entraîner des fluctuations de taux d'une période à l'autre.

Les tableaux de la Partie 3 présentent les **taux de décès par suicide normalisés selon l'âge**, pour le Canada, les provinces et les territoires, pour les années 1950 à 1992 inclusivement. La normalisation selon l'âge permet d'établir des comparaisons pertinentes entre des populations qui diffèrent par la répartition des âges de leurs effectifs (par exemple, entre deux provinces, ou entre les populations de 1950 et de 1992 de la même province). On calcule les taux de suicide normalisés selon l'âge en rajustant la répartition des âges dans les populations étudiées pour qu'elle corresponde à celle d'une

«population-type». (Dans les tableaux présentés ici, la population-type retenue est la population canadienne de l'année de recensement de 1991.) Par taux normalisé selon l'âge, on entend le taux *que l'on aurait obtenu* pour 100 000 habitants si la population en question avait compté les mêmes proportions de jeunes, de personnes d'âge moyen et de personnes âgées que la population-type. Ainsi, un changement observé dans le taux de suicide normalisé selon l'âge d'une province ou d'un pays doit être attribué à des facteurs autres qu'une modification de la répartition des âges.

ANNEXE 6

Partie 1

Nombre de décès par suicide au Canada et dans chaque province et territoire, selon le groupe d'âge et le sexe, 1950 à 1992

L'ordre de présentation est le suivant:

Canada
Terre-Neuve
Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse
Nouveau-Brunswick
Québec
Ontario
Manitoba
Saskatchewan
Alberta
Colombie-Britannique
Yukon
Territoires du Nord-Ouest

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : CANADA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	NS	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84		+85
1950	1,067	0	0	3	36	65	65	66	91	117	112	110	101	107	86	56	34	9	7	2
1951	1,036	0	0	1	19	65	63	80	83	107	104	122	99	98	77	19 56	38	15	6	3
1952	1,055	0	0	4	22	59	60	72	91	103	106	108	110	116	97	47	37	16	6	1
1953	1,054	0	0	5	28	56	75	78	94	125	95	114	94	102	79	52	37	12	6	2
1954	1,103	0	0	4	23	55	81	89	80	144	110	125	101	100	80	57	35	16	2	1
1955	1,106	0	0	2	21	46	85	90	94	125	116	116	104	109	80	61	36	13	7	1
1956	1,225	0	0	6	21	56	98	91	102	112	132	135	131	114	95	63	33	25	11	0
1957	1,246	0	0	2	25	66	88	121	113	118	144	128	136	100	90	50	40	19	5	1
1958	1,271	0	0	11	32	70	98	93	125	128	138	145	133	114	72	50	41	19	2	0
1959	1,242	0	0	5	25	62	86	101	126	122	136	130	124	106	92	58	45	20	3	1
1960	1,350	0	0	6	45	86	121	123	119	118	148	138	127	109	74	66	52	12	5	1
1961	1,366	0	0	8	33	68	85	110	130	143	162	153	124	111	96	66	50	21	6	0
1962	1,331	0	0	12	49	83	97	116	130	125	150	164	133	103	68	37	38	19	7	0
1963	1,436	0	0	13	62	102	99	122	145	150	139	160	128	107	75	60	46	16	10	2
1964	1,586	0	0	13	60	101	108	150	157	165	170	182	153	125	80	51	35	25	10	1
1965	1,715	0	0	16	66	115	115	140	167	183	164	202	166	140	101	64	40	22	14	0
1966	1,715	0	0	19	68	133	134	123	176	164	181	199	181	120	77	61	46	22	9	2
1967	1,841	0	0	12	96	157	150	160	160	212	189	180	179	117	99	51	39	26	13	1
1968	2,021	0	0	17	91	180	167	169	194	229	195	210	194	137	103	63	43	19	10	0
1969	2,291	0	0	15	124	242	177	163	208	237	263	223	221	152	90	82	51	27	15	1
1970	2,413	0	0	17	145	256	207	195	231	250	258	221	211	150	117	70	42	32	11	0
1971	2,559	0	1	17	168	272	223	203	219	275	272	251	222	172	101	70	49	25	18	1
1972	2,657	0	0	23	202	330	281	215	223	267	257	242	194	147	107	75	48	22	21	3
1973	2,773	0	1	23	202	323	275	220	234	222	286	245	229	203	141	84	51	21	12	1
1974	2,902	0	0	17	245	387	326	227	246	258	260	274	189	158	129	101	44	22	18	1
1975	2,808	0	3	22	234	399	326	208	228	242	236	252	196	157	137	76	42	35	8	7
1976	2,935	0	0	22	250	397	360	280	217	248	263	253	197	162	98	84	51	26	17	10
1977	3,317	0	2	31	298	496	371	306	273	236	281	302	219	160	147	95	49	27	17	7
1978	3,475	0	2	29	286	498	445	345	259	273	271	265	236	189	139	102	58	46	25	7
1979	3,357	0	1	22	308	498	387	325	264	264	276	249	240	186	146	94	59	26	10	2
1980	3,358	0	0	21	278	439	430	333	266	216	278	270	225	193	151	98	88	41	28	3
1981	3,403	0	1	34	293	459	351	361	268	269	246	265	258	167	148	133	69	59	19	3
1982	3,523	0	1	27	282	453	459	371	302	255	257	278	264	179	150	124	63	32	20	6
1983	3,755	0	0	23	289	473	468	401	318	300	275	244	261	226	166	132	92	57	30	0
1984	3,440	0	1	27	253	451	401	367	309	280	218	277	251	195	137	112	76	48	36	1
1985	3,259	0	1	17	221	424	393	360	314	265	229	221	219	174	142	133	74	45	26	1
1986	3,670	0	1	24	241	438	464	427	368	314	239	264	219	198	148	146	105	51	23	0
1987	3,594	0	0	30	244	388	449	438	338	314	281	239	226	172	174	134	82	53	29	3
1988	3,510	0	1	27	242	403	441	406	387	310	242	210	227	177	155	108	98	53	23	0
1989	3,492	0	0	25	247	372	418	422	373	322	282	195	220	174	162	108	80	50	41	1
1990	3,379	0	1	29	225	353	410	447	408	334	249	186	186	140	121	108	87	52	42	1
1991	3,593	0	1	28	253	362	436	454	389	364	275	217	188	179	162	115	82	51	37	0
1992	3,709	0	0	34	249	374	434	460	445	359	287	252	214	183	150	96	81	55	35	1

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : CANADA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	830	0	0	3	28	49	39	44	68	89	88	85	84	90	67	47	32	8	7	2
1951	787	0	0	1	14	46	45	62	62	82	77	94	76	72	59	46	29	14	5	3
1952	815	0	0	2	20	43	46	56	63	82	70	87	83	95	82	36	30	14	5	1
1953	822	0	0	4	23	40	52	63	70	96	69	90	75	80	63	48	31	11	6	1
1954	842	0	0	4	19	38	61	67	57	103	82	99	77	79	61	48	30	14	2	1
1955	845	0	0	2	15	34	62	61	63	96	90	92	79	84	71	49	32	10	5	0
1956	951	0	0	5	18	44	73	68	75	86	97	98	107	89	78	51	29	22	11	0
1957	980	0	0	2	20	58	66	88	88	92	104	96	108	86	74	40	37	15	5	1
1958	1,022	0	0	11	27	54	85	66	90	97	114	110	116	91	62	44	38	15	2	0
1959	994	0	0	5	21	55	78	80	96	91	110	101	99	84	70	47	37	16	3	1
1960	1,084	0	0	5	37	72	97	97	99	93	120	107	103	85	59	51	47	7	5	0
1961	1,098	0	0	8	27	53	68	83	100	118	117	124	100	97	78	55	47	17	6	0
1962	1,048	0	0	10	39	67	76	83	98	95	115	132	110	85	53	30	33	18	4	0
1963	1,083	0	0	12	43	82	68	90	107	115	101	112	96	90	57	46	38	14	10	2
1964	1,194	0	0	12	46	77	79	111	107	124	128	131	112	105	58	41	30	23	9	1
1965	1,274	0	0	13	50	95	88	95	117	133	114	150	125	107	78	48	29	21	11	0
1966	1,283	0	0	18	56	111	95	93	122	122	125	145	125	90	64	47	39	20	9	2
1967	1,353	0	0	10	82	125	111	114	114	135	134	129	133	89	74	39	29	22	12	1
1968	1,481	0	0	14	78	136	127	124	129	151	142	140	155	107	74	49	31	16	8	0
1969	1,641	0	0	12	106	186	126	111	150	166	170	153	152	102	62	68	41	22	13	1
1970	1,732	0	0	14	106	203	146	136	171	175	165	148	149	116	82	53	33	27	8	0
1971	1,866	0	1	13	136	218	178	137	158	193	179	173	158	128	70	48	40	18	17	1
1972	1,900	0	0	17	156	274	189	153	150	176	180	170	132	107	71	57	30	15	20	3
1973	1,985	0	1	19	155	266	191	149	173	163	191	170	154	141	95	57	39	12	8	1
1974	2,103	0	0	13	209	319	234	160	165	188	174	180	122	105	88	79	35	16	15	1
1975	2,030	0	1	19	186	316	244	150	154	161	152	171	136	120	93	59	28	26	7	7
1976	2,108	0	0	17	201	309	283	185	145	172	178	183	123	110	65	59	38	17	15	8
1977	2,459	0	2	23	244	418	277	229	199	177	192	205	145	100	103	70	37	18	15	5
1978	2,610	0	1	24	235	418	346	270	193	186	202	178	161	125	92	74	47	33	19	6
1979	2,520	0	0	15	251	403	302	255	184	195	209	157	170	145	101	68	41	16	7	1
1980	2,534	0	0	15	234	359	343	256	199	160	198	181	159	126	109	66	69	34	23	3
1981	2,570	0	1	25	250	390	276	279	199	189	172	186	175	121	98	101	53	44	10	1
1982	2,726	0	1	23	247	380	369	289	215	187	192	205	185	133	109	97	46	27	17	4
1983	2,885	0	0	20	250	411	381	311	223	217	188	176	192	161	115	98	73	44	25	0
1984	2,661	0	1	23	221	389	326	286	237	196	161	202	184	134	91	86	63	34	27	0
1985	2,566	0	1	12	186	374	321	284	237	201	162	174	165	131	104	102	53	40	18	1
1986	2,850	0	1	19	199	371	386	333	274	246	173	185	170	140	102	108	82	39	22	0
1987	2,794	0	0	25	201	331	367	342	253	230	210	181	175	124	126	110	60	41	16	2
1988	2,734	0	1	23	212	337	357	322	284	222	171	150	173	148	116	88	70	42	18	0
1989	2,696	0	0	19	218	310	338	328	280	235	188	147	166	133	121	81	58	41	32	1
1990	2,673	0	0	23	182	302	347	356	303	251	191	139	148	113	88	81	74	40	35	0
1991	2,875	0	1	19	217	322	351	362	308	277	212	177	144	141	121	84	63	43	33	0
1992	2,923	0	0	26	198	306	361	378	357	268	212	183	178	137	110	72	70	44	22	1

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : CANADA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	237	0	0	0	8	16	26	22	23	28	24	25	17	17	19	9	2	1	0	0
1951	249	0	0	0	5	19	18	18	21	25	27	28	23	26	18	10	9	1	1	0
1952	240	0	0	2	2	16	14	16	28	21	36	21	27	21	15	11	7	2	1	0
1953	232	0	0	1	5	16	23	15	24	29	26	24	19	22	16	4	6	1	0	1
1954	261	0	0	0	4	17	20	22	23	41	28	26	24	21	19	9	5	2	0	0
1955	261	0	0	0	6	12	23	29	31	29	26	24	25	25	9	12	4	3	2	1
1956	274	0	0	1	3	12	25	23	27	26	35	37	24	25	17	12	4	3	0	0
1957	266	0	0	0	5	8	22	33	25	26	40	32	28	14	16	10	3	4	0	0
1958	249	0	0	0	5	16	13	27	35	31	24	35	17	23	10	6	3	4	0	0
1959	248	0	0	0	4	7	8	21	30	31	26	29	25	22	22	11	8	4	0	0
1960	266	0	0	1	8	14	24	26	20	25	28	31	24	24	15	15	5	5	0	1
1961	268	0	0	0	6	15	17	27	30	25	45	29	24	14	18	11	3	4	0	0
1962	283	0	0	2	10	16	21	33	32	30	35	32	23	18	15	7	5	1	3	0
1963	353	0	0	1	19	20	31	32	38	35	38	48	32	17	18	14	8	2	0	0
1964	392	0	0	1	14	24	29	39	50	41	42	51	41	20	22	10	5	2	1	0
1965	441	0	0	3	16	20	27	45	50	50	50	52	41	33	23	16	11	1	3	0
1966	432	0	0	1	12	22	39	30	54	42	56	54	56	30	13	14	7	2	0	0
1967	488	0	0	2	14	32	39	46	46	77	55	51	46	28	25	12	10	4	1	0
1968	540	0	0	3	13	44	40	45	65	78	53	70	39	30	29	14	12	3	2	0
1969	650	0	0	3	18	56	51	52	58	71	93	70	69	50	28	14	10	5	2	0
1970	681	0	0	3	39	53	61	59	60	75	93	73	62	34	35	17	9	5	3	0
1971	693	0	0	4	32	54	45	66	61	82	93	78	64	44	31	22	9	7	1	0
1972	757	0	0	6	46	56	92	62	73	91	77	72	62	40	36	18	18	7	1	0
1973	788	0	0	4	47	57	84	71	61	59	95	75	75	62	46	27	12	9	4	0
1974	799	0	0	4	36	68	92	67	81	70	86	94	67	53	41	22	9	6	3	0
1975	778	0	2	3	48	83	82	58	74	81	84	81	60	37	44	17	14	9	1	0
1976	827	0	0	5	49	88	77	95	72	76	85	70	74	52	33	25	13	9	2	2
1977	858	0	0	8	54	78	94	77	74	59	89	97	74	60	44	25	12	9	2	2
1978	865	0	1	5	51	80	99	75	66	87	69	87	75	64	47	28	11	13	6	1
1979	837	0	1	7	57	95	85	70	80	69	67	92	70	41	45	26	18	10	3	1
1980	824	0	0	6	44	80	87	77	67	56	80	89	66	67	42	32	19	7	5	0
1981	833	0	0	9	43	69	75	82	69	80	74	79	83	46	50	32	16	15	9	2
1982	797	0	0	4	35	73	90	82	87	68	65	73	79	46	41	27	17	5	3	2
1983	870	0	0	3	39	62	87	90	95	83	87	68	69	65	51	34	19	13	5	0
1984	779	0	0	4	32	62	75	81	72	84	57	75	67	61	46	26	13	14	9	1
1985	693	0	0	5	35	50	72	76	77	64	67	47	54	43	38	31	21	5	8	0
1986	820	0	0	5	42	67	78	94	94	68	66	79	49	58	46	38	23	12	1	0
1987	800	0	0	5	43	57	82	96	85	84	71	58	51	48	48	24	22	12	13	1
1988	776	0	0	4	30	66	84	84	103	88	71	60	54	29	39	20	28	11	5	0
1989	796	0	0	6	29	62	80	94	93	87	94	48	54	41	41	27	22	9	9	0
1990	706	0	1	6	43	51	63	91	105	83	58	47	38	27	33	27	13	12	7	1
1991	718	0	0	9	36	40	85	92	81	87	63	40	44	38	41	31	19	8	4	0
1992	786	0	0	8	51	68	73	82	88	91	75	69	36	46	40	24	11	11	13	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84
1950	7	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
1951	12	0	0	0	0	3	2	1	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
1952	8	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0
1953	9	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0
1954	8	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0
1955	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0
1956	9	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
1957	13	0	0	0	0	2	0	2	0	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0
1958	11	0	0	0	1	0	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0
1959	14	0	0	0	1	0	2	2	1	1	1	2	2	0	1	0	1	0	0
1960	12	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0
1961	17	0	0	0	2	1	0	1	2	2	1	3	1	1	0	2	1	0	0
1962	9	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	0	1	2	0	0	0
1963	16	0	0	0	0	1	1	3	1	2	2	1	3	1	0	1	0	0	0
1964	17	0	0	0	1	2	3	1	2	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0
1965	23	0	0	0	0	2	2	2	5	0	5	1	2	1	2	1	0	0	0
1966	15	0	0	0	0	1	3	2	1	0	4	1	1	0	1	0	1	0	0
1967	10	0	0	0	0	2	0	1	2	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0
1968	6	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
1969	6	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
1970	25	0	0	0	3	0	3	4	5	1	2	5	0	1	0	1	0	0	0
1971	19	0	0	0	1	1	1	2	2	2	1	4	1	2	0	0	0	0	0
1972	15	0	0	0	0	1	1	1	0	5	3	1	2	0	1	0	0	0	0
1973	26	0	0	0	1	7	0	3	2	1	0	3	5	2	1	1	0	0	0
1974	12	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	0	2	1	2	1	0
1975	19	0	0	0	1	4	3	1	2	1	1	2	3	0	1	0	0	0	0
1976	21	0	0	0	2	1	1	2	2	2	2	2	3	3	1	0	0	0	0
1977	21	0	0	0	2	2	3	2	1	2	3	3	1	0	2	0	0	0	0
1978	15	0	0	0	0	5	2	1	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0
1979	25	0	0	0	3	3	2	2	1	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0
1980	19	0	0	1	3	3	0	4	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0
1981	24	0	0	0	3	6	3	3	0	2	1	4	1	0	0	0	0	1	0
1982	34	0	0	0	5	4	3	6	0	3	4	1	4	0	0	2	2	0	0
1983	36	0	0	0	6	5	2	5	5	3	1	0	0	6	1	0	1	1	0
1984	39	0	0	1	8	7	1	6	3	0	2	4	2	3	1	0	1	0	0
1985	23	0	0	1	0	1	2	2	2	4	2	2	3	2	2	0	0	0	0
1986	23	0	0	0	0	2	2	2	0	4	3	0	2	1	3	1	1	2	0
1987	28	0	0	0	2	3	2	7	1	2	2	0	3	2	0	1	2	0	1
1988	44	0	0	0	5	5	6	1	6	5	4	2	3	1	4	0	0	1	1
1989	29	0	0	1	2	4	2	3	4	2	1	2	2	2	1	0	1	0	0
1990	58	0	0	0	9	5	4	8	6	7	7	1	1	4	2	3	1	0	0
1991	41	0	0	1	7	7	3	3	4	4	1	3	2	1	1	2	0	1	1
1992	50	0	0	1	6	9	2	6	6	5	3	1	3	4	1	1	2	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84
1950	7	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
1951	10	0	0	0	0	3	1	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
1952	7	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0
1953	8	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	0	0	1	0	0
1954	6	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1955	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
1956	7	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
1957	12	0	0	0	0	2	0	1	0	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0
1958	11	0	0	0	1	0	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0
1959	13	0	0	0	1	0	2	2	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0
1960	11	0	0	0	0	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0
1961	14	0	0	0	2	1	0	1	2	2	1	2	1	0	0	2	0	0	0
1962	9	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	0	1	2	0	0	0
1963	11	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0
1964	16	0	0	0	0	2	3	1	2	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0
1965	21	0	0	0	0	2	1	2	5	0	4	1	2	1	2	1	0	0	0
1966	15	0	0	0	0	1	3	2	1	0	4	1	1	0	1	0	1	0	0
1967	8	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0
1968	6	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
1969	5	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
1970	23	0	0	0	1	0	3	4	5	1	2	5	0	1	0	1	0	0	0
1971	15	0	0	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0
1972	11	0	0	0	0	1	0	1	0	3	3	1	0	2	0	1	0	0	0
1973	22	0	0	0	1	6	0	3	2	1	0	2	3	2	1	1	0	0	0
1974	10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	1	1	0
1975	18	0	0	0	0	4	3	1	2	1	1	2	3	0	1	0	0	0	0
1976	18	0	0	0	2	0	1	2	1	2	2	2	3	2	1	0	0	0	0
1977	19	0	0	0	2	1	3	2	1	2	3	2	1	0	2	0	0	0	0
1978	11	0	0	0	0	4	1	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0
1979	24	0	0	0	3	3	2	2	1	1	4	2	1	3	2	0	0	0	0
1980	18	0	0	1	3	3	0	4	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0
1981	20	0	0	0	3	6	2	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0
1982	32	0	0	0	5	3	3	6	0	3	4	1	3	0	0	2	2	0	0
1983	30	0	0	0	4	4	2	4	4	3	1	0	0	5	1	0	1	1	0
1984	35	0	0	1	6	7	1	6	2	0	2	3	2	3	1	0	1	0	0
1985	23	0	0	1	0	1	2	2	2	4	2	2	3	2	2	0	0	0	0
1986	17	0	0	0	0	2	2	1	0	3	2	0	2	1	1	0	1	2	0
1987	24	0	0	0	2	3	2	6	1	2	1	0	3	0	0	1	2	0	1
1988	41	0	0	0	5	5	6	1	6	5	3	2	3	1	3	0	0	1	0
1989	26	0	0	1	2	4	2	3	4	2	0	1	2	1	2	1	0	1	0
1990	45	0	0	0	6	4	4	6	5	4	5	0	1	4	2	3	1	0	0
1991	37	0	0	1	6	7	3	2	3	4	1	3	2	1	1	1	0	1	1
1992	45	0	0	1	5	8	2	5	5	5	3	1	3	3	1	1	2	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85	NS
1950	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1951	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1952	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1953	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1954	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1955	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1956	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1957	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1958	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1959	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1960	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1961	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
1962	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1963	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
1964	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1965	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1966	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1967	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1968	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1969	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1970	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1971	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
1972	4	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1973	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
1974	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
1975	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1976	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1977	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1978	4	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1979	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1980	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1981	4	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1982	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1983	6	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
1984	4	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1986	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0
1987	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
1988	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
1989	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1990	13	0	0	0	3	1	0	2	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	4	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
1992	5	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ÎLE-DU-PRINCE-EDOUARD, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1951	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0
1952	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1953	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
1954	8	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
1955	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
1956	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
1957	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
1958	7	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0
1959	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1960	8	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
1961	7	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0
1962	4	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1963	6	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1964	12	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	0	2	0	0	0	0
1965	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0
1966	8	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
1967	10	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0
1968	8	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0
1969	13	0	0	0	1	0	2	2	1	1	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0
1970	12	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0
1971	13	0	0	0	1	0	1	4	1	0	0	1	1	0	0	3	0	0	1	0
1972	5	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1973	12	0	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0
1974	14	0	0	0	1	2	1	2	2	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0
1975	14	0	0	0	1	3	1	1	1	1	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0
1976	23	0	0	0	2	5	1	1	3	2	1	2	2	3	1	0	0	0	0	0
1977	12	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0
1978	16	0	0	0	1	1	1	2	0	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0
1979	16	0	0	0	1	0	2	2	2	1	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0
1980	14	0	0	0	2	2	1	2	1	0	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0
1981	9	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
1982	11	0	0	0	0	3	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
1983	16	0	0	0	2	5	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
1984	15	0	0	1	1	2	0	2	1	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0
1985	5	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1986	14	0	0	0	1	1	4	1	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1987	11	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	2	1	0	2	0	0
1988	13	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	2	3	1	0	1	1	0	0	0
1989	11	0	0	0	0	4	1	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
1990	14	0	0	0	3	0	1	2	1	0	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0
1991	22	0	0	1	1	3	4	0	1	3	3	3	0	0	2	1	0	0	0	0
1992	16	0	0	0	1	3	2	0	4	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ÎLE-DU-PRINCE-EDOUARD, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1951	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0
1952	4	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1953	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
1954	8	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
1955	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
1956	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
1957	5	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
1958	6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0
1959	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1960	8	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
1961	7	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0
1962	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1963	5	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
1964	10	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	0	0
1965	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0
1966	7	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
1967	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
1968	8	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0
1969	9	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
1970	12	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0
1971	12	0	0	0	1	0	1	3	1	0	0	1	1	0	0	3	0	0	1	0
1972	5	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1973	11	0	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
1974	12	0	0	0	1	1	1	2	2	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
1975	12	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0	2	0	2	1	0	0	0	0
1976	20	0	0	0	1	5	1	1	3	2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0
1977	11	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
1978	12	0	0	0	0	0	1	2	0	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
1979	13	0	0	0	1	0	2	2	2	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0
1980	13	0	0	0	2	2	1	2	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0
1981	9	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
1982	10	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
1983	12	0	0	0	2	4	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
1984	13	0	0	1	1	2	0	2	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1986	10	0	0	0	0	1	2	1	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1987	9	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0
1988	11	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	0	0
1989	10	0	0	0	0	4	0	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
1990	14	0	0	0	3	0	1	2	1	0	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0
1991	19	0	0	1	1	3	2	0	1	3	3	3	0	0	1	1	0	0	0	0
1992	15	0	0	0	0	3	2	0	4	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	45	0	0	0	2	1	2	2	5	5	5	3	3	4	5	4	2	1	1	0
1951	28	0	0	0	1	0	0	2	1	3	2	4	3	1	2	2	6	1	0	0
1952	42	0	0	0	1	1	1	3	6	1	5	7	5	3	2	1	3	3	0	0
1953	33	0	0	0	1	1	4	2	6	1	4	3	2	4	3	1	0	1	0	0
1954	27	0	0	0	0	1	2	1	4	5	1	3	1	2	3	2	2	0	0	0
1955	36	0	0	0	3	2	2	1	2	6	5	2	3	4	3	1	1	0	1	0
1956	27	0	0	1	0	3	2	1	2	3	6	1	2	1	3	2	0	0	0	0
1957	50	0	0	0	1	5	2	8	4	6	4	6	4	5	2	2	1	0	0	0
1958	34	0	0	1	2	1	3	1	3	4	6	3	4	5	0	0	1	0	0	0
1959	30	0	0	0	1	1	2	1	3	6	2	2	3	2	3	1	2	1	0	0
1960	58	0	0	0	7	2	3	4	6	6	5	7	5	4	3	4	2	0	0	0
1961	38	0	0	1	1	0	1	4	6	3	5	6	2	4	3	1	0	0	1	0
1962	45	0	0	1	3	4	4	5	6	6	5	4	0	3	1	2	0	1	0	0
1963	46	0	0	0	2	2	1	0	5	8	6	5	3	2	6	2	1	3	0	0
1964	40	0	0	0	0	1	2	3	3	5	5	4	7	3	1	4	1	1	0	0
1965	65	0	0	2	3	3	2	4	9	6	6	10	9	3	5	3	0	0	0	0
1966	69	0	0	3	4	6	10	5	7	6	1	7	8	8	1	1	2	0	0	0
1967	57	0	0	0	2	6	5	2	4	7	7	8	3	6	3	1	2	0	1	0
1968	53	0	0	0	1	6	1	2	5	10	4	5	9	2	3	3	0	1	1	0
1969	76	0	0	0	5	6	8	7	6	9	8	8	3	4	4	2	3	3	0	0
1970	73	0	0	1	8	12	4	2	8	8	2	4	7	6	4	4	1	1	1	0
1971	69	0	0	1	2	10	9	10	4	7	5	4	7	4	2	1	1	2	0	0
1972	93	0	0	2	7	13	8	7	10	9	7	11	6	7	2	2	1	0	0	1
1973	89	0	0	2	4	12	13	5	6	6	6	4	10	13	4	3	1	0	0	0
1974	87	0	0	0	5	17	9	12	9	5	4	11	5	5	3	2	0	0	0	0
1975	85	0	0	1	7	11	13	7	7	8	6	4	7	5	4	3	2	0	0	0
1976	86	0	0	1	8	14	9	11	5	10	5	6	4	4	2	3	0	2	2	0
1977	94	0	0	0	8	21	11	15	6	4	4	8	4	6	3	4	0	0	0	0
1978	105	0	0	1	5	19	16	11	6	6	7	7	9	7	5	1	1	2	2	0
1979	106	0	0	1	10	18	9	10	6	9	5	11	10	6	2	4	3	1	1	0
1980	97	0	0	0	7	14	12	8	7	6	8	5	8	6	8	4	3	1	0	0
1981	92	0	0	2	9	13	7	8	12	5	11	6	5	1	5	6	0	2	0	0
1982	104	0	0	2	9	12	17	9	8	3	11	6	7	3	5	7	4	0	1	0
1983	104	0	0	1	6	21	10	9	6	14	8	7	5	6	4	3	2	2	0	0
1984	86	0	0	0	7	11	10	6	9	5	5	9	8	4	4	4	1	1	2	0
1985	106	0	0	2	10	17	10	4	14	7	5	4	8	9	5	6	4	0	1	0
1986	94	0	0	1	11	12	10	9	6	6	6	10	8	7	2	2	3	1	0	0
1987	111	0	0	2	9	12	18	11	6	8	7	10	5	3	7	8	3	2	0	0
1988	106	0	0	3	8	14	10	8	5	7	9	11	11	6	6	5	3	0	0	0
1989	96	0	0	1	8	13	8	7	5	9	5	8	11	5	8	3	3	2	0	0
1990	115	0	0	2	5	14	18	10	11	11	4	7	7	8	5	7	5	1	0	0
1991	113	0	0	0	7	11	9	13	16	11	5	6	8	7	5	5	7	3	0	0
1992	97	0	0	0	6	10	13	8	13	12	8	9	5	4	7	0	1	0	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	34	0	0	0	2	1	2	0	4	4	5	2	2	3	3	4	1	0	1	0
1951	22	0	0	0	1	0	0	2	1	3	1	3	3	0	2	2	3	1	0	0
1952	32	0	0	0	1	1	1	3	4	1	2	5	4	1	2	1	3	3	0	0
1953	27	0	0	0	1	0	4	2	5	1	4	3	1	1	3	1	0	1	0	0
1954	18	0	0	0	0	0	1	0	3	3	1	3	0	2	2	2	1	0	0	0
1955	29	0	0	0	3	1	2	1	1	5	5	1	2	3	2	1	1	0	1	0
1956	22	0	0	0	0	2	2	1	0	3	6	0	2	1	3	2	0	0	0	0
1957	43	0	0	0	0	5	2	7	3	5	4	3	4	5	2	2	1	0	0	0
1958	28	0	0	1	2	0	3	0	2	1	6	3	4	5	0	0	1	0	0	0
1959	27	0	0	0	1	1	2	0	3	5	2	2	3	2	2	1	2	1	0	0
1960	43	0	0	0	4	2	3	3	4	5	5	4	4	3	1	3	2	0	0	0
1961	32	0	0	1	1	0	1	3	3	3	4	6	2	3	3	1	0	0	1	0
1962	38	0	0	1	3	4	4	4	6	5	3	3	0	2	1	1	0	1	0	0
1963	38	0	0	0	1	2	0	0	3	7	5	5	3	2	4	2	1	3	0	0
1964	32	0	0	0	0	1	2	1	3	5	4	3	4	3	1	3	1	1	0	0
1965	54	0	0	1	2	2	2	4	7	5	6	9	9	2	2	3	0	0	0	0
1966	61	0	0	3	3	6	7	4	7	6	1	6	8	7	1	1	1	0	0	0
1967	50	0	0	0	2	6	4	2	4	5	7	7	2	4	3	1	2	0	1	0
1968	41	0	0	0	1	4	1	2	5	7	3	5	6	2	2	2	0	1	0	0
1969	67	0	0	0	5	6	6	6	6	9	5	8	3	4	2	2	2	3	0	0
1970	63	0	0	1	6	12	4	2	6	6	2	3	5	5	4	4	1	1	1	0
1971	62	0	0	1	2	9	7	10	4	5	5	3	7	4	2	0	1	2	0	0
1972	73	0	0	2	7	10	6	5	7	7	6	10	5	5	0	2	0	0	0	1
1973	73	0	0	2	4	10	12	5	5	5	4	4	7	10	3	2	0	0	0	0
1974	73	0	0	0	5	14	6	9	8	5	4	10	4	4	2	2	0	0	0	0
1975	73	0	0	1	6	11	10	7	7	6	4	4	6	5	3	2	1	0	0	0
1976	71	0	0	1	7	12	7	9	5	8	3	5	2	4	2	3	0	2	1	0
1977	75	0	0	0	8	17	10	12	5	2	3	5	3	4	3	3	0	0	0	0
1978	81	0	0	1	3	17	11	9	5	4	5	3	7	6	4	1	1	2	2	0
1979	89	0	0	1	8	16	8	8	5	8	5	6	8	6	2	4	3	1	0	0
1980	87	0	0	0	7	14	11	6	6	5	8	4	8	5	7	3	2	1	0	0
1981	76	0	0	2	5	13	7	8	10	5	8	4	2	0	5	5	0	2	0	0
1982	82	0	0	1	7	10	15	8	7	3	7	6	4	3	2	6	2	0	1	0
1983	90	0	0	1	5	17	9	8	5	12	6	7	5	6	3	3	1	2	0	0
1984	75	0	0	0	7	8	10	5	7	5	5	7	8	3	3	4	1	0	2	0
1985	90	0	0	2	9	15	8	2	12	6	3	3	8	9	4	5	3	0	1	0
1986	78	0	0	1	11	12	7	8	5	4	5	5	6	7	1	2	3	1	0	0
1987	96	0	0	2	9	10	17	7	4	7	6	10	5	2	7	6	2	2	0	0
1988	87	0	0	3	7	11	7	6	5	5	7	9	8	5	6	5	3	0	0	0
1989	82	0	0	1	7	13	8	6	3	5	4	7	10	5	6	2	3	2	0	0
1990	95	0	0	1	4	10	16	9	9	10	3	4	7	7	3	6	5	1	0	0
1991	96	0	0	0	7	11	9	11	13	9	3	6	4	4	4	5	7	3	0	0
1992	80	0	0	0	6	8	10	7	10	9	7	9	4	4	4	0	1	0	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	11	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	0
1951	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0
1952	10	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0
1953	6	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
1954	9	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
1955	7	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
1956	5	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1957	7	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1958	6	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1959	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1960	15	0	0	0	3	0	0	1	2	1	0	3	1	1	2	1	0	0	0	0
1961	6	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1962	7	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0
1963	8	0	0	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
1964	8	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	3	0	0	1	0	0	0	0
1965	11	0	0	1	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0
1966	8	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
1967	7	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
1968	12	0	0	0	0	2	0	0	0	3	1	0	3	0	1	1	0	0	1	0
1969	9	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	2	0	1	0	0	0
1970	10	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
1971	7	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
1972	20	0	0	0	0	3	2	2	3	2	1	1	1	2	2	0	1	0	0	0
1973	16	0	0	0	0	2	1	0	1	1	2	0	3	3	1	1	1	0	0	0
1974	14	0	0	0	0	3	3	3	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
1975	12	0	0	0	1	0	3	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0
1976	15	0	0	0	1	2	2	2	0	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0
1977	19	0	0	0	0	4	1	3	1	2	1	3	1	2	0	1	0	0	0	0
1978	24	0	0	0	2	2	5	2	1	2	2	4	2	1	1	0	0	0	0	0
1979	17	0	0	0	2	2	1	2	1	1	0	5	2	0	0	0	0	0	1	0
1980	10	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0
1981	16	0	0	0	4	0	0	0	2	0	3	2	3	1	0	1	0	0	0	0
1982	22	0	0	1	2	2	2	1	1	0	4	0	3	0	3	1	2	0	0	0
1983	14	0	0	0	1	4	1	1	1	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0
1984	11	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0
1985	16	0	0	0	1	2	2	2	2	1	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0
1986	16	0	0	0	0	0	3	1	1	2	1	5	2	0	1	0	0	0	0	0
1987	15	0	0	0	0	2	1	4	2	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0
1988	19	0	0	0	1	3	3	2	0	2	2	2	3	1	0	0	0	0	0	0
1989	14	0	0	0	1	0	0	1	2	4	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0
1990	20	0	0	1	1	4	2	1	2	1	1	3	0	1	2	1	0	0	0	0
1991	17	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2	0	4	3	1	0	0	0	0	0
1992	17	0	0	0	0	2	3	1	3	3	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	30	0	0	1	1	1	0	0	1	6	3	5	5	2	1	1	0	3	0	0
1951	19	0	0	0	0	2	0	1	2	1	1	2	3	3	0	1	2	1	0	0
1952	17	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0	4	4	1	1	1	0	0
1953	18	0	0	0	0	2	2	3	1	1	1	0	2	2	1	2	1	0	0	0
1954	15	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	3	3	2	2	1	0	0	0	0
1955	23	0	0	0	1	2	2	1	0	3	2	1	3	3	3	0	2	0	0	0
1956	24	0	0	0	1	2	4	0	2	1	2	2	4	2	1	1	1	0	1	0
1957	18	0	0	0	0	2	0	1	1	2	3	3	3	1	0	0	1	0	1	0
1958	30	0	0	0	0	1	3	1	0	2	2	7	3	4	1	2	2	2	0	0
1959	32	0	0	0	0	0	2	2	3	3	6	3	3	6	1	1	2	0	0	0
1960	27	0	0	0	0	1	5	6	2	2	3	5	0	1	1	0	1	0	0	0
1961	30	0	0	0	2	2	1	3	1	2	5	4	4	2	1	1	2	0	0	0
1962	36	0	0	0	2	5	5	4	4	1	3	4	1	3	2	0	2	0	0	0
1963	29	0	0	1	3	2	3	1	6	3	1	1	2	3	1	0	0	1	1	0
1964	39	0	0	0	3	4	4	0	4	4	4	4	6	4	1	1	0	0	0	0
1965	35	0	0	0	1	1	3	5	3	2	4	5	4	3	4	0	0	0	0	0
1966	25	0	0	0	0	2	1	0	3	4	7	1	0	3	2	1	1	0	0	0
1967	30	0	0	0	5	5	2	3	1	4	1	2	2	1	1	3	0	0	0	0
1968	29	0	0	0	2	3	1	1	2	2	4	5	3	1	1	1	2	1	0	0
1969	53	0	0	0	1	5	3	4	6	4	7	7	10	4	2	0	0	0	0	0
1970	37	0	0	0	0	2	1	6	3	3	7	4	2	5	3	1	0	0	0	0
1971	44	0	0	0	0	3	7	1	4	3	8	3	6	1	4	2	2	0	0	0
1972	49	0	0	1	5	8	3	3	7	4	4	5	4	4	1	0	0	0	0	0
1973	58	0	0	2	4	8	5	7	6	5	0	8	5	3	3	1	1	0	0	0
1974	59	0	0	1	7	12	5	8	2	2	4	3	7	3	3	1	1	0	0	0
1975	53	0	0	1	7	9	3	7	3	6	1	2	2	6	2	2	1	0	0	1
1976	74	0	0	2	4	9	9	9	6	8	5	3	5	8	2	1	0	3	0	0
1977	72	0	0	0	3	15	11	5	10	5	5	3	2	6	1	4	2	0	0	0
1978	90	0	0	1	12	12	6	9	11	8	8	7	3	6	1	2	3	0	1	0
1979	84	0	0	0	13	10	9	6	6	6	7	6	6	6	6	3	0	0	0	0
1980	81	0	0	0	4	13	10	7	7	6	6	6	7	4	4	3	2	1	1	0
1981	77	0	0	0	4	13	6	9	6	6	4	6	11	6	0	1	2	3	0	0
1982	90	0	0	0	9	18	8	10	4	5	4	6	9	1	6	5	1	3	1	0
1983	100	0	0	0	4	12	11	8	11	6	5	11	7	7	8	4	2	2	2	0
1984	90	0	0	1	8	16	10	8	4	6	5	7	6	8	3	2	1	1	4	0
1985	86	0	0	0	5	11	8	7	11	7	5	4	7	7	4	4	5	1	0	0
1986	96	0	0	0	9	11	12	13	9	8	9	9	4	5	1	1	3	1	1	0
1987	75	0	0	1	5	17	6	6	7	3	6	7	7	2	4	1	1	2	0	0
1988	108	0	0	3	8	15	14	11	12	10	6	5	6	2	5	7	3	1	0	0
1989	84	0	0	0	5	8	14	10	12	7	6	3	8	5	3	2	0	0	1	0
1990	84	0	0	0	6	10	9	11	14	7	7	1	5	2	4	7	0	0	1	0
1991	93	0	0	1	7	7	14	13	13	6	9	4	7	3	2	4	3	0	0	0
1992	85	0	0	0	9	16	13	8	7	9	4	4	5	3	2	2	2	0	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	25	0	0	1	1	1	0	0	1	5	3	3	4	1	1	1	0	3	0	0
1951	14	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	3	2	0	1	2	0	0	0
1952	14	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0	3	3	0	1	1	0	0
1953	15	0	0	0	0	2	1	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	0	0
1954	12	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	3	2	1	1	0	0	0	0
1955	19	0	0	0	1	2	1	1	0	2	1	0	3	3	3	0	2	0	0	0
1956	19	0	0	0	1	2	4	0	1	1	1	0	3	2	1	1	1	0	1	0
1957	18	0	0	0	0	2	0	1	1	2	3	3	3	1	0	0	1	0	1	0
1958	23	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	6	3	3	1	2	2	0	0	0
1959	27	0	0	0	0	0	2	1	3	2	6	3	2	6	0	1	1	0	0	0
1960	22	0	0	0	0	1	4	6	2	1	3	2	0	1	1	0	1	0	0	0
1961	22	0	0	0	2	2	1	1	0	2	3	3	3	2	1	0	2	0	0	0
1962	30	0	0	0	2	5	4	3	3	1	2	3	1	2	2	0	2	0	0	0
1963	25	0	0	1	2	2	3	1	4	3	1	1	1	3	1	0	0	1	1	0
1964	31	0	0	0	2	3	4	0	4	3	3	3	4	4	1	0	0	0	0	0
1965	29	0	0	0	1	1	2	5	2	2	4	4	3	2	3	0	0	0	0	0
1966	19	0	0	0	0	1	1	0	2	2	6	1	0	3	2	0	1	0	0	0
1967	25	0	0	0	4	5	2	3	1	1	1	2	2	1	0	3	0	0	0	0
1968	22	0	0	0	2	3	0	1	1	2	4	2	3	0	1	1	1	1	0	0
1969	38	0	0	0	1	4	2	3	5	2	6	4	6	3	2	0	0	0	0	0
1970	26	0	0	0	0	2	1	4	2	2	7	1	1	4	1	1	0	0	0	0
1971	35	0	0	0	0	2	6	1	4	2	5	3	4	1	4	1	2	0	0	0
1972	39	0	0	1	4	8	1	3	6	4	2	4	3	2	1	0	0	0	0	0
1973	48	0	0	2	4	7	3	6	6	5	0	6	4	2	1	1	1	0	0	0
1974	54	0	0	1	7	11	4	8	2	2	4	3	5	3	2	1	1	0	0	0
1975	39	0	0	1	5	7	3	7	2	3	1	1	1	5	1	1	0	0	0	1
1976	62	0	0	1	3	8	9	7	4	6	5	3	3	8	1	1	0	3	0	0
1977	58	0	0	0	3	13	10	5	5	5	3	2	2	4	1	4	1	0	0	0
1978	76	0	0	1	10	12	4	7	9	6	7	5	3	5	1	2	3	0	1	0
1979	74	0	0	0	12	9	9	5	4	6	6	5	6	5	5	2	0	0	0	0
1980	71	0	0	0	4	12	10	5	6	6	5	5	6	2	4	2	2	1	1	0
1981	67	0	0	0	2	13	6	7	6	5	4	5	8	6	0	1	1	3	0	0
1982	78	0	0	0	8	17	8	9	4	5	2	3	8	1	5	3	1	3	1	0
1983	85	0	0	0	4	12	8	8	6	5	5	10	5	5	7	4	2	2	2	0
1984	79	0	0	1	6	15	9	6	3	5	5	7	5	6	3	2	1	1	4	0
1985	73	0	0	0	5	9	5	5	10	5	5	3	7	5	4	4	5	1	0	0
1986	79	0	0	0	8	11	10	11	5	7	8	6	3	3	1	1	3	1	1	0
1987	61	0	0	1	4	16	6	4	5	2	4	5	5	1	4	1	2	0	0	0
1988	89	0	0	3	8	14	13	8	7	8	5	4	3	2	4	7	2	1	0	0
1989	70	0	0	0	4	7	11	9	9	7	6	3	6	3	2	2	0	0	1	0
1990	70	0	0	0	5	8	9	9	9	6	7	1	4	2	4	5	0	0	1	0
1991	78	0	0	1	5	6	11	12	10	5	7	4	7	3	1	3	3	0	0	0
1992	78	0	0	0	8	16	13	7	6	8	3	4	5	3	0	2	2	0	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
1951	5	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
1952	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
1953	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1954	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1955	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1956	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0
1957	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1958	7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0
1959	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
1960	5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1961	8	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0
1962	6	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1963	4	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1964	8	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0
1965	6	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
1966	6	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1967	5	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1968	7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0
1969	15	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0
1970	11	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	3	1	1	2	0	0	0	0	0
1971	9	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0
1972	10	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0
1973	10	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0
1974	5	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
1975	14	0	0	0	2	2	0	0	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
1976	12	0	0	1	1	1	0	2	2	2	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0
1977	14	0	0	0	0	2	1	0	5	0	2	1	0	2	0	0	1	0	0	0
1978	14	0	0	0	2	0	2	2	2	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
1979	10	0	0	0	1	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
1980	10	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0
1981	10	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0
1982	12	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	3	1	0	1	2	0	0	0	0
1983	15	0	0	0	0	0	3	0	5	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0
1984	11	0	0	0	2	1	1	2	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
1985	13	0	0	0	0	2	3	2	1	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
1986	17	0	0	0	1	0	2	2	4	1	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0
1987	14	0	0	0	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0
1988	19	0	0	0	0	1	1	3	5	2	1	1	3	0	1	0	1	0	0	0
1989	14	0	0	0	1	1	3	1	3	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0
1990	14	0	0	0	1	2	0	2	5	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
1991	15	0	0	0	2	1	3	1	3	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
1992	7	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	145	0	0	0	7	12	16	15	9	18	13	16	14	9	6	7	3	0	0	0
1951	177	0	0	0	2	8	15	19	17	17	27	22	16	13	8	6	2	2	3	0
1952	139	0	0	0	4	7	12	13	13	15	15	8	13	15	12	5	5	2	0	0
1953	187	0	0	1	3	15	17	15	14	22	23	25	7	26	5	4	8	2	0	0
1954	208	0	0	1	5	15	15	17	21	24	27	22	14	21	9	9	4	4	0	0
1955	199	0	0	0	4	7	19	20	29	23	19	21	18	18	5	8	8	0	0	0
1956	243	0	0	0	5	9	28	31	28	19	27	28	22	20	11	8	2	5	0	0
1957	257	0	0	0	4	13	28	32	24	28	38	22	26	22	10	6	1	2	1	0
1958	239	0	0	1	9	15	19	18	30	23	25	27	25	23	10	4	6	3	1	0
1959	209	0	0	1	6	13	17	23	15	25	27	21	17	18	10	6	8	2	0	0
1960	256	0	0	1	6	23	37	27	24	22	30	22	19	18	8	9	7	3	0	0
1961	241	0	0	0	6	10	13	22	21	36	35	28	12	28	13	12	3	1	1	0
1962	269	0	0	1	14	19	23	23	33	28	22	36	27	20	12	4	4	3	0	0
1963	262	0	0	1	11	24	23	25	31	23	31	30	19	15	12	7	8	1	0	1
1964	324	0	0	3	8	25	29	32	40	43	25	37	31	23	10	8	3	4	3	0
1965	323	0	0	5	22	25	31	30	45	31	27	40	25	20	13	6	3	0	0	0
1966	365	0	0	0	13	45	41	23	38	38	32	41	48	15	17	8	3	2	1	0
1967	396	0	0	3	23	49	39	51	38	44	39	39	29	16	12	8	3	3	0	0
1968	433	0	0	0	21	44	38	41	46	45	43	52	34	27	22	10	7	2	1	0
1969	540	0	0	3	35	67	54	48	57	54	61	52	50	21	19	12	2	5	0	0
1970	539	0	0	5	33	69	62	46	62	46	64	40	46	27	21	7	7	4	0	0
1971	554	0	0	6	46	62	61	58	53	61	48	38	40	34	21	14	9	2	1	0
1972	602	0	0	4	55	98	83	59	48	47	47	52	33	33	21	13	3	4	2	0
1973	693	0	0	4	53	90	78	59	60	58	79	59	56	45	26	13	10	3	0	0
1974	642	0	0	2	65	89	90	46	55	58	58	55	28	33	34	18	6	3	2	0
1975	578	0	1	5	38	97	79	56	51	47	47	43	37	23	17	20	3	6	2	6
1976	657	0	0	2	56	94	98	86	53	46	54	53	33	28	21	12	9	1	3	8
1977	777	0	0	5	50	123	94	105	78	61	56	69	51	36	20	15	5	1	3	5
1978	894	0	0	5	64	160	129	111	76	64	55	58	56	46	28	19	6	11	1	5
1979	981	0	0	5	86	154	136	110	85	75	77	70	67	41	33	22	14	3	1	2
1980	947	0	0	4	73	136	123	100	93	59	84	68	60	47	40	21	26	7	4	2
1981	1,054	0	0	8	71	148	135	119	87	93	71	85	81	60	33	35	16	8	2	2
1982	1,071	0	0	3	80	152	150	121	110	110	72	90	67	40	28	27	9	3	3	6
1983	1,208	0	0	8	98	156	176	151	99	104	78	70	84	71	44	37	18	12	2	0
1984	1,027	0	0	7	77	131	136	119	103	95	72	79	74	54	33	18	12	13	3	1
1985	1,124	0	0	6	65	141	158	135	111	89	84	84	77	60	40	36	19	12	7	0
1986	1,148	0	1	4	73	146	156	143	134	120	77	77	70	48	40	31	13	9	6	0
1987	1,179	0	0	8	83	124	146	168	143	109	86	77	67	52	40	41	21	8	3	3
1988	1,089	0	1	3	60	115	152	147	144	110	94	55	58	50	40	19	24	10	7	0
1989	1,042	0	0	3	76	115	130	130	132	119	85	61	67	47	34	16	19	6	2	0
1990	1,104	0	0	12	67	119	136	168	140	113	95	64	56	34	27	34	22	13	4	0
1991	1,115	0	1	12	81	101	138	163	117	124	100	66	55	58	44	27	15	9	4	0
1992	1,255	0	0	12	82	123	148	168	155	127	103	91	82	52	43	34	19	10	5	1

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	103	0	0	0	5	9	9	10	7	12	10	10	11	6	6	5	3	0	0	0
1951	120	0	0	0	1	5	9	13	12	13	16	15	12	9	6	4	1	2	2	0
1952	104	0	0	0	4	4	9	9	8	10	8	8	11	11	5	4	2	0	0	
1953	139	0	0	0	3	13	12	13	10	15	15	19	5	19	3	4	6	2	0	
1954	150	0	0	1	5	7	10	12	16	11	20	17	11	14	9	9	4	4	0	
1955	150	0	0	0	3	4	16	14	19	17	17	15	12	14	5	6	8	0	0	
1956	181	0	0	0	4	6	19	22	21	14	20	19	16	19	8	7	2	4	0	
1957	176	0	0	0	4	10	20	21	13	19	19	15	20	20	6	5	1	2	1	
1958	182	0	0	1	8	12	15	10	18	21	22	20	20	14	9	3	5	3	1	
1959	179	0	0	1	5	11	15	19	13	22	22	18	15	16	8	6	7	1	0	
1960	199	0	0	0	4	19	31	21	20	13	22	14	16	15	8	7	7	2	0	
1961	175	0	0	0	4	6	10	15	17	25	23	21	8	22	10	10	3	0	1	
1962	216	0	0	1	9	15	20	16	24	22	17	31	23	17	12	3	3	3	0	
1963	183	0	0	1	9	19	13	16	22	14	19	19	14	13	10	6	7	0	1	
1964	251	0	0	3	7	15	22	25	27	34	19	30	26	19	8	7	2	4	3	
1965	216	0	0	4	17	18	18	14	27	20	19	31	14	17	11	4	2	0	0	
1966	274	0	0	0	11	36	29	16	25	35	22	28	35	10	14	7	3	2	1	
1967	294	0	0	3	20	42	28	35	27	27	29	28	20	12	11	7	3	2	0	
1968	321	0	0	0	20	32	28	31	35	31	35	34	23	21	16	8	5	1	1	
1969	387	0	0	3	30	54	39	29	38	39	44	34	34	14	13	10	2	4	0	
1970	399	0	0	5	25	47	43	32	48	32	49	32	32	23	14	6	7	4	0	
1971	413	0	0	4	39	52	49	42	38	40	31	28	32	27	14	7	8	1	1	
1972	449	0	0	3	43	84	55	47	31	33	32	41	26	23	13	11	3	2	2	
1973	495	0	0	4	38	76	52	36	43	42	52	40	40	36	17	10	8	1	0	
1974	489	0	0	2	57	79	68	32	39	41	43	38	20	22	25	14	5	2	2	
1975	412	0	0	4	30	71	61	40	33	28	29	34	22	19	14	14	2	3	2	
1976	487	0	0	2	51	77	75	55	38	30	36	35	24	21	14	11	8	1	3	
1977	570	0	0	4	39	99	58	83	56	49	45	45	32	20	16	11	5	1	3	
1978	678	0	0	4	54	144	95	89	54	45	41	38	33	31	21	10	6	9	0	
1979	724	0	0	4	70	125	102	80	53	56	55	44	48	34	21	16	12	2	1	
1980	727	0	0	4	63	114	93	76	74	46	54	43	42	37	31	16	22	6	4	
1981	799	0	0	6	63	125	106	92	65	68	50	58	57	40	26	23	13	5	1	
1982	811	0	0	3	72	131	117	93	70	78	52	62	44	29	23	22	6	3	2	
1983	922	0	0	8	86	134	146	111	68	65	57	52	63	53	32	22	14	10	1	
1984	817	0	0	6	71	117	116	93	85	66	49	58	53	41	23	17	11	9	2	
1985	879	0	0	4	55	124	130	109	80	66	58	66	58	43	24	30	15	12	5	
1986	885	0	1	4	59	128	128	110	97	90	51	49	57	33	33	22	11	6	6	
1987	923	0	0	8	69	105	120	127	112	77	59	58	55	38	29	40	17	5	2	
1988	855	0	1	3	54	100	129	116	105	75	68	41	43	42	33	17	13	8	7	
1989	820	0	0	3	69	100	109	100	99	88	58	46	53	35	25	13	15	5	2	
1990	900	0	0	11	58	110	120	132	112	88	73	49	41	30	18	24	20	10	4	
1991	907	0	1	8	74	92	113	133	91	94	75	53	45	45	38	21	13	8	3	
1992	983	0	0	8	65	104	120	138	132	89	71	65	69	35	36	23	17	7	3	

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	42	0	0	0	2	3	7	5	2	6	3	6	3	3	0	2	0	0	0	0
1951	57	0	0	0	1	3	6	6	5	4	11	7	4	4	2	2	1	0	1	0
1952	35	0	0	0	0	3	3	4	5	5	7	0	2	4	1	0	1	0	0	0
1953	48	0	0	1	0	2	5	2	4	7	8	6	2	7	2	0	2	0	0	0
1954	58	0	0	0	0	8	5	5	5	13	7	5	3	7	0	0	0	0	0	0
1955	49	0	0	0	1	3	3	6	10	6	2	6	6	4	0	2	0	0	0	0
1956	62	0	0	0	1	3	9	9	7	5	7	9	6	1	3	1	0	1	0	0
1957	81	0	0	0	0	3	8	11	11	9	19	7	6	2	4	1	0	0	0	0
1958	57	0	0	0	1	3	4	8	12	2	3	7	5	9	1	1	1	0	0	0
1959	30	0	0	0	1	2	2	4	2	3	5	3	2	2	2	0	1	1	0	0
1960	57	0	0	1	2	4	6	6	4	9	8	8	3	3	0	2	0	1	0	0
1961	66	0	0	0	2	4	3	7	4	11	12	7	4	6	3	2	0	1	0	0
1962	53	0	0	0	5	4	3	7	9	6	5	5	4	3	0	1	1	0	0	0
1963	79	0	0	0	2	5	10	9	9	9	12	11	5	2	2	1	1	1	0	0
1964	73	0	0	0	1	10	7	7	13	9	6	7	5	4	2	1	1	0	0	0
1965	107	0	0	1	5	7	13	16	18	11	8	9	11	3	2	2	1	0	0	0
1966	91	0	0	0	2	9	12	7	13	3	10	13	13	5	3	1	0	0	0	0
1967	102	0	0	0	3	7	11	16	11	17	10	11	9	4	1	1	0	1	0	0
1968	112	0	0	0	1	12	10	10	11	14	8	18	11	6	6	2	2	1	0	0
1969	153	0	0	0	5	13	15	19	19	15	17	18	16	7	6	2	0	1	0	0
1970	140	0	0	0	8	22	19	14	14	14	15	8	14	4	7	1	0	0	0	0
1971	141	0	0	2	7	10	12	16	15	21	17	10	8	7	7	7	1	1	0	0
1972	153	0	0	1	12	14	28	12	17	14	15	11	7	10	8	2	0	2	0	0
1973	198	0	0	0	15	14	26	23	17	16	27	19	16	9	9	3	2	2	0	0
1974	153	0	0	0	8	10	22	14	16	17	15	17	8	11	9	4	1	1	0	0
1975	166	0	1	1	8	26	18	16	18	19	18	9	15	4	3	6	1	3	0	0
1976	170	0	0	0	5	17	23	31	15	16	18	18	9	7	7	1	1	0	0	2
1977	207	0	0	1	11	24	36	22	22	12	11	24	19	16	4	4	0	0	0	1
1978	216	0	0	1	10	16	34	22	22	19	14	20	23	15	7	9	0	2	1	1
1979	257	0	0	1	16	29	34	30	32	19	22	26	19	7	12	6	2	1	0	1
1980	220	0	0	0	10	22	30	24	19	13	30	25	18	10	9	5	4	1	0	0
1981	255	0	0	2	8	23	29	27	22	25	21	27	24	20	7	12	3	3	1	1
1982	260	0	0	0	8	21	33	28	40	32	20	28	23	11	5	5	3	0	1	2
1983	286	0	0	0	12	22	30	40	31	39	21	18	21	18	12	15	4	2	1	0
1984	210	0	0	1	6	14	20	26	18	29	23	21	21	13	10	1	1	4	1	1
1985	245	0	0	2	10	17	28	26	31	23	26	18	19	17	16	6	4	0	2	0
1986	263	0	0	0	14	18	28	33	37	30	26	28	13	15	7	9	2	3	0	0
1987	256	0	0	0	14	19	26	41	31	32	27	19	12	14	11	1	4	3	1	1
1988	234	0	0	0	6	15	23	31	39	35	26	14	15	8	7	2	11	2	0	0
1989	222	0	0	0	7	15	21	30	33	31	27	15	14	12	9	3	4	1	0	0
1990	204	0	0	1	9	9	16	36	28	25	22	15	15	4	9	10	2	3	0	0
1991	208	0	0	4	7	9	25	30	26	30	25	13	10	13	6	6	2	1	1	0
1992	272	0	0	4	17	19	28	30	23	38	32	26	13	17	7	11	2	3	2	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ONTARIO, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	398	0	0	0	15	21	19	27	35	46	42	49	37	35	28	23	15	2	2	2
1951	385	0	0	0	5	24	22	23	29	46	33	43	44	38	35	19	16	4	2	2
1952	440	0	0	2	9	26	26	27	38	45	38	47	52	45	40	19	17	3	5	1
1953	406	0	0	1	15	16	29	34	34	48	33	45	39	37	38	19	9	5	3	1
1954	408	0	0	3	10	13	34	31	27	64	36	44	38	36	34	23	12	3	0	0
1955	413	0	0	1	0	17	32	31	32	50	55	49	34	44	33	20	8	4	3	0
1956	466	0	0	3	9	22	31	27	37	35	54	55	59	49	33	21	14	12	5	0
1957	490	0	0	1	9	26	31	36	45	41	65	48	57	36	47	22	15	9	2	0
1958	496	0	0	5	8	32	31	36	48	48	51	53	58	52	30	22	16	5	1	0
1959	519	0	0	2	13	29	36	39	51	45	55	55	58	47	38	29	12	6	3	1
1960	528	0	0	4	15	28	42	48	47	42	57	58	61	40	34	23	19	6	3	1
1961	549	0	0	4	11	30	40	41	55	55	48	61	65	46	41	25	17	8	2	0
1962	522	0	0	4	15	29	36	46	53	49	62	71	58	39	24	8	18	7	3	0
1963	574	0	0	6	20	38	34	45	59	66	57	69	56	48	20	29	20	5	2	0
1964	572	0	0	8	21	34	26	62	63	50	66	58	49	59	33	20	12	10	1	0
1965	635	0	0	6	18	45	39	48	48	75	57	81	66	69	31	24	15	8	5	0
1966	661	0	0	9	24	31	43	54	69	63	73	78	69	56	27	30	22	8	3	2
1967	755	0	0	4	32	52	55	54	67	89	81	84	83	55	50	20	16	11	2	0
1968	821	0	0	8	23	55	66	62	68	103	95	95	85	61	43	35	13	6	3	0
1969	858	0	0	2	38	73	59	58	72	92	104	80	92	69	38	42	20	8	10	1
1970	922	0	0	5	46	83	72	69	84	111	92	95	82	63	59	32	12	12	5	0
1971	1,068	0	0	3	63	104	82	76	84	123	126	122	102	85	41	30	14	8	4	1
1972	1,045	0	0	10	69	95	111	73	83	124	115	96	80	61	43	37	29	11	6	2
1973	984	0	1	5	50	94	96	64	95	89	111	87	84	76	58	36	22	10	5	1
1974	1,135	0	0	6	76	127	110	83	106	120	112	116	81	65	51	43	21	12	5	1
1975	1,103	0	2	7	85	130	127	67	89	103	100	115	82	69	61	28	20	15	3	0
1976	1,077	0	0	7	72	117	128	86	94	101	107	108	81	60	41	36	22	11	4	2
1977	1,216	0	1	9	89	160	136	92	95	91	126	111	84	66	68	39	27	11	9	2
1978	1,208	0	0	5	80	143	151	117	80	107	117	110	93	59	49	45	23	16	11	2
1979	1,105	0	0	6	77	149	108	108	92	86	94	88	86	76	56	37	25	16	1	0
1980	1,121	0	0	6	83	119	137	92	82	89	103	102	90	64	54	37	31	21	10	1
1981	1,075	0	1	7	78	117	91	102	72	88	95	99	92	60	62	54	22	26	8	1
1982	1,111	0	0	12	73	119	122	98	99	81	91	96	98	79	61	39	25	11	7	0
1983	1,139	0	0	6	71	134	115	96	98	90	99	82	102	71	64	48	33	20	10	0
1984	1,101	0	0	6	65	134	123	99	92	87	73	89	91	71	56	53	37	14	11	0
1985	1,038	0	0	2	60	128	111	121	96	84	79	72	70	56	58	54	23	14	9	1
1986	1,130	0	0	5	64	105	142	124	110	87	70	96	76	73	54	53	40	21	10	0
1987	1,069	0	0	8	59	105	136	117	101	90	88	77	62	57	64	48	24	19	14	0
1988	1,045	0	0	4	59	120	120	112	107	87	61	65	77	61	65	41	36	24	6	0
1989	1,142	0	0	5	67	99	117	137	114	98	98	69	80	67	67	47	34	20	23	0
1990	887	0	0	2	51	80	103	112	97	88	64	51	61	49	34	31	31	13	19	1
1991	997	0	0	6	47	91	126	125	103	87	77	66	53	69	54	34	28	16	15	0
1992	987	0	0	9	49	78	105	112	129	92	81	72	53	61	46	31	33	22	14	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ONTARIO, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	306	0	0	0	12	16	9	16	26	40	29	41	30	28	18	20	15	2	2	2
1951	287	0	0	0	5	18	17	20	21	34	26	32	30	26	23	14	13	4	2	2
1952	335	0	0	1	7	18	20	23	30	38	22	36	36	40	30	13	14	2	4	1
1953	307	0	0	1	11	9	18	25	27	41	20	35	32	27	28	18	7	5	3	0
1954	314	0	0	3	7	10	24	24	19	49	27	35	31	29	27	18	9	2	0	0
1955	302	0	0	1	0	12	21	21	21	36	42	38	22	30	29	16	7	4	2	0
1956	369	0	0	3	9	17	24	22	28	27	43	44	49	34	26	17	10	11	5	0
1957	388	0	0	1	7	22	24	25	39	32	50	37	45	28	39	17	14	6	2	0
1958	396	0	0	5	5	24	26	25	36	35	42	40	52	41	26	19	15	4	1	0
1959	404	0	0	2	10	26	33	31	37	32	40	42	46	36	27	23	10	5	3	1
1960	413	0	0	4	14	22	34	35	37	36	45	45	42	29	26	19	18	4	3	0
1961	446	0	0	4	9	22	31	28	46	46	40	49	54	42	30	22	15	6	2	0
1962	386	0	0	4	11	21	24	28	39	35	44	57	46	31	17	5	16	7	1	0
1963	431	0	0	6	15	28	23	34	43	52	39	47	44	41	15	22	16	4	2	0
1964	399	0	0	7	14	25	17	39	41	33	48	41	31	50	21	14	9	9	0	0
1965	463	0	0	6	12	37	32	32	33	53	34	54	52	52	26	19	10	8	3	0
1966	475	0	0	8	19	25	28	38	43	44	50	55	46	43	22	23	18	8	3	2
1967	538	0	0	3	27	37	40	32	49	59	55	61	64	42	36	13	10	8	2	0
1968	584	0	0	6	19	40	51	44	40	66	66	60	71	48	30	26	8	6	3	0
1969	598	0	0	2	28	55	39	42	52	61	59	58	65	43	25	34	18	7	9	1
1970	610	0	0	4	33	70	49	40	59	71	53	56	48	44	42	20	8	9	4	0
1971	757	0	0	1	53	81	65	46	60	91	82	79	71	60	26	21	11	5	4	1
1972	695	0	0	9	54	74	69	46	52	76	76	57	50	45	29	27	17	6	6	2
1973	679	0	1	4	41	77	59	40	65	63	70	61	56	49	41	24	19	5	3	1
1974	786	0	0	4	65	104	77	54	69	84	69	70	53	40	31	34	18	10	3	1
1975	777	0	1	7	68	105	87	47	59	70	64	72	59	47	35	25	15	14	2	0
1976	738	0	0	4	58	87	98	61	60	67	68	78	48	34	26	22	14	7	4	2
1977	864	0	1	5	66	139	105	70	70	62	79	72	53	39	42	27	19	7	7	1
1978	885	0	0	3	66	113	117	87	61	75	83	78	65	38	26	35	16	10	10	2
1979	801	0	0	4	58	116	74	88	64	63	72	55	55	56	40	27	18	10	1	0
1980	800	0	0	3	65	91	112	70	51	58	74	69	60	36	37	26	23	17	7	1
1981	780	0	1	5	68	99	69	80	50	55	64	67	56	44	39	43	17	19	4	0
1982	832	0	0	11	63	95	96	72	70	54	67	74	70	57	38	30	19	9	7	0
1983	849	0	0	4	61	117	90	77	65	70	64	58	72	45	41	38	25	12	10	0
1984	798	0	0	4	56	109	96	78	64	58	56	57	62	44	33	36	29	9	7	0
1985	790	0	0	1	53	106	90	94	77	64	54	54	44	39	44	39	15	11	4	1
1986	854	0	0	5	52	83	122	100	84	68	45	67	53	48	36	42	25	15	9	0
1987	799	0	0	7	46	91	104	92	71	69	65	59	42	38	41	38	16	14	6	0
1988	781	0	0	3	48	97	91	86	83	60	41	40	56	50	44	31	28	19	4	0
1989	844	0	0	5	58	76	93	101	86	69	60	47	60	47	49	36	23	18	16	0
1990	674	0	0	0	39	66	86	93	63	62	44	38	48	36	26	23	25	11	14	0
1991	770	0	0	4	39	78	102	93	83	64	58	55	40	54	36	22	17	12	13	0
1992	777	0	0	8	38	62	88	93	100	70	66	51	42	49	32	23	28	19	8	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ONTARIO, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85	NS
1950	92	0	0	0	3	5	10	11	9	6	13	8	7	7	10	3	0	0	0	0
1951	98	0	0	0	0	6	5	3	8	12	7	11	14	12	5	3	0	0	0	0
1952	105	0	0	1	2	8	6	4	8	7	16	11	16	5	10	6	3	1	1	0
1953	99	0	0	0	4	7	11	9	7	7	13	10	7	10	10	1	2	0	0	1
1954	94	0	0	0	3	3	10	7	8	15	9	9	7	7	7	5	3	1	0	0
1955	111	0	0	0	0	5	11	10	11	14	13	11	12	14	4	4	1	0	1	0
1956	97	0	0	0	0	5	7	5	9	8	11	11	10	15	7	4	4	1	0	0
1957	102	0	0	0	2	4	7	11	6	9	15	11	12	8	8	5	1	3	0	0
1958	100	0	0	0	3	8	5	11	12	13	9	13	6	11	4	3	1	1	0	0
1959	115	0	0	0	3	3	3	8	14	13	15	13	12	11	11	6	2	1	0	0
1960	115	0	0	0	1	6	8	13	10	6	12	13	19	11	8	4	1	2	0	1
1961	103	0	0	0	2	8	9	13	9	9	8	12	11	4	11	3	2	2	0	0
1962	136	0	0	0	4	8	12	18	14	14	18	14	12	8	7	3	2	0	2	0
1963	143	0	0	0	5	10	11	11	16	14	18	22	12	7	5	7	4	1	0	0
1964	173	0	0	1	7	9	9	23	22	17	18	17	18	9	12	6	3	1	1	0
1965	172	0	0	0	6	8	7	16	15	22	23	27	14	17	5	5	5	0	2	0
1966	186	0	0	1	5	6	15	16	26	19	23	23	23	13	5	7	4	0	0	0
1967	217	0	0	1	5	15	15	22	18	30	26	23	19	13	14	7	6	3	0	0
1968	237	0	0	2	4	15	15	18	28	37	29	35	14	13	13	9	5	0	0	0
1969	260	0	0	0	10	18	20	16	20	31	45	22	27	26	13	8	2	1	1	0
1970	312	0	0	1	13	13	23	29	25	40	39	39	34	19	17	12	4	3	1	0
1971	311	0	0	2	10	23	17	30	24	32	44	43	31	25	15	9	3	3	0	0
1972	350	0	0	1	15	21	42	27	31	48	39	39	30	16	14	10	12	5	0	0
1973	305	0	0	1	9	17	37	24	30	26	41	26	28	27	17	12	3	5	2	0
1974	349	0	0	2	11	23	33	29	37	36	43	46	28	25	20	9	3	2	2	0
1975	326	0	1	0	17	25	40	20	30	33	36	43	23	22	26	3	5	1	1	0
1976	339	0	0	3	14	30	30	25	34	34	39	30	33	26	15	14	8	4	0	0
1977	352	0	0	4	23	21	31	22	25	29	47	39	31	27	26	12	8	4	2	1
1978	323	0	0	2	14	30	34	30	19	32	34	32	28	21	23	10	7	6	1	0
1979	304	0	0	2	19	33	34	20	28	23	22	33	31	20	16	10	7	6	0	0
1980	321	0	0	3	18	28	25	22	31	31	29	33	30	28	17	11	8	4	3	0
1981	295	0	0	2	10	18	22	22	22	33	31	32	36	16	23	11	5	7	4	1
1982	279	0	0	1	10	24	26	26	29	27	24	22	28	22	23	9	6	2	0	0
1983	290	0	0	2	10	17	25	19	33	20	35	24	30	26	23	10	8	8	0	0
1984	303	0	0	2	9	25	27	21	28	29	17	32	29	27	23	17	8	5	4	0
1985	248	0	0	1	7	22	21	27	19	20	25	18	26	17	14	15	8	3	5	0
1986	276	0	0	0	12	22	20	24	26	19	25	29	23	25	18	11	15	6	1	0
1987	270	0	0	1	13	14	32	25	30	21	23	18	20	19	23	10	8	5	8	0
1988	264	0	0	1	11	23	29	26	24	27	20	25	21	11	21	10	8	5	2	0
1989	298	0	0	0	9	23	24	36	28	29	38	22	20	20	18	11	11	2	7	0
1990	213	0	0	2	12	14	17	19	34	26	20	13	13	13	8	8	6	2	5	1
1991	227	0	0	2	8	13	24	32	20	23	19	11	13	15	18	12	11	4	2	0
1992	210	0	0	1	11	16	17	19	29	22	15	21	11	12	14	8	5	3	6	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : MANITOBA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	79	0	0	1	2	8	6	1	7	4	9	11	6	6	9	5	3	0	1	0
1951	92	0	0	1	6	6	9	5	9	6	6	7	11	7	7	8	1	2	0	1
1952	62	0	0	1	1	6	4	5	4	5	7	3	8	4	6	3	3	1	1	0
1953	73	0	0	0	3	5	2	5	10	9	4	6	7	6	10	1	5	0	0	0
1954	58	0	0	0	0	7	4	5	2	3	6	5	11	5	6	1	2	1	0	0
1955	77	0	0	1	0	4	7	7	5	6	7	11	8	6	4	5	5	1	0	0
1956	80	0	0	0	1	3	3	6	5	16	8	5	3	7	13	6	3	1	0	0
1957	69	0	0	0	2	3	4	9	7	6	7	7	8	4	6	3	2	1	0	0
1958	85	0	0	0	3	2	4	12	8	6	7	11	10	7	10	2	3	0	0	0
1959	65	0	0	0	0	2	5	4	8	7	6	6	5	7	7	6	2	0	0	0
1960	101	0	0	1	5	8	4	6	5	8	12	12	10	11	6	9	1	2	1	0
1961	70	0	0	0	0	2	9	6	10	8	10	5	5	1	6	4	3	1	0	0
1962	79	0	0	1	1	3	5	2	10	7	14	7	9	4	8	2	3	2	1	0
1963	81	0	0	0	7	9	10	10	6	5	8	8	4	5	4	1	1	0	2	1
1964	94	0	0	0	5	6	3	8	10	8	11	19	11	5	3	3	0	0	1	1
1965	101	0	0	0	4	5	4	9	8	16	7	12	8	11	8	3	2	3	1	0
1966	102	0	0	0	8	8	7	5	13	9	12	12	8	6	8	3	2	1	0	0
1967	101	0	0	0	6	8	9	12	5	9	6	8	10	9	7	4	3	2	3	0
1968	109	0	0	1	6	14	7	12	13	8	5	8	8	9	8	4	4	1	1	0
1969	110	0	0	2	6	20	3	7	10	12	11	9	10	9	4	3	2	2	0	0
1970	126	0	0	1	13	14	11	7	11	12	11	8	12	11	3	6	4	1	1	0
1971	138	0	1	3	9	21	9	6	16	13	11	12	10	10	9	2	5	0	1	0
1972	120	0	0	0	7	11	8	16	10	8	11	13	13	7	10	2	3	1	0	0
1973	135	0	0	2	14	16	16	11	7	4	13	18	7	14	7	5	0	0	1	0
1974	143	0	0	1	16	20	16	9	7	10	18	13	12	6	5	5	3	1	1	0
1975	133	0	0	1	15	22	16	8	11	12	10	11	8	5	6	4	2	1	1	0
1976	144	0	0	3	10	23	18	10	7	13	11	10	13	9	6	5	1	1	4	0
1977	180	0	0	2	30	24	18	11	13	10	13	20	11	9	8	9	1	0	1	0
1978	159	0	0	0	11	21	20	8	12	9	12	19	8	17	13	4	2	1	2	0
1979	151	0	0	5	18	17	19	14	12	7	17	8	13	5	6	6	1	1	2	0
1980	121	0	0	0	12	19	19	10	7	4	10	6	9	9	6	4	3	2	1	0
1981	144	0	0	3	20	26	14	12	8	5	10	14	7	7	6	4	6	2	0	0
1982	139	0	0	1	10	20	20	9	15	3	13	6	9	7	11	9	4	2	0	0
1983	165	0	0	2	13	17	21	20	14	8	15	11	10	13	6	4	6	4	1	0
1984	134	0	1	2	8	29	16	17	9	11	5	7	9	4	4	3	5	2	2	0
1985	127	0	0	1	13	19	16	14	9	7	3	8	11	10	8	4	1	3	0	0
1986	153	0	0	0	8	27	20	12	15	11	7	3	4	10	10	13	8	3	2	0
1987	170	0	0	4	14	21	23	17	10	17	14	11	11	5	5	6	9	1	2	0
1988	154	0	0	1	17	25	22	17	14	10	5	8	2	7	10	2	9	4	1	0
1989	147	0	0	2	15	12	20	12	15	10	12	7	5	8	8	9	5	6	1	0
1990	140	0	0	1	11	21	20	17	20	14	9	3	7	3	4	3	2	3	2	0
1991	136	0	0	0	13	18	12	13	13	13	10	12	5	4	8	6	3	4	2	0
1992	132	0	0	0	4	18	18	14	15	12	7	10	6	8	7	4	6	3	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : MANITOBA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	69	0	0	1	2	7	4	1	6	2	8	11	5	5	9	4	3	0	1	0
1951	77	0	0	1	4	6	8	4	9	4	5	6	9	5	5	8	0	2	0	1
1952	52	0	0	1	1	5	3	5	2	4	5	3	7	4	6	2	2	1	1	0
1953	62	0	0	0	3	4	1	5	7	7	4	4	6	6	9	1	5	0	0	0
1954	46	0	0	0	0	6	3	3	2	2	5	4	10	4	4	1	1	1	0	0
1955	60	0	0	1	0	2	4	7	4	4	4	10	7	6	2	5	4	0	0	0
1956	60	0	0	0	0	2	2	5	4	13	6	4	3	5	9	3	3	1	0	0
1957	59	0	0	0	2	3	3	9	7	5	6	5	8	4	3	2	1	1	0	0
1958	68	0	0	0	3	1	3	8	8	4	5	10	8	6	8	1	3	0	0	0
1959	54	0	0	0	0	2	5	3	6	6	5	4	5	5	6	5	2	0	0	0
1960	86	0	0	1	5	6	4	5	5	8	11	9	10	7	6	6	1	1	1	0
1961	54	0	0	0	0	2	7	5	6	5	9	4	3	1	5	3	3	1	0	0
1962	61	0	0	1	0	3	2	1	7	6	11	6	8	4	5	2	2	2	1	0
1963	65	0	0	0	3	9	7	9	3	5	7	6	4	4	3	1	1	0	2	1
1964	70	0	0	0	3	5	2	7	4	7	9	14	9	3	2	3	0	0	1	1
1965	78	0	0	0	2	5	3	4	7	13	7	9	5	9	5	3	2	3	1	0
1966	79	0	0	0	8	8	3	5	8	8	10	11	4	4	6	2	1	1	0	0
1967	80	0	0	0	4	7	8	9	3	7	5	5	8	6	6	4	3	2	3	0
1968	84	0	0	1	3	10	6	11	7	6	4	6	6	8	7	4	3	1	1	0
1969	80	0	0	2	5	16	3	6	5	8	8	5	6	6	4	3	1	2	0	0
1970	97	0	0	0	8	10	11	6	10	10	4	5	12	9	2	5	4	0	1	0
1971	99	0	1	3	7	15	7	4	12	8	8	7	5	9	5	2	5	0	1	0
1972	96	0	0	0	6	10	3	13	8	4	9	13	10	6	8	2	3	1	0	0
1973	94	0	0	1	8	15	13	8	5	2	9	10	5	9	6	2	0	0	1	0
1974	105	0	0	0	15	18	11	5	4	7	14	8	8	5	3	4	2	0	1	0
1975	99	0	0	0	11	14	13	6	9	9	8	9	7	2	5	4	1	0	1	0
1976	99	0	0	3	8	21	12	4	2	8	6	9	9	5	3	5	1	0	3	0
1977	144	0	0	1	28	22	16	6	11	7	7	17	9	6	7	6	0	0	1	0
1978	123	0	0	0	10	19	15	8	10	7	11	11	7	12	8	2	2	0	1	0
1979	120	0	0	4	18	14	17	10	9	3	15	7	9	5	4	4	0	0	1	0
1980	81	0	0	0	10	15	13	8	4	3	6	2	5	4	4	1	3	2	1	0
1981	122	0	0	2	19	21	12	9	8	4	9	10	6	7	5	4	5	1	0	0
1982	109	0	0	0	9	18	14	7	13	2	11	5	6	5	7	6	4	2	0	0
1983	135	0	0	2	12	17	18	15	12	6	10	6	8	12	4	2	6	4	1	0
1984	106	0	1	2	8	26	13	14	6	6	2	5	7	2	2	3	5	2	2	0
1985	102	0	0	1	12	18	14	9	7	6	2	6	9	7	6	3	0	2	0	0
1986	120	0	0	0	4	24	16	9	11	9	4	3	3	9	7	10	7	2	2	0
1987	122	0	0	1	11	19	18	11	8	12	11	7	6	4	5	2	5	1	1	0
1988	123	0	0	1	12	20	20	14	7	8	4	7	1	7	8	1	9	3	1	0
1989	116	0	0	1	13	10	16	9	11	8	8	7	1	7	7	7	4	6	1	0
1990	111	0	0	1	10	18	12	14	15	12	8	2	6	3	2	2	2	2	2	0
1991	115	0	0	0	10	17	7	12	13	10	7	12	5	4	7	5	2	2	2	0
1992	107	0	0	0	3	13	15	13	11	10	6	8	5	5	6	4	5	3	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : MANITOBA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85	NS
1950	10	0	0	0	0	1	2	0	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
1951	15	0	0	0	2	0	1	1	0	2	1	1	2	2	0	1	1	0	0	0
1952	10	0	0	0	0	1	1	0	2	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0
1953	11	0	0	0	0	1	1	0	3	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
1954	12	0	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	2	0	1	0	0	0
1955	17	0	0	0	0	2	3	0	1	2	3	1	1	0	2	0	1	1	0	0
1956	20	0	0	0	1	1	1	1	1	3	2	1	0	2	4	3	0	0	0	0
1957	10	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	3	1	1	0	0	0
1958	17	0	0	0	0	1	1	4	0	2	2	1	2	1	2	1	0	0	0	0
1959	11	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0
1960	15	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	3	0	4	0	3	0	1	0	0
1961	16	0	0	0	0	0	2	1	4	3	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0
1962	18	0	0	0	1	0	3	1	3	1	3	1	1	0	3	0	1	0	0	0
1963	16	0	0	0	4	0	3	1	3	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0
1964	24	0	0	0	2	1	1	1	6	1	2	5	2	2	1	0	0	0	0	0
1965	23	0	0	0	2	0	1	5	1	3	0	3	3	2	3	0	0	0	0	0
1966	23	0	0	0	0	0	4	0	5	1	2	1	4	2	2	1	1	0	0	0
1967	21	0	0	0	2	1	1	3	2	2	1	3	2	3	1	0	0	0	0	0
1968	25	0	0	0	3	4	1	1	6	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0
1969	30	0	0	0	1	4	0	1	5	4	3	4	4	3	0	0	1	0	0	0
1970	29	0	0	1	5	4	0	1	1	2	7	3	0	2	1	1	0	1	0	0
1971	39	0	0	0	2	6	2	2	4	5	3	5	5	1	4	0	0	0	0	0
1972	24	0	0	0	1	1	5	3	2	4	2	0	3	1	2	0	0	0	0	0
1973	41	0	0	1	6	1	3	3	2	2	4	8	2	5	1	3	0	0	0	0
1974	38	0	0	1	1	2	5	4	3	3	4	5	4	1	2	1	1	1	0	0
1975	34	0	0	1	4	8	3	2	2	3	2	2	1	3	1	0	1	1	0	0
1976	45	0	0	0	2	2	6	6	5	5	5	1	4	4	3	0	0	1	1	0
1977	36	0	0	1	2	2	2	5	2	3	6	3	2	3	1	3	1	0	0	0
1978	36	0	0	0	1	2	5	0	2	2	1	8	1	5	5	2	0	1	1	0
1979	31	0	0	1	0	3	2	4	3	4	2	1	4	0	2	2	1	1	1	0
1980	40	0	0	0	2	4	6	2	3	1	4	4	4	5	2	3	0	0	0	0
1981	22	0	0	1	1	5	2	3	0	1	1	4	1	0	1	0	1	1	0	0
1982	30	0	0	1	1	2	6	2	2	1	2	1	3	2	4	3	0	0	0	0
1983	30	0	0	0	1	0	3	5	2	2	5	5	2	1	2	2	0	0	0	0
1984	28	0	0	0	0	3	3	3	3	5	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0
1985	25	0	0	0	1	1	2	5	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	0	0
1986	33	0	0	0	4	3	4	3	4	2	3	0	1	1	3	1	1	0	0	0
1987	48	0	0	3	3	2	5	6	2	5	3	4	5	1	0	4	4	0	1	0
1988	31	0	0	0	5	5	2	3	7	2	1	1	1	0	2	1	0	1	0	0
1989	31	0	0	1	2	2	4	3	4	2	4	0	4	1	1	2	1	0	0	0
1990	29	0	0	0	1	3	8	3	5	2	1	1	1	0	2	1	0	1	0	0
1991	21	0	0	0	3	1	5	1	0	3	3	0	0	0	1	1	1	2	0	0
1992	25	0	0	0	1	5	3	1	4	2	1	2	1	3	1	0	1	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	64	0	0	1	1	6	2	1	6	7	7	5	7	8	8	3	1	1	0	0
1951	63	0	0	0	0	4	3	5	7	10	7	6	1	10	6	2	2	0	0	0
1952	61	0	0	0	2	3	4	2	4	5	9	9	6	9	5	2	0	1	0	0
1953	51	0	0	0	0	1	6	1	6	6	3	2	6	6	4	8	2	0	0	0
1954	85	0	0	0	2	9	11	7	3	15	8	4	6	6	8	3	2	1	0	0
1955	91	0	0	0	6	3	4	8	7	12	3	6	14	12	4	4	4	2	2	0
1956	76	0	0	0	0	4	5	3	8	6	9	8	9	6	7	5	1	3	2	0
1957	75	0	0	0	2	3	6	11	7	7	3	7	6	8	5	6	4	0	0	0
1958	83	0	0	1	2	4	7	6	12	9	11	5	6	6	8	3	1	2	0	0
1959	68	0	0	1	0	4	3	7	5	7	4	9	7	4	8	2	5	2	0	0
1960	75	0	0	0	3	3	6	8	5	6	10	9	8	7	4	4	2	0	0	0
1961	94	0	0	0	4	4	4	5	3	8	20	9	6	8	11	6	2	4	0	0
1962	73	0	0	1	5	7	5	8	4	7	8	10	4	6	2	4	0	2	0	0
1963	91	0	0	2	5	7	6	6	12	3	3	9	10	3	11	9	2	2	1	0
1964	85	0	0	0	4	2	9	13	3	6	16	12	8	3	1	3	3	2	0	0
1965	97	0	0	1	3	11	6	3	8	14	12	9	13	7	5	1	3	1	0	0
1966	77	0	0	2	5	6	8	5	6	2	10	9	7	5	7	2	1	1	1	0
1967	82	0	0	3	5	3	1	3	7	7	18	6	10	5	5	1	3	3	2	0
1968	93	0	0	2	9	10	10	6	10	5	7	8	7	6	8	3	2	0	0	0
1969	94	0	0	1	8	6	3	7	12	8	10	10	15	6	4	1	3	0	0	0
1970	109	0	0	2	6	10	8	7	9	16	10	9	10	6	6	4	5	1	0	0
1971	78	0	0	1	9	4	4	4	6	3	13	8	13	6	1	2	2	1	1	0
1972	144	0	0	3	9	23	9	8	14	12	14	15	9	8	10	4	2	2	2	0
1973	118	0	0	2	14	13	6	11	9	11	7	10	10	9	5	6	2	2	1	0
1974	114	0	0	1	11	13	10	10	11	12	4	9	7	13	4	2	2	2	3	0
1975	135	0	0	2	18	19	11	12	7	7	12	7	10	15	2	5	3	4	1	0
1976	129	0	0	0	20	18	17	10	8	8	5	12	9	5	4	5	4	1	3	0
1977	146	0	1	4	27	25	13	11	8	7	3	11	10	6	8	2	4	4	2	0
1978	164	0	0	5	26	31	10	10	11	8	9	10	9	13	8	5	5	2	2	0
1979	142	0	0	1	19	26	15	6	11	9	5	6	12	11	12	6	2	0	1	0
1980	153	0	0	2	19	20	20	10	11	5	9	18	7	12	7	4	6	1	2	0
1981	171	0	0	4	28	26	16	16	12	11	8	7	12	4	6	10	7	2	2	0
1982	171	0	0	1	32	30	21	20	9	4	8	6	9	8	9	7	3	3	1	0
1983	148	0	0	1	13	20	21	10	13	9	10	7	7	7	7	6	9	2	6	0
1984	136	0	0	1	18	18	13	11	15	8	7	13	6	10	4	5	1	2	4	0
1985	133	0	0	1	11	24	16	7	11	14	9	9	9	3	2	7	5	4	1	0
1986	138	0	0	1	14	18	13	18	8	11	8	14	5	10	4	5	6	3	0	0
1987	132	0	0	2	12	25	15	15	7	10	5	5	7	8	6	7	4	2	2	0
1988	145	0	0	4	16	16	15	24	13	7	8	7	13	7	3	5	4	2	1	0
1989	124	0	0	1	11	14	16	19	15	10	4	5	7	5	6	2	4	3	2	0
1990	152	0	1	1	15	17	22	16	16	12	8	5	9	4	10	3	6	3	4	0
1991	125	0	0	0	14	14	16	17	6	14	8	7	7	3	9	5	3	2	0	0
1992	140	0	0	2	19	20	17	18	12	7	6	5	11	8	7	2	3	2	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	54	0	0	1	1	5	1	1	5	4	6	4	7	8	7	2	1	1	0	0
1951	55	0	0	0	0	3	1	5	5	9	7	5	1	9	6	2	2	0	0	0
1952	48	0	0	0	2	3	2	1	3	5	6	7	6	6	4	2	0	1	0	0
1953	42	0	0	0	0	1	5	1	4	4	2	2	6	6	3	7	1	0	0	0
1954	63	0	0	0	2	7	8	6	2	12	3	2	5	4	6	3	2	1	0	0
1955	75	0	0	0	3	3	2	5	7	10	3	5	13	12	3	3	3	1	2	0
1956	61	0	0	0	0	4	3	3	8	4	6	5	8	4	6	4	1	3	2	0
1957	57	0	0	0	2	3	4	7	5	5	2	4	5	7	5	4	4	0	0	0
1958	67	0	0	1	2	4	7	4	10	7	9	2	5	6	6	2	0	2	0	0
1959	52	0	0	1	0	4	2	4	2	5	3	7	5	3	7	2	5	2	0	0
1960	68	0	0	0	2	3	5	6	5	6	10	8	8	6	3	4	2	0	0	0
1961	80	0	0	0	3	4	3	5	1	8	13	8	6	8	10	5	2	4	0	0
1962	60	0	0	1	5	6	4	6	2	7	7	7	4	5	1	3	0	2	0	0
1963	74	0	0	2	3	6	4	4	9	2	3	7	9	3	10	7	2	2	1	0
1964	68	0	0	0	3	2	8	11	2	5	12	9	4	3	1	3	3	2	0	0
1965	74	0	0	1	3	10	6	3	5	10	10	7	10	3	4	0	2	0	0	0
1966	67	0	0	2	3	5	8	5	6	2	9	7	5	3	7	2	1	1	1	0
1967	62	0	0	2	5	3	0	2	4	3	13	5	7	4	5	1	3	3	2	0
1968	71	0	0	1	8	9	8	5	8	2	4	6	5	4	6	3	2	0	0	0
1969	74	0	0	1	7	3	3	7	12	5	8	6	10	4	4	1	3	0	0	0
1970	87	0	0	2	4	8	7	5	6	13	8	7	8	4	5	4	5	1	0	0
1971	66	0	0	1	8	4	4	3	4	3	9	8	11	4	1	2	2	1	1	0
1972	113	0	0	0	8	22	7	5	11	10	12	11	4	7	7	4	1	2	2	0
1973	92	0	0	1	11	7	6	9	8	11	6	8	9	6	2	4	2	1	1	0
1974	86	0	0	0	10	11	7	8	7	11	3	7	5	6	3	2	2	1	3	0
1975	99	0	0	1	13	14	10	8	4	3	8	5	7	14	1	5	3	2	1	0
1976	91	0	0	0	11	14	14	7	6	7	4	8	6	4	1	2	4	0	3	0
1977	117	0	1	4	23	22	12	6	6	6	2	7	7	5	7	1	3	3	2	0
1978	128	0	0	5	22	23	9	8	5	4	8	8	7	11	6	5	3	2	2	0
1979	115	0	0	1	18	20	11	5	9	9	4	5	9	8	7	6	2	0	1	0
1980	120	0	0	1	18	17	13	8	11	4	7	13	4	7	5	4	6	0	2	0
1981	127	0	0	2	20	19	13	10	10	9	6	6	11	2	3	8	4	2	2	0
1982	146	0	0	1	27	25	18	15	8	4	7	4	8	7	8	7	3	1	0	0
1983	122	0	0	1	11	17	16	9	11	6	6	5	5	6	7	5	9	2	6	0
1984	115	0	0	1	17	17	10	9	13	7	5	12	5	7	4	3	1	2	2	0
1985	106	0	0	0	9	23	12	7	7	11	5	7	8	3	2	5	3	4	0	0
1986	107	0	0	1	12	17	10	10	4	9	7	11	4	9	3	2	5	3	0	0
1987	103	0	0	2	9	14	12	12	5	8	5	4	7	8	5	4	4	2	2	0
1988	121	0	0	4	14	15	11	23	11	5	5	5	10	4	3	4	4	2	1	0
1989	102	0	0	1	9	11	13	17	10	8	3	4	6	4	6	2	3	3	2	0
1990	124	0	0	1	12	14	17	11	13	9	6	4	9	3	9	3	6	3	4	0
1991	101	0	0	0	12	11	13	10	6	11	7	6	5	3	9	4	2	2	0	0
1992	110	0	0	1	16	17	12	14	9	6	4	3	9	4	7	2	3	2	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	10	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
1951	8	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1952	13	0	0	0	0	0	2	1	1	0	3	2	0	3	1	0	0	0	0	0
1953	9	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
1954	22	0	0	0	0	2	3	1	1	3	5	2	1	2	2	0	0	0	0	0
1955	16	0	0	0	3	0	2	3	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
1956	15	0	0	0	0	0	2	0	0	2	3	3	1	2	1	1	0	0	0	0
1957	18	0	0	0	0	0	2	4	2	2	1	3	1	1	0	2	0	0	0	0
1958	16	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	3	1	0	2	1	1	0	0	0
1959	16	0	0	0	0	0	1	3	3	2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0
1960	7	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
1961	14	0	0	0	1	0	1	0	2	0	7	1	0	0	1	1	0	0	0	0
1962	13	0	0	0	0	1	1	2	2	0	1	3	0	1	1	1	0	0	0	0
1963	17	0	0	0	2	1	2	2	3	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	0
1964	17	0	0	0	1	0	1	2	1	1	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0
1965	23	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	2	3	4	1	1	1	1	0	0
1966	10	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
1967	20	0	0	1	0	0	1	1	3	4	5	1	3	1	0	0	0	0	0	0
1968	22	0	0	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0
1969	20	0	0	0	1	3	0	0	0	3	2	4	5	2	0	0	0	0	0	0
1970	22	0	0	0	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0
1971	12	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0
1972	31	0	0	3	1	1	2	3	3	2	2	4	5	1	3	0	1	0	0	0
1973	26	0	0	1	3	6	0	2	1	0	1	2	1	3	3	2	0	1	0	0
1974	28	0	0	1	1	2	3	2	4	1	1	2	2	7	1	0	0	1	0	0
1975	36	0	0	1	5	5	1	4	3	4	4	2	3	1	1	0	0	2	0	0
1976	38	0	0	0	9	4	3	3	2	1	1	4	3	1	3	3	0	1	0	0
1977	29	0	0	0	4	3	1	5	2	1	1	4	3	1	1	1	1	1	0	0
1978	36	0	0	0	4	8	1	2	6	4	1	2	2	2	2	0	2	0	0	0
1979	27	0	0	0	1	6	4	1	2	0	1	1	3	3	5	0	0	0	0	0
1980	33	0	0	1	1	3	7	2	0	1	2	5	3	5	2	0	0	1	0	0
1981	44	0	0	2	8	7	3	6	2	2	2	1	1	2	3	2	3	0	0	0
1982	25	0	0	0	5	5	3	5	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0
1983	26	0	0	0	2	3	5	1	2	3	4	2	2	1	0	1	0	0	0	0
1984	21	0	0	0	1	1	3	2	2	1	2	1	1	3	0	2	0	0	2	0
1985	27	0	0	1	2	1	4	0	4	3	4	2	1	0	0	2	2	0	1	0
1986	31	0	0	0	2	1	3	8	4	2	1	3	1	1	3	1	0	0	0	0
1987	29	0	0	0	3	11	3	3	2	2	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0
1988	24	0	0	0	2	1	4	1	2	2	3	2	3	3	0	1	0	0	0	0
1989	22	0	0	0	2	3	3	2	5	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
1990	28	0	1	0	3	3	5	5	3	3	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0
1991	24	0	0	0	2	3	3	7	0	3	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0
1992	30	0	0	1	3	3	5	4	3	1	2	2	2	4	0	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ALBERTA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	82	0	0	0	0	2	5	4	9	10	12	8	9	7	12	2	2	0	0	0
1951	86	0	0	0	1	9	3	9	6	7	12	12	7	5	7	3	0	0	0	0
1952	94	0	0	0	1	7	3	6	8	9	15	15	8	8	6	6	1	1	0	0
1953	72	0	0	2	2	4	4	8	7	6	6	8	6	8	4	5	1	0	1	0
1954	106	0	0	0	2	4	4	10	6	14	11	17	10	8	6	5	4	3	1	1
1955	96	0	0	0	2	4	7	8	5	15	9	6	13	10	7	8	1	1	0	0
1956	115	0	0	1	1	1	8	8	12	15	10	14	10	10	12	4	5	3	1	0
1957	105	0	0	0	2	6	9	8	10	10	9	19	7	9	5	2	7	2	0	0
1958	111	0	0	2	5	4	11	8	9	10	9	13	15	7	5	5	6	2	0	0
1959	117	0	0	0	2	7	7	13	17	7	17	15	8	9	9	3	1	2	0	0
1960	119	0	0	0	4	14	13	10	12	9	10	5	8	17	7	5	4	0	1	0
1961	119	0	0	2	4	8	9	13	13	10	13	16	9	7	7	1	5	2	0	0
1962	116	0	0	2	5	4	8	12	7	12	14	10	12	12	5	5	7	1	0	0
1963	107	0	0	1	4	5	11	10	4	17	8	7	7	14	7	4	4	3	1	0
1964	157	0	0	1	6	10	13	16	17	15	13	11	24	9	11	4	4	2	1	0
1965	160	0	0	2	6	9	10	16	13	17	18	15	12	12	14	8	4	3	1	0
1966	146	0	0	3	6	18	6	13	15	14	13	17	16	9	3	5	4	2	2	0
1967	137	0	0	2	9	13	11	11	13	22	13	11	13	9	4	4	0	0	1	1
1968	155	0	0	3	11	21	11	13	23	19	13	7	15	9	2	1	3	4	0	0
1969	196	0	0	5	19	25	23	14	14	21	20	20	17	6	3	4	3	2	0	0
1970	213	0	0	3	23	31	15	20	13	13	23	18	18	12	11	8	3	1	1	0
1971	182	0	0	2	23	23	19	13	13	28	16	14	6	9	4	4	3	3	2	0
1972	214	0	0	0	29	31	15	22	18	26	22	15	15	7	4	3	1	1	5	0
1973	216	0	0	2	29	30	14	22	19	16	21	19	14	11	10	6	2	1	0	0
1974	279	0	0	2	34	43	33	28	17	23	19	26	20	9	10	7	4	2	2	0
1975	265	0	0	3	32	39	26	16	26	25	20	24	12	13	15	7	4	2	1	0
1976	309	0	0	4	38	56	35	31	21	21	23	20	17	20	9	6	4	3	1	0
1977	344	0	0	6	51	60	31	22	23	23	32	34	21	10	11	8	5	5	2	0
1978	330	0	1	7	34	46	40	32	28	30	25	23	20	13	8	9	5	6	3	0
1979	314	0	0	2	41	55	38	29	21	34	28	19	19	7	9	7	2	1	2	0
1980	389	0	0	5	44	58	59	51	27	14	30	25	15	22	13	13	8	3	2	0
1981	344	0	0	5	40	51	27	40	34	26	27	20	25	12	16	6	7	7	1	0
1982	359	0	0	5	32	54	48	42	27	28	30	29	19	14	12	10	5	3	1	0
1983	393	0	0	3	40	47	59	49	35	33	31	27	23	12	12	15	4	1	2	0
1984	405	0	0	6	30	56	48	49	32	38	25	36	26	23	12	13	5	5	1	0
1985	296	0	0	2	27	47	35	34	32	25	17	15	20	11	8	9	5	6	3	0
1986	424	0	0	8	38	60	54	64	39	28	25	27	25	18	11	13	10	4	0	0
1987	384	0	0	3	33	41	54	51	31	30	35	24	27	15	21	5	9	4	1	0
1988	400	0	0	5	33	48	45	47	43	44	27	29	24	20	8	10	11	3	3	0
1989	362	0	0	3	31	38	45	56	37	31	29	19	15	18	10	16	5	4	5	0
1990	403	0	0	9	33	56	51	47	49	40	27	24	18	15	12	4	8	6	4	0
1991	462	0	0	4	46	55	58	50	65	44	28	27	27	16	11	9	12	5	5	0
1992	473	0	0	8	37	51	59	76	52	46	38	28	17	18	19	9	7	4	4	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ALBERTA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	67	0	0	0	0	2	4	4	7	8	10	5	8	7	8	2	2	0	0	0
1951	67	0	0	0	1	4	3	5	4	5	9	11	6	5	6	3	0	0	0	0
1952	76	0	0	0	1	6	3	4	6	5	13	12	8	7	6	5	0	0	0	0
1953	60	0	0	2	2	4	2	6	5	3	5	7	5	8	4	5	1	0	1	0
1954	82	0	0	0	1	3	4	6	3	12	11	13	5	7	4	4	4	3	1	1
1955	77	0	0	0	1	4	6	5	3	13	7	6	11	6	7	7	1	0	0	0
1956	87	0	0	1	0	0	5	6	8	13	6	11	6	9	10	4	5	2	1	0
1957	85	0	0	0	2	6	6	6	7	8	8	15	5	8	5	1	6	2	0	0
1958	95	0	0	2	5	2	11	8	6	9	8	10	12	6	4	5	6	1	0	0
1959	104	0	0	0	2	6	7	13	16	6	16	11	7	8	7	2	1	2	0	0
1960	104	0	0	0	4	12	9	9	10	8	9	5	8	16	5	4	4	0	1	0
1961	103	0	0	2	3	7	8	13	10	10	8	14	8	5	7	1	5	2	0	0
1962	97	0	0	1	5	3	7	12	7	8	11	10	9	10	4	4	6	0	0	0
1963	92	0	0	1	3	5	9	8	4	13	7	7	7	13	5	3	3	3	1	0
1964	126	0	0	1	6	7	9	14	13	11	11	8	18	8	10	3	4	2	1	0
1965	129	0	0	1	6	8	7	14	12	14	11	12	10	11	11	4	4	3	1	0
1966	113	0	0	3	6	15	3	10	12	7	9	15	13	5	2	5	4	2	2	0
1967	110	0	0	2	8	12	8	10	10	15	10	8	12	8	3	2	0	0	1	1
1968	119	0	0	3	10	19	6	10	12	14	11	6	13	6	2	1	3	3	0	0
1969	147	0	0	3	18	15	20	9	10	13	17	17	11	5	3	2	3	1	0	0
1970	163	0	0	2	19	25	9	14	8	9	16	14	15	12	9	7	2	1	1	0
1971	147	0	0	2	20	20	18	10	9	18	13	12	5	7	4	3	2	3	1	0
1972	167	0	0	0	20	26	13	14	13	18	19	12	13	6	4	2	1	1	5	0
1973	160	0	0	2	21	25	10	16	17	12	12	11	12	8	9	4	1	0	0	0
1974	192	0	0	2	26	31	22	21	8	15	14	19	10	7	6	5	2	2	2	0
1975	199	0	0	3	27	33	18	10	19	19	12	15	9	12	13	4	2	2	1	0
1976	232	0	0	3	29	42	31	20	16	16	18	12	10	16	6	5	4	3	1	0
1977	267	0	0	5	43	51	24	16	17	16	25	28	13	7	9	4	4	3	2	0
1978	256	0	1	6	30	36	35	25	23	19	21	15	13	8	7	7	4	4	2	0
1979	244	0	0	1	32	47	38	23	17	21	20	10	15	7	7	3	1	0	2	0
1980	292	0	0	3	34	48	50	38	17	10	23	19	12	15	5	8	6	2	2	0
1981	265	0	0	4	36	47	21	34	25	15	20	15	16	7	8	4	6	6	1	0
1982	291	0	0	5	28	46	39	34	19	23	24	21	14	11	11	7	5	3	1	0
1983	302	0	0	2	35	40	50	37	23	24	21	17	18	8	9	14	2	1	1	0
1984	307	0	0	5	26	47	38	34	24	25	17	27	19	17	9	11	3	4	1	0
1985	243	0	0	2	22	43	29	28	23	18	13	14	17	10	5	6	4	6	3	0
1986	342	0	0	4	32	49	48	48	30	21	23	21	21	14	8	12	7	4	0	0
1987	322	0	0	3	28	39	45	45	21	24	27	20	23	14	17	5	6	4	1	0
1988	307	0	0	4	31	37	35	36	30	32	19	22	21	16	4	8	6	3	3	0
1989	276	0	0	1	27	33	31	42	29	21	20	16	8	15	9	11	5	3	5	0
1990	318	0	0	8	25	46	42	34	36	29	24	18	15	13	9	3	7	5	4	0
1991	363	0	0	2	37	48	46	40	52	30	22	18	22	15	7	6	9	4	5	0
1992	356	0	0	6	27	39	53	59	38	34	26	16	14	14	13	7	4	3	3	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : ALBERTA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85	NS
1950	15	0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	3	1	0	4	0	0	0	0	0
1951	19	0	0	0	0	5	0	4	2	2	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0
1952	18	0	0	0	0	1	0	2	2	4	2	3	0	1	0	1	1	1	0	0
1953	12	0	0	0	0	0	2	2	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1954	24	0	0	0	1	1	0	4	3	2	0	4	5	1	2	1	0	0	0	0
1955	19	0	0	0	1	0	1	3	2	2	2	0	2	4	0	1	0	1	0	0
1956	28	0	0	0	1	1	3	2	4	2	4	3	4	1	2	0	0	1	0	0
1957	20	0	0	0	0	0	3	2	3	2	1	4	2	1	0	1	1	0	0	0
1958	16	0	0	0	0	2	0	0	3	1	1	3	3	1	1	0	0	1	0	0
1959	13	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	4	1	1	2	1	0	0	0	0
1960	15	0	0	0	0	2	4	1	2	1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0
1961	16	0	0	0	1	1	1	0	3	0	5	2	1	2	0	0	0	0	0	0
1962	19	0	0	1	0	1	1	0	0	4	3	0	3	2	1	1	1	1	0	0
1963	15	0	0	0	1	0	2	2	0	4	1	0	0	1	2	1	1	0	0	0
1964	31	0	0	0	0	3	4	2	4	4	2	3	6	1	1	1	0	0	0	0
1965	31	0	0	1	0	1	3	2	1	3	7	3	2	1	3	4	0	0	0	0
1966	33	0	0	0	0	3	3	3	3	7	4	2	3	4	1	0	0	0	0	0
1967	27	0	0	0	1	1	3	1	3	7	3	3	1	1	1	2	0	0	0	0
1968	36	0	0	0	1	2	5	3	11	5	2	1	2	3	0	0	1	0	0	0
1969	49	0	0	2	1	10	3	5	4	8	3	3	6	1	0	2	0	1	0	0
1970	50	0	0	1	4	6	6	6	5	4	7	4	3	0	2	1	1	0	0	0
1971	35	0	0	0	3	3	1	3	4	10	3	2	1	2	0	1	1	0	1	0
1972	47	0	0	0	9	5	2	8	5	8	3	3	2	1	0	1	0	0	0	0
1973	56	0	0	0	8	5	4	6	2	4	9	8	2	3	1	2	1	1	0	0
1974	87	0	0	0	8	12	11	7	9	8	5	7	10	2	4	2	2	0	0	0
1975	66	0	0	0	5	6	8	6	7	6	8	9	3	1	2	3	2	0	0	0
1976	77	0	0	1	9	14	4	11	5	5	5	8	7	4	3	1	0	0	0	0
1977	77	0	0	1	8	9	7	6	6	7	7	6	8	3	2	4	1	2	0	0
1978	74	0	0	1	4	10	5	7	5	11	4	8	7	5	1	2	1	2	1	0
1979	70	0	0	1	9	8	0	6	4	13	8	9	4	0	2	4	1	1	0	0
1980	97	0	0	2	10	10	9	13	10	4	7	6	3	7	8	5	2	1	0	0
1981	79	0	0	1	4	4	6	6	9	11	7	5	9	5	8	2	1	1	0	0
1982	68	0	0	0	4	8	9	8	8	5	6	8	5	3	1	3	0	0	0	0
1983	91	0	0	1	5	7	9	12	12	9	10	10	5	4	3	1	2	0	1	0
1984	98	0	0	1	4	9	10	15	8	13	8	9	7	6	3	2	2	1	0	0
1985	53	0	0	0	5	4	6	6	9	7	4	1	3	1	3	3	1	0	0	0
1986	82	0	0	4	6	11	6	16	9	7	2	6	4	4	3	1	3	0	0	0
1987	62	0	0	0	5	2	9	6	10	6	8	4	4	1	4	0	3	0	0	0
1988	93	0	0	1	2	11	10	11	13	12	8	7	3	4	4	2	5	0	0	0
1989	86	0	0	2	4	5	14	14	8	10	9	3	7	3	1	5	0	1	0	0
1990	85	0	0	1	8	10	9	13	13	11	3	6	3	2	3	1	1	1	0	0
1991	99	0	0	2	9	7	12	10	13	14	6	9	5	1	4	3	3	1	0	0
1992	117	0	0	2	10	12	6	17	14	12	12	12	3	4	6	2	3	1	1	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	206	0	0	0	7	13	12	15	17	20	19	12	18	34	16	11	7	2	3	0
1951	166	0	0	0	3	9	9	15	8	17	14	25	13	19	12	10	6	5	1	0
1952	182	0	0	1	4	8	7	13	16	21	16	15	16	26	21	9	6	3	0	0
1953	198	0	0	1	2	11	11	10	15	29	17	23	25	13	13	12	9	4	2	1
1954	178	0	0	0	4	5	8	17	14	14	18	25	15	19	12	13	9	4	1	0
1955	156	0	0	0	5	7	11	14	13	9	14	19	10	10	18	14	6	5	1	0
1956	173	0	0	0	3	11	13	14	6	16	14	21	20	19	13	15	6	0	2	0
1957	163	0	0	1	5	6	8	12	15	16	14	12	22	13	14	9	9	5	1	1
1958	172	0	0	1	1	10	17	8	13	24	27	22	11	10	7	11	6	4	0	0
1959	180	0	0	1	2	6	11	10	21	19	17	17	21	13	15	8	12	7	0	0
1960	162	0	0	0	4	5	9	10	13	22	19	18	16	11	9	12	13	1	0	0
1961	193	0	0	1	3	9	8	15	17	16	23	20	19	13	12	14	17	5	1	0
1962	171	0	0	2	4	9	10	15	11	14	19	22	19	15	12	9	4	3	3	0
1963	221	0	0	2	10	13	9	22	19	22	23	27	24	16	13	7	10	1	3	0
1964	237	0	0	1	11	16	16	13	14	29	26	32	13	18	20	6	12	6	4	0
1965	267	0	0	0	8	13	17	22	28	22	27	29	26	13	19	17	12	7	7	0
1966	240	0	0	2	8	15	14	13	23	25	29	32	22	17	10	10	10	8	2	0
1967	259	0	0	0	14	19	28	22	20	26	21	19	28	14	17	9	11	7	4	0
1968	305	0	0	3	17	26	29	31	26	35	24	29	28	18	14	6	11	4	4	0
1969	335	0	0	2	11	38	20	15	30	35	41	30	21	31	14	18	17	7	5	0
1970	341	0	0	0	12	32	30	28	33	38	44	35	30	17	10	7	10	12	3	0
1971	381	0	0	1	14	42	27	28	35	35	42	46	31	21	17	12	13	9	8	0
1972	356	0	0	3	18	45	42	26	31	29	34	33	31	19	14	13	9	3	6	0
1973	428	0	0	3	30	50	44	37	27	29	49	36	36	29	25	10	13	5	5	0
1974	407	0	0	3	26	61	50	28	36	28	39	38	26	22	17	22	5	1	5	0
1975	412	0	0	2	28	62	45	33	29	32	38	42	33	21	27	6	7	7	0	0
1976	404	0	0	3	36	57	44	31	17	37	49	37	29	22	11	16	11	4	0	0
1977	438	0	0	5	31	59	51	42	38	30	38	42	33	20	24	14	5	6	0	0
1978	463	0	1	4	46	50	65	43	33	33	33	28	32	27	27	17	13	8	3	0
1979	419	0	1	2	39	63	47	35	28	33	32	37	26	29	20	9	12	4	2	0
1980	396	0	0	3	28	51	46	45	29	30	23	37	26	27	18	12	8	5	8	0
1981	398	0	0	4	33	52	51	51	36	31	19	22	23	16	20	17	9	9	5	0
1982	418	0	1	2	30	38	70	50	27	16	22	37	41	26	18	18	10	6	6	0
1983	417	0	0	2	27	51	44	50	34	31	27	28	22	32	20	14	17	11	7	0
1984	385	0	0	2	28	40	40	48	39	27	23	27	28	18	20	14	13	10	8	0
1985	300	0	0	2	26	32	31	29	28	27	24	23	13	15	15	13	12	5	5	0
1986	425	0	0	5	20	47	49	39	40	36	31	27	25	24	23	27	21	7	4	0
1987	413	0	0	0	19	33	44	45	31	44	37	28	36	27	25	16	9	13	6	0
1988	378	0	0	2	25	39	52	34	42	28	28	26	30	22	14	17	7	8	4	0
1989	419	0	0	8	24	55	61	44	38	30	39	19	22	17	24	12	10	8	7	1
1990	399	0	0	1	23	29	40	53	49	41	27	28	19	18	22	16	12	13	8	0
1991	464	0	0	3	27	46	51	53	48	58	34	23	24	17	26	22	11	11	10	0
1992	455	0	0	2	34	39	52	48	52	47	35	29	31	24	18	13	8	14	9	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	155	0	0	0	4	7	7	11	10	13	15	8	16	30	14	9	6	2	3	0
1951	128	0	0	0	2	6	6	11	5	13	10	20	11	14	10	9	5	5	1	0
1952	138	0	0	0	4	5	6	8	8	17	13	12	9	21	19	8	5	3	0	0
1953	155	0	0	1	1	7	9	9	10	21	14	18	18	11	11	11	8	3	2	1
1954	141	0	0	0	4	4	8	15	9	10	14	21	9	16	8	10	9	3	1	0
1955	123	0	0	0	4	6	9	7	8	8	10	16	9	8	17	11	5	5	0	0
1956	134	0	0	0	3	10	10	8	5	10	7	15	18	15	13	12	6	0	2	0
1957	137	0	0	1	3	5	7	9	13	14	11	10	16	11	13	9	9	4	1	1
1958	143	0	0	1	1	9	14	7	8	18	21	15	11	10	7	11	6	4	0	0
1959	127	0	0	1	2	5	9	7	14	10	14	12	15	8	12	5	8	5	0	0
1960	126	0	0	0	3	5	6	8	11	15	13	18	15	8	7	8	9	0	0	0
1961	157	0	0	1	3	7	7	12	13	14	14	16	14	13	10	11	17	4	1	0
1962	142	0	0	1	4	8	10	12	9	10	17	15	16	13	9	9	4	3	2	0
1963	156	0	0	1	7	9	7	16	16	16	19	18	13	10	8	4	8	1	3	0
1964	182	0	0	1	10	16	9	11	10	22	18	18	12	15	14	6	11	5	4	0
1965	202	0	0	0	7	11	16	16	19	16	18	23	19	9	14	13	8	7	6	0
1966	168	0	0	2	6	13	12	10	17	17	14	20	11	14	8	7	9	6	2	0
1967	177	0	0	0	12	12	21	19	11	15	12	11	17	11	10	8	8	7	3	0
1968	217	0	0	3	14	18	23	19	20	21	15	20	24	14	8	4	8	3	3	0
1969	226	0	0	1	11	31	10	7	22	27	22	15	15	21	8	16	11	5	4	0
1970	240	0	0	0	9	26	19	24	24	29	22	22	24	13	5	5	6	11	1	0
1971	250	0	0	1	5	33	17	16	24	25	24	29	18	14	12	9	9	6	8	0
1972	239	0	0	2	11	34	34	19	20	18	21	21	18	12	7	9	5	3	5	0
1973	298	0	0	2	24	40	33	25	19	20	38	27	16	18	14	6	8	5	3	0
1974	288	0	0	3	21	47	36	20	25	23	21	24	14	16	14	16	4	0	4	0
1975	295	0	0	2	23	53	36	23	17	21	25	29	20	16	18	3	4	5	0	0
1976	280	0	0	3	29	40	35	16	9	26	35	29	15	15	10	10	7	1	0	0
1977	318	0	0	4	26	47	36	28	27	25	24	26	24	14	14	14	5	4	0	0
1978	336	0	0	3	36	42	53	34	25	19	22	18	21	13	19	12	12	6	1	0
1979	303	0	0	0	30	51	37	29	20	24	24	22	19	19	13	6	5	3	1	0
1980	306	0	0	3	25	39	37	35	27	26	17	23	19	18	16	6	4	5	6	0
1981	293	0	0	3	28	42	39	36	24	25	10	15	18	14	12	13	7	6	1	0
1982	324	0	1	1	27	31	59	40	21	13	16	28	28	19	15	14	4	3	4	0
1983	313	0	0	2	22	44	35	39	27	25	18	20	16	20	11	9	13	8	4	0
1984	299	0	0	2	20	34	31	38	31	22	19	21	23	11	13	10	11	7	6	0
1985	238	0	0	1	18	31	26	23	19	20	19	19	10	12	13	10	8	4	5	0
1986	337	0	0	4	18	37	39	34	32	32	25	23	21	14	12	17	20	5	4	0
1987	318	0	0	0	17	28	39	37	25	28	31	18	29	18	17	12	7	9	3	0
1988	296	0	0	1	22	33	41	28	30	23	19	19	25	20	11	13	4	5	2	0
1989	321	0	0	6	22	44	51	37	28	22	28	14	17	16	15	7	5	3	5	1
1990	301	0	0	0	18	24	34	44	36	30	20	21	14	12	14	12	8	8	6	0
1991	367	0	0	2	23	41	41	45	34	47	29	17	14	11	17	16	10	11	9	0
1992	355	0	0	2	28	30	42	40	42	35	24	23	26	19	11	10	8	10	5	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	51	0	0	0	3	6	5	4	7	7	4	4	2	4	2	2	1	0	0	0
1951	38	0	0	0	1	3	3	4	3	4	4	5	2	5	2	1	1	0	0	0
1952	44	0	0	1	0	3	1	5	8	4	3	3	7	5	2	1	1	0	0	0
1953	43	0	0	0	1	4	2	1	5	8	3	5	7	2	2	1	1	1	0	0
1954	37	0	0	0	0	1	0	2	5	4	4	4	6	3	4	3	0	1	0	0
1955	33	0	0	0	1	1	2	7	5	1	4	3	1	2	1	3	1	0	1	0
1956	39	0	0	0	0	1	3	6	1	6	7	6	2	4	0	3	0	0	0	0
1957	26	0	0	0	2	1	1	3	2	2	3	2	6	2	1	0	0	1	0	0
1958	29	0	0	0	0	1	3	1	5	6	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0
1959	53	0	0	0	0	1	2	3	7	9	3	5	6	5	3	3	4	2	0	0
1960	36	0	0	0	1	0	3	2	2	7	6	0	1	3	2	4	4	1	0	0
1961	36	0	0	0	0	2	1	3	4	2	9	4	5	0	2	3	0	1	0	0
1962	29	0	0	1	0	1	0	3	2	4	2	7	3	2	3	0	0	0	1	0
1963	65	0	0	1	3	4	2	6	3	6	4	9	11	6	5	3	2	0	0	0
1964	55	0	0	0	1	0	7	2	4	7	8	14	1	3	6	0	1	1	0	0
1965	65	0	0	0	1	2	1	6	9	6	9	6	7	4	5	4	4	0	1	0
1966	72	0	0	0	2	2	2	3	6	8	15	12	11	3	2	3	1	2	0	0
1967	82	0	0	0	2	7	7	3	9	11	9	8	11	3	7	1	3	0	1	0
1968	88	0	0	0	3	8	6	12	6	14	9	8	9	4	6	2	3	1	1	0
1969	109	0	0	1	0	7	10	8	8	8	19	15	6	10	6	2	6	2	1	0
1970	101	0	0	0	3	6	11	4	9	9	22	13	6	4	5	2	4	1	2	0
1971	131	0	0	0	9	9	10	12	11	10	18	17	13	7	5	3	4	3	0	0
1972	117	0	0	1	7	11	8	7	11	11	13	12	13	7	11	7	4	4	0	1
1973	130	0	0	1	6	10	11	12	8	9	11	9	20	11	11	4	5	0	2	0
1974	119	0	0	0	5	14	14	8	11	5	18	14	12	6	3	6	1	1	1	0
1975	117	0	0	0	5	9	9	10	12	11	13	13	13	5	9	3	3	2	0	0
1976	124	0	0	0	7	17	9	15	8	11	14	8	14	7	1	6	4	3	0	0
1977	120	0	0	1	5	12	15	14	11	5	14	16	9	6	10	0	0	2	0	0
1978	127	0	1	1	10	8	12	9	8	14	11	10	11	14	8	5	1	2	2	0
1979	116	0	1	2	9	12	10	6	8	9	8	15	7	10	7	3	7	1	1	0
1980	90	0	0	0	3	12	9	10	2	4	6	14	7	9	2	6	4	0	2	0
1981	105	0	0	1	5	10	12	15	12	6	9	7	5	2	8	4	2	3	4	0
1982	94	0	0	1	3	7	11	10	6	3	6	9	13	7	3	4	6	3	2	0
1983	104	0	0	0	5	7	9	11	7	6	9	8	6	12	9	5	4	3	3	0
1984	86	0	0	0	8	6	9	10	8	5	4	6	5	7	7	4	2	3	2	0
1985	62	0	0	1	8	1	5	6	9	7	5	4	3	3	2	3	4	1	0	0
1986	88	0	0	1	2	10	10	5	8	4	6	4	4	10	11	10	1	2	0	0
1987	95	0	0	0	2	5	5	8	6	16	6	10	7	9	8	4	2	4	3	0
1988	82	0	0	1	3	6	11	6	12	5	9	7	5	2	3	4	3	3	2	0
1989	98	0	0	2	2	11	10	7	10	8	11	5	5	1	9	5	5	5	2	0
1990	98	0	0	1	5	5	6	9	13	11	7	7	5	6	8	4	4	5	2	0
1991	97	0	0	1	4	5	10	8	14	11	5	6	10	6	9	6	1	0	1	0
1992	100	0	0	0	6	9	10	8	10	12	11	6	5	5	7	3	0	4	4	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : TERRITOIRES DU NORD-OUEST, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	5	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1951	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1952	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1953	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1954	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1955	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
1956	5	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1957	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1958	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1959	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1960	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1961	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1962	7	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1963	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1964	5	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1965	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1966	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1967	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1968	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
1969	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
1970	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1971	5	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1972	9	0	0	0	3	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1973	8	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
1974	6	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1975	7	0	0	0	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1976	7	0	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1977	12	0	0	0	1	5	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1978	24	0	0	1	7	8	3	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
1979	8	0	0	0	0	2	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1980	9	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1981	10	0	0	1	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1982	8	0	0	0	2	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1983	21	0	0	0	8	4	3	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1984	17	0	0	0	3	5	3	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0
1985	13	0	1	0	3	2	4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1986	15	0	0	0	3	5	1	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
1987	15	0	0	2	6	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1988	21	0	0	2	8	3	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	31	0	0	1	7	9	4	4	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1990	18	0	0	1	2	2	6	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	22	0	0	0	3	9	5	3	2	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	16	0	0	0	2	6	4	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Décès par suicide, selon l'âge et le sexe : TERRITOIRES DU NORD-OUEST, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																NS		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	+85
1950	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1951	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1952	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1953	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1954	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1955	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1956	4	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1957	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1958	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1959	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1960	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1961	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1962	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1963	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1964	5	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1965	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1966	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1967	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1968	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
1969	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
1970	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1971	4	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
1972	8	0	0	0	3	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1973	8	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
1974	5	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1975	5	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1976	7	0	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1977	12	0	0	0	1	5	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1978	19	0	0	1	4	7	3	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
1979	7	0	0	0	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1980	9	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1981	7	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1982	5	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1983	18	0	0	0	7	4	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	15	0	0	0	3	5	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
1985	12	0	1	0	2	2	4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1986	13	0	0	0	3	4	1	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
1987	10	0	0	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1988	16	0	0	1	8	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	26	0	0	0	6	7	4	4	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
1990	16	0	0	1	2	2	6	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	19	0	0	0	3	8	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	14	0	0	0	2	5	3	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

ANNEXE 6

Partie 2

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe; Canada, les provinces et les territoires, années 1950 à 1992

L'ordre de présentation est le suivant:

Canada
Terre-Neuve
Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse
Nouveau-Brunswick
Québec
Ontario
Manitoba
Saskatchewan
Alberta
Colombie-Britannique
Yukon
Territoires du Nord-Ouest

Remarque:

- Les taux ont été calculés à partir des populations suivantes:
1950-1970: les populations recensées aux 1^{er} juin
1971-1992: les populations ajustées aux 1^{er} juillet (pour inclure les résidents non-permanents et pour compenser pour l'effet de sous-dénombrement net dû au recensement).
- Dans les tableaux de données pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, pour les années 1950 à 1960 seulement, les 65-69 ans et 85 ans et plus ont été regroupés en un seul groupe d'âge, soit les 65-69 ans.
- Un tiret «-» signifie qu'aucune mort par suicide n'est survenue au cours de l'année et dans le groupe d'âge spécifiés; une entrée «0.0» indique que le nombre de décès était trop petit pour générer un taux significatif.

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : CANADA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	7,8	0,0	0,0	0,3	3,3	5,9	5,8	6,4	9,4	13,9	15,4	16,8	17,7	21,4	20,6	18,6	18,5	9,4	13,2
1951	7,4	,0	,0	,1	1,8	6,0	5,6	7,7	8,3	12,3	14,0	18,4	17,3	19,4	17,8	17,8	20,2	15,5	11,5
1952	7,3	,0	,0	,3	2,0	5,4	5,2	6,7	8,9	11,4	13,7	15,9	18,8	22,7	22,0	14,3	18,7	15,9	11,1
1953	7,1	,0	,0	,4	2,6	5,1	6,4	7,0	8,9	13,4	11,9	16,5	15,8	19,9	17,7	15,3	17,9	11,5	10,7
1954	7,2	,0	,0	,3	2,1	4,9	6,8	7,8	7,4	14,9	13,3	17,7	16,6	19,3	17,7	16,2	16,3	14,6	3,4
1955	7,0	,0	,0	,1	1,8	4,1	7,1	7,6	8,6	12,5	13,6	16,1	16,8	20,9	17,5	16,9	16,3	11,5	11,4
1956	7,6	,0	,0	,4	1,8	5,0	8,2	7,5	9,2	10,9	15,0	18,4	20,8	21,7	20,5	17,0	14,5	21,3	17,1
1957	7,5	,0	,0	,1	2,1	5,7	7,2	9,7	9,8	11,3	15,8	16,9	21,2	18,7	19,3	13,2	16,8	15,7	7,5
1958	7,4	,0	,0	,7	2,5	6,0	8,0	7,4	10,5	12,0	14,7	18,6	20,3	21,0	15,4	13,0	16,6	15,0	2,9
1959	7,1	,0	,0	,3	1,9	5,3	7,0	7,9	10,3	11,2	14,1	16,1	18,4	19,0	19,4	14,8	17,5	15,0	4,2
1960	7,6	,0	,0	,3	3,3	7,3	9,9	9,7	9,5	10,7	14,9	16,5	18,4	19,1	15,4	16,6	19,5	8,6	6,6
1961	7,5	,0	,0	,4	2,3	5,7	7,0	8,6	10,2	12,8	16,0	17,7	17,6	19,0	19,7	16,4	18,2	14,3	7,4
1962	7,2	,0	,0	,6	3,2	6,8	8,1	9,2	10,1	10,9	14,5	18,5	18,3	17,3	13,8	9,2	13,5	12,3	8,2
1963	7,6	,0	,0	,7	3,9	8,1	8,3	9,8	11,3	12,8	13,3	17,6	17,1	17,6	14,9	14,8	16,0	9,9	11,1
1964	8,2	,0	,0	,7	3,6	7,6	9,1	12,1	12,2	13,7	16,1	19,4	19,9	20,0	15,7	12,4	12,0	14,9	10,5
1965	8,7	,0	,0	,8	3,7	8,3	9,5	11,3	13,0	14,8	15,3	20,9	21,0	21,8	19,4	15,3	13,5	12,7	14,1
1966	8,6	,0	,0	,9	3,7	9,1	10,8	9,9	13,7	13,0	16,6	20,1	22,2	18,1	14,5	14,3	15,3	12,4	8,7
1967	9,0	,0	,0	,6	5,0	10,1	11,6	12,8	12,5	16,6	16,9	17,9	21,2	17,1	18,2	11,8	12,7	14,2	12,1
1968	9,8	,0	,0	,8	4,6	10,9	12,3	13,5	15,2	17,9	17,0	20,6	22,2	19,4	18,4	14,5	13,7	10,1	8,8
1969	10,9	,0	,0	,7	6,2	13,9	12,4	12,9	16,4	18,5	22,2	21,7	24,4	20,8	15,6	18,6	16,0	13,9	12,5
1970	11,3	,0	,0	,7	7,0	14,0	13,8	15,3	18,3	19,7	21,2	21,3	22,6	19,9	19,6	15,6	13,0	16,0	8,6
1971	11,6	,0	,0	,7	7,7	13,7	13,5	15,1	17,0	21,3	21,7	23,5	23,0	21,9	16,1	15,1	14,9	12,1	12,9
1972	11,9	,0	,0	1,0	9,1	16,5	16,0	15,4	17,4	20,6	20,5	21,7	19,9	18,1	16,6	15,8	14,4	10,5	14,5
1973	12,3	,0	,0	1,0	8,9	15,8	14,9	15,0	18,3	17,1	22,7	21,2	23,5	24,1	21,2	17,1	15,1	9,9	8,0
1974	12,7	,0	,0	,7	10,6	18,2	16,9	14,7	18,9	19,9	20,6	22,9	19,3	18,1	18,9	19,8	12,8	10,2	11,5
1975	12,1	,0	,2	,9	9,9	18,1	16,2	12,9	17,2	18,7	18,6	20,7	19,6	17,4	19,5	14,5	11,8	16,0	5,0
1976	12,5	,0	,0	1,0	10,4	17,5	17,4	16,6	16,0	19,2	20,7	20,6	19,1	17,7	13,4	15,6	13,9	11,7	10,2
1977	13,9	,0	,1	1,4	12,3	21,4	17,7	17,0	19,3	18,4	22,0	24,6	20,3	17,3	19,4	17,0	13,0	11,8	9,9
1978	14,5	,0	,1	1,4	11,8	21,2	21,0	18,3	17,5	21,3	21,1	21,5	21,1	20,4	17,8	17,7	14,8	19,6	14,1
1979	13,8	,0	,1	1,1	12,6	20,8	17,9	16,7	17,1	20,3	21,6	20,2	20,7	20,0	18,1	15,8	14,5	10,7	5,5
1980	13,7	,0	,0	1,1	11,4	18,0	19,4	16,4	16,5	16,2	21,9	21,7	19,1	20,2	18,2	15,9	20,9	16,4	14,8
1981	13,7	,0	,1	1,8	12,3	18,4	15,5	17,3	16,0	19,6	19,4	21,2	21,7	16,9	17,4	20,8	15,8	22,8	9,7
1982	14,0	,0	,1	1,4	12,2	18,0	19,7	17,6	16,9	18,0	20,3	22,0	22,1	17,3	17,4	18,8	13,9	11,9	9,9
1983	14,8	,0	,0	1,2	13,1	18,7	19,6	18,8	16,9	20,3	21,7	19,3	21,7	21,0	19,2	19,3	19,6	20,4	14,4
1984	13,4	,0	,1	1,4	12,0	17,8	16,5	16,9	15,9	18,2	16,9	22,0	20,7	17,5	15,8	15,8	15,7	16,4	16,7
1985	12,6	,0	,1	,9	10,9	16,8	16,0	16,1	15,6	16,6	17,5	17,7	17,9	15,4	15,9	18,1	14,8	14,8	11,6
1986	14,0	,0	,1	1,3	12,1	17,7	18,6	18,6	17,7	18,8	17,9	21,2	17,8	17,4	16,0	19,5	20,2	16,2	9,9
1987	13,5	,0	,0	1,6	12,4	16,2	17,7	18,5	16,1	17,6	20,2	19,2	18,2	15,0	17,9	17,6	15,2	16,1	11,9
1988	13,1	,0	,1	1,5	12,4	17,7	17,1	16,7	18,0	16,5	16,6	16,8	18,3	15,2	15,4	14,1	17,5	15,6	9,1
1989	12,8	,0	,0	1,3	12,7	16,9	16,0	16,9	16,8	16,3	18,4	15,3	17,7	14,9	15,4	14,0	13,7	14,2	15,5
1990	12,2	,0	,1	1,5	11,6	16,4	15,7	17,5	17,8	16,2	15,6	14,3	15,0	11,9	11,3	13,5	14,3	14,2	15,2
1991	12,8	,0	,1	1,5	13,1	17,2	17,2	17,5	16,6	17,0	16,4	16,2	15,2	15,0	14,9	13,8	13,2	13,3	12,9
1992	13,0	,0	,0	1,8	12,9	17,9	17,8	17,6	18,5	16,7	16,0	18,1	17,3	15,2	13,8	11,0	12,8	13,8	11,6

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : CANADA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	11,9	0,0	0,0	0,5	5,2	8,9	7,1	8,6	14,0	20,6	23,3	25,2	28,4	34,3	30,4	30,3	34,7	17,5	30,3
1951	11,1	,0	,0	,2	2,6	8,6	8,1	12,1	12,3	18,4	19,9	27,6	26,0	27,2	25,9	28,7	30,8	30,4	22,0
1952	11,1	,0	,0	,3	3,7	7,9	8,1	10,6	12,2	17,7	17,4	24,9	27,8	35,9	35,6	21,5	30,3	29,4	21,4
1953	10,9	,0	,0	,6	4,2	7,2	8,9	11,5	13,3	20,1	16,7	25,2	24,7	30,2	27,2	27,8	30,1	22,1	24,8
1954	10,9	,0	,0	,6	3,4	6,8	10,3	11,8	10,6	20,8	19,2	27,0	24,8	29,9	26,1	26,9	28,0	26,9	7,9
1955	10,6	,0	,0	,3	2,6	6,0	10,3	10,4	11,5	18,9	20,4	24,6	25,0	31,7	30,1	26,8	29,0	18,7	18,7
1956	11,7	,0	,0	,7	3,1	7,8	12,1	11,3	13,5	16,5	21,3	25,7	33,2	33,5	32,8	27,2	25,5	39,5	39,4
1957	11,6	,0	,0	,3	3,2	10,0	10,7	14,2	15,3	17,3	22,1	24,4	32,8	31,9	31,2	21,1	31,3	26,0	17,4
1958	11,8	,0	,0	1,3	4,2	9,2	13,6	10,5	15,2	18,0	23,6	27,2	34,5	33,3	26,3	23,0	31,0	25,0	6,8
1959	11,2	,0	,0	,6	3,1	9,4	12,5	12,5	15,9	16,6	22,2	24,1	28,7	30,1	29,6	24,3	29,1	25,5	9,6
1960	12,0	,0	,0	,6	5,3	12,3	15,7	15,1	16,0	16,8	23,7	24,8	29,1	29,8	24,8	26,1	35,9	10,7	15,2
1961	11,9	,0	,0	,8	3,7	9,0	11,1	12,9	15,8	21,1	22,7	28,0	27,6	33,2	32,5	28,1	35,0	24,6	17,1
1962	11,2	,0	,0	1,0	5,1	11,1	12,6	13,0	15,4	16,7	22,0	29,1	29,6	28,5	21,9	15,4	24,2	24,9	10,8
1963	11,3	,0	,0	1,2	5,3	13,0	11,4	14,2	16,7	19,8	19,2	24,1	25,2	29,5	23,3	23,6	27,6	18,5	25,6
1964	12,3	,0	,0	1,2	5,4	11,7	13,3	17,6	16,7	20,8	24,2	27,5	28,6	33,6	23,4	21,0	21,7	29,4	22,0
1965	12,9	,0	,0	1,2	5,6	13,8	14,6	15,1	18,1	21,8	21,3	30,7	31,1	33,3	31,1	24,4	20,9	26,3	26,1
1966	12,8	,0	,0	1,7	6,0	15,3	15,3	14,8	18,8	19,5	23,0	29,1	30,2	27,3	25,1	23,6	28,1	24,8	20,8
1967	13,2	,0	,0	,9	8,5	16,0	17,2	18,0	17,5	21,2	24,2	25,5	31,2	26,2	28,5	19,6	20,7	26,8	26,8
1968	14,3	,0	,0	1,2	7,8	16,4	18,7	19,6	19,9	23,5	24,9	27,5	35,3	30,6	27,8	24,6	22,0	19,3	17,2
1969	15,6	,0	,0	1,0	10,4	21,3	17,6	17,4	23,2	25,8	29,0	30,0	33,6	28,3	22,5	33,9	29,1	26,2	26,6
1970	16,2	,0	,0	1,2	10,1	22,3	19,3	21,1	26,5	27,3	27,4	28,8	32,1	31,3	28,8	26,2	23,4	31,7	15,6
1971	16,9	,0	,1	1,1	12,3	21,8	21,1	19,9	23,8	29,3	28,6	32,8	32,9	33,1	23,3	23,0	28,3	20,8	30,7
1972	17,0	,0	,0	1,4	13,8	27,1	21,2	21,3	22,8	26,5	28,8	30,9	27,4	26,8	23,1	26,5	21,2	17,2	35,2
1973	17,5	,0	,1	1,6	13,4	25,8	20,4	19,9	26,4	24,5	30,3	29,9	32,1	34,3	30,2	25,5	27,4	13,8	13,7
1974	18,3	,0	,0	1,1	17,7	29,8	24,0	20,3	24,9	28,3	27,5	30,6	25,5	24,7	27,3	34,1	24,3	18,5	25,3
1975	17,5	,0	,1	1,6	15,5	28,4	24,0	18,2	22,8	24,3	23,8	28,7	28,0	27,5	28,0	24,7	19,0	30,2	11,7
1976	17,9	,0	,0	1,4	16,5	27,0	26,9	21,5	20,9	26,1	27,7	30,4	24,6	24,9	18,9	24,1	24,9	19,7	24,7
1977	20,7	,0	,2	2,0	19,8	35,8	26,2	24,9	27,6	27,0	29,6	34,0	27,8	22,6	29,0	27,8	23,4	20,6	24,4
1978	21,7	,0	,1	2,2	19,0	35,2	32,3	28,2	25,5	28,5	31,0	29,3	29,8	28,2	25,2	28,6	28,5	37,4	30,7
1979	20,8	,0	,0	1,4	20,2	33,4	27,8	25,8	23,3	29,4	32,1	25,6	30,5	32,8	26,8	25,6	23,9	17,7	11,1
1980	20,7	,0	,0	1,5	18,9	29,1	30,8	25,0	24,2	23,5	30,7	29,2	28,1	27,9	28,2	24,1	39,1	36,6	36,3
1981	20,7	,0	,1	2,5	20,6	30,9	24,3	26,5	23,2	26,9	26,7	29,7	30,5	25,9	24,9	35,6	29,1	45,9	15,6
1982	21,7	,0	,1	2,3	20,9	29,8	31,5	27,3	23,6	25,8	29,9	32,3	32,0	27,3	27,5	33,2	24,6	27,0	26,2
1983	22,8	,0	,0	2,1	22,1	32,0	31,7	29,1	23,4	28,8	29,3	27,6	32,8	31,9	29,0	32,4	37,9	42,0	38,2
1984	20,8	,0	,1	2,4	20,5	30,1	26,7	26,2	24,0	25,1	24,7	31,8	31,1	25,6	23,0	27,5	31,7	31,0	40,4
1985	19,9	,0	,1	1,3	17,8	29,0	25,9	25,4	23,2	24,7	24,5	27,7	27,5	24,7	25,6	31,7	25,7	35,2	26,2
1986	21,9	,0	,1	2,0	19,4	29,3	30,5	29,0	26,2	29,0	25,6	29,6	28,0	26,1	24,2	32,9	38,5	33,3	31,2
1987	21,2	,0	,0	2,7	19,9	27,1	28,5	28,8	23,9	25,4	29,9	29,0	28,5	22,8	28,6	33,0	27,1	33,7	21,6
1988	20,5	,0	,1	2,4	21,3	28,9	27,3	26,4	26,3	23,4	23,2	23,9	28,0	26,7	25,3	26,3	30,4	33,4	23,4
1989	19,9	,0	,0	2,0	22,0	27,6	25,4	26,1	25,1	23,6	24,3	23,0	26,8	23,7	25,3	24,0	24,2	31,4	39,6
1990	19,4	,0	,0	2,4	18,4	27,7	26,2	27,7	26,4	24,1	23,7	21,3	24,0	19,8	18,0	23,3	29,7	29,4	41,5
1991	20,6	,0	,1	1,9	22,0	30,2	27,4	27,6	26,2	25,7	25,1	26,3	23,3	24,4	24,3	23,1	24,6	30,2	37,6
1992	20,7	,0	,0	2,6	20,1	29,0	29,1	28,6	29,6	24,7	23,5	26,2	28,9	23,3	21,9	18,8	27,0	29,6	24,1

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : CANADA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,5	0,0	0,0	0,0	1,5	2,9	4,6	4,2	4,8	6,8	6,8	7,9	6,2	7,1	9,7	6,1	2,2	2,0	0,0
1951	3,6	,0	,0	,0	1,0	3,4	3,1	3,4	4,2	5,9	7,6	8,7	8,3	10,7	8,8	6,5	9,6	2,0	3,4
1952	3,4	,0	,0	,3	,4	2,9	2,4	2,9	5,5	4,8	9,7	6,4	9,5	8,5	7,2	6,9	7,1	3,8	3,3
1953	3,2	,0	,0	,2	,9	2,9	3,9	2,7	4,6	6,3	6,8	7,2	6,5	8,8	7,5	2,4	5,8	1,8	,0
1954	3,5	,0	,0	,0	,7	3,1	3,4	3,8	4,3	8,7	7,1	7,6	8,0	8,3	8,7	5,2	4,6	3,5	,0
1955	3,4	,0	,0	,0	1,1	2,1	3,9	4,9	5,7	5,9	6,3	6,9	8,2	9,7	4,0	6,7	3,6	5,0	5,8
1956	3,5	,0	,0	,1	,5	2,1	4,2	3,7	4,8	5,2	8,3	10,5	7,8	9,6	7,5	6,6	3,5	4,9	,0
1957	3,2	,0	,0	,0	,8	1,4	3,7	5,3	4,3	5,0	9,1	8,8	8,9	5,3	7,0	5,3	2,5	6,3	,0
1958	3,0	,0	,0	,0	,8	2,7	2,2	4,3	5,9	5,9	5,3	9,3	5,3	8,5	4,3	3,1	2,4	6,0	,0
1959	2,9	,0	,0	,0	,6	1,2	1,3	3,3	4,9	5,8	5,5	7,4	7,6	7,9	9,3	5,5	6,1	5,7	,0
1960	3,0	,0	,0	,1	1,2	2,4	4,0	4,1	3,2	4,5	5,8	7,6	7,1	8,4	6,2	7,4	3,7	6,8	,0
1961	3,0	,0	,0	,0	,9	2,5	2,9	4,3	4,7	4,5	9,0	6,9	7,0	4,8	7,3	5,3	2,1	5,1	,0
1962	3,1	,0	,0	,2	1,3	2,6	3,5	5,3	5,0	5,2	6,9	7,4	6,5	6,0	5,9	3,4	3,4	1,2	6,2
1963	3,8	,0	,0	,1	2,4	3,2	5,2	5,2	5,9	5,9	7,3	10,7	8,7	5,6	7,0	6,6	5,3	2,3	,0
1964	4,1	,0	,0	,1	1,7	3,6	4,9	6,4	7,8	6,8	8,0	11,0	10,8	6,4	8,4	4,6	3,2	2,2	1,8
1965	4,5	,0	,0	,3	1,8	2,9	4,5	7,4	7,8	8,0	9,3	10,9	10,5	10,2	8,5	7,2	7,0	1,1	5,3
1966	4,3	,0	,0	,1	1,3	3,0	6,3	4,9	8,5	6,6	10,2	11,0	13,9	9,0	4,7	6,1	4,3	2,1	,0
1967	4,8	,0	,0	,2	1,5	4,1	6,0	7,5	7,3	12,0	9,8	10,2	11,0	8,1	8,8	5,2	6,0	3,9	1,6
1968	5,2	,0	,0	,3	1,3	5,3	5,9	7,3	10,4	12,2	9,1	13,7	8,9	8,4	9,9	5,9	6,9	2,8	3,0
1969	6,2	,0	,0	,3	1,8	6,4	7,2	8,4	9,3	11,2	15,5	13,5	15,2	13,5	9,3	5,8	5,6	4,5	2,8
1970	6,4	,0	,0	,3	3,8	5,8	8,2	9,4	9,7	11,9	15,1	13,9	13,2	8,9	11,2	6,9	4,9	4,4	3,9
1971	6,3	,0	,0	,4	3,0	5,4	5,6	10,0	9,7	13,0	14,8	14,5	13,2	11,0	9,5	8,6	4,8	5,8	1,2
1972	6,8	,0	,0	,5	4,2	5,6	10,6	9,1	11,7	14,4	12,2	12,8	12,6	9,6	10,6	6,9	9,4	5,7	1,1
1973	7,0	,0	,0	,3	4,2	5,6	9,2	9,9	9,8	9,3	15,1	12,8	15,1	14,4	13,2	10,1	6,1	7,1	4,3
1974	7,0	,0	,0	,3	3,2	6,5	9,7	8,9	12,7	11,1	13,7	15,4	13,4	11,9	11,4	7,9	4,5	4,7	3,1
1975	6,7	,0	,2	,3	4,2	7,6	8,3	7,3	11,4	12,9	13,4	13,1	11,7	8,0	11,9	5,9	6,8	6,8	1,0
1976	7,0	,0	,0	,4	4,2	7,8	7,5	11,5	10,8	12,1	13,6	11,1	13,9	11,0	8,6	8,5	6,1	6,6	1,9
1977	7,2	,0	,0	,7	4,6	6,8	9,1	8,7	10,7	9,4	14,2	15,5	13,3	12,5	11,0	8,2	5,5	6,4	1,8
1978	7,2	,0	,1	,5	4,3	6,9	9,4	8,1	9,1	13,9	11,0	14,0	12,9	13,2	11,4	8,8	4,8	8,9	5,2
1979	6,9	,0	,1	,7	4,8	8,0	7,9	7,3	10,6	10,8	10,7	14,8	11,7	8,4	10,5	7,9	7,6	6,6	2,5
1980	6,7	,0	,0	,6	3,7	6,6	7,9	7,7	8,5	8,6	12,8	14,3	10,8	13,3	9,4	9,4	7,8	4,5	4,0
1981	6,7	,0	,0	1,0	3,7	5,6	6,7	7,9	8,4	11,9	11,9	12,7	13,5	8,8	10,9	9,0	6,3	9,2	6,8
1982	6,3	,0	,0	,4	3,1	5,9	7,7	7,9	9,9	9,8	10,4	11,6	12,8	8,4	8,8	7,4	6,4	3,0	2,2
1983	6,8	,0	,0	,3	3,6	5,0	7,3	8,5	10,3	11,4	13,9	10,8	11,2	11,4	10,9	8,9	6,9	7,5	3,5
1984	6,0	,0	,0	,4	3,1	5,0	6,2	7,5	7,5	11,1	9,0	12,0	10,8	10,3	9,8	6,6	4,6	7,7	6,0
1985	5,3	,0	,0	,6	3,6	4,1	5,9	6,8	7,7	8,1	10,4	7,5	8,7	7,2	7,8	7,5	7,1	2,6	5,1
1986	6,2	,0	,0	,6	4,3	5,6	6,3	8,2	9,2	8,3	10,0	12,7	7,9	9,6	9,1	9,0	7,5	6,1	,6
1987	6,0	,0	,0	,6	4,5	4,9	6,6	8,1	8,2	9,5	10,3	9,4	8,1	7,9	9,1	5,6	6,9	5,8	7,7
1988	5,7	,0	,0	,4	3,2	5,9	6,6	7,0	9,6	9,5	9,8	9,7	8,6	4,8	7,1	4,6	8,5	5,1	2,8
1989	5,8	,0	,0	,7	3,1	5,7	6,2	7,6	8,4	8,9	12,4	7,6	8,7	6,7	7,2	6,2	6,4	4,0	4,9
1990	5,0	,0	,1	,7	4,5	4,8	4,9	7,2	9,2	8,1	7,3	7,3	6,1	4,4	5,7	6,0	3,6	5,2	3,6
1991	5,1	,0	,0	1,0	3,8	3,8	6,8	7,2	6,9	8,2	7,6	6,0	7,1	6,2	7,0	6,6	5,2	3,3	2,0
1992	5,5	,0	,0	,8	5,4	6,6	6,1	6,3	7,3	8,5	8,4	10,0	5,8	7,5	6,8	4,9	2,9	4,4	6,2

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	4,1	0,0	5,7	6,8	7,7	0,0	10,3	0,0	0,0	24,4	0,0	0,0
1951	3,3	,0	,0	,0	,0	11,2	8,0	4,2	13,0	,0	6,8	,0	,0	,0	11,1	15,2	,0	,0	,0
1952	2,1	,0	,0	,0	,0	,0	3,9	4,1	4,3	,0	,0	7,4	8,3	10,1	,0	,0	21,3	43,5	,0
1953	2,3	,0	,0	,0	,0	3,5	,0	,0	4,2	9,9	18,8	7,3	,0	,0	,0	,0	21,3	,0	,0
1954	2,0	,0	,0	,0	,0	,0	3,7	,0	8,4	4,7	5,9	14,4	8,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1955	1,5	,0	,0	,0	,0	,0	3,7	,0	,0	,0	5,6	,0	8,1	9,5	11,1	,0	21,3	,0	,0
1956	2,2	,0	,0	,0	2,8	,0	11,1	,0	4,0	,0	,0	7,1	7,9	,0	,0	13,7	21,3	,0	,0
1957	3,1	,0	,0	,0	,0	6,6	,0	7,9	,0	8,6	5,2	13,7	15,7	18,7	,0	,0	,0	,0	,0
1958	2,5	,0	,0	,0	2,6	,0	11,1	3,9	3,9	8,5	,0	,0	7,8	,0	11,2	,0	,0	40,0	,0
1959	3,2	,0	,0	,0	2,5	,0	7,4	7,8	3,9	4,2	4,9	12,3	15,4	,0	11,0	,0	19,6	,0	,0
1960	2,7	,0	,0	,0	,0	6,6	7,5	7,8	4,0	4,2	4,7	,0	,0	,0	,0	,0	56,6	,0	,0
1961	3,7	,0	,0	,0	4,6	3,3	,0	3,9	8,1	8,3	4,6	17,0	7,5	8,8	,0	27,2	18,3	,0	,0
1962	1,9	,0	,0	,0	,0	3,2	,0	3,9	,0	4,1	,0	,0	21,6	,0	10,1	26,6	,0	,0	,0
1963	3,4	,0	,0	,0	,0	3,0	3,7	11,5	4,0	8,2	8,8	5,3	20,7	8,5	,0	13,0	,0	,0	,0
1964	3,5	,0	,0	,0	2,0	5,9	10,9	3,8	7,9	16,6	8,7	10,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1965	4,7	,0	,0	,0	,0	5,8	7,2	7,8	19,7	,0	21,7	4,9	12,7	8,3	19,7	12,4	,0	,0	,0
1966	3,0	,0	,0	,0	,0	2,8	10,7	7,9	4,0	,0	17,3	4,8	6,1	,0	9,7	,0	17,9	,0	,0
1967	2,0	,0	,0	,0	,0	5,2	,0	3,9	8,0	8,4	,0	,0	5,9	15,7	,0	,0	,0	,0	,0
1968	1,2	,0	,0	,0	,0	,0	10,0	,0	4,0	4,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	17,2	,0	,0
1969	1,2	,0	,0	,0	,0	2,3	3,2	,0	,0	,0	4,4	,0	5,4	7,2	,0	,0	16,6	,0	,0
1970	4,8	,0	,0	,0	5,1	,0	9,1	15,0	20,1	4,2	8,7	22,9	,0	6,9	,0	11,6	,0	,0	,0
1971	3,6	,0	,0	,0	1,6	2,1	2,7	7,0	7,7	8,2	8,6	4,5	20,0	6,5	17,6	,0	,0	,0	,0
1972	2,8	,0	,0	,0	,0	2,1	2,5	3,4	,0	20,4	12,9	4,4	10,0	,0	8,7	,0	,0	,0	,0
1973	4,7	,0	,0	,0	1,6	13,9	,0	9,8	7,6	4,0	,0	13,1	24,9	11,7	8,5	10,9	,0	,0	,0
1974	2,2	,0	,0	,0	,0	1,9	,0	,0	3,8	,0	4,3	4,4	10,0	,0	16,3	10,8	31,1	26,0	,0
1975	3,4	,0	,0	,0	1,6	7,5	6,5	3,0	7,4	4,0	4,2	9,1	14,6	,0	7,7	,0	,0	,0	,0
1976	3,7	,0	,0	,0	3,2	1,9	2,1	5,5	7,2	8,0	8,5	9,0	14,3	16,4	7,2	,0	,0	,0	,0
1977	3,7	,0	,0	,0	3,2	3,7	6,2	5,1	3,5	7,9	12,8	13,5	4,6	,0	13,6	,0	,0	,0	,0
1978	2,6	,0	,0	,0	,0	9,2	4,1	2,4	3,3	8,0	4,2	,0	9,2	5,4	,0	,0	,0	,0	,0
1979	4,4	,0	,0	,0	4,8	5,5	4,0	4,7	3,2	3,9	20,8	9,0	4,7	15,9	12,4	,0	,0	,0	,0
1980	3,3	,0	,0	1,6	4,7	5,6	,0	8,9	3,1	3,8	8,4	8,8	4,8	5,2	,0	,0	,0	,0	,0
1981	4,2	,0	,0	,0	4,7	11,2	6,0	6,5	,0	7,3	4,2	17,6	4,7	,0	,0	,0	,0	,0	29,9
1982	5,9	,0	,0	,0	8,0	7,5	6,0	12,9	,0	10,7	16,6	4,4	19,0	,0	,0	15,9	26,5	,0	,0
1983	6,2	,0	,0	,0	9,6	9,1	3,9	10,5	12,5	10,2	4,1	,0	,0	29,4	5,9	,0	12,8	20,7	,0
1984	6,7	,0	,0	1,7	13,1	12,7	2,0	12,5	7,2	,0	8,0	17,4	9,4	14,9	5,8	,0	12,2	,0	,0
1985	4,0	,0	,0	1,7	,0	1,8	4,0	4,1	4,6	12,6	7,9	8,7	13,8	10,3	11,3	,0	,0	,0	,0
1986	4,0	,0	,0	,0	,0	3,7	4,0	4,1	,0	11,7	11,6	,0	9,3	5,1	16,8	7,0	10,7	39,8	,0
1987	4,9	,0	,0	,0	3,5	5,6	4,0	14,3	2,2	5,5	7,5	,0	13,9	10,2	,0	6,9	20,5	,0	25,2
1988	7,6	,0	,0	,0	8,8	9,5	12,1	2,0	13,1	13,0	14,3	8,6	13,7	5,1	21,7	,0	,0	18,6	24,4
1989	5,0	,0	,0	2,0	3,6	7,7	4,0	6,1	8,6	5,0	3,4	8,4	9,1	10,0	10,9	6,8	,0	17,6	,0
1990	10,0	,0	,0	,0	16,3	9,9	8,0	16,3	12,7	16,5	22,9	4,1	4,6	19,6	11,3	19,8	8,9	,0	,0
1991	7,1	,0	,0	2,1	12,8	13,8	6,1	6,1	8,4	9,2	3,0	11,9	9,1	4,9	5,5	13,0	,0	15,5	23,4
1992	8,6	,0	,0	2,1	11,5	17,6	4,1	12,3	12,5	11,3	8,4	3,9	13,6	19,6	5,5	6,3	17,3	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	8,0	0,0	10,9	13,3	15,2	0,0	19,6	0,0	0,0	47,6	0,0	0,0
1951	5,4	,0	,0	,0	,0	22,4	7,8	8,1	25,0	,0	13,0	,0	,0	,0	21,3	,0	,0	,0	,0
1952	3,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	7,9	8,2	,0	,0	14,5	16,4	19,2	,0	,0	41,7	90,9	,0
1953	4,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,1	18,3	35,3	14,1	,0	,0	,0	,0	41,7	,0	,0
1954	2,9	,0	,0	,0	,0	,0	7,1	,0	16,0	8,8	,0	13,9	15,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1955	2,4	,0	,0	,0	,0	,0	7,0	,0	,0	,0	10,4	,0	,0	18,5	21,3	,0	41,7	,0	,0
1956	3,3	,0	,0	,0	5,6	,0	20,8	,0	,0	,0	,0	,0	15,6	,0	,0	27,0	41,7	,0	,0
1957	5,5	,0	,0	,0	,0	12,7	,0	7,4	,0	16,1	9,6	25,6	30,8	37,0	,0	,0	,0	,0	,0
1958	4,9	,0	,0	,0	5,2	,0	20,8	7,4	7,4	15,9	,0	,0	14,9	,0	22,2	,0	,0	83,3	,0
1959	5,7	,0	,0	,0	5,0	,0	14,0	14,8	7,5	7,9	9,0	22,7	14,7	,0	21,7	,0	38,5	,0	,0
1960	4,8	,0	,0	,0	,0	13,0	7,1	14,9	7,6	7,9	8,9	,0	,0	,0	,0	,0	111,1	,0	,0
1961	6,0	,0	,0	,0	9,1	6,5	,0	7,5	15,4	15,6	8,7	21,0	14,4	,0	,0	54,3	,0	,0	,0
1962	3,8	,0	,0	,0	,0	6,3	,0	7,4	,0	7,8	,0	,0	41,0	,0	20,3	53,5	,0	,0	,0
1963	4,5	,0	,0	,0	,0	6,1	7,1	14,6	7,6	15,6	8,4	,0	13,0	16,9	,0	26,2	,0	,0	,0
1964	6,5	,0	,0	,0	,0	11,9	21,1	7,3	15,1	31,3	16,5	19,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1965	8,4	,0	,0	,0	,0	11,7	7,1	14,9	37,8	,0	32,9	9,4	23,7	16,3	39,9	25,4	,0	,0	,0
1966	5,9	,0	,0	,0	,0	5,7	21,1	15,1	7,6	,0	32,9	9,2	11,4	,0	19,8	,0	36,9	,0	,0
1967	3,1	,0	,0	,0	,0	5,3	,0	7,6	15,3	16,1	,0	,0	11,0	15,1	,0	,0	,0	,0	,0
1968	2,3	,0	,0	,0	,0	,0	20,0	,0	7,7	8,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	35,9	,0	,0
1969	1,9	,0	,0	,0	,0	4,5	6,4	,0	,0	,0	8,3	,0	,0	13,7	,0	,0	34,7	,0	,0
1970	8,7	,0	,0	,0	3,4	,0	17,9	29,3	38,6	8,1	16,7	43,7	,0	13,1	,0	24,4	,0	,0	,0
1971	5,5	,0	,0	,0	3,3	4,3	5,4	13,6	7,3	7,8	16,2	8,6	18,8	12,4	35,0	,0	,0	,0	,0
1972	4,0	,0	,0	,0	,0	4,1	,0	6,5	,0	23,4	24,5	,0	18,9	,0	17,2	,0	,0	,0	,0
1973	7,9	,0	,0	,0	3,2	23,7	,0	19,0	14,6	7,7	,0	16,7	28,4	22,4	16,8	23,2	,0	,0	,0
1974	3,6	,0	,0	,0	,0	3,8	,0	,0	7,3	,0	8,3	,0	19,2	,0	32,2	22,7	35,3	59,2	,0
1975	6,3	,0	,0	,0	,0	15,0	12,8	5,8	14,3	7,6	8,2	17,6	28,1	,0	15,2	,0	,0	,0	,0
1976	6,3	,0	,0	,0	6,2	,0	4,1	10,7	7,0	15,3	16,5	17,4	27,8	21,5	14,1	,0	,0	,0	,0
1977	6,6	,0	,0	,0	6,3	3,7	12,3	10,0	6,7	15,3	24,8	17,5	9,0	,0	26,9	,0	,0	,0	,0
1978	3,8	,0	,0	,0	,0	14,7	4,1	4,8	,0	7,6	8,1	,0	18,0	10,6	,0	,0	,0	,0	,0
1979	8,3	,0	,0	,0	9,4	11,1	8,0	9,1	6,2	7,5	31,9	17,5	9,2	31,6	24,9	,0	,0	,0	,0
1980	6,2	,0	,0	3,1	9,3	11,2	,0	17,5	5,9	7,2	8,0	17,1	9,4	10,2	,0	,0	,0	,0	,0
1981	6,9	,0	,0	,0	9,2	22,7	8,0	8,5	,0	7,0	8,0	34,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	77,3
1982	11,0	,0	,0	,0	15,7	11,4	12,0	25,6	,0	20,6	32,0	8,6	28,0	,0	,0	33,2	59,2	,0	,0
1983	10,2	,0	,0	,0	12,7	14,6	7,9	16,8	19,6	19,9	8,0	,0	,0	48,6	12,1	,0	28,8	51,5	,0
1984	12,0	,0	,0	3,3	19,3	25,2	4,0	25,0	9,4	,0	15,6	25,2	18,6	29,8	11,9	,0	27,0	,0	,0
1985	7,9	,0	,0	3,4	,0	3,6	8,0	8,3	9,1	24,6	15,3	16,9	27,4	20,5	23,2	,0	,0	,0	,0
1986	5,9	,0	,0	,0	,0	7,4	8,1	4,2	,0	17,3	15,1	,0	18,3	10,1	11,5	,0	23,7	98,6	,0
1987	8,3	,0	,0	,0	6,7	11,3	8,1	24,9	4,4	10,8	7,3	,0	27,4	,0	,0	14,9	45,9	,0	74,1
1988	14,2	,0	,0	,0	17,1	19,0	24,4	4,2	26,1	25,5	21,0	16,7	27,0	10,1	33,1	,0	,0	45,5	,0
1989	9,0	,0	,0	3,8	6,9	15,4	8,1	12,4	17,1	9,8	,0	8,1	17,8	10,1	22,3	14,6	,0	42,8	,0
1990	15,5	,0	,0	,0	21,0	15,6	16,1	24,7	21,1	18,5	32,0	,0	8,9	39,4	23,0	42,3	20,3	,0	,0
1991	12,7	,0	,0	4,1	21,2	27,1	12,2	8,2	12,6	18,1	5,9	23,2	17,7	9,8	11,2	13,8	,0	38,3	71,5
1992	15,4	,0	,0	4,2	18,5	30,3	8,2	20,5	21,0	22,2	16,5	7,5	26,4	29,4	11,3	13,5	39,5	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : TERRE-NEUVE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1951	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31,3	0,0	0,0	0,0	
1952	,6	,0	,0	,0	,0	,0	8,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1953	,5	,0	,0	,0	,0	7,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1954	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	12,8	14,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1955	,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	16,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1956	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,5	,0	,0	15,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1957	,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1959	,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	16,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1960	,5	,0	,0	,0	,0	,0	7,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1961	1,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	12,4	,0	17,7	,0	,0	37,9	,0	
1962	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1963	2,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,0	,0	,0	9,3	11,3	29,5	,0	,0	,0	,0	,0	
1964	,4	,0	,0	,0	4,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1965	,8	,0	,0	,0	,0	,0	7,4	,0	,0	,0	9,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1966	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1967	,8	,0	,0	,0	,0	5,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	16,3	,0	,0	,0	,0	,0	
1968	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1969	,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	11,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1970	,8	,0	,0	,0	6,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1971	1,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,2	8,6	,0	21,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1972	1,5	,0	,0	,0	,0	,0	5,2	,0	,0	17,2	,0	9,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1973	1,5	,0	,0	,0	,0	4,0	,0	,0	,0	,0	,0	9,1	21,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1974	,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	9,2	,0	,0	,0	,0	27,8	,0	,0	
1975	,4	,0	,0	,0	3,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1976	1,1	,0	,0	,0	,0	3,7	,0	,0	7,5	,0	,0	,0	11,2	,0	,0	,0	,0	,0	
1977	,7	,0	,0	,0	,0	3,7	,0	,0	,0	,0	,0	9,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1978	1,4	,0	,0	,0	,0	3,7	4,1	,0	6,9	8,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1979	,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1980	,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1981	1,4	,0	,0	,0	,0	,0	4,0	4,4	,0	7,6	,0	,0	9,7	,0	,0	,0	,0	,0	
1982	,7	,0	,0	,0	,0	3,7	,0	,0	,0	,0	,0	9,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1983	2,1	,0	,0	,0	6,5	3,7	,0	4,2	5,1	,0	,0	,0	9,9	,0	,0	,0	,0	,0	
1984	1,4	,0	,0	,0	6,6	,0	,0	,0	4,9	,0	,0	9,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1986	2,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,1	,0	6,0	7,9	,0	,0	21,8	13,1	,0	,0	,0	
1987	1,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,0	,0	,0	7,7	,0	20,4	,0	,0	,0	,0	,0	
1988	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	7,3	,0	,0	10,6	,0	,0	,0	36,8	
1989	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	7,0	8,6	,0	10,0	,0	,0	,0	,0	
1990	4,5	,0	,0	,0	11,2	4,0	,0	8,1	4,2	14,4	13,3	8,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
1991	1,4	,0	,0	,0	3,8	,0	,0	4,0	4,2	,0	,0	,0	,0	,0	12,2	,0	,0	,0	
1992	1,7	,0	,0	,0	4,0	4,0	,0	4,1	4,1	,0	,0	,0	9,8	,0	,0	,0	,0	,0	

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ÎLE-DU-PRINCE-EDOUARD, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,1	0,0	0,0	0,0	11,8	0,0	14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	5,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	22,2	24,4	57,1	30,3	,0	,0	,0	,0
1952	5,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	31,3	15,9	,0	,0	,0	,0	27,8	,0	35,7	,0	,0	,0
1953	5,0	,0	,0	,0	23,5	,0	,0	,0	,0	,0	20,4	21,7	,0	,0	,0	50,0	,0	,0	,0
1954	7,9	,0	,0	,0	,0	15,2	,0	,0	16,1	34,5	20,0	,0	47,6	26,3	,0	,0	,0	,0	,0
1955	6,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	16,9	20,0	23,3	,0	26,3	29,4	33,3	,0	,0	,0
1956	4,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	17,9	,0	,0	19,6	,0	,0	,0	60,6	,0	,0	,0	,0
1957	6,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	37,7	,0	,0	,0	46,5	25,0	,0	30,3	,0	,0	,0	,0
1958	7,0	,0	,0	,0	11,9	,0	,0	18,9	17,9	,0	,0	66,7	,0	,0	,0	33,3	,0	,0	,0
1959	3,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	35,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	34,5	,0	,0	,0
1960	7,8	,0	,0	,0	11,4	,0	,0	37,7	17,5	,0	18,5	20,8	,0	,0	57,1	,0	,0	,0	,0
1961	6,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	17,5	35,2	17,8	,0	,0	,0	55,8	,0	,0	,0	111,4
1962	3,7	,0	,0	,0	,0	30,2	16,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	26,6	,0	,0	,0	,0
1963	5,6	,0	,0	,0	,0	15,1	16,4	,0	17,4	,0	,0	57,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1964	11,0	,0	,0	,0	10,2	,0	,0	17,2	17,5	17,4	17,7	37,7	45,8	26,5	,0	63,1	,0	,0	,0
1965	5,5	,0	,0	,0	9,6	,0	,0	,0	,0	,0	18,0	,0	22,3	26,8	,0	31,1	43,8	,0	,0
1966	7,4	,0	,0	,0	,0	,0	17,5	36,1	,0	36,1	,0	,0	43,3	,0	27,8	,0	,0	,0	,0
1967	9,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	37,6	18,3	36,8	55,7	,0	,0	,0	30,8	42,5	,0	,0
1968	7,3	,0	,0	,0	8,9	,0	,0	,0	,0	18,6	,0	18,6	40,7	50,1	28,3	,0	,0	,0	,0
1969	11,7	,0	,0	,0	8,9	,0	33,6	35,3	18,4	18,8	,0	55,8	19,8	24,0	28,1	,0	,0	,0	,0
1970	10,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	53,4	36,9	,0	18,8	18,9	78,4	23,6	,0	,0	,0	,0	,0
1971	11,5	,0	,0	,0	8,5	,0	15,2	68,8	17,8	,0	,0	18,8	19,0	,0	,0	94,8	,0	,0	76,6
1972	4,4	,0	,0	,0	,0	,0	13,8	,0	,0	37,8	,0	18,6	19,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1973	10,5	,0	,0	,0	8,3	,0	37,7	,0	35,1	37,1	,0	,0	19,3	,0	52,5	30,9	,0	,0	,0
1974	12,1	,0	,0	,0	8,2	20,5	11,7	31,5	34,7	,0	19,0	37,3	19,4	40,5	,0	,0	,0	,0	,0
1975	11,9	,0	,0	,0	8,0	30,2	10,9	15,1	16,6	18,0	18,8	,0	38,1	,0	49,7	31,0	,0	,0	,0
1976	19,4	,0	,0	,0	15,5	49,1	10,6	14,3	49,8	35,0	19,1	37,5	37,9	58,8	23,6	,0	,0	,0	,0
1977	10,0	,0	,0	,0	31,3	9,5	,0	,0	16,1	17,2	,0	18,8	37,5	19,6	22,7	,0	,0	,0	,0
1978	13,1	,0	,0	,0	7,7	9,2	10,5	23,6	,0	68,2	55,0	57,0	18,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1979	13,0	,0	,0	,0	7,5	,0	21,0	22,1	29,7	16,8	72,5	37,7	,0	39,4	,0	,0	,0	,0	,0
1980	11,3	,0	,0	,0	14,9	18,0	10,4	21,0	14,4	,0	36,0	,0	18,7	19,4	20,7	,0	37,5	,0	,0
1981	7,3	,0	,0	,0	7,7	18,2	,0	,0	13,7	16,3	,0	37,8	18,7	19,2	,0	,0	,0	,0	,0
1982	8,9	,0	,0	,0	,0	27,6	,0	21,0	12,6	16,0	17,4	18,6	,0	19,1	,0	,0	,0	51,7	,0
1983	12,7	,0	,0	,0	16,6	43,4	19,6	10,5	11,7	,0	17,4	18,3	,0	18,9	,0	24,4	,0	,0	51,3
1984	11,8	,0	,0	9,5	8,6	16,6	,0	20,9	11,1	29,7	17,2	72,5	18,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1985	3,9	,0	,0	,0	,0	8,2	9,4	20,6	,0	,0	,0	,0	18,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1986	10,9	,0	,0	,0	9,2	8,3	36,8	9,9	41,4	13,8	16,5	,0	,0	19,1	,0	,0	,0	,0	,0
1987	8,5	,0	,0	,0	,0	,0	18,5	9,7	,0	12,7	,0	,0	18,7	19,3	40,0	23,0	,0	102,8	,0
1988	10,0	,0	,0	,0	9,5	9,1	,0	19,0	10,3	,0	,0	34,9	55,3	19,5	,0	23,2	29,6	,0	,0
1989	8,4	,0	,0	,0	,0	38,8	9,0	,0	,0	33,3	,0	17,3	36,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1990	10,7	,0	,0	,0	29,3	,0	9,1	18,8	10,2	,0	14,7	16,8	36,3	38,8	20,2	,0	,0	,0	,0
1991	16,8	,0	,0	10,1	10,0	31,0	38,4	,0	10,0	30,9	41,8	50,0	,0	,0	40,3	23,1	,0	,0	,0
1992	12,3	,0	,0	,0	10,3	31,4	20,2	,0	39,8	10,5	25,6	33,1	,0	19,3	,0	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ÎLE-DU-PRINCE-EDOUARD, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84
1950	6,1	0,0	0,0	0,0	23,3	0,0	29,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	62,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	10,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	41,7	47,6	111,1	58,8	,0	,0	,0	,0
1952	7,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	60,6	31,3	,0	,0	,0	55,6	,0	,0	,0	,0	,0
1953	9,7	,0	,0	,0	46,5	,0	,0	,0	,0	,0	38,5	41,7	,0	,0	,0	100,0	,0	,0
1954	15,6	,0	,0	,0	,0	30,3	,0	,0	32,3	66,7	37,0	,0	95,2	52,6	,0	,0	,0	,0
1955	7,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	33,3	,0	43,5	,0	52,6	58,8	,0	,0	,0
1956	7,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	35,7	,0	,0	35,7	,0	,0	117,6	,0	,0	,0	,0
1957	10,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	76,9	,0	,0	,0	87,0	,0	,0	58,8	,0	,0	,0
1958	11,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	38,5	35,7	,0	,0	125,0	,0	,0	66,7	,0	,0	,0
1959	3,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	35,7	,0	,0	,0	,0	,0	71,4	,0	,0	,0
1960	15,3	,0	,0	,0	22,2	,0	,0	74,1	35,7	,0	35,7	40,0	,0	,0	117,6	,0	,0	,0
1961	13,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	35,3	69,5	34,5	,0	,0	,0	111,8	,0	,0	277,0
1962	5,5	,0	,0	,0	,0	29,7	31,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	53,7	,0	,0	,0	,0
1963	9,1	,0	,0	,0	,0	29,6	32,0	,0	34,4	,0	,0	72,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1964	18,1	,0	,0	,0	20,1	,0	,0	33,2	34,5	,0	35,4	72,7	85,3	,0	,0	131,5	,0	,0
1965	9,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	36,0	,0	41,3	51,9	,0	65,7	92,4	,0
1966	12,7	,0	,0	,0	,0	,0	34,6	69,1	,0	35,5	,0	,0	80,9	,0	54,1	,0	,0	,0
1967	9,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	73,2	,0	36,8	74,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1968	14,4	,0	,0	,0	17,4	,0	,0	,0	,0	36,4	,0	37,2	78,6	96,7	56,0	,0	,0	,0
1969	16,1	,0	,0	,0	17,4	,0	66,0	34,7	,0	36,7	,0	75,0	38,6	46,3	,0	,0	,0	,0
1970	21,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	104,9	71,5	,0	37,0	38,3	153,4	45,5	,0	,0	,0	,0
1971	21,1	,0	,0	,0	16,9	,0	29,4	100,8	34,4	,0	,0	38,2	37,4	,0	,0	195,4	,0	207,0
1972	8,7	,0	,0	,0	,0	,0	26,8	,0	,0	72,2	,0	37,7	38,3	,0	,0	,0	,0	,0
1973	19,0	,0	,0	,0	16,5	,0	73,6	,0	67,8	70,9	,0	,0	38,8	,0	52,2	64,4	,0	,0
1974	20,5	,0	,0	,0	16,2	20,2	22,9	62,3	67,2	,0	37,6	38,0	38,7	81,8	,0	,0	,0	,0
1975	20,2	,0	,0	,0	15,9	39,6	21,3	29,9	32,6	34,6	,0	,0	77,6	,0	99,3	65,7	,0	,0
1976	33,5	,0	,0	,0	15,5	97,4	20,7	28,0	97,6	68,0	37,5	75,4	78,3	40,1	47,3	,0	,0	,0
1977	18,2	,0	,0	,0	61,7	19,1	,0	,0	31,5	33,9	,0	38,1	38,6	40,6	46,2	,0	,0	,0
1978	19,7	,0	,0	,0	,0	,0	20,9	46,3	,0	133,2	106,3	77,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1979	21,1	,0	,0	,0	14,7	,0	41,6	43,6	58,6	32,7	70,3	38,0	,0	81,5	,0	,0	,0	,0
1980	21,0	,0	,0	,0	29,1	36,5	20,8	41,3	28,4	,0	69,5	,0	38,5	40,8	,0	,0	84,2	,0
1981	14,6	,0	,0	,0	15,0	37,0	,0	,0	26,4	31,9	,0	74,3	38,5	40,7	,0	,0	,0	,0
1982	16,2	,0	,0	,0	,0	36,8	,0	41,9	24,3	31,3	34,6	35,9	,0	40,5	,0	,0	123,9	,0
1983	19,1	,0	,0	,0	32,7	68,7	19,7	21,0	,0	,0	,0	35,4	,0	39,9	,0	52,3	,0	124,8
1984	20,5	,0	,0	18,3	16,9	32,6	,0	41,9	21,8	29,1	33,8	140,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1985	4,7	,0	,0	,0	,0	15,9	,0	20,7	,0	,0	,0	,0	37,5	,0	,0	,0	,0	,0
1986	15,6	,0	,0	,0	,0	16,3	37,1	19,9	61,9	26,8	32,1	,0	,0	39,6	,0	,0	,0	,0
1987	14,0	,0	,0	,0	,0	,0	36,8	19,7	,0	24,7	,0	,0	,0	39,9	43,3	50,8	,0	258,7
1988	17,1	,0	,0	,0	18,4	18,1	,0	38,4	,0	,0	,0	34,6	108,1	40,0	,0	51,8	68,0	,0
1989	15,4	,0	,0	,0	,0	76,6	,0	,0	,0	65,7	,0	34,2	71,4	,0	,0	,0	,0	,0
1990	21,6	,0	,0	,0	56,5	,0	18,1	38,2	20,4	,0	29,1	33,4	71,7	78,2	43,1	,0	,0	,0
1991	29,3	,0	,0	19,5	19,2	61,7	38,3	,0	20,1	61,7	81,9	99,4	,0	,0	42,3	52,6	,0	,0
1992	23,3	,0	,0	,0	,0	62,1	40,5	,0	80,5	21,2	50,2	65,8	,0	38,1	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	7,1	0,0	0,0	0,0	3,8	2,0	4,1	4,2	11,5	13,7	16,6	10,9	12,1	18,7	26,3	26,5	19,4	16,7	27,0
1951	4,4	,0	,0	,0	1,9	,0	,0	4,3	2,2	7,9	6,6	14,4	12,0	4,7	10,3	13,0	57,1	16,9	,0
1952	6,4	,0	,0	,0	1,9	2,2	2,1	6,5	13,3	2,6	15,9	25,1	19,8	13,9	10,3	6,3	28,0	50,0	,0
1953	5,0	,0	,0	,0	1,9	2,1	8,6	4,4	13,2	2,5	12,3	10,6	7,8	18,3	15,4	6,3	,0	16,1	,0
1954	4,0	,0	,0	,0	,0	2,1	4,3	2,2	8,8	12,1	2,9	10,4	3,9	9,0	15,4	12,3	17,9	,0	,0
1955	5,3	,0	,0	,0	5,5	4,1	4,4	2,2	4,3	14,1	14,2	6,9	11,7	17,7	15,2	6,1	8,8	,0	24,4
1956	3,9	,0	,0	1,5	,0	6,1	4,5	2,2	4,3	6,9	16,3	3,4	7,8	4,4	15,1	11,9	,0	,0	,0
1957	7,1	,0	,0	,0	1,7	10,2	4,5	17,8	8,7	13,8	10,6	20,1	15,4	21,6	10,0	11,8	8,6	,0	,0
1958	4,8	,0	,0	1,4	3,4	2,0	6,8	2,2	6,6	9,2	15,6	9,7	15,2	21,7	,0	,0	8,3	,0	,0
1959	4,2	,0	,0	,0	1,7	2,0	4,5	2,3	6,6	13,6	5,1	6,2	11,2	8,6	14,6	5,8	16,4	14,5	,0
1960	8,0	,0	,0	,0	11,3	4,0	6,8	9,1	13,3	13,5	12,5	21,0	18,5	17,1	14,3	23,1	16,1	,0	,0
1961	5,2	,0	,0	1,2	1,6	,0	2,3	9,2	13,3	6,7	12,2	17,3	7,3	17,0	14,1	5,7	,0	,0	20,4
1962	6,0	,0	,0	1,2	4,5	7,9	9,1	11,7	13,5	13,5	12,0	11,2	,0	12,7	4,7	11,4	,0	13,3	,0
1963	6,1	,0	,0	,0	2,9	3,8	2,3	,0	11,5	18,1	14,2	13,6	10,3	8,4	28,3	11,3	7,8	39,0	,0
1964	5,3	,0	,0	,0	,0	1,9	4,6	7,3	7,1	11,4	11,8	10,6	23,1	12,5	4,7	22,4	7,7	12,6	,0
1965	8,6	,0	,0	2,5	4,1	5,7	4,6	9,7	21,5	13,9	14,2	26,0	28,7	12,1	23,5	16,5	,0	,0	,0
1966	9,1	,0	,0	3,7	5,4	11,4	23,2	12,1	16,8	14,1	2,4	17,8	24,8	31,4	4,6	5,4	15,3	,0	,0
1967	7,5	,0	,0	,0	2,6	10,7	11,4	4,9	9,8	16,6	16,8	20,1	8,9	22,7	13,8	5,4	15,0	,0	17,5
1968	6,9	,0	,0	,0	1,3	10,0	2,2	4,8	12,3	24,1	9,6	12,5	25,9	7,3	13,6	16,2	,0	11,8	17,1
1969	9,8	,0	,0	,0	6,4	9,4	16,9	16,7	14,6	22,0	19,1	19,9	8,3	13,9	17,7	10,8	21,5	35,1	,0
1970	9,3	,0	,0	1,2	10,2	18,1	8,0	4,7	19,4	19,8	4,8	9,9	19,0	20,1	17,1	21,6	7,1	11,6	16,0
1971	8,6	,0	,0	1,2	2,5	14,1	16,6	22,7	9,5	17,3	12,0	9,9	18,5	12,9	8,2	5,3	7,0	22,6	,0
1972	11,6	,0	,0	2,3	8,5	18,3	13,8	15,4	24,0	22,1	17,2	26,6	15,8	21,8	8,0	10,7	6,9	,0	,0
1973	10,9	,0	,0	2,3	4,8	16,6	20,9	10,5	14,3	14,6	14,8	9,6	26,3	39,0	15,4	15,7	6,9	,0	,0
1974	10,6	,0	,0	,0	5,9	23,1	13,8	24,1	21,2	12,1	10,0	26,5	13,1	14,5	11,2	10,2	,0	,0	,0
1975	10,3	,0	,0	1,1	8,2	14,5	19,1	13,4	16,2	19,5	15,1	9,8	18,1	14,2	14,5	14,8	13,8	,0	,0
1976	10,3	,0	,0	1,2	9,2	18,0	12,8	20,1	11,3	24,1	12,6	14,8	10,2	11,2	7,0	14,5	,0	20,9	27,1
1977	11,2	,0	,0	,0	9,2	26,5	15,7	25,5	13,1	9,7	10,0	20,2	10,0	16,7	10,1	18,7	,0	,0	,0
1978	12,4	,0	,0	1,2	5,7	23,6	22,9	17,7	12,5	14,5	17,3	17,7	22,4	19,3	16,2	4,5	6,6	20,5	26,0
1979	12,5	,0	,0	1,3	11,3	22,2	12,7	15,4	12,0	21,2	12,3	28,1	24,9	16,6	6,3	17,3	19,3	10,1	12,8
1980	11,4	,0	,0	,0	7,9	17,3	16,6	11,9	13,5	13,9	19,7	12,8	20,1	16,3	24,6	16,6	18,8	10,0	,0
1981	10,7	,0	,0	2,8	10,4	16,0	9,6	11,6	22,2	11,3	27,0	15,3	12,7	2,7	15,1	24,1	,0	19,7	,0
1982	12,1	,0	,0	2,8	10,8	14,6	22,8	13,1	13,8	6,6	27,0	15,2	18,1	7,9	14,9	27,2	23,3	,0	11,8
1983	11,9	,0	,0	1,4	7,5	24,7	13,0	13,1	9,7	29,3	19,5	17,6	13,0	15,6	11,9	11,2	11,2	18,8	,0
1984	9,8	,0	,0	,0	9,1	12,6	12,7	8,5	14,0	10,1	11,9	22,5	20,9	10,4	11,9	14,5	5,4	9,0	22,7
1985	11,9	,0	,0	2,9	13,4	19,4	12,4	5,5	20,9	13,6	11,8	10,0	20,9	23,7	14,6	21,1	20,8	,0	11,0
1986	10,5	,0	,0	1,5	15,0	13,9	12,2	12,1	8,7	11,1	13,8	24,8	20,8	18,7	5,7	6,9	15,1	8,5	,0
1987	12,4	,0	,0	3,1	12,5	14,5	21,7	14,4	8,7	13,9	15,6	24,9	12,9	8,1	19,7	27,3	14,6	16,4	,0
1988	11,8	,0	,0	4,7	11,3	17,8	12,0	10,3	7,2	11,5	19,1	27,2	28,2	16,2	16,8	17,1	14,0	,0	,0
1989	10,6	,0	,0	1,6	11,4	17,4	9,5	8,8	7,1	14,0	10,2	19,4	28,1	13,6	22,3	10,2	13,5	15,3	,0
1990	12,6	,0	,0	3,2	7,2	19,5	21,5	12,4	15,2	16,5	7,8	16,7	17,8	21,7	14,1	23,3	21,8	7,4	,0
1991	12,3	,0	,0	,0	10,3	15,4	11,1	15,9	21,7	15,9	9,4	13,9	20,3	18,9	14,2	16,3	30,0	21,1	,0
1992	10,5	,0	,0	,0	9,1	14,2	16,7	9,8	17,2	17,5	14,0	20,2	12,7	10,7	20,2	,0	4,2	,0	8,9

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	10,5	0,0	0,0	0,0	7,5	4,0	8,2	0,0	17,9	20,9	32,5	14,5	15,9	27,5	30,9	51,9	19,6	0,0	62,5
1951	6,8	,0	,0	,0	3,9	,0	,0	8,7	4,3	14,9	6,4	21,4	23,8	,0	20,2	25,6	57,7	35,7	,0
1952	9,7	,0	,0	,0	3,8	4,3	4,3	13,2	17,4	4,9	12,2	35,2	31,5	9,1	20,2	12,5	56,6	107,1	,0
1953	8,0	,0	,0	,0	3,8	,0	17,3	8,8	21,6	4,7	23,3	20,5	7,8	9,0	30,3	12,5	,0	34,5	,0
1954	5,3	,0	,0	,0	,0	,0	4,3	,0	13,0	13,9	5,6	20,0	,0	17,9	20,2	24,7	18,2	,0	,0
1955	8,4	,0	,0	,0	10,8	4,0	8,8	4,4	4,4	22,7	26,7	6,6	15,5	26,3	20,0	12,3	17,9	,0	55,6
1956	6,2	,0	,0	,0	,0	7,9	8,9	4,4	,0	13,4	30,5	,0	15,4	8,7	29,7	24,1	,0	,0	,0
1957	12,1	,0	,0	,0	,0	19,6	8,9	31,3	13,2	22,4	20,0	19,1	30,5	43,1	19,8	24,1	17,9	,0	,0
1958	7,8	,0	,0	2,7	6,6	,0	13,3	,0	8,9	4,5	29,6	18,3	29,9	43,5	,0	,0	17,2	,0	,0
1959	7,4	,0	,0	,0	3,2	3,9	8,8	,0	13,5	22,4	9,7	11,6	22,1	17,2	19,6	11,8	33,9	31,3	,0
1960	11,6	,0	,0	,0	12,5	7,8	13,3	13,7	18,0	22,4	24,0	22,3	29,0	25,6	9,6	35,3	33,3	,0	,0
1961	8,6	,0	,0	2,4	3,0	,0	4,5	13,9	13,5	13,5	19,0	32,4	14,3	25,4	28,7	11,8	,0	,0	48,7
1962	10,0	,0	,0	2,4	8,7	15,1	17,8	18,7	27,4	22,6	14,2	15,8	,0	16,9	9,6	11,7	,0	28,8	,0
1963	10,0	,0	,0	,0	2,9	7,5	,0	,0	13,9	31,9	23,5	25,9	19,7	16,8	38,6	23,4	16,4	84,9	,0
1964	8,4	,0	,0	,0	,0	3,6	8,9	4,8	14,4	23,2	18,9	15,4	25,2	25,0	9,8	35,2	16,3	27,7	,0
1965	14,1	,0	,0	2,4	5,4	7,4	9,0	19,1	33,8	23,6	28,6	45,5	54,5	16,2	19,4	35,0	,0	,0	,0
1966	16,0	,0	,0	7,2	7,9	22,7	32,2	19,1	34,0	28,6	4,8	29,9	47,0	54,9	9,6	11,5	16,3	,0	,0
1967	13,1	,0	,0	,0	5,2	21,2	18,1	9,6	19,7	24,1	34,1	34,9	11,4	30,0	28,6	11,6	32,4	,0	42,4
1968	10,6	,0	,0	,0	2,6	13,2	4,4	9,5	24,5	34,0	14,6	25,0	33,3	14,3	18,8	23,3	,0	26,5	,0
1969	17,2	,0	,0	,0	12,6	18,6	24,9	28,2	29,1	44,3	24,2	40,0	16,3	27,2	18,4	23,5	32,1	79,5	,0
1970	16,0	,0	,0	2,3	14,9	35,9	15,7	9,3	28,7	30,0	9,7	15,1	26,7	32,5	35,7	47,0	16,0	26,4	39,8
1971	15,4	,0	,0	2,3	4,8	24,9	25,1	44,4	18,6	24,7	24,1	15,0	36,8	25,1	17,0	,0	16,0	52,8	,0
1972	18,0	,0	,0	4,5	16,6	27,5	20,2	21,5	33,0	34,1	29,9	49,1	26,5	30,5	,0	23,2	,0	,0	,0
1973	17,8	,0	,0	4,4	9,3	27,0	37,7	20,6	23,4	24,0	20,1	19,6	37,3	59,4	23,6	22,9	,0	,0	,0
1974	17,7	,0	,0	,0	11,5	37,0	18,0	35,4	36,8	24,1	20,3	49,2	21,5	23,2	15,2	22,2	,0	,0	,0
1975	17,6	,0	,0	2,2	13,6	28,5	28,7	26,3	31,8	28,9	20,4	20,0	31,9	28,7	22,1	21,5	16,3	,0	,0
1976	16,9	,0	,0	2,3	15,6	30,2	19,5	32,2	22,3	38,1	15,3	25,3	10,6	22,9	14,2	31,6	,0	54,5	36,8
1977	17,8	,0	,0	,0	17,9	42,1	28,1	40,0	21,4	9,5	15,1	26,0	15,5	22,9	20,7	30,4	,0	,0	,0
1978	19,2	,0	,0	2,4	6,7	41,6	31,1	28,4	20,6	18,9	24,6	15,6	36,3	34,5	26,9	9,6	16,0	54,3	74,9
1979	21,0	,0	,0	2,5	17,7	38,9	22,4	24,3	19,8	37,0	24,6	31,5	41,4	34,6	13,1	37,2	46,4	27,3	,0
1980	20,5	,0	,0	,0	15,4	34,1	30,6	17,7	22,7	22,8	39,4	21,0	41,7	28,5	45,4	26,8	29,8	26,5	,0
1981	17,9	,0	,0	5,4	11,3	31,7	19,5	23,1	36,3	22,3	39,0	20,8	10,6	,0	32,1	43,0	,0	52,0	,0
1982	19,2	,0	,0	2,7	16,3	23,9	40,4	23,3	23,8	13,0	34,0	30,7	21,6	16,7	12,7	50,2	27,6	,0	37,6
1983	20,8	,0	,0	2,7	12,1	39,0	23,4	23,2	16,1	49,9	28,8	35,4	27,0	33,1	19,3	24,4	13,1	51,2	,0
1984	17,2	,0	,0	,0	17,6	17,9	25,2	14,2	21,6	20,0	23,5	35,2	43,4	16,5	19,4	31,8	12,7	,0	74,3
1985	20,4	,0	,0	5,7	23,4	33,2	19,6	5,5	35,6	22,9	13,9	15,0	43,2	49,9	25,4	39,4	36,3	,0	36,5
1986	17,6	,0	,0	2,9	29,1	26,9	16,8	21,6	14,5	14,7	22,7	24,8	32,2	39,3	6,3	15,4	35,3	22,7	,0
1987	21,6	,0	,0	6,0	24,4	23,4	40,4	18,3	11,6	24,0	26,4	49,4	26,5	11,4	43,1	45,9	22,7	43,5	,0
1988	19,5	,0	,0	9,1	19,3	27,3	16,5	15,4	14,4	16,3	29,6	44,2	41,8	28,6	36,7	38,6	32,6	,0	,0
1989	18,3	,0	,0	3,1	19,5	34,0	18,7	15,1	8,5	15,5	16,3	33,6	51,9	28,7	36,4	15,4	32,0	39,8	,0
1990	21,1	,0	,0	3,1	11,3	27,3	37,8	22,3	25,1	29,8	11,6	19,0	36,1	40,0	18,3	45,4	52,5	19,0	,0
1991	21,2	,0	,0	,0	20,0	30,3	22,0	26,9	35,6	26,0	11,1	27,8	20,3	22,6	24,6	37,1	72,4	54,1	,0
1992	17,6	,0	,0	,0	17,6	22,3	25,5	17,1	26,7	26,2	24,3	40,4	20,3	22,2	25,1	,0	10,2	,0	30,1

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVELLE-ÉCOSSE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5	4,8	5,7	0,0	7,3	8,2	9,5	21,5	0,0	19,2	32,3	0,0
1951	1,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	6,8	7,3	,0	9,6	,0	,0	56,6	,0	,0
1952	3,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	9,0	,0	20,0	14,6	7,9	18,9	,0	,0	,0	,0
1953	1,8	,0	,0	,0	,0	4,3	,0	,0	4,5	,0	,0	,0	7,9	27,8	,0	,0	,0	,0	,0
1954	2,7	,0	,0	,0	,0	4,3	4,4	4,3	4,4	10,1	,0	,0	7,8	,0	10,4	,0	17,5	,0	,0
1955	2,1	,0	,0	,0	,0	4,3	,0	,0	4,3	4,9	,0	7,2	7,8	8,9	10,3	,0	,0	,0	,0
1956	1,5	,0	,0	3,0	,0	4,2	,0	,0	8,5	,0	,0	7,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1957	2,0	,0	,0	,0	3,6	,0	,0	4,4	4,3	4,7	,0	21,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1958	1,7	,0	,0	,0	,0	4,2	,0	4,5	4,3	14,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1959	,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,5	,0	4,6	,0	,0	,0	,0	9,6	,0	,0	,0	,0
1960	4,2	,0	,0	,0	10,0	,0	,0	4,5	8,8	4,5	,0	19,4	7,6	8,5	18,9	11,4	,0	,0	,0
1961	1,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,6	13,2	,0	5,0	,0	,0	8,5	,0	,0	,0	,0	,0
1962	1,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,7	,0	4,5	9,7	6,0	,0	8,5	,0	11,0	,0	,0	,0
1963	2,2	,0	,0	,0	3,0	,0	4,7	,0	9,1	4,5	4,8	,0	,0	,0	18,4	,0	,0	,0	,0
1964	2,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	9,8	,0	,0	4,8	5,5	20,9	,0	,0	10,7	,0	,0	,0
1965	2,9	,0	,0	2,5	2,8	3,9	,0	,0	9,5	4,6	,0	5,4	,0	8,1	27,4	,0	,0	,0	,0
1966	2,1	,0	,0	,0	2,7	,0	14,1	4,9	,0	,0	,0	5,2	,0	7,8	,0	,0	14,3	,0	,0
1967	1,9	,0	,0	,0	,0	,0	4,6	,0	,0	9,4	,0	5,1	6,3	15,2	,0	,0	,0	,0	,0
1968	3,1	,0	,0	,0	,0	6,8	,0	,0	,0	14,3	4,7	,0	17,9	,0	8,7	10,0	,0	,0	28,9
1969	2,3	,0	,0	,0	,0	,0	8,6	4,8	,0	,0	14,2	,0	,0	,0	17,0	,0	13,0	,0	,0
1970	2,6	,0	,0	,0	5,2	,0	,0	,0	9,8	9,8	,0	4,9	11,0	6,9	,0	,0	,0	,0	,0
1971	1,8	,0	,0	,0	,0	2,9	7,6	,0	,0	9,9	,0	4,9	,0	,0	,0	9,9	,0	,0	,0
1972	5,0	,0	,0	,0	,0	8,6	7,0	9,0	14,7	9,9	4,9	4,8	5,3	12,7	15,6	,0	12,0	,0	,0
1973	4,0	,0	,0	,0	,0	5,7	3,3	,0	4,9	4,9	9,8	,0	15,5	18,2	7,6	9,7	12,0	,0	,0
1974	3,4	,0	,0	,0	,0	8,4	9,4	12,3	4,8	,0	,0	4,7	5,1	5,8	7,4	,0	,0	,0	,0
1975	2,9	,0	,0	,0	2,4	,0	9,0	,0	,0	9,8	9,9	,0	5,1	,0	7,1	9,1	11,9	,0	,0
1976	3,6	,0	,0	,0	2,4	5,2	5,8	7,5	,0	9,8	10,0	4,8	9,9	,0	,0	,0	,0	,0	21,4
1977	4,5	,0	,0	,0	,0	10,3	2,9	10,4	4,4	9,8	5,0	14,7	4,8	10,8	,0	8,7	,0	,0	,0
1978	5,7	,0	,0	,0	4,7	5,1	14,5	6,6	4,2	9,8	9,9	19,7	9,6	5,3	6,3	,0	,0	,0	,0
1979	4,0	,0	,0	,0	4,6	5,0	2,8	6,3	4,1	4,8	,0	24,8	9,6	,0	,0	,0	,0	,0	19,4
1980	2,3	,0	,0	,0	,0	,0	2,8	6,0	3,9	4,7	,0	5,0	,0	5,2	5,8	7,8	10,8	,0	,0
1981	3,7	,0	,0	,0	9,5	,0	,0	,0	7,5	,0	14,9	10,0	14,7	5,1	,0	7,6	,0	,0	,0
1982	5,1	,0	,0	2,9	4,9	4,9	5,3	2,9	3,5	,0	19,8	,0	15,0	,0	16,8	7,3	20,2	,0	,0
1983	3,2	,0	,0	,0	2,6	9,6	2,6	2,9	3,3	8,4	9,9	,0	,0	,0	5,6	,0	9,8	,0	,0
1984	2,5	,0	,0	,0	,0	7,1	,0	2,8	6,3	,0	,0	9,9	,0	4,9	5,5	,0	,0	14,4	,0
1985	3,6	,0	,0	,0	2,8	4,7	5,0	5,5	6,0	3,9	9,5	5,0	,0	,0	5,4	6,4	9,1	,0	,0
1986	3,6	,0	,0	,0	,0	,0	7,5	2,7	2,9	7,5	4,6	25,0	10,1	,0	5,3	,0	,0	,0	,0
1987	3,3	,0	,0	,0	,0	5,0	2,5	10,5	5,8	3,5	4,5	,0	,0	5,1	,0	12,3	8,5	,0	,0
1988	4,2	,0	,0	,0	2,9	7,8	7,3	5,2	,0	6,6	8,5	10,0	15,2	5,1	,0	,0	,0	,0	,0
1989	3,1	,0	,0	,0	2,9	,0	,0	2,5	5,7	12,5	4,1	4,9	5,0	,0	10,3	6,1	,0	,0	,0
1990	4,3	,0	,0	3,3	3,0	11,3	4,9	2,5	5,5	3,0	4,0	14,4	,0	5,2	10,5	6,0	,0	,0	,0
1991	3,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,9	8,1	5,8	7,6	,0	20,2	15,5	5,3	,0	,0	,0	,0
1992	3,6	,0	,0	,0	,0	5,8	7,8	2,4	7,9	8,7	3,5	,0	5,1	,0	16,1	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	5,9	0,0	0,0	2,1	2,3	2,6	0,0	0,0	3,1	21,6	13,0	23,9	26,6	12,4	7,2	9,1	0,0	76,9	0,0
1951	3,7	,0	,0	,0	,0	5,5	,0	2,9	6,1	3,5	4,3	9,5	15,7	18,4	,0	8,9	27,4	25,0	,0
1952	3,2	,0	,0	,0	,0	,0	2,7	,0	,0	6,8	,0	14,1	,0	24,0	27,6	8,8	13,5	24,4	,0
1953	3,4	,0	,0	,0	,0	5,4	5,5	8,4	3,0	3,3	4,0	,0	10,3	11,9	6,9	17,2	13,2	,0	,0
1954	2,8	,0	,0	,0	,0	,0	2,8	,0	,0	6,5	3,9	13,8	15,3	11,7	13,7	8,5	,0	,0	,0
1955	4,2	,0	,0	,0	2,2	5,5	5,8	2,8	,0	9,6	7,5	4,6	15,2	17,3	20,1	,0	25,0	,0	,0
1956	4,3	,0	,0	,0	2,1	5,5	11,8	,0	5,8	3,1	7,2	9,1	20,2	11,4	6,5	8,1	12,2	,0	35,7
1957	3,2	,0	,0	,0	,0	5,5	,0	2,9	2,9	6,2	10,6	13,3	15,1	5,7	,0	,0	11,9	,0	35,7
1958	5,3	,0	,0	,0	,0	2,7	8,8	2,9	,0	6,1	6,9	30,0	14,9	22,7	6,5	15,6	23,3	41,7	,0
1959	5,5	,0	,0	,0	,0	,0	5,9	5,8	8,5	9,1	20,3	12,3	14,6	33,7	6,4	7,7	22,5	,0	,0
1960	4,6	,0	,0	,0	,0	2,7	14,8	17,5	5,6	6,0	10,0	19,9	,0	5,6	6,3	,0	11,1	,0	,0
1961	5,0	,0	,0	,0	3,7	5,3	3,0	8,9	2,8	5,9	16,3	15,3	19,2	11,1	6,2	7,6	21,8	,0	,0
1962	6,0	,0	,0	,0	3,6	12,8	14,8	11,9	11,2	2,9	9,7	14,9	4,6	16,4	12,3	,0	21,4	,0	,0
1963	4,8	,0	,0	1,4	5,2	5,0	8,9	3,0	17,2	8,8	3,2	3,6	9,0	16,2	6,1	,0	,0	17,7	29,0
1964	6,4	,0	,0	,0	5,0	10,0	12,1	,0	11,7	11,7	12,7	14,3	26,1	21,4	6,1	7,4	,0	,0	,0
1965	5,7	,0	,0	,0	1,6	2,5	9,0	15,4	9,0	5,8	12,7	17,6	16,8	15,7	24,2	,0	,0	,0	,0
1966	4,1	,0	,0	,0	,0	4,7	3,0	,0	9,2	11,8	22,1	3,5	,0	15,4	12,0	7,1	10,3	,0	,0
1967	4,8	,0	,0	,0	7,5	10,9	5,9	9,4	3,1	11,9	3,1	6,8	7,9	5,0	6,0	21,2	,0	,0	,0
1968	4,6	,0	,0	,0	3,0	6,0	2,8	3,1	6,3	6,0	12,4	16,9	11,6	4,8	5,9	7,1	19,4	16,2	,0
1969	8,4	,0	,0	,0	1,5	9,4	8,2	12,5	19,0	12,3	21,5	23,5	37,6	18,5	11,6	,0	,0	,0	,0
1970	5,9	,0	,0	,0	,0	3,7	2,6	18,7	9,6	9,5	21,5	13,4	7,4	22,4	17,0	7,1	,0	,0	,0
1971	6,8	,0	,0	,0	,0	5,1	16,6	2,9	12,4	9,4	24,3	9,9	21,4	4,3	21,6	13,9	18,4	,0	,0
1972	7,5	,0	,0	1,3	7,0	13,4	6,5	8,5	21,9	12,4	12,4	16,0	14,2	16,6	5,3	,0	,0	,0	,0
1973	8,8	,0	,0	2,7	5,5	13,1	10,1	18,8	18,7	15,5	,0	25,2	17,6	12,1	15,3	6,7	9,2	,0	,0
1974	8,8	,0	,0	1,3	9,6	19,2	9,5	20,3	6,1	6,2	12,6	9,4	24,4	11,7	14,9	6,6	9,1	,0	,0
1975	7,8	,0	,0	1,3	9,5	13,8	5,3	16,7	8,9	18,6	3,2	6,2	6,9	22,7	9,5	13,0	9,0	,0	,0
1976	10,7	,0	,0	2,7	5,3	13,3	15,3	20,2	17,0	24,6	15,8	9,2	16,9	29,9	9,1	6,4	,0	41,1	,0
1977	10,3	,0	,0	,0	4,0	21,8	18,5	10,4	27,1	15,5	15,6	9,4	6,5	22,2	4,4	24,4	17,5	,0	,0
1978	12,8	,0	,0	1,4	16,1	17,3	10,0	17,6	28,4	24,6	24,9	22,2	9,6	22,1	4,3	11,8	25,3	,0	17,4
1979	11,9	,0	,0	,0	17,4	14,5	14,8	11,2	14,8	17,9	21,9	19,2	19,1	22,0	25,0	17,0	,0	,0	,0
1980	11,4	,0	,0	,0	5,4	19,0	16,2	12,5	16,6	17,5	18,8	19,3	22,3	14,4	16,4	16,3	16,0	12,8	16,4
1981	10,9	,0	,0	,0	5,5	19,2	9,7	15,6	13,7	16,9	12,6	19,3	35,1	21,2	,0	5,2	15,6	37,9	,0
1982	12,7	,0	,0	,0	12,7	26,6	12,8	17,4	8,5	13,6	12,7	19,1	29,2	3,4	23,9	25,3	7,6	37,1	15,2
1983	13,9	,0	,0	,0	5,9	17,3	17,1	13,8	21,7	15,6	15,7	35,0	22,7	23,5	31,8	19,6	14,7	24,0	29,9
1984	12,4	,0	,0	1,6	12,3	22,7	15,3	13,5	7,5	14,9	15,3	22,4	19,5	26,5	11,8	9,5	7,1	11,6	57,8
1985	11,8	,0	,0	,0	8,0	15,7	12,2	11,5	19,7	16,7	15,0	12,9	22,9	23,2	15,5	18,7	33,7	11,3	,0
1986	13,2	,0	,0	,0	14,7	16,0	18,3	20,9	15,7	18,2	26,2	29,0	13,2	16,5	3,8	4,6	19,5	11,0	13,9
1987	10,3	,0	,0	1,7	8,3	25,6	9,1	9,5	12,2	6,4	16,7	22,7	22,8	6,7	14,7	4,5	6,3	21,1	,0
1988	14,7	,0	,0	5,3	13,3	23,7	21,2	17,2	20,7	19,9	16,0	16,1	19,5	6,7	18,0	31,7	18,1	10,2	,0
1989	11,4	,0	,0	,0	8,3	13,2	21,1	15,5	20,3	13,2	15,2	9,4	26,0	16,9	10,7	9,0	,0	,0	12,6
1990	11,3	,0	,0	,0	10,0	17,2	13,6	17,0	23,1	12,6	17,0	3,0	16,3	6,8	14,1	30,7	,0	,0	12,2
1991	12,4	,0	,0	1,8	11,8	12,0	21,6	19,9	21,1	10,4	21,0	11,7	22,7	10,2	7,0	17,1	16,9	,0	,0
1992	11,3	,0	,0	,0	15,5	27,5	20,9	12,3	11,2	15,6	8,7	11,3	16,4	10,0	7,2	8,2	11,1	,0	11,4

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																+85	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84
1950	9,6	0,0	0,0	4,0	4,6	5,3	0,0	0,0	5,9	34,2	25,4	28,3	41,7	12,0	13,9	17,5	0,0	157,9	0,0
1951	5,4	,0	,0	,0	,0	5,8	,0	5,8	6,0	6,7	8,4	9,4	30,9	23,8	,0	17,5	54,1	,0	,0
1952	5,3	,0	,0	,0	,0	,0	5,6	,0	,0	13,2	,0	27,8	,0	34,9	40,0	,0	27,0	50,0	,0
1953	5,6	,0	,0	,0	,0	11,3	5,7	11,3	5,9	6,5	7,9	,0	20,4	23,3	13,3	16,9	26,3	,0	,0
1954	4,4	,0	,0	,0	,0	,0	5,8	,0	,0	6,4	,0	27,3	30,6	23,0	13,3	16,7	,0	,0	,0
1955	6,9	,0	,0	,0	4,4	11,2	5,9	5,7	,0	12,5	7,3	,0	30,3	34,1	39,5	,0	50,0	,0	,0
1956	6,8	,0	,0	,0	4,3	11,2	24,0	,0	5,8	6,1	6,9	,0	30,0	22,2	12,8	16,1	24,4	,0	83,3
1957	6,3	,0	,0	,0	,0	11,1	,0	5,8	5,8	12,0	20,3	25,9	30,0	11,2	,0	,0	23,8	,0	83,3
1958	8,0	,0	,0	,0	,0	5,5	18,0	5,8	,0	,0	6,7	49,6	29,4	33,7	12,8	31,7	46,5	,0	,0
1959	9,2	,0	,0	,0	,0	,0	11,9	5,8	17,1	11,9	39,2	23,8	19,2	67,4	,0	15,6	22,7	,0	,0
1960	7,4	,0	,0	,0	,0	5,4	23,8	35,5	11,4	5,9	19,4	15,3	,0	11,2	12,5	,0	22,7	,0	,0
1961	7,3	,0	,0	,0	7,3	10,7	5,9	6,0	,0	11,7	19,2	22,0	28,2	22,4	12,4	,0	44,7	,0	,0
1962	9,8	,0	,0	,0	7,0	25,6	23,7	18,1	17,1	5,9	12,7	21,5	9,1	22,2	24,9	,0	44,2	,0	,0
1963	8,1	,0	,0	2,7	6,8	10,0	17,9	6,1	23,2	17,6	6,3	7,0	8,7	32,9	12,5	,0	,0	38,0	67,8
1964	10,1	,0	,0	,0	6,5	14,7	24,1	,0	23,8	17,6	18,9	20,8	33,7	43,4	12,6	,0	,0	,0	,0
1965	9,4	,0	,0	,0	3,1	4,8	12,1	31,0	12,1	11,8	25,2	27,5	24,4	21,2	37,9	,0	,0	,0	,0
1966	6,1	,0	,0	,0	,0	4,7	6,0	,0	12,3	11,9	37,9	6,8	,0	31,0	25,1	,0	21,9	,0	,0
1967	8,0	,0	,0	,0	11,8	21,5	11,7	19,0	6,3	6,0	6,3	13,5	15,4	10,0	,0	45,2	,0	,0	,0
1968	7,0	,0	,0	,0	5,8	11,8	,0	6,3	6,3	12,2	25,0	13,4	22,7	,0	12,4	15,2	21,3	36,1	,0
1969	12,0	,0	,0	,0	2,9	14,8	10,7	18,7	31,9	12,5	37,3	26,8	44,4	27,6	24,3	,0	,0	,0	,0
1970	8,3	,0	,0	,0	,0	7,2	5,1	24,9	12,8	12,8	43,5	6,7	7,3	35,7	11,8	15,5	,0	,0	,0
1971	10,8	,0	,0	,0	,0	6,6	27,2	5,7	24,6	12,5	30,5	19,9	28,3	8,5	44,6	15,3	41,1	,0	,0
1972	11,9	,0	,0	2,6	11,0	26,2	4,2	16,5	37,1	24,9	12,5	26,0	21,2	16,4	10,9	,0	,0	,0	,0
1973	14,5	,0	,0	5,2	10,8	22,5	11,7	31,3	36,9	31,0	,0	38,5	28,1	16,1	10,5	14,8	20,9	,0	,0
1974	16,1	,0	,0	2,6	18,7	34,5	14,7	39,2	12,0	12,4	25,3	19,1	35,2	23,5	20,3	14,6	20,8	,0	,0
1975	11,4	,0	,0	2,6	13,2	21,2	10,4	32,2	11,6	18,5	6,3	6,3	7,0	38,3	9,7	14,3	,0	,0	,0
1976	17,8	,0	,0	2,6	7,8	23,4	29,6	30,2	22,1	36,5	31,8	18,9	20,7	60,6	9,3	13,8	,0	99,8	,0
1977	16,5	,0	,0	,0	7,9	37,3	32,8	20,1	26,4	30,5	18,8	12,8	13,5	30,2	9,0	52,7	20,7	,0	,0
1978	21,6	,0	,0	2,8	26,3	34,1	13,1	26,7	45,0	36,4	43,7	32,4	20,0	37,6	8,9	25,2	59,8	,0	47,9
1979	21,0	,0	,0	,0	31,3	25,7	29,3	18,2	19,1	35,3	37,5	32,6	39,6	37,8	43,5	24,4	,0	,0	,0
1980	20,1	,0	,0	,0	10,5	34,6	32,3	17,5	27,5	34,1	31,5	32,8	39,6	14,9	34,3	23,6	37,9	33,0	46,8
1981	19,0	,0	,0	,0	5,3	38,0	19,6	24,0	26,6	27,4	25,2	32,8	52,7	44,3	,0	11,4	18,4	99,7	,0
1982	22,0	,0	,0	,0	22,1	49,7	25,6	31,0	16,5	26,5	12,6	19,4	53,6	7,2	42,0	32,9	17,7	97,9	46,4
1983	23,8	,0	,0	,0	11,5	34,1	24,7	27,5	23,1	25,3	31,4	64,4	33,7	35,5	59,3	42,8	34,3	63,6	92,1
1984	21,9	,0	,0	3,2	17,9	41,9	27,3	20,2	11,0	24,2	30,5	45,3	33,9	42,1	25,5	20,9	16,6	30,8	181,4
1985	20,2	,0	,0	,0	15,5	25,3	15,0	16,5	35,1	23,0	29,7	19,6	47,7	35,2	33,5	41,4	79,3	30,3	,0
1986	21,8	,0	,0	,0	25,3	31,6	29,9	35,4	17,1	30,7	46,1	39,4	20,5	21,1	8,3	10,2	46,0	29,4	45,9
1987	16,8	,0	,0	3,4	12,8	47,6	18,1	12,6	17,1	8,2	22,0	32,8	33,6	7,1	32,1	10,1	14,7	56,1	,0
1988	24,4	,0	,0	10,4	25,8	43,6	38,9	24,8	24,0	31,0	26,0	25,9	19,9	14,2	31,5	70,9	28,5	26,8	,0
1989	19,1	,0	,0	,0	13,0	22,7	32,7	27,8	30,4	25,8	29,7	18,9	39,7	21,4	15,5	20,1	,0	,0	41,3
1990	19,0	,0	,0	,0	16,3	27,0	26,9	27,7	29,8	21,2	33,2	6,0	26,5	14,3	30,7	49,1	,0	,0	39,6
1991	21,0	,0	,0	3,6	16,4	20,3	33,7	36,5	32,5	17,2	32,0	23,2	45,9	21,3	7,6	28,8	39,9	,0	,0
1992	21,0	,0	,0	,0	27,0	53,7	41,4	21,5	19,3	27,6	12,8	22,3	33,1	20,7	,0	18,6	26,5	,0	36,8

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : NOUVEAU-BRUNSWICK, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	0,0	19,4	10,9	12,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	1,9	,0	,0	,0	,0	5,2	,0	,0	6,2	,0	,0	9,6	,0	12,7	,0	,0	,0	47,6	,0
1952	1,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	12,3	14,3	17,9	,0	,0	,0
1953	1,1	,0	,0	,0	,0	,0	5,3	5,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	17,5	,0	,0	,0
1954	1,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	6,7	8,1	,0	,0	,0	14,1	,0	,0	,0	,0
1955	1,5	,0	,0	,0	,0	,0	5,7	,0	,0	6,6	7,8	9,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1956	1,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	5,8	,0	7,6	18,7	10,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1957	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1958	2,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	12,5	7,2	8,9	,0	11,5	,0	,0	,0	80,0	,0
1959	1,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	5,7	,0	6,1	,0	,0	9,9	,0	12,8	,0	22,2	,0	,0
1960	1,7	,0	,0	,0	,0	,0	5,9	,0	6,0	,0	,0	25,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1961	2,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	11,7	5,5	,0	13,4	8,1	9,8	,0	,0	14,9	,0	,0	,0
1962	2,0	,0	,0	,0	,0	,0	5,9	5,9	5,6	,0	6,6	7,8	,0	10,8	,0	,0	,0	,0	,0
1963	1,3	,0	,0	,0	3,6	,0	,0	,0	11,3	,0	,0	,0	9,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1964	2,6	,0	,0	,0	3,4	5,1	,0	,0	,0	5,8	6,4	7,4	17,9	,0	,0	14,3	,0	,0	,0
1965	2,0	,0	,0	,0	,0	,0	6,0	,0	5,9	,0	,0	7,2	8,7	10,4	11,6	,0	,0	,0	,0
1966	2,0	,0	,0	,0	,0	4,8	,0	,0	6,0	11,7	6,3	,0	,0	,0	,0	13,5	,0	,0	,0
1967	1,6	,0	,0	,0	3,0	,0	,0	,0	17,7	,0	,0	,0	,0	,0	11,5	,0	,0	,0	,0
1968	2,3	,0	,0	,0	,0	,0	5,7	,0	6,2	,0	,0	20,4	,0	9,6	,0	,0	17,8	,0	,0
1969	4,8	,0	,0	,0	,0	3,9	5,6	6,2	6,3	12,2	6,1	20,1	30,6	9,3	,0	,0	,0	,0	,0
1970	3,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	12,4	6,3	6,3	,0	20,0	7,5	9,0	21,8	,0	,0	,0	,0
1971	2,8	,0	,0	,0	,0	3,5	5,0	,0	,0	6,3	18,1	,0	14,4	,0	,0	12,8	,0	,0	,0
1972	3,1	,0	,0	,0	2,8	,0	9,0	,0	6,4	,0	12,3	6,3	7,1	16,7	,0	,0	,0	,0	,0
1973	3,1	,0	,0	,0	,0	3,3	8,4	5,5	,0	,0	,0	12,4	7,1	8,0	19,9	,0	,0	,0	,0
1974	1,5	,0	,0	,0	,0	3,3	3,9	,0	,0	,0	,0	,0	13,9	,0	9,7	,0	,0	,0	,0
1975	4,2	,0	,0	,0	5,6	6,2	,0	6,1	18,7	,0	6,1	6,8	7,5	9,3	11,9	15,8	,0	,0	,0
1976	3,5	,0	,0	2,8	2,7	3,0	,0	9,3	11,6	12,4	,0	,0	13,2	,0	8,9	,0	,0	,0	,0
1977	4,0	,0	,0	,0	,0	5,9	3,4	,0	27,9	,0	12,4	6,2	,0	14,6	,0	,0	15,1	,0	,0
1978	4,0	,0	,0	,0	5,5	,0	6,7	8,1	10,7	12,5	6,2	12,4	,0	7,2	,0	,0	,0	,0	,0
1979	2,8	,0	,0	,0	2,7	2,9	,0	3,8	10,2	,0	6,2	6,3	,0	7,1	8,0	10,6	,0	,0	,0
1980	2,8	,0	,0	,0	,0	2,9	,0	7,3	4,9	,0	6,3	6,3	6,1	13,9	,0	10,1	,0	,0	,0
1981	2,8	,0	,0	,0	5,6	,0	,0	7,0	,0	5,8	,0	6,3	18,5	,0	,0	,0	13,6	,0	,0
1982	3,4	,0	,0	,0	2,9	3,0	,0	3,5	,0	12,7	18,7	6,3	,0	7,6	18,7	,0	,0	,0	,0
1983	4,2	,0	,0	,0	,0	,0	9,3	,0	20,3	5,4	,0	6,3	12,5	12,7	7,5	,0	,0	,0	,0
1984	3,0	,0	,0	,0	6,3	2,9	3,1	6,7	3,8	5,1	,0	,0	6,3	12,6	,0	,0	,0	,0	,0
1985	3,6	,0	,0	,0	,0	5,8	9,3	6,6	3,7	9,9	,0	6,3	,0	12,5	,0	,0	,0	,0	,0
1986	4,6	,0	,0	,0	3,4	,0	6,2	6,4	14,3	4,7	5,9	18,9	6,4	12,5	,0	,0	,0	,0	,0
1987	3,8	,0	,0	,0	3,4	3,1	,0	6,3	7,1	4,4	11,3	12,8	12,6	6,4	,0	,0	,0	,0	,0
1988	5,1	,0	,0	,0	,0	3,2	3,1	9,4	17,3	8,2	5,4	6,4	19,1	,0	6,6	,0	10,5	,0	,0
1989	3,8	,0	,0	,0	3,4	3,4	9,1	3,1	10,1	,0	,0	,0	12,8	12,8	6,6	,0	,0	,0	,0
1990	3,7	,0	,0	,0	3,4	7,0	,0	6,2	16,5	3,7	,0	,0	6,4	,0	,0	15,9	,0	,0	,0
1991	4,0	,0	,0	,0	6,9	3,5	9,3	3,1	9,7	3,5	9,5	,0	,0	,0	6,5	7,7	,0	,0	,0
1992	1,9	,0	,0	,0	3,5	,0	,0	3,1	3,2	3,5	4,4	,0	,0	,0	13,4	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,7	0,0	0,0	0,0	2,0	3,5	4,9	5,1	3,4	7,7	6,6	9,4	10,0	7,9	6,7	11,0	7,6	0,0	0,0
1951	4,4	,0	,0	,0	,6	2,3	4,5	6,4	6,2	7,0	13,3	12,8	11,5	11,2	8,6	9,0	4,9	9,8	27,5
1952	3,3	,0	,0	,0	1,2	2,0	3,5	4,2	4,6	6,0	7,1	4,5	9,0	12,6	12,5	7,2	11,8	9,4	,0
1953	4,4	,0	,0	,3	,9	4,4	4,9	4,8	4,8	8,6	10,6	13,7	4,7	21,5	5,1	5,6	18,3	9,0	,0
1954	4,7	,0	,0	,2	1,4	4,3	4,2	5,2	7,0	9,1	12,0	11,7	9,1	17,0	9,0	12,2	8,9	17,5	,0
1955	4,4	,0	,0	,0	1,1	2,0	5,3	5,9	9,5	8,4	8,2	10,9	11,4	14,3	4,9	10,6	17,4	,0	,0
1956	5,3	,0	,0	,0	1,4	2,5	7,8	8,9	9,1	6,8	11,3	14,2	13,7	15,7	10,6	10,4	4,3	20,6	,0
1957	5,4	,0	,0	,0	1,0	3,6	7,7	9,0	7,5	9,8	15,4	10,8	15,7	16,8	9,5	7,6	2,1	8,0	7,6
1958	4,9	,0	,0	,2	2,2	4,2	5,2	4,9	9,1	7,9	9,8	12,8	14,7	17,1	9,3	4,9	11,9	11,6	7,2
1959	4,2	,0	,0	,2	1,4	3,6	4,7	6,2	4,4	8,4	10,3	9,6	9,6	12,9	9,1	7,1	15,3	7,4	,0
1960	5,0	,0	,0	,2	1,3	6,3	10,2	7,3	6,9	7,3	11,2	9,6	10,4	12,4	7,1	10,5	13,0	10,7	,0
1961	4,6	,0	,0	,0	1,3	2,7	3,6	5,9	5,9	11,7	12,7	11,9	6,3	18,7	11,1	13,6	5,4	3,4	6,4
1962	5,0	,0	,0	,2	2,9	4,9	6,3	6,2	9,1	8,9	7,8	14,9	13,8	12,9	10,0	4,5	6,9	9,8	,0
1963	4,8	,0	,0	,2	2,1	5,9	6,3	6,7	8,4	7,1	10,9	12,1	9,4	9,4	9,7	7,6	13,4	3,1	,0
1964	5,8	,0	,0	,5	1,5	5,8	8,0	8,6	10,8	12,8	8,7	14,5	14,9	14,0	7,9	8,5	4,9	12,1	16,6
1965	5,7	,0	,0	,8	4,0	5,5	8,4	8,1	12,0	9,0	9,2	15,3	11,7	11,8	10,0	6,2	4,8	,0	,0
1966	6,3	,0	,0	,0	2,3	9,5	10,8	6,2	10,1	10,7	10,7	15,3	21,8	8,6	12,7	8,0	4,7	5,7	5,2
1967	6,8	,0	,0	,5	4,0	9,8	9,8	13,7	10,1	12,2	12,7	14,3	12,7	8,8	8,7	7,8	4,5	8,2	,0
1968	7,3	,0	,0	,0	3,6	8,5	9,1	11,1	12,3	12,3	13,6	18,9	14,4	14,4	15,4	9,6	10,1	5,3	4,9
1969	9,0	,0	,0	,5	5,8	12,5	12,3	12,9	15,4	14,8	18,6	18,7	20,6	10,8	12,8	11,2	2,8	12,6	,0
1970	9,0	,0	,0	,7	5,4	12,7	13,5	12,3	16,9	12,7	19,1	14,3	18,5	13,5	13,7	6,4	9,5	9,8	,0
1971	9,0	,0	,0	,9	7,2	10,7	12,3	14,8	14,4	16,7	14,0	13,2	15,6	16,2	12,9	12,2	12,0	4,7	4,0
1972	9,7	,0	,0	,6	8,4	16,9	16,0	14,5	13,2	12,8	13,6	17,4	12,8	15,3	12,5	11,0	3,9	9,3	7,7
1973	11,1	,0	,0	,6	8,0	15,2	14,5	13,8	16,6	15,8	22,6	19,2	21,5	20,2	15,0	10,6	12,7	6,8	,0
1974	10,2	,0	,0	,3	9,6	14,6	16,2	10,2	15,0	15,8	16,5	17,3	10,7	14,4	19,2	14,2	7,4	6,7	7,1
1975	9,1	,0	,2	,8	5,6	15,4	13,9	11,8	13,7	12,9	13,3	13,2	13,9	9,8	9,3	15,3	3,6	13,0	6,9
1976	10,2	,0	,0	,3	8,2	14,6	16,8	17,4	13,8	12,7	15,2	16,0	12,1	11,8	11,1	8,9	10,3	2,1	9,8
1977	12,0	,0	,0	,8	7,4	18,8	16,0	20,3	19,5	17,1	15,7	20,7	18,0	15,0	10,3	10,7	5,6	2,0	9,6
1978	13,8	,0	,0	,9	9,5	24,3	21,8	21,0	18,1	18,2	15,4	17,3	19,2	19,1	14,1	13,2	6,4	21,3	3,1
1979	15,1	,0	,0	,9	12,9	23,2	22,8	20,3	19,5	21,1	21,8	20,8	22,2	16,9	16,1	14,8	14,4	5,6	2,9
1980	14,5	,0	,0	,8	11,1	20,3	20,3	18,1	20,4	16,2	24,1	20,1	19,4	19,1	19,1	13,6	25,8	12,5	11,3
1981	16,0	,0	,0	1,7	11,2	21,8	22,1	21,2	18,4	24,8	20,6	24,9	25,9	23,7	15,5	21,9	15,2	13,6	5,3
1982	16,2	,0	,0	,6	13,2	22,6	24,0	21,5	22,2	28,3	21,1	26,2	21,3	15,2	13,0	16,5	8,2	4,9	7,5
1983	18,2	,0	,0	1,8	17,2	23,4	27,6	26,5	19,4	25,6	23,1	20,4	26,3	26,1	20,3	22,0	15,9	18,8	4,8
1984	15,4	,0	,0	1,6	14,4	19,8	21,0	20,6	19,6	22,4	21,0	23,2	23,0	19,2	15,1	10,4	10,3	19,4	6,8
1985	16,8	,0	,0	1,3	12,8	21,6	24,2	22,8	20,7	20,0	24,1	24,9	23,7	20,8	17,9	20,2	15,7	17,1	15,2
1986	17,0	,0	,2	,9	15,0	23,1	23,6	23,6	24,5	25,8	21,5	23,0	21,3	16,4	17,3	17,1	10,4	12,3	12,5
1987	17,3	,0	,0	1,8	17,5	20,4	22,0	26,8	25,7	22,3	22,8	23,3	20,2	17,5	16,6	22,2	16,2	10,4	5,9
1988	15,9	,0	,2	,6	12,9	20,0	22,9	23,0	25,4	21,7	23,6	16,7	17,4	16,5	16,0	10,1	17,8	12,5	13,0
1989	15,0	,0	,0	,6	16,5	21,0	19,5	19,9	22,7	22,6	20,3	18,1	20,1	15,3	13,1	8,4	13,6	7,2	3,5
1990	15,7	,0	,0	2,5	14,5	22,8	20,7	25,4	23,4	20,9	21,6	18,5	16,9	10,9	10,1	17,3	15,2	15,0	6,7
1991	15,7	,0	,2	2,4	17,5	20,0	21,8	24,4	19,3	22,3	21,7	18,4	16,7	18,4	16,0	13,2	10,1	9,9	6,3
1992	17,6	,0	,0	2,4	17,4	24,9	24,2	25,1	24,9	22,6	21,2	24,3	25,2	16,3	15,5	15,9	12,6	10,6	7,4

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	5,2	0,0	0,0	0,0	2,9	5,4	5,6	7,0	5,3	10,3	10,1	11,7	15,5	10,4	13,2	15,9	15,5	0,0	0,0
1951	5,9	,0	,0	,0	,6	3,0	5,6	9,1	8,7	10,8	15,6	17,4	17,0	15,4	12,8	12,2	5,1	21,1	43,5
1952	5,0	,0	,0	,0	2,3	2,4	5,4	6,0	5,6	8,0	7,5	9,0	15,1	18,5	22,9	14,7	19,5	20,2	,0
1953	6,5	,0	,0	,0	1,7	7,7	7,0	8,5	6,9	11,7	13,7	20,7	6,7	31,4	6,1	11,4	28,3	19,4	,0
1954	6,8	,0	,0	,5	2,8	4,1	5,8	7,6	10,9	8,3	17,7	18,0	14,3	22,7	18,0	24,9	18,3	37,4	,0
1955	6,6	,0	,0	,0	1,7	2,3	9,1	8,5	12,7	12,5	14,4	15,5	15,2	22,3	9,9	16,3	35,9	,0	,0
1956	7,8	,0	,0	,0	2,2	3,5	10,8	12,8	13,8	10,0	16,4	19,1	19,8	29,8	15,6	18,8	8,8	35,4	,0
1957	7,4	,0	,0	,0	2,0	5,7	11,2	11,9	8,3	13,4	15,1	14,6	24,1	30,5	11,5	13,2	4,3	17,2	18,2
1958	7,4	,0	,0	,4	3,9	6,8	8,3	5,6	11,0	14,5	17,1	18,8	23,5	21,0	17,1	7,7	20,7	25,2	17,5
1959	7,1	,0	,0	,4	2,3	6,2	8,3	10,4	7,8	14,9	16,7	16,3	17,0	23,2	14,9	14,9	28,1	8,1	,0
1960	7,7	,0	,0	,0	1,8	10,6	17,1	11,4	11,6	8,7	16,3	12,2	17,6	21,1	14,5	17,2	27,5	15,6	,0
1961	6,6	,0	,0	,0	1,7	3,3	5,5	8,1	9,6	16,4	16,7	17,7	8,5	30,0	17,6	24,1	11,4	,0	15,0
1962	8,0	,0	,0	,3	3,6	7,9	11,1	8,6	13,3	14,1	12,1	25,6	23,7	22,6	20,7	7,1	11,2	21,4	,0
1963	6,7	,0	,0	,3	3,5	9,5	7,2	8,6	12,1	8,7	13,4	15,3	14,0	16,8	16,9	14,0	25,5	,0	,0
1964	9,0	,0	,0	1,0	2,6	7,1	12,2	13,5	14,7	20,5	13,3	23,6	25,2	23,9	13,3	15,9	7,1	27,0	39,1
1965	7,6	,0	,0	1,3	6,2	8,1	9,8	7,5	14,6	11,7	13,1	23,8	13,2	20,8	17,9	8,9	7,0	,0	,0
1966	9,5	,0	,0	,0	3,9	15,4	15,4	8,6	13,4	19,9	14,9	21,1	32,0	11,8	22,3	15,2	10,4	13,0	12,7
1967	10,0	,0	,0	,9	6,8	17,0	14,2	18,8	14,4	15,1	19,2	20,8	17,7	13,8	17,1	14,9	10,1	12,8	,0
1968	10,9	,0	,0	,0	6,7	12,4	13,5	16,7	18,7	17,1	22,4	25,1	19,8	23,4	24,3	16,9	16,5	6,3	12,3
1969	13,0	,0	,0	,9	9,8	20,3	17,8	15,5	20,4	21,6	27,3	24,9	28,6	15,1	19,1	20,8	6,4	24,7	,0
1970	13,3	,0	,0	1,5	8,1	17,4	18,6	17,1	26,1	17,9	29,6	23,3	26,3	24,0	20,0	12,3	22,2	24,1	,0
1971	13,5	,0	,0	1,2	12,1	18,1	19,5	21,1	20,4	21,9	18,2	20,0	25,7	26,8	18,7	14,0	25,3	5,8	10,3
1972	14,5	,0	,0	,9	13,0	28,8	21,1	22,6	16,9	17,9	18,8	28,1	20,7	22,3	16,8	21,4	9,3	11,5	20,2
1973	15,9	,0	,0	1,2	11,2	25,6	19,2	16,5	23,6	22,7	30,2	26,7	31,7	33,9	21,4	18,8	24,3	5,7	,0
1974	15,6	,0	,0	,6	16,7	25,7	24,4	14,0	21,1	22,2	24,8	24,5	15,9	20,1	30,8	25,4	14,8	11,4	19,0
1975	13,0	,0	,0	1,2	8,7	22,3	21,1	16,7	17,5	15,3	16,6	21,4	17,2	17,1	16,8	24,6	5,8	16,8	18,8
1976	15,2	,0	,0	,6	14,7	23,6	25,3	21,9	19,5	16,5	20,4	21,7	18,3	18,7	16,2	18,7	22,7	5,4	27,4
1977	17,8	,0	,0	1,3	11,3	30,0	19,5	31,6	27,5	27,5	25,3	27,8	23,6	17,7	18,1	18,2	13,9	5,3	27,2
1978	21,1	,0	,0	1,4	15,8	43,3	31,9	33,2	25,4	25,5	23,1	23,3	23,7	27,4	23,3	16,1	16,1	46,4	,0
1979	22,5	,0	,0	1,5	20,7	37,3	33,9	29,3	23,9	31,3	31,3	26,8	33,4	30,2	22,7	25,2	31,2	10,0	8,6
1980	22,5	,0	,0	1,5	18,9	33,7	30,6	27,3	32,1	25,2	31,2	26,0	28,6	32,3	32,9	24,4	55,3	29,5	33,5
1981	24,6	,0	,0	2,4	19,5	36,5	34,6	32,7	27,2	35,9	29,1	34,7	38,1	34,0	27,2	34,0	31,6	23,9	8,1
1982	24,8	,0	,0	1,2	23,3	38,5	37,2	32,9	28,0	39,8	30,8	36,7	29,2	23,7	23,8	31,8	14,0	13,8	15,5
1983	28,2	,0	,0	3,4	29,4	39,6	45,5	38,9	26,4	31,7	33,9	30,8	41,3	42,1	33,0	30,9	31,8	44,5	7,5
1984	24,8	,0	,0	2,6	25,8	34,8	35,6	32,1	32,1	30,9	28,8	34,7	34,4	31,5	23,7	23,2	24,2	38,5	14,6
1985	26,6	,0	,0	1,8	21,2	37,1	39,4	36,7	29,6	29,5	33,5	40,0	37,2	32,3	24,2	40,0	31,9	49,2	35,9
1986	26,6	,0	,4	1,8	23,6	39,4	38,2	36,2	35,2	38,3	28,6	29,9	36,2	24,3	32,3	28,9	22,6	23,8	42,2
1987	27,5	,0	,0	3,4	28,5	33,5	35,5	40,4	40,0	31,3	31,4	35,8	34,4	27,5	27,1	51,6	33,9	18,8	13,4
1988	25,3	,0	,4	1,3	22,8	34,0	38,1	36,0	36,9	29,4	34,2	25,3	26,7	29,7	29,7	21,6	25,0	29,0	44,8
1989	23,9	,0	,0	1,2	29,4	35,7	32,0	30,2	33,9	33,3	27,7	27,7	32,9	24,3	21,6	16,3	27,7	17,5	12,3
1990	26,0	,0	,0	4,4	24,6	41,2	35,7	39,5	37,4	32,3	33,2	28,7	25,5	20,5	15,0	29,2	35,7	33,5	23,3
1991	26,0	,0	,4	3,2	31,3	35,7	35,0	39,4	29,8	33,7	32,6	29,8	27,9	30,3	30,8	24,5	22,6	25,5	16,6
1992	27,9	,0	,0	3,2	27,1	41,4	38,4	40,7	42,2	31,5	29,3	34,9	43,4	23,2	28,8	25,5	29,2	21,5	15,8

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : QUÉBEC, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	2,1	0,0	0,0	0,0	1,2	1,7	4,3	3,3	1,5	5,1	3,0	7,1	4,4	5,3	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0
1951	2,8	,0	,0	,0	,6	1,7	3,5	3,9	3,6	3,3	10,9	8,1	5,8	6,9	4,3	5,9	4,8	,0	15,9
1952	1,7	,0	,0	,0	,0	1,7	1,7	2,5	3,5	4,0	6,7	,0	2,8	6,7	2,1	,0	4,6	,0	,0
1953	2,2	,0	,0	,5	,0	1,1	2,8	1,2	2,7	5,4	7,4	6,6	2,7	11,6	4,1	,0	8,9	,0	,0
1954	2,6	,0	,0	,0	,0	4,5	2,8	3,0	3,3	9,8	6,3	5,4	3,9	11,3	,0	,0	,0	,0	,0
1955	2,2	,0	,0	,0	,6	1,7	1,7	3,5	6,5	4,4	1,7	6,3	7,6	6,3	,0	5,2	,0	,0	,0
1956	2,7	,0	,0	,0	,5	1,7	4,9	5,1	4,5	3,6	5,9	9,3	7,5	1,6	5,7	2,5	,0	7,7	,0
1957	3,4	,0	,0	,0	,0	1,7	4,4	6,1	6,8	6,3	15,6	6,9	7,3	3,0	7,5	2,5	,0	,0	,0
1958	2,3	,0	,0	,0	,5	1,7	2,2	4,3	7,2	1,4	2,4	6,7	5,9	13,3	1,8	2,4	3,8	,0	,0
1959	1,2	,0	,0	,0	,5	1,1	1,1	2,1	1,2	2,0	3,9	2,7	2,3	2,8	3,5	,0	3,7	6,8	,0
1960	2,2	,0	,0	,4	,9	2,2	3,3	3,2	2,3	5,9	6,0	7,0	3,3	4,1	,0	4,4	,0	6,5	,0
1961	2,5	,0	,0	,0	,9	2,1	1,7	3,7	2,2	7,1	8,7	5,9	4,2	7,8	5,0	4,3	,0	6,2	,0
1962	2,0	,0	,0	,0	2,1	2,0	1,6	3,7	4,9	3,8	3,6	4,1	4,0	3,8	,0	2,1	3,2	,0	,0
1963	2,9	,0	,0	,0	,8	2,4	5,5	4,8	4,8	5,5	8,4	8,9	4,9	2,4	3,1	2,1	3,1	5,7	,0
1964	2,6	,0	,0	,0	,4	4,6	3,8	3,8	6,9	5,3	4,1	5,5	4,8	4,7	3,0	2,0	3,0	,0	,0
1965	3,8	,0	,0	,3	1,8	3,1	7,0	8,6	9,5	6,3	5,4	6,9	10,2	3,4	2,9	3,9	2,9	,0	,0
1966	3,1	,0	,0	,0	,7	3,8	6,3	3,8	6,9	1,7	6,6	9,6	11,7	5,5	4,2	1,9	,0	,0	,0
1967	3,5	,0	,0	,0	1,0	2,8	5,5	8,6	5,8	9,3	6,4	8,0	7,8	4,2	1,4	1,8	,0	4,8	,0
1968	3,8	,0	,0	,0	,3	4,6	4,8	5,4	5,9	7,6	5,0	12,9	9,2	6,2	7,8	3,5	5,1	4,6	,0
1969	5,1	,0	,0	,0	1,7	4,9	6,8	10,3	10,3	8,2	10,2	12,7	12,9	6,9	7,5	3,4	,0	4,3	,0
1970	4,6	,0	,0	,0	2,7	8,1	8,3	7,5	7,7	7,7	8,8	5,6	11,0	3,8	8,4	1,6	,0	,0	,0
1971	4,6	,0	,0	,6	2,2	3,5	4,9	8,3	8,2	11,5	9,8	6,8	6,1	6,4	7,9	10,9	2,3	4,0	,0
1972	4,9	,0	,0	,3	3,7	4,8	10,8	6,0	9,4	7,6	8,6	7,2	5,3	8,9	8,8	3,0	,0	7,8	,0
1973	6,3	,0	,0	,0	4,6	4,8	9,8	10,9	9,5	8,7	15,3	12,1	11,9	7,7	9,6	4,3	4,4	7,5	,0
1974	4,8	,0	,0	,0	2,4	3,3	8,0	6,3	8,8	9,3	8,4	10,4	5,9	9,2	9,4	5,6	2,1	3,6	,0
1975	5,2	,0	,4	,3	2,4	8,3	6,4	6,9	9,8	10,5	10,1	5,4	10,9	3,2	3,0	8,1	2,0	10,6	,0
1976	5,3	,0	,0	,0	1,5	5,3	8,0	12,7	7,9	8,9	10,0	10,6	6,3	5,6	6,8	1,3	1,9	,0	,0
1977	6,4	,0	,0	,3	3,3	7,4	12,4	8,6	11,2	6,8	6,1	14,0	12,8	12,6	3,8	5,0	,0	,0	,0
1978	6,6	,0	,0	,4	3,0	4,9	11,6	8,4	10,6	10,9	7,8	11,6	15,1	11,7	6,4	10,9	,0	6,2	4,7
1979	7,9	,0	,0	,4	4,9	8,8	11,5	11,2	14,9	10,7	12,4	15,1	12,1	5,4	10,7	7,0	3,4	2,9	,0
1980	6,7	,0	,0	,0	3,1	6,6	10,0	8,8	8,5	7,2	17,1	14,4	11,2	7,6	7,8	5,6	6,6	2,8	,0
1981	7,7	,0	,0	,8	2,6	6,8	9,6	9,7	9,4	13,4	12,1	15,5	14,7	14,7	6,0	13,1	4,7	7,9	4,0
1982	7,8	,0	,0	,0	2,7	6,3	10,6	10,0	16,3	16,6	11,7	16,0	14,0	7,8	4,2	5,3	4,5	,0	3,7
1983	8,5	,0	,0	,0	4,3	6,7	9,4	14,1	12,2	19,4	12,3	10,3	12,6	12,3	10,0	15,5	5,8	4,9	3,5
1984	6,2	,0	,0	,5	2,3	4,3	6,2	9,0	6,9	13,8	13,3	12,1	12,5	8,6	8,2	1,0	1,4	9,2	3,3
1985	7,2	,0	,0	,9	4,1	5,3	8,7	8,8	11,6	10,4	14,8	10,5	11,2	11,0	12,9	5,8	5,4	,0	6,2
1986	7,7	,0	,0	,0	5,9	5,8	8,6	10,9	13,6	13,0	14,4	16,4	7,6	9,5	5,4	8,5	2,6	6,3	,0
1987	7,4	,0	,0	,0	6,1	6,4	8,0	13,2	11,2	13,2	14,3	11,3	7,0	8,8	8,2	,9	5,0	5,9	2,8
1988	6,7	,0	,0	,0	2,6	5,4	7,1	9,8	13,8	13,9	13,1	8,3	8,7	4,9	5,0	1,8	13,3	3,8	,0
1989	6,3	,0	,0	,0	3,1	5,6	6,4	9,3	11,4	11,8	12,9	8,8	8,1	7,3	6,2	2,7	4,7	1,8	,0
1990	5,7	,0	,0	,4	4,0	3,5	5,0	11,0	9,4	9,3	10,0	8,6	8,8	2,4	6,1	8,8	2,3	5,3	,0
1991	5,8	,0	,0	1,7	3,1	3,6	8,1	9,1	8,6	10,8	10,8	7,2	5,9	7,8	4,0	5,1	2,2	1,7	2,2
1992	7,5	,0	,0	1,7	7,4	7,8	9,3	9,1	7,4	13,6	13,2	13,8	7,8	10,2	4,6	8,9	2,2	4,8	4,1

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ONTARIO, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	8,9	0,0	0,0	0,0	4,7	5,9	5,1	7,8	10,6	15,7	15,9	20,2	17,7	19,5	18,7	20,5	21,6	5,3	9,8
1951	8,4	,0	,0	,0	1,6	6,8	5,7	6,6	8,5	15,2	12,3	17,4	20,9	20,8	22,6	16,4	22,7	10,5	9,6
1952	9,2	,0	,0	,6	2,8	7,3	6,6	7,3	10,7	14,2	13,7	18,7	24,1	24,4	25,3	15,8	23,1	7,7	23,3
1953	8,2	,0	,0	,3	4,6	4,4	7,2	8,8	9,3	14,6	11,6	17,6	17,6	19,8	23,8	15,4	11,8	12,5	13,5
1954	8,0	,0	,0	,8	3,0	3,6	8,3	7,7	7,2	18,8	12,2	16,9	16,7	19,0	20,9	18,0	15,2	7,2	,0
1955	7,8	,0	,0	,2	,0	4,7	7,7	7,3	8,4	14,2	18,1	18,5	14,6	22,9	20,0	15,3	9,8	9,3	12,4
1956	8,6	,0	,0	,7	2,6	6,0	7,4	6,2	9,5	9,7	17,3	20,4	24,9	25,2	19,7	15,6	16,8	27,0	19,8
1957	8,7	,0	,0	,2	2,5	6,9	7,2	7,9	10,9	11,1	20,1	17,3	23,6	18,1	27,8	16,0	17,3	19,7	7,7
1958	8,5	,0	,0	1,0	2,1	8,3	7,1	7,8	11,1	12,7	15,3	18,7	23,8	25,7	17,6	15,8	17,9	10,7	3,7
1959	8,7	,0	,0	,4	3,3	7,5	8,3	8,4	11,5	11,7	16,0	18,7	23,2	22,6	21,9	20,4	13,0	12,2	10,8
1960	8,6	,0	,0	,7	3,6	7,2	9,8	10,4	10,3	10,7	16,1	19,2	24,0	18,8	19,2	16,0	19,9	11,8	10,4
1961	8,8	,0	,0	,7	2,5	7,8	9,5	8,9	11,7	13,8	13,3	19,7	25,2	21,1	22,8	17,1	17,4	15,0	6,6
1962	8,2	,0	,0	,7	3,2	7,4	8,7	10,1	11,2	12,0	16,9	22,4	21,9	17,5	13,1	5,4	17,9	12,6	9,4
1963	8,9	,0	,0	,9	4,0	9,3	8,3	10,1	12,5	15,6	15,4	21,2	20,7	21,2	10,7	19,5	19,5	8,6	5,9
1964	8,6	,0	,0	1,2	3,9	7,9	6,3	14,0	13,4	11,4	17,7	17,3	17,6	25,4	17,2	13,2	11,5	16,7	2,8
1965	9,4	,0	,0	,9	3,2	10,0	9,3	10,8	10,2	16,5	15,0	23,5	23,1	29,0	15,9	15,5	14,1	12,9	13,6
1966	9,5	,0	,0	1,3	4,0	6,4	9,9	12,1	14,6	13,4	18,7	22,1	23,5	22,9	13,6	18,9	20,3	12,7	7,9
1967	10,6	,0	,0	,6	5,1	9,9	12,1	12,0	14,2	18,6	20,0	23,3	27,4	21,9	24,6	12,4	14,3	16,8	5,1
1968	11,3	,0	,0	1,1	3,5	9,8	13,9	13,7	14,5	21,4	22,6	26,1	27,0	23,6	20,6	21,6	11,3	8,9	7,2
1969	11,6	,0	,0	,3	5,7	12,3	11,8	12,7	15,5	19,2	23,7	21,8	28,3	26,1	17,7	25,6	17,1	11,5	22,7
1970	12,2	,0	,0	,6	6,6	13,0	13,5	14,8	18,0	23,3	20,1	25,5	24,4	23,2	26,7	19,1	10,1	16,7	10,7
1971	13,6	,0	,0	,4	8,6	14,6	13,8	15,4	17,6	25,5	26,5	31,6	29,4	30,0	17,8	17,3	11,5	10,6	7,9
1972	13,1	,0	,0	1,2	9,1	13,4	17,4	14,3	17,4	25,6	24,1	23,5	22,9	20,8	18,2	20,8	23,2	14,3	11,3
1973	12,2	,0	,1	,6	6,4	13,0	14,3	12,0	19,9	18,4	23,2	20,2	24,1	25,0	24,0	19,6	17,3	12,7	9,1
1974	13,8	,0	,0	,7	9,6	17,1	15,7	14,8	21,9	24,7	23,4	25,7	23,2	20,7	20,6	22,7	16,2	15,0	8,8
1975	13,2	,0	,3	,9	10,5	16,9	17,6	11,5	18,1	21,3	20,9	24,9	22,9	21,3	24,0	14,4	15,0	18,4	5,1
1976	12,8	,0	,0	,9	8,7	14,8	17,3	14,2	18,8	21,0	22,4	23,1	21,7	18,2	15,6	18,1	15,9	13,1	6,5
1977	14,3	,0	,2	1,1	10,6	20,0	18,4	14,2	18,4	19,0	26,4	23,7	21,2	19,9	24,8	19,0	18,9	12,7	14,1
1978	14,0	,0	,0	,7	9,4	17,6	20,3	17,3	14,8	22,3	24,4	23,5	22,2	17,8	17,3	21,3	15,6	18,0	16,7
1979	12,7	,0	,0	,8	9,0	18,2	14,4	15,4	16,4	17,7	19,7	18,8	19,7	22,8	19,2	16,9	16,4	17,3	1,5
1980	12,8	,0	,0	,9	9,7	14,2	18,0	12,7	14,2	18,0	21,7	21,7	20,1	18,6	17,9	16,4	19,7	21,9	14,1
1981	12,2	,0	,2	1,0	9,3	13,7	11,9	13,8	12,0	17,4	20,1	21,0	20,3	16,7	20,2	23,2	13,6	26,3	10,9
1982	12,4	,0	,0	1,8	9,0	13,7	15,5	13,3	15,4	15,6	19,3	20,2	21,5	20,8	19,6	16,2	14,9	10,8	9,1
1983	12,6	,0	,0	,9	9,1	15,1	14,2	12,9	14,5	16,7	20,8	17,3	22,2	17,6	20,6	19,2	19,1	18,9	12,7
1984	12,0	,0	,0	,9	8,6	14,8	14,8	13,0	13,1	15,5	15,1	18,8	19,7	16,8	17,9	20,5	20,7	12,7	13,4
1985	11,1	,0	,0	,3	8,2	14,0	13,0	15,5	13,2	14,5	16,1	15,3	15,1	13,0	17,9	20,2	12,5	12,3	10,5
1986	11,9	,0	,0	,8	8,8	11,6	16,1	15,4	14,6	14,3	14,0	20,4	16,2	16,7	15,9	19,4	21,0	17,8	11,2
1987	11,0	,0	,0	1,2	8,2	11,8	14,8	13,9	13,3	13,8	17,0	16,4	13,2	12,9	17,8	17,3	12,1	15,5	15,0
1988	10,6	,0	,0	,6	8,2	14,0	12,6	12,9	13,7	12,6	11,2	13,7	16,4	13,7	17,1	14,8	17,5	19,0	6,2
1989	11,3	,0	,0	,8	9,3	11,7	11,8	15,1	14,1	13,4	17,2	14,3	17,0	14,9	16,7	16,8	15,9	15,2	22,7
1990	8,6	,0	,0	,3	7,1	9,7	10,3	11,9	11,6	11,5	10,8	10,4	13,0	10,9	8,3	10,6	13,9	9,6	18,1
1991	9,5	,0	,0	,9	6,6	11,3	12,9	13,0	12,1	10,9	12,5	13,1	11,3	15,2	13,0	11,0	12,3	11,4	13,7
1992	9,3	,0	,0	1,3	7,0	9,8	11,1	11,4	14,7	11,6	12,2	13,8	11,3	13,3	11,0	9,5	14,2	14,9	12,3

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ONTARIO, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	13,6	0,0	0,0	0,0	7,4	9,0	4,9	9,3	15,6	26,8	21,4	33,0	28,5	31,0	24,1	37,5	46,0	12,1	24,1
1951	12,4	,0	,0	,0	3,1	10,2	8,9	11,5	12,2	21,9	18,8	25,4	28,4	28,5	29,7	25,5	39,6	24,0	23,8
1952	13,9	,0	,0	,6	4,3	10,0	10,2	12,6	16,8	23,4	15,3	28,0	33,2	43,5	38,3	22,8	41,1	11,8	46,5
1953	12,3	,0	,0	,5	6,6	4,9	8,9	13,2	14,7	24,3	13,5	26,7	28,9	29,1	35,4	30,6	19,9	28,6	34,1
1954	12,2	,0	,0	1,5	4,1	5,4	11,6	12,0	10,0	28,0	17,7	26,1	27,2	30,9	33,8	29,7	24,8	11,0	,0
1955	11,4	,0	,0	,5	,0	6,6	10,0	10,0	10,9	19,9	26,8	27,8	18,8	31,7	35,9	25,8	18,7	21,4	20,6
1956	13,6	,0	,0	1,4	5,1	9,3	11,3	10,1	14,3	14,6	26,7	31,7	41,0	35,6	31,9	26,8	26,0	56,7	49,0
1957	13,7	,0	,0	,4	3,8	11,6	10,9	11,0	18,9	17,0	30,0	26,0	36,9	28,6	47,4	26,4	35,2	30,2	19,2
1958	13,5	,0	,0	1,9	2,5	12,4	11,8	10,9	16,8	18,3	24,5	27,5	42,2	41,3	31,5	29,3	36,7	19,6	9,3
1959	13,4	,0	,0	,7	4,9	13,5	15,0	13,3	16,7	16,4	22,6	27,9	36,4	35,2	32,3	34,9	23,6	23,6	27,3
1960	13,4	,0	,0	1,4	6,5	11,5	15,6	14,9	16,3	18,2	24,9	29,2	32,6	27,6	30,7	28,6	41,5	18,3	26,3
1961	14,2	,0	,0	1,3	4,0	11,6	14,5	12,0	19,8	23,0	21,8	31,0	41,2	39,0	34,9	32,9	33,9	26,2	16,7
1962	12,1	,0	,0	1,3	4,6	10,8	11,5	12,1	16,6	17,1	23,6	35,3	34,3	28,3	19,5	7,5	35,7	29,5	8,0
1963	13,3	,0	,0	1,9	5,9	13,9	11,3	15,0	18,3	24,7	20,8	28,5	32,2	36,8	16,9	32,6	35,4	16,2	15,3
1964	12,0	,0	,0	2,1	5,1	11,8	8,3	17,3	17,4	15,1	25,5	24,1	22,2	43,9	23,3	20,5	19,8	35,5	,0
1965	13,6	,0	,0	1,8	4,1	16,5	15,4	14,2	13,9	23,5	17,8	30,9	36,3	44,6	28,4	27,4	21,8	30,9	21,6
1966	13,7	,0	,0	2,3	6,2	10,4	13,0	16,8	17,9	18,9	25,6	30,7	31,3	35,9	23,6	32,7	38,6	30,8	21,4
1967	15,1	,0	,0	,8	8,5	14,2	17,7	14,0	20,4	24,8	27,3	33,5	42,1	34,2	37,9	18,3	21,1	30,3	13,8
1968	16,1	,0	,0	1,6	5,8	14,3	21,4	19,2	16,7	27,4	31,6	32,8	45,2	38,1	30,9	36,6	16,7	22,4	20,1
1969	16,2	,0	,0	,5	8,2	18,5	15,5	18,2	21,8	25,3	27,1	31,7	40,0	33,4	25,0	47,4	37,4	25,7	57,4
1970	16,2	,0	,0	1,0	9,4	22,0	18,2	17,0	24,7	29,4	23,4	30,3	28,7	33,2	40,8	27,4	16,5	32,4	24,4
1971	19,2	,0	,0	,2	14,2	22,7	21,5	18,2	24,4	36,7	34,7	41,2	41,1	43,5	24,2	27,9	22,3	17,5	22,7
1972	17,4	,0	,0	2,2	14,0	20,8	21,5	17,6	21,2	30,5	32,0	28,2	28,9	31,5	26,5	34,7	34,1	20,6	33,0
1973	16,8	,0	,3	1,0	10,4	21,3	17,5	14,7	26,6	25,2	29,2	28,7	32,6	33,2	36,8	29,7	37,7	17,0	16,2
1974	19,2	,0	,0	,9	16,1	27,9	21,9	18,9	27,9	33,7	28,7	31,6	31,0	26,2	27,1	40,8	35,1	33,8	15,9
1975	18,7	,0	,3	1,7	16,5	27,3	23,9	15,8	23,6	28,3	26,5	31,8	33,8	29,9	29,8	29,3	28,3	47,4	10,4
1976	17,6	,0	,0	1,0	13,7	22,1	26,3	19,8	23,6	27,3	28,1	34,0	26,4	21,4	21,3	25,2	25,4	23,3	20,4
1977	20,4	,0	,3	1,2	15,5	34,8	28,4	21,3	26,7	25,4	32,4	31,3	27,7	24,5	32,9	30,2	33,2	22,8	34,9
1978	20,7	,0	,0	,8	15,3	27,9	31,6	25,4	22,2	30,7	33,9	33,7	32,3	23,9	19,8	38,1	26,9	32,0	49,2
1979	18,6	,0	,0	1,1	13,3	28,2	19,9	24,9	22,5	25,5	29,5	23,6	26,1	35,4	29,4	28,5	29,1	31,0	4,8
1980	18,4	,0	,0	,8	14,9	21,7	29,8	19,3	17,4	23,1	30,6	29,3	27,9	22,1	26,4	26,5	36,2	50,9	33,3
1981	17,8	,0	,3	1,4	15,9	23,2	18,3	21,7	16,4	21,4	26,7	28,2	25,7	25,8	27,5	42,3	26,1	55,3	18,6
1982	18,8	,0	,0	3,2	15,0	21,7	24,7	19,7	21,5	20,5	27,9	30,9	31,8	31,7	26,5	28,5	28,4	24,9	31,9
1983	18,9	,0	,0	1,2	15,1	26,0	22,4	21,0	19,1	25,6	26,6	24,1	32,2	23,8	28,7	34,7	36,4	31,7	44,9
1984	17,5	,0	,0	1,2	14,4	23,6	23,1	20,8	18,1	20,5	22,9	23,8	27,4	22,2	23,1	31,6	40,7	22,7	30,3
1985	17,1	,0	,0	,3	14,1	22,7	21,1	24,4	21,1	21,8	21,8	22,7	19,2	19,3	29,8	33,1	20,3	26,9	16,6
1986	18,2	,0	,0	1,5	13,9	17,8	27,4	25,2	22,4	22,2	17,9	28,4	22,8	23,4	23,3	35,0	32,6	35,7	36,2
1987	16,7	,0	,0	2,1	12,4	19,9	22,3	22,1	18,7	20,9	24,9	25,0	18,0	18,2	25,1	31,4	20,0	32,3	22,8
1988	16,0	,0	,0	,9	13,0	22,1	18,8	19,9	21,4	17,2	15,0	16,8	23,9	23,5	25,5	25,6	33,5	42,5	14,6
1989	16,8	,0	,0	1,5	15,7	17,7	18,5	22,2	21,4	18,8	20,9	19,3	25,5	21,8	27,0	29,5	26,3	38,5	55,3
1990	13,2	,0	,0	,0	10,6	15,8	16,9	19,8	15,2	16,1	14,8	15,4	20,5	16,5	14,0	18,1	27,4	22,5	46,4
1991	14,9	,0	,0	1,2	10,8	19,1	20,6	19,1	19,7	16,1	18,7	21,8	17,1	24,4	18,9	16,3	18,2	23,4	41,7
1992	14,8	,0	,0	2,3	10,6	15,4	18,4	18,8	23,0	17,7	19,8	19,5	18,0	21,9	16,6	16,0	29,5	35,0	24,6

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ONTARIO, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	4,1	0,0	0,0	0,0	1,9	2,8	5,3	6,4	5,6	4,2	10,1	6,7	6,7	7,8	13,3	5,1	0,0	0,0	0,0
1951	4,3	,0	,0	,0	,0	3,4	2,5	1,7	4,8	8,1	5,4	9,1	13,4	13,2	15,4	8,2	8,0	,0	,0
1952	4,4	,0	,0	,6	1,3	4,5	3,0	2,1	4,6	4,5	12,0	8,9	14,8	5,4	12,6	9,5	7,6	4,6	7,8
1953	4,0	,0	,0	,0	2,5	3,9	5,5	4,6	3,9	4,4	9,4	8,0	6,3	10,6	12,4	1,5	4,9	,0	,0
1954	3,7	,0	,0	,0	1,8	1,7	4,9	3,4	4,3	9,1	6,3	7,1	6,2	7,3	8,5	7,5	7,0	4,3	,0
1955	4,2	,0	,0	,0	,0	2,8	5,4	4,7	5,8	8,2	8,8	8,5	10,4	14,4	4,7	5,8	2,3	,0	6,9
1956	3,6	,0	,0	,0	,0	2,7	3,4	2,3	4,6	4,5	7,3	8,4	8,5	15,2	8,1	5,6	8,9	4,0	,0
1957	3,6	,0	,0	,0	1,1	2,1	3,3	4,8	2,9	5,0	9,6	8,2	10,1	7,9	9,2	6,8	2,1	11,7	,0
1958	3,5	,0	,0	,0	1,6	4,1	2,3	4,8	5,6	7,0	5,5	9,4	5,0	10,7	4,5	4,0	2,1	3,8	,0
1959	3,9	,0	,0	,0	1,5	1,5	1,4	3,5	6,3	6,8	8,9	9,1	9,7	10,4	12,2	7,8	4,0	3,6	,0
1960	3,8	,0	,0	,0	,5	3,1	3,8	5,7	4,3	3,1	6,9	8,8	15,1	10,2	8,7	5,1	1,9	6,9	,0
1961	3,3	,0	,0	,0	,9	4,1	4,3	5,8	3,8	4,6	4,5	7,9	8,6	3,6	11,7	3,8	3,7	6,5	,0
1962	4,3	,0	,0	,0	1,7	4,0	5,8	8,1	5,9	6,9	10,0	9,0	9,2	7,1	7,3	3,7	3,6	,0	10,3
1963	4,4	,0	,0	,0	2,0	4,9	5,4	5,0	6,8	6,6	9,9	13,8	8,9	6,1	5,0	8,6	7,0	3,0	,0
1964	5,2	,0	,0	,3	2,6	4,2	4,3	10,5	9,4	7,7	9,7	10,3	13,0	7,6	11,8	7,2	5,1	2,9	4,5
1965	5,1	,0	,0	,0	2,1	3,5	3,3	7,3	6,4	9,6	12,2	15,9	9,9	14,0	4,8	5,8	8,3	,0	8,7
1966	5,3	,0	,0	,3	1,7	2,5	6,9	7,3	11,2	8,0	11,8	13,2	15,7	10,4	4,7	7,9	6,5	,0	,0
1967	6,1	,0	,0	,3	1,6	5,7	6,6	9,9	7,8	12,5	12,8	12,9	12,5	10,1	12,9	7,8	9,3	7,7	,0
1968	6,5	,0	,0	,6	1,2	5,4	6,3	8,0	12,2	15,4	13,7	19,3	8,9	9,8	11,7	9,9	7,5	,0	,0
1969	7,0	,0	,0	,0	3,0	6,0	8,0	7,1	8,8	13,1	20,3	12,0	16,6	19,2	11,3	8,6	2,9	2,4	3,5
1970	8,2	,0	,0	,3	3,8	4,1	8,7	12,6	10,9	17,1	16,9	20,9	20,2	13,6	14,4	12,7	5,7	6,8	3,3
1971	7,9	,0	,0	,5	2,8	6,5	5,9	12,4	10,3	13,6	18,4	22,1	17,8	17,2	12,2	9,2	4,1	6,4	,0
1972	8,8	,0	,0	,3	4,0	5,9	13,3	10,8	13,3	20,4	16,3	18,9	17,0	10,6	11,1	10,0	16,0	10,4	,0
1973	7,5	,0	,0	,3	2,4	4,7	11,2	9,2	12,9	11,1	17,2	11,9	15,9	17,3	13,1	11,7	3,9	10,1	5,5
1974	8,5	,0	,0	,5	2,8	6,2	9,5	10,6	15,6	15,3	18,1	20,0	15,8	15,5	15,0	8,5	3,8	4,0	5,2
1975	7,8	,0	,3	,0	4,3	6,5	11,1	7,0	12,4	14,0	15,2	18,3	12,6	13,2	19,1	2,8	6,2	1,9	2,5
1976	8,0	,0	,0	,8	3,5	7,6	8,1	8,4	13,9	14,4	16,6	12,5	17,2	15,3	10,6	12,5	9,6	7,5	,0
1977	8,2	,0	,0	1,0	5,6	5,2	8,4	6,9	9,8	12,3	20,1	16,4	15,2	15,7	17,7	10,4	9,4	7,2	4,6
1978	7,4	,0	,0	,5	3,4	7,4	9,1	8,9	7,2	13,6	14,5	13,5	12,9	12,1	15,2	8,4	8,0	10,4	2,2
1979	6,9	,0	,0	,6	4,5	8,1	9,0	5,7	10,2	9,6	9,4	14,1	13,7	11,5	10,2	8,1	7,7	10,0	,0
1980	7,3	,0	,0	,9	4,3	6,7	6,5	6,1	10,9	12,8	12,4	14,1	12,9	15,5	10,5	8,6	8,5	6,4	6,0
1981	6,6	,0	,0	,6	2,5	4,2	5,7	5,9	7,5	13,3	13,3	13,7	15,3	8,4	13,9	8,4	5,1	10,9	7,7
1982	6,2	,0	,0	,3	2,5	5,6	6,5	7,0	9,1	10,6	10,3	9,4	11,9	10,9	13,7	6,7	6,0	3,0	,0
1983	6,3	,0	,0	,6	2,6	3,9	6,1	5,1	9,9	7,5	14,9	10,2	12,7	12,2	13,7	7,1	7,7	11,7	,0
1984	6,5	,0	,0	,6	2,5	5,6	6,5	5,5	8,0	10,5	7,1	13,6	12,4	12,1	13,6	11,7	7,4	7,1	6,7
1985	5,3	,0	,0	,3	2,0	4,9	4,9	6,8	5,2	7,0	10,3	7,7	11,1	7,4	8,0	10,0	7,2	4,1	8,1
1986	5,8	,0	,0	,0	3,4	5,0	4,6	5,9	6,9	6,3	10,1	12,4	9,8	10,8	9,7	7,2	13,2	7,9	1,6
1987	5,5	,0	,0	,3	3,7	3,3	7,1	5,9	7,9	6,5	9,0	7,7	8,5	8,2	11,7	6,4	6,8	6,3	11,9
1988	5,3	,0	,0	,3	3,1	5,5	6,2	6,0	6,1	7,9	7,4	10,6	8,9	4,7	10,1	6,4	6,6	6,1	2,9
1989	5,8	,0	,0	,0	2,6	5,5	4,9	7,9	6,9	8,0	13,5	9,2	8,5	8,6	8,2	6,9	8,7	2,4	9,7
1990	4,1	,0	,0	,6	3,4	3,4	3,4	4,1	8,0	6,8	6,8	5,3	5,5	5,6	3,6	4,9	4,6	2,3	6,7
1991	4,3	,0	,0	,6	2,3	3,2	5,0	6,7	4,6	5,8	6,2	4,4	5,5	6,5	7,9	6,9	8,2	4,5	2,6
1992	3,9	,0	,0	,3	3,2	4,0	3,6	3,9	6,6	5,5	4,5	8,1	4,7	5,1	6,2	4,3	3,7	3,2	7,4

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : MANITOBA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	10,3	0,0	0,0	1,7	3,4	13,1	9,6	1,7	12,6	8,5	21,8	29,6	17,2	18,8	33,8	27,2	29,1	0,0	32,3
1951	11,8	,0	,0	1,7	10,5	10,2	14,4	8,6	15,7	12,4	14,4	18,9	31,8	21,7	25,5	41,7	9,4	37,7	,0
1952	7,8	,0	,0	1,6	1,7	10,2	6,3	8,4	6,9	9,9	16,2	7,9	23,1	12,5	21,7	14,9	25,9	17,5	33,3
1953	9,0	,0	,0	,0	5,2	8,6	3,2	8,2	17,1	17,3	9,1	15,6	20,2	19,0	35,7	4,8	41,0	,0	,0
1954	7,0	,0	,0	,0	,0	12,0	6,4	8,2	3,4	5,6	13,2	12,8	31,7	16,0	21,2	4,6	15,5	16,1	,0
1955	9,2	,0	,0	1,4	,0	6,9	11,4	11,3	8,4	10,9	14,9	27,8	23,0	19,3	13,9	22,2	37,0	15,2	,0
1956	9,4	,0	,0	,0	1,7	5,2	5,0	9,7	8,4	28,6	16,7	12,5	8,6	22,6	44,4	26,1	21,7	15,2	,0
1957	8,0	,0	,0	,0	3,2	5,2	6,8	14,7	11,7	10,7	14,2	17,2	22,6	13,0	20,8	12,7	13,8	14,5	,0
1958	9,7	,0	,0	,0	4,7	3,4	6,9	19,7	13,2	10,7	13,9	26,4	27,8	22,7	35,5	8,4	19,7	,0	,0
1959	7,3	,0	,0	,0	,0	3,4	8,7	6,6	13,1	12,3	11,5	13,9	13,6	22,4	24,8	24,9	12,6	,0	,0
1960	11,1	,0	,0	1,1	7,3	13,6	6,9	10,0	8,1	13,9	22,6	26,9	26,7	34,9	21,3	36,7	6,1	24,4	22,7
1961	7,6	,0	,0	,0	,0	3,4	15,6	10,0	15,9	13,8	18,4	10,8	13,1	3,1	21,3	16,3	17,6	11,5	,0
1962	8,4	,0	,0	1,1	1,3	5,0	8,8	3,4	16,0	11,9	25,4	14,7	23,0	12,4	28,4	8,1	17,0	21,7	19,5
1963	8,5	,0	,0	,0	8,9	14,5	17,6	17,2	9,7	8,4	14,4	16,3	9,9	15,1	14,2	4,1	5,5	,0	37,5
1964	9,8	,0	,0	,0	6,1	9,4	5,3	14,0	16,5	13,3	19,9	37,8	26,6	14,8	10,6	12,4	,0	,0	17,8
1965	10,5	,0	,0	,0	4,7	7,7	7,2	16,1	13,5	26,5	12,7	23,5	18,8	31,8	28,0	12,4	10,8	27,8	17,1
1966	10,6	,0	,0	,0	9,1	12,0	12,7	9,2	22,6	15,1	21,8	23,2	18,4	16,9	27,9	12,2	10,9	9,1	,0
1967	10,5	,0	,0	,0	6,7	11,4	16,1	22,6	9,0	15,3	10,9	15,4	22,5	24,7	24,2	16,4	16,2	17,7	46,5
1968	11,2	,0	,0	1,0	6,5	18,7	12,0	22,7	23,9	13,8	9,0	15,3	17,4	24,0	27,0	16,4	21,5	8,6	14,6
1969	11,2	,0	,0	2,0	6,4	25,2	4,9	13,2	18,7	21,2	19,5	17,3	21,2	23,4	13,1	12,4	10,7	16,8	,0
1970	12,8	,0	,0	1,0	13,7	16,9	17,3	13,1	20,8	21,8	19,5	15,5	25,0	28,1	9,6	24,9	21,5	8,3	12,7
1971	13,8	,0	1,0	2,9	9,2	23,7	13,0	10,7	30,0	24,0	19,4	23,3	20,4	24,9	27,6	8,3	27,0	,0	11,5
1972	12,0	,0	,0	,0	7,1	12,5	10,9	27,9	19,1	14,9	19,8	24,7	26,6	16,8	29,9	8,1	16,3	8,1	,0
1973	13,4	,0	,0	1,9	14,1	17,9	20,8	18,5	13,5	7,5	23,8	33,3	14,4	32,7	20,5	19,5	,0	,0	10,6
1974	14,0	,0	,0	1,0	16,0	21,5	19,9	14,4	13,3	19,0	33,6	23,7	24,9	13,6	14,3	18,8	16,2	8,1	10,3
1975	13,0	,0	,0	1,0	14,9	23,0	19,1	12,3	20,7	23,1	18,9	20,0	16,6	11,0	16,7	14,7	10,6	8,1	10,1
1976	13,9	,0	,0	3,1	9,9	23,6	20,9	14,9	12,9	25,1	21,1	18,2	26,5	19,7	16,2	17,8	5,2	7,9	39,3
1977	17,3	,0	,0	2,1	29,5	24,4	20,7	15,3	23,3	19,6	25,1	37,3	21,8	19,6	20,9	31,1	5,0	,0	9,5
1978	15,2	,0	,0	,0	10,8	21,4	22,8	10,7	20,7	17,7	23,3	36,1	15,4	37,2	33,1	13,5	9,7	7,8	18,6
1979	14,5	,0	,0	5,8	17,8	17,5	21,6	18,3	20,1	13,7	33,5	15,5	24,7	11,0	14,9	19,7	4,7	7,6	18,2
1980	11,7	,0	,0	,0	12,0	19,5	21,6	12,8	11,5	7,8	20,1	11,8	17,1	19,8	14,5	12,8	13,7	15,0	8,9
1981	13,9	,0	,0	3,6	20,5	26,6	15,9	15,0	12,8	9,6	20,2	27,8	13,4	15,1	14,3	12,4	26,3	14,7	,0
1982	13,3	,0	,0	1,2	10,5	20,1	22,0	11,1	22,3	5,6	26,6	11,9	17,5	14,7	26,0	27,2	17,0	14,2	,0
1983	15,5	,0	,0	2,4	14,1	16,6	22,4	24,3	19,8	14,4	30,6	22,0	19,6	26,5	14,3	11,7	24,8	27,1	8,4
1984	12,5	,0	1,3	2,4	9,1	27,7	16,8	20,0	12,2	19,0	10,1	14,2	17,9	8,0	9,6	8,5	20,3	12,9	16,4
1985	11,7	,0	,0	1,2	15,2	18,1	16,5	16,0	11,7	11,7	6,0	16,4	22,1	19,9	18,9	10,9	3,9	18,6	,0
1986	14,0	,0	,0	,0	9,4	26,0	20,2	13,3	18,9	17,6	13,7	6,2	8,1	20,0	23,2	35,2	30,6	18,0	15,6
1987	15,4	,0	,0	5,0	16,7	21,3	22,9	18,4	12,4	25,5	26,7	23,0	22,5	10,2	11,3	16,2	33,5	5,8	15,1
1988	13,9	,0	,0	1,3	20,4	26,9	21,6	18,2	17,1	14,3	9,2	16,8	4,1	14,5	22,1	5,4	32,5	22,8	7,3
1989	13,3	,0	,0	2,5	18,1	13,7	19,8	12,8	17,9	13,8	21,3	14,6	10,5	16,9	17,4	24,6	17,4	33,4	7,0
1990	12,6	,0	,0	1,3	13,4	24,9	20,3	18,0	23,4	18,5	15,5	6,2	15,0	6,4	8,7	8,2	6,7	16,3	13,5
1991	12,2	,0	,0	,0	15,9	21,6	12,7	13,6	15,0	16,7	16,5	24,3	10,7	8,7	17,6	15,9	10,0	21,1	13,0
1992	11,9	,0	,0	,0	5,0	21,9	20,1	14,7	17,1	15,4	10,9	19,8	13,1	17,5	15,7	10,4	19,9	15,3	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : MANITOBA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	17,6	0,0	0,0	3,2	6,8	23,6	13,2	3,4	21,3	8,2	37,4	57,3	27,5	28,4	60,4	39,6	54,5	0,0	62,5
1951	19,5	,0	,0	3,3	14,0	21,1	26,8	13,9	31,3	16,2	23,0	31,4	50,3	28,2	33,1	76,9	,0	74,1	,0
1952	12,8	,0	,0	3,1	3,4	17,4	9,8	16,9	6,9	15,6	22,3	15,3	39,3	23,3	39,7	18,3	31,7	34,5	66,7
1953	15,1	,0	,0	,0	10,2	13,9	3,3	16,7	24,0	26,6	17,6	20,3	34,1	35,9	59,2	8,8	75,8	,0	,0
1954	11,0	,0	,0	,0	,0	20,8	9,8	10,0	6,8	7,4	21,5	19,9	56,8	24,5	26,1	8,5	14,5	31,3	,0
1955	14,1	,0	,0	2,8	,0	6,9	13,2	23,1	13,6	14,4	16,6	48,8	39,3	37,3	12,9	41,3	55,6	,0	,0
1956	13,9	,0	,0	,0	,0	6,9	6,7	16,5	13,6	45,9	24,4	19,2	16,6	31,1	57,3	24,4	41,1	29,4	,0
1957	13,5	,0	,0	,0	6,3	10,2	10,2	29,9	23,8	17,7	23,9	23,6	43,7	25,3	19,5	16,0	13,0	27,8	,0
1958	15,3	,0	,0	,0	9,2	3,4	10,2	26,5	26,9	14,2	19,5	46,3	43,0	37,7	54,1	8,0	37,5	,0	,0
1959	11,9	,0	,0	,0	,0	6,8	16,9	9,9	20,0	21,1	18,9	18,0	26,3	31,3	41,1	39,7	24,1	,0	,0
1960	18,7	,0	,0	2,2	14,3	20,2	13,5	16,6	16,4	27,9	40,9	39,3	51,8	43,5	41,7	47,2	11,6	23,8	47,6
1961	11,5	,0	,0	,0	,0	6,7	23,5	16,6	19,5	17,3	32,8	16,9	15,2	6,2	35,2	23,6	34,2	22,9	,0
1962	12,8	,0	,0	2,1	,0	9,9	6,8	3,3	22,8	20,6	39,7	24,8	39,7	24,3	35,5	16,0	22,3	43,7	41,0
1963	13,5	,0	,0	,0	7,5	28,7	24,1	30,3	9,8	17,0	25,2	24,1	19,4	23,8	21,4	8,2	11,0	,0	78,7
1964	14,4	,0	,0	,0	7,2	15,5	7,0	23,9	13,3	23,6	32,5	55,2	42,6	17,5	14,3	25,1	,0	,0	37,7
1965	16,0	,0	,0	,0	4,6	15,1	10,6	13,9	23,8	43,9	25,4	35,0	23,2	51,4	35,5	25,5	21,7	57,3	36,6
1966	16,3	,0	,0	,0	18,0	23,7	10,8	18,2	28,0	27,4	36,6	42,5	18,2	22,3	42,7	17,0	11,1	19,0	,0
1967	16,5	,0	,0	,0	8,8	19,7	28,4	33,4	10,8	24,3	18,4	19,3	35,7	32,8	42,4	34,6	33,5	37,3	103,2
1968	17,2	,0	,0	1,9	6,4	26,3	20,3	41,0	25,6	21,1	14,6	23,2	26,1	42,7	48,4	34,8	34,1	18,3	32,6
1969	16,3	,0	,0	3,9	10,5	39,9	9,7	22,3	18,5	28,6	29,1	19,4	25,5	31,3	26,9	26,4	11,5	36,3	,0
1970	19,7	,0	,0	,0	16,5	24,0	34,1	22,1	37,2	36,7	14,5	19,7	50,4	46,1	13,1	44,4	47,0	,0	29,3
1971	19,7	,0	2,0	5,8	14,1	33,4	19,7	14,0	43,9	29,4	28,9	27,7	20,6	45,0	31,4	17,8	59,8	,0	27,2
1972	19,1	,0	,0	,0	12,0	22,4	8,0	44,2	29,9	14,8	33,0	50,7	41,4	29,1	49,3	17,3	36,4	18,5	,0
1973	18,6	,0	,0	1,9	15,9	33,2	33,2	26,3	18,8	7,4	33,4	38,4	20,9	42,9	36,6	16,4	,0	,0	25,8
1974	20,6	,0	,0	,0	29,6	38,3	27,0	15,6	14,9	26,1	52,7	30,4	33,8	23,1	18,0	31,8	24,9	,0	25,1
1975	19,3	,0	,0	,0	21,5	29,2	30,6	18,1	33,2	34,0	30,4	34,1	29,7	9,0	29,2	31,3	12,3	,0	25,0
1976	19,2	,0	,0	6,0	15,5	42,8	27,3	11,7	7,3	30,4	23,1	34,2	37,9	22,4	17,0	38,3	12,0	,0	75,0
1977	27,8	,0	,0	2,1	54,2	44,6	36,3	16,4	38,8	27,0	27,0	65,4	37,2	27,0	38,5	45,0	,0	,0	24,8
1978	23,7	,0	,0	,0	19,4	38,3	33,9	21,0	34,0	27,2	42,6	42,7	28,4	54,4	43,2	14,8	21,9	,0	24,6
1979	23,3	,0	,0	9,0	35,1	28,5	38,5	25,8	29,8	11,6	58,7	27,6	36,2	22,9	21,0	29,0	,0	,0	24,4
1980	15,8	,0	,0	,0	19,8	30,4	29,6	20,3	12,9	11,6	23,9	8,0	20,1	18,4	20,5	7,1	31,1	38,5	24,5
1981	23,7	,0	,0	4,7	38,5	42,5	27,2	22,4	25,2	15,2	36,2	40,3	24,2	31,7	25,4	27,4	50,7	19,0	,0
1982	21,0	,0	,0	,0	18,7	35,7	30,8	17,3	38,2	7,4	44,6	20,1	24,3	22,3	35,4	40,1	39,9	36,0	,0
1983	25,6	,0	,0	4,7	25,6	32,6	38,0	36,4	33,5	21,4	40,5	24,2	32,5	52,3	20,4	13,0	58,8	68,3	25,1
1984	19,9	,0	2,5	4,8	17,7	48,5	26,9	32,9	16,1	20,5	8,0	20,3	28,8	8,6	10,3	18,9	48,3	32,4	49,9
1985	19,0	,0	,0	2,4	27,4	33,3	28,2	20,5	18,1	19,7	7,9	24,6	37,1	30,1	30,8	18,4	,0	31,4	,0
1986	22,1	,0	,0	,0	9,2	45,1	31,3	19,7	27,5	28,5	15,5	12,4	12,5	38,7	35,5	61,1	63,8	30,7	49,0
1987	22,4	,0	,0	2,4	25,7	37,6	34,7	23,6	19,7	35,5	41,6	29,1	25,0	17,3	25,0	12,2	44,2	15,1	23,6
1988	22,4	,0	,0	2,5	28,2	41,9	38,2	29,4	17,0	22,6	14,7	29,3	4,2	30,4	39,2	6,1	77,7	44,7	22,8
1989	21,1	,0	,0	2,5	30,7	22,2	30,8	18,8	26,1	21,8	28,2	29,1	4,2	30,8	33,8	43,1	33,1	88,1	22,0
1990	20,2	,0	,0	2,5	23,7	41,7	23,7	29,0	35,1	31,5	27,2	8,2	25,8	13,3	9,7	12,3	16,1	28,3	42,7
1991	20,8	,0	,0	,0	23,7	39,9	14,4	24,6	29,8	25,4	23,0	48,5	21,5	18,0	33,7	30,1	15,9	27,2	41,3
1992	19,4	,0	,0	,0	7,2	30,8	32,8	26,7	25,0	25,5	18,5	31,7	21,8	22,6	29,1	23,7	39,9	39,5	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : MANITOBA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	6,2	0,0	3,6	8,7	5,1	0,0	6,0	7,0	0,0	12,0	0,0	0,0	0,0
1951	3,9	,0	,0	,0	7,0	,0	3,1	3,4	,0	8,4	5,0	5,6	12,0	13,7	16,3	,0	20,4	,0	,0
1952	2,5	,0	,0	,0	,0	3,3	3,1	,0	6,8	4,0	9,6	,0	5,9	,0	,0	10,9	18,9	,0	,0
1953	2,8	,0	,0	,0	,0	3,4	3,1	,0	10,2	7,8	,0	10,7	5,9	,0	7,8	,0	,0	,0	,0
1954	3,0	,0	,0	,0	,0	3,4	3,1	6,4	,0	3,8	4,5	5,3	5,8	6,7	15,4	,0	16,7	,0	,0
1955	4,1	,0	,0	,0	,0	6,9	9,6	,0	3,4	7,4	13,1	5,2	5,9	,0	15,0	,0	15,9	31,3	,0
1956	4,8	,0	,0	,0	3,3	3,5	3,3	3,1	3,3	10,8	8,5	5,2	,0	13,4	29,4	28,0	,0	,0	,0
1957	2,4	,0	,0	,0	,0	,0	3,4	,0	,0	3,6	4,1	10,3	,0	,0	22,2	9,0	14,7	,0	,0
1958	4,0	,0	,0	,0	,0	3,5	3,5	13,0	,0	7,1	8,1	5,0	11,5	6,7	14,9	8,9	,0	,0	,0
1959	2,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	3,3	6,4	3,5	3,9	9,5	,0	13,2	7,4	8,7	,0	,0	,0
1960	3,4	,0	,0	,0	,0	6,8	,0	3,3	,0	3,8	13,8	,0	26,0	,0	25,4	,0	25,0	,0	,0
1961	3,5	,0	,0	,0	,0	,0	7,2	3,4	12,5	10,4	3,7	4,4	10,9	,0	7,2	8,4	,0	,0	,0
1962	3,9	,0	,0	,0	2,8	,0	10,9	3,5	9,4	3,4	11,0	4,3	5,3	,0	21,3	,0	11,6	,0	,0
1963	3,4	,0	,0	,0	10,4	,0	10,9	3,5	9,6	,0	3,6	8,3	,0	6,2	7,1	,0	,0	,0	,0
1964	5,1	,0	,0	,0	5,0	3,2	3,6	3,6	19,6	3,3	7,2	20,1	9,9	12,0	7,0	,0	,0	,0	,0
1965	4,8	,0	,0	,0	4,7	,0	3,6	18,3	3,4	9,7	,0	11,8	14,4	11,7	20,8	,0	,0	,0	,0
1966	4,8	,0	,0	,0	,0	,0	14,6	,0	17,3	3,3	7,2	3,9	18,6	11,3	13,7	7,8	10,7	,0	,0
1967	4,4	,0	,0	,0	4,5	2,9	3,6	11,5	7,2	6,7	3,6	11,5	9,1	16,5	6,8	,0	,0	,0	,0
1968	5,2	,0	,0	,0	6,6	10,8	3,5	3,9	22,1	6,8	3,5	7,6	8,7	5,3	6,6	,0	10,2	,0	,0
1969	6,1	,0	,0	,0	2,2	10,2	,0	3,8	18,9	13,9	10,4	15,2	16,9	15,6	,0	,0	10,0	,0	,0
1970	5,9	,0	,0	2,0	10,7	9,8	,0	3,8	3,8	7,2	24,1	11,4	,0	10,2	6,2	7,8	,0	15,3	,0
1971	7,8	,0	,0	,0	4,2	13,7	6,0	7,3	15,4	18,6	10,3	19,1	20,1	5,0	24,0	,0	,0	,0	,0
1972	4,8	,0	,0	,0	2,1	2,3	14,0	10,7	7,9	15,0	7,1	,0	12,1	4,8	11,6	,0	,0	,0	,0
1973	8,1	,0	,0	2,0	12,3	2,3	8,0	10,3	7,9	7,6	14,5	28,6	8,2	23,0	5,6	22,3	,0	,0	,0
1974	7,4	,0	,0	2,0	2,0	4,3	12,6	13,1	11,6	11,6	14,8	17,5	16,3	4,4	10,9	7,2	9,5	14,2	,0
1975	6,6	,0	,0	2,0	8,1	16,9	7,3	6,3	7,7	11,7	7,5	7,0	4,1	12,9	5,3	,0	9,4	13,9	,0
1976	8,7	,0	,0	,0	4,0	4,1	14,2	18,2	18,8	19,6	19,1	3,5	15,8	17,0	15,4	,0	,0	13,4	16,2
1977	6,9	,0	,0	2,1	4,0	4,1	4,7	14,2	7,3	12,0	23,1	10,8	7,6	12,7	5,0	19,2	9,0	,0	,0
1978	6,9	,0	,0	,0	2,0	4,1	11,5	,0	7,0	8,0	3,9	29,7	3,7	21,2	24,1	12,3	,0	12,9	15,0
1979	5,9	,0	,0	2,3	,0	6,2	4,6	10,6	10,2	15,9	7,9	3,8	14,4	,0	9,4	12,0	8,4	12,6	14,4
1980	7,6	,0	,0	,0	4,1	8,3	13,6	5,1	10,0	3,9	16,2	15,5	14,4	21,1	9,1	17,5	,0	,0	,0
1981	4,2	,0	,0	2,5	2,1	10,3	4,5	7,5	,0	3,9	4,1	15,7	3,7	,0	4,5	,0	7,7	12,0	,0
1982	5,7	,0	,0	2,5	2,1	4,1	13,2	4,9	6,0	3,8	8,3	3,9	11,2	7,9	17,7	16,6	,0	,0	,0
1983	5,6	,0	,0	,0	2,2	,0	6,5	12,1	5,7	7,3	20,6	19,9	7,6	3,8	8,9	10,6	,0	,0	,0
1984	5,2	,0	,0	,0	,0	5,9	6,4	7,1	8,2	17,5	12,2	8,1	7,7	7,4	8,9	,0	,0	,0	,0
1985	4,6	,0	,0	,0	2,4	2,0	4,2	11,4	5,2	3,4	4,0	8,2	7,8	11,2	8,8	4,9	6,8	10,2	,0
1986	6,0	,0	,0	,0	9,6	5,9	8,4	6,7	10,2	6,5	11,8	,0	4,0	3,8	12,8	14,6	6,6	9,8	,0
1987	8,7	,0	,0	7,7	7,3	4,1	10,3	13,2	5,0	15,2	11,5	16,8	20,0	3,8	,0	19,4	25,7	,0	11,1
1988	5,6	,0	,0	,0	12,2	11,0	4,0	6,5	17,2	5,8	3,7	4,2	4,1	,0	8,1	4,9	,0	9,2	,0
1989	5,6	,0	,0	2,6	5,0	4,7	8,1	6,6	9,6	5,6	14,3	,0	16,7	4,0	4,0	9,8	6,0	,0	,0
1990	5,2	,0	,0	,0	2,5	7,3	16,6	6,5	11,7	5,3	3,5	4,2	4,3	,0	8,0	4,9	,0	8,8	,0
1991	3,7	,0	,0	,0	7,6	2,5	10,8	2,1	,0	7,8	10,0	,0	,0	,0	4,0	4,8	5,7	17,2	,0
1992	4,5	,0	,0	,0	2,6	12,5	6,8	2,1	9,2	5,2	3,1	7,9	4,4	12,8	4,2	,0	5,7	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	7,7	0,0	0,0	1,3	1,4	9,1	3,1	1,7	10,5	14,5	16,7	13,3	19,5	24,0	28,6	16,2	9,6	20,0	0,0
1951	7,6	,0	,0	,0	,0	6,4	4,8	8,3	12,1	20,2	16,6	16,2	2,8	29,6	20,6	10,3	18,5	,0	,0
1952	7,2	,0	,0	,0	2,9	4,8	6,4	3,3	6,9	9,9	20,8	23,7	17,0	27,0	17,2	9,8	,0	18,5	,0
1953	5,9	,0	,0	,0	,0	1,6	9,4	1,6	10,2	11,5	6,7	5,1	17,0	18,2	13,7	37,4	16,0	,0	,0
1954	9,7	,0	,0	,0	2,9	14,5	17,5	11,4	5,0	27,9	17,5	10,2	17,1	18,5	27,0	13,4	14,9	16,1	,0
1955	10,4	,0	,0	,0	8,8	4,9	6,5	13,2	11,8	21,9	6,4	15,3	40,1	37,7	13,4	17,2	28,8	30,8	60,6
1956	8,6	,0	,0	,0	,0	6,8	8,3	5,0	13,5	10,9	18,8	20,2	26,0	19,2	23,3	20,7	6,9	45,5	58,8
1957	8,5	,0	,0	,0	2,9	5,3	10,4	18,5	11,9	12,7	6,2	17,5	17,3	26,2	17,0	24,7	26,3	,0	,0
1958	9,3	,0	,0	1,2	2,9	7,0	12,3	10,2	20,6	16,2	22,3	12,2	17,0	19,7	27,8	12,2	6,3	26,7	,0
1959	7,5	,0	,0	1,1	,0	7,0	5,3	11,9	8,5	12,5	7,9	21,2	19,3	13,0	28,0	8,0	29,9	24,7	,0
1960	8,2	,0	,0	,0	4,2	5,2	10,8	13,7	8,5	10,6	19,3	20,6	21,8	22,7	14,1	16,0	11,5	,0	,0
1961	10,2	,0	,0	,0	5,5	7,0	7,3	8,6	5,1	14,0	38,0	20,1	16,1	25,9	39,0	23,7	11,1	42,6	,0
1962	7,8	,0	,0	1,0	6,6	12,2	9,4	14,1	6,9	12,4	15,1	21,9	10,5	19,3	7,2	15,9	,0	20,2	,0
1963	9,8	,0	,0	2,0	6,4	12,1	11,6	11,0	21,1	5,3	5,7	19,3	25,8	9,5	40,1	36,4	10,7	19,0	18,2
1964	9,0	,0	,0	,0	4,9	3,4	17,6	24,3	5,3	10,7	30,0	25,1	20,1	9,3	3,7	12,3	15,8	18,1	,0
1965	10,2	,0	,0	1,0	3,5	18,1	11,5	5,7	14,3	25,1	22,4	18,4	31,7	21,0	18,4	4,1	15,7	8,7	,0
1966	8,1	,0	,0	1,9	5,7	9,7	15,3	9,6	10,9	3,6	18,7	18,1	16,5	14,6	25,7	8,3	5,2	8,4	15,1
1967	8,6	,0	,0	2,9	5,5	4,6	1,9	5,9	13,0	12,8	33,7	11,9	23,1	14,1	18,1	4,2	15,6	24,5	28,4
1968	9,7	,0	,0	1,9	9,7	14,4	18,9	12,0	19,1	9,2	13,1	15,8	15,7	16,5	28,2	12,8	10,4	,0	,0
1969	9,8	,0	,0	1,0	8,5	8,3	5,6	14,2	23,5	15,0	18,8	19,7	33,0	16,1	13,7	4,3	15,7	,0	,0
1970	11,6	,0	,0	1,9	6,3	14,0	15,0	14,6	18,3	30,8	19,0	17,9	21,8	15,8	20,0	17,5	26,8	7,7	,0
1971	8,3	,0	,0	1,0	9,3	5,6	7,4	8,3	12,3	5,9	24,9	16,0	27,7	15,5	3,2	8,7	10,9	7,6	10,7
1972	15,6	,0	,0	3,0	9,3	32,1	16,1	16,9	29,9	24,2	27,6	29,9	19,3	20,2	31,4	17,0	11,1	15,3	20,5
1973	12,9	,0	,0	2,0	14,6	17,7	10,5	23,2	19,8	22,9	14,0	20,1	21,5	22,3	15,4	24,6	11,3	15,4	9,9
1974	12,5	,0	,0	1,0	11,5	17,0	16,9	20,8	24,8	25,5	8,2	18,1	15,2	31,5	12,1	8,0	11,4	15,6	29,1
1975	14,7	,0	,0	2,0	18,7	23,5	17,5	24,0	15,7	15,1	24,8	14,2	21,6	35,3	6,0	19,4	16,9	31,7	9,5
1976	13,8	,0	,0	,0	20,4	21,2	25,4	19,1	17,5	17,3	10,4	24,3	19,3	11,6	11,4	19,0	21,9	8,0	28,1
1977	15,4	,0	1,3	4,3	27,5	28,2	18,6	19,5	17,0	15,3	6,3	22,6	21,1	13,8	22,2	7,3	21,3	32,1	18,5
1978	17,2	,0	,0	5,6	26,4	34,3	13,8	17,0	22,8	17,7	19,0	20,6	18,9	29,8	21,8	17,8	25,7	16,2	18,1
1979	14,8	,0	,0	1,2	19,4	28,5	19,7	9,7	22,2	20,0	10,7	12,5	25,0	25,2	31,7	20,7	9,9	,0	8,8
1980	15,8	,0	,0	2,5	19,5	21,8	25,0	15,3	21,5	11,0	19,6	37,7	14,7	27,2	18,0	13,5	28,7	7,9	17,5
1981	17,5	,0	,0	5,0	29,3	28,3	19,3	23,4	22,9	23,8	17,6	14,8	25,3	9,0	15,1	32,6	32,5	15,2	17,3
1982	17,3	,0	,0	1,3	34,5	32,3	24,4	28,5	16,0	8,5	17,8	12,8	19,2	17,8	22,3	22,2	13,4	22,1	8,5
1983	14,7	,0	,0	1,3	14,6	20,9	23,6	13,6	21,9	18,7	22,4	15,0	14,9	15,5	17,3	18,6	38,8	14,1	50,9
1984	13,4	,0	,0	1,3	21,1	18,3	14,3	14,3	23,9	16,1	15,7	28,3	12,9	21,9	9,9	15,0	4,2	13,5	33,3
1985	12,9	,0	,0	1,3	13,4	24,3	17,4	8,7	16,7	27,2	20,2	19,9	19,4	6,6	4,9	20,3	20,4	26,1	8,2
1986	13,4	,0	,0	1,3	17,4	18,8	14,1	21,5	11,7	20,7	17,7	31,5	10,9	22,2	9,7	14,3	23,7	18,9	,0
1987	12,7	,0	,0	2,5	15,2	27,5	16,2	17,4	10,1	17,8	10,9	11,4	15,4	17,9	14,4	19,6	15,4	12,2	15,5
1988	14,1	,0	,0	5,1	20,7	19,1	16,2	27,7	18,2	12,1	17,1	16,1	28,9	15,7	7,2	14,0	15,0	11,8	7,5
1989	12,1	,0	,0	1,3	14,6	18,2	17,8	22,1	20,4	16,7	8,4	11,6	15,8	11,3	14,3	5,6	14,4	17,1	14,4
1990	15,0	,0	1,2	1,3	20,2	24,0	25,9	18,9	21,3	19,3	16,5	11,7	20,8	9,2	24,0	8,3	20,8	16,7	27,8
1991	12,4	,0	,0	,0	18,8	20,5	20,1	20,2	7,8	21,8	16,2	16,3	16,4	6,9	21,7	13,7	10,2	10,6	,0
1992	13,9	,0	,0	2,5	25,5	29,9	22,8	21,8	15,2	10,8	11,4	11,5	26,3	18,7	17,1	5,4	10,1	10,2	6,5

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	12,4	0,0	0,0	2,7	2,8	14,7	3,1	3,3	17,1	15,5	26,4	19,8	35,0	40,8	41,7	18,2	16,7	35,7	0,0
1951	12,7	,0	,0	,0	,0	9,6	3,2	16,4	16,9	34,4	30,7	25,3	5,1	45,5	34,3	17,5	32,3	,0	,0
1952	10,9	,0	,0	,0	5,8	9,6	6,4	3,3	10,1	18,8	25,6	34,3	31,1	31,1	23,1	16,8	,0	33,3	,0
1953	9,4	,0	,0	,0	,0	3,2	15,7	3,3	13,3	14,6	8,3	9,5	31,1	31,6	17,3	56,0	13,9	,0	,0
1954	13,9	,0	,0	,0	5,7	22,7	25,3	19,5	6,6	42,7	12,1	9,4	26,2	21,6	34,7	22,9	26,0	29,4	,0
1955	16,4	,0	,0	,0	8,6	9,8	6,4	16,3	23,3	35,2	12,0	23,5	69,1	67,0	17,3	22,1	37,5	27,8	117,6
1956	13,3	,0	,0	,0	,0	13,4	9,8	9,9	26,8	14,0	23,7	23,1	43,2	23,3	34,5	28,2	11,9	81,1	117,6
1957	12,4	,0	,0	,0	5,8	10,5	13,4	23,3	16,9	17,6	7,8	18,4	27,0	41,9	29,8	28,2	45,5	,0	,0
1958	14,5	,0	,0	2,3	5,7	13,9	23,8	13,3	34,1	24,6	34,7	9,0	26,5	36,4	37,0	14,2	,0	47,6	,0
1959	11,0	,0	,0	2,2	,0	13,7	6,8	13,2	6,8	17,4	11,3	30,7	25,8	18,2	44,0	14,1	52,1	44,4	,0
1960	14,3	,0	,0	,0	5,4	10,3	17,4	19,9	16,8	20,9	37,3	34,5	40,4	36,6	19,4	28,4	20,0	,0	,0
1961	16,7	,0	,0	,0	8,0	13,8	10,6	16,6	3,4	27,8	48,0	33,7	29,8	48,9	65,6	35,4	19,3	77,5	,0
1962	12,5	,0	,0	2,0	12,9	20,5	14,5	20,5	6,8	24,5	25,9	29,2	19,6	30,4	6,7	21,7	,0	36,5	,0
1963	15,4	,0	,0	4,0	7,5	20,3	15,0	14,1	31,0	7,1	11,1	28,8	43,3	17,9	69,1	52,1	18,9	34,3	35,0
1964	14,0	,0	,0	,0	7,2	6,6	30,3	39,7	6,9	17,7	44,3	36,4	18,9	17,5	7,1	22,9	28,7	32,5	,0
1965	15,2	,0	,0	1,9	7,0	32,3	22,8	11,0	17,5	35,6	37,0	27,9	46,2	17,0	28,4	,0	19,3	,0	,0
1966	13,7	,0	,0	3,8	6,7	15,8	30,2	18,7	21,3	7,2	33,5	27,6	22,6	16,5	49,8	15,9	9,8	15,5	30,2
1967	12,7	,0	,0	3,7	10,8	9,0	,0	7,7	14,6	10,9	48,6	19,6	31,0	21,4	35,1	8,1	29,7	45,8	56,9
1968	14,5	,0	,0	1,9	16,7	25,3	29,8	19,6	29,8	7,3	15,0	23,5	21,8	20,8	41,0	25,0	20,0	,0	,0
1969	15,1	,0	,0	1,9	14,5	8,1	11,0	28,0	46,0	18,5	30,2	23,6	43,0	20,5	26,5	8,6	30,6	,0	,0
1970	18,2	,0	,0	3,8	8,2	21,8	25,9	20,6	23,8	49,1	30,4	27,8	34,2	20,4	32,1	35,5	53,3	15,2	,0
1971	13,9	,0	,0	1,9	16,2	11,0	14,4	12,3	16,0	11,4	34,1	31,9	46,4	20,1	6,2	17,6	22,1	15,3	21,9
1972	24,1	,0	,0	,0	16,2	59,6	24,5	20,9	45,9	39,3	46,8	43,9	17,0	34,6	42,9	33,9	11,5	31,2	42,9
1973	19,8	,0	,0	2,0	22,4	18,6	20,4	37,5	34,5	44,7	23,9	32,1	38,7	29,3	12,1	32,7	23,9	16,0	21,0
1974	18,6	,0	,0	,0	20,5	27,9	23,0	32,9	31,0	46,0	12,2	28,1	21,7	28,9	18,0	15,7	24,5	16,5	62,7
1975	21,3	,0	,0	2,0	26,5	33,6	30,7	31,4	17,7	12,7	32,8	20,3	30,3	65,9	5,9	38,6	36,3	34,0	20,8
1976	19,3	,0	,0	,0	22,1	32,0	40,4	26,0	25,8	29,7	16,5	32,5	26,1	18,7	5,7	15,2	46,8	,0	62,2
1977	24,4	,0	2,5	8,4	46,1	48,4	33,1	20,7	25,1	25,8	8,3	28,8	30,0	23,3	39,1	7,5	33,7	54,9	42,1
1978	26,6	,0	,0	11,0	44,1	49,8	23,9	26,3	20,3	17,4	33,2	33,0	29,7	51,4	33,1	36,3	32,5	37,3	42,5
1979	23,7	,0	,0	2,3	36,2	43,1	27,8	15,7	35,5	39,2	16,9	20,8	37,9	37,4	38,1	42,8	20,6	,0	21,1
1980	24,6	,0	,0	2,4	36,3	36,6	31,5	23,9	42,1	17,4	30,0	54,2	17,0	32,6	26,6	28,0	60,7	,0	42,9
1981	25,8	,0	,0	4,9	41,1	40,8	30,6	28,6	37,2	38,4	26,0	25,1	46,8	9,3	15,7	54,5	39,8	35,0	43,2
1982	29,3	,0	,0	2,4	57,1	53,2	41,0	41,4	27,7	16,8	30,8	16,8	34,3	32,2	41,4	46,7	29,2	49,9	21,9
1983	24,2	,0	,0	2,4	24,1	35,0	35,3	23,8	36,0	24,5	26,6	21,2	21,5	27,4	36,4	33,0	84,8	31,9	134,0
1984	22,5	,0	,0	2,5	38,8	34,0	21,6	22,6	40,3	27,7	22,2	51,8	21,7	31,5	20,9	19,5	9,2	30,4	44,3
1985	20,5	,0	,0	,0	21,4	45,7	25,6	16,9	20,6	41,8	22,2	30,7	34,8	13,6	10,4	31,6	27,1	60,1	,0
1986	20,7	,0	,0	2,5	29,1	34,8	21,2	23,3	11,4	33,0	30,9	49,1	17,5	41,2	15,5	12,5	44,2	44,0	,0
1987	19,9	,0	,0	5,0	22,4	30,3	25,3	27,3	13,9	27,8	21,7	18,1	30,8	36,8	25,6	24,6	34,7	28,8	41,3
1988	23,5	,0	,0	10,0	35,6	35,0	23,4	52,1	29,8	16,8	21,2	22,9	44,4	18,5	15,3	24,6	34,1	27,9	19,8
1989	20,0	,0	,0	2,5	23,5	27,9	28,5	38,8	26,4	26,0	12,5	18,5	27,2	18,6	30,2	12,3	25,1	41,0	38,3
1990	24,6	,0	,0	2,5	31,8	38,7	39,5	25,5	33,7	28,2	24,6	18,7	41,5	14,0	45,5	18,3	48,2	40,7	75,2
1991	20,1	,0	,0	,0	31,8	31,8	32,3	23,4	15,2	33,3	28,0	27,9	23,4	14,0	45,5	24,2	15,7	26,0	,0
1992	22,0	,0	,0	2,5	42,4	50,2	31,8	33,5	22,4	18,0	15,1	13,8	43,1	19,0	35,7	11,9	23,3	24,9	18,3

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : SASKATCHEWAN, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	3,2	0,0	3,6	13,3	5,2	5,7	0,0	0,0	8,9	13,3	0,0	0,0	0,0
1951	2,0	,0	,0	,0	,0	3,2	6,4	,0	7,1	4,3	,0	5,8	,0	7,1	,0	,0	,0	,0	,0
1952	3,2	,0	,0	,0	,0	,0	6,4	3,3	3,5	,0	15,1	11,4	,0	21,4	8,5	,0	,0	,0	,0
1953	2,2	,0	,0	,0	,0	,0	3,2	,0	6,9	8,0	4,9	,0	,0	,0	8,3	11,2	18,9	,0	,0
1954	5,3	,0	,0	,0	,0	6,4	9,6	3,3	3,4	11,7	23,8	11,2	6,3	14,4	16,3	,0	,0	,0	,0
1955	3,8	,0	,0	,0	8,9	,0	6,6	9,9	,0	7,6	,0	5,6	6,2	,0	7,9	10,3	16,9	34,5	,0
1956	3,6	,0	,0	,0	,0	,0	6,8	,0	,0	7,5	13,3	16,7	6,2	14,3	7,9	10,1	,0	,0	,0
1957	4,3	,0	,0	,0	,0	,0	7,1	13,7	6,9	7,5	4,4	16,4	6,2	7,2	,0	19,8	,0	,0	,0
1958	3,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	6,9	6,9	7,4	8,5	15,9	6,1	,0	15,9	9,6	14,9	,0	,0
1959	3,7	,0	,0	,0	,0	,0	3,6	10,4	10,3	7,3	4,1	10,2	11,9	7,0	7,9	,0	,0	,0	,0
1960	1,6	,0	,0	,0	2,9	,0	3,7	7,0	,0	,0	,0	4,9	,0	6,9	7,8	,0	,0	,0	,0
1961	3,1	,0	,0	,0	2,8	,0	3,7	,0	6,9	,0	27,4	4,7	,0	,0	7,7	9,0	,0	,0	,0
1962	2,9	,0	,0	,0	,0	3,5	3,9	7,3	7,0	,0	3,9	13,8	,0	6,8	7,7	8,9	,0	,0	,0
1963	3,8	,0	,0	,0	5,2	3,5	8,0	7,6	10,8	3,6	,0	9,0	5,6	,0	7,7	17,7	,0	,0	,0
1964	3,7	,0	,0	,0	2,5	,0	4,0	7,8	3,6	3,6	15,2	13,0	21,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1965	5,0	,0	,0	,0	,0	3,3	,0	,0	11,0	14,4	7,5	8,4	15,5	25,6	7,6	8,8	11,5	19,3	,0
1966	2,1	,0	,0	,0	4,6	3,3	,0	,0	,0	,0	3,7	8,2	9,9	12,4	,0	,0	,0	,0	,0
1967	4,3	,0	,0	2,0	,0	,0	3,9	4,0	11,5	14,7	18,7	4,0	14,4	6,0	,0	,0	,0	,0	,0
1968	4,7	,0	,0	2,0	2,2	2,9	7,6	4,1	7,8	11,2	11,2	8,0	9,3	11,6	14,5	,0	,0	,0	,0
1969	4,3	,0	,0	,0	2,2	8,5	,0	,0	,0	11,4	7,5	15,8	22,5	11,2	,0	,0	,0	,0	,0
1970	4,8	,0	,0	,0	4,3	5,8	3,8	8,4	12,5	11,8	7,6	8,0	8,8	10,9	6,9	,0	,0	,0	,0
1971	2,6	,0	,0	,0	2,1	,0	,0	4,2	8,4	,0	15,4	,0	8,6	10,6	,0	,0	,0	,0	,0
1972	6,8	,0	,0	6,0	2,1	2,9	7,3	12,8	13,1	8,3	8,0	15,9	21,6	5,2	19,3	,0	10,7	,0	,0
1973	5,8	,0	,0	2,0	6,4	16,8	,0	8,6	4,5	,0	4,0	8,0	4,3	15,1	18,9	16,5	,0	14,9	,0
1974	6,2	,0	,0	2,0	2,1	5,4	10,5	8,5	18,4	4,3	4,1	8,1	8,7	34,1	6,1	,0	,0	14,8	,0
1975	7,9	,0	,0	2,1	10,6	12,8	3,3	16,3	13,7	17,7	16,7	8,1	12,9	4,7	6,0	,0	,0	29,7	,0
1976	8,2	,0	,0	,0	18,7	9,7	9,3	11,7	8,9	4,4	4,2	16,2	12,8	4,6	17,2	22,6	,0	14,5	,0
1977	6,2	,0	,0	,0	8,3	7,0	3,0	18,3	8,7	4,5	4,2	16,5	12,5	4,6	5,5	7,2	10,1	14,3	,0
1978	7,6	,0	,0	,0	8,2	18,1	2,9	7,0	25,4	18,0	4,3	8,2	8,3	9,0	10,7	,0	19,5	,0	,0
1979	5,7	,0	,0	,0	2,1	13,4	10,9	3,3	8,2	,0	4,3	4,2	12,4	13,5	25,7	,0	,0	,0	,0
1980	6,9	,0	,0	2,5	2,1	6,6	18,1	6,3	,0	4,5	8,9	21,1	12,5	22,2	10,0	,0	,0	13,8	,0
1981	9,1	,0	,0	5,1	17,0	15,4	7,4	18,0	7,8	8,8	9,0	4,3	4,2	8,8	14,6	12,5	26,2	,0	,0
1982	5,1	,0	,0	,0	11,0	10,9	7,1	14,7	3,6	,0	4,5	8,6	4,2	4,3	4,8	,0	,0	,0	,0
1983	5,2	,0	,0	,0	4,6	6,4	11,4	2,8	6,9	12,7	18,1	8,7	8,4	4,3	,0	5,8	,0	,0	,0
1984	4,1	,0	,0	,0	2,4	2,1	6,7	5,4	6,6	4,1	9,1	4,4	4,2	12,8	,0	11,2	,0	,0	26,7
1985	5,3	,0	,0	2,6	5,0	2,1	8,9	,0	12,5	11,9	18,1	8,9	4,3	,0	,0	10,8	14,9	,0	13,1
1986	6,0	,0	,0	,0	5,1	2,1	6,7	19,6	12,1	7,7	4,5	13,6	4,3	4,3	4,6	15,8	7,2	,0	,0
1987	5,6	,0	,0	,0	7,8	24,7	6,6	7,1	6,0	7,3	,0	4,6	,0	,0	4,5	15,5	,0	,0	,0
1988	4,7	,0	,0	,0	5,3	2,4	8,8	2,4	5,8	7,1	13,0	9,2	13,3	13,1	,0	5,1	,0	,0	,0
1989	4,3	,0	,0	,0	5,4	8,0	6,8	4,7	14,1	6,8	4,2	4,7	4,5	4,4	,0	,0	6,4	,0	,0
1990	5,5	,0	2,5	,0	8,2	8,6	11,9	12,1	8,2	9,9	8,3	4,7	,0	4,5	4,6	,0	,0	,0	,0
1991	4,8	,0	,0	,0	5,5	8,9	7,6	16,9	,0	9,6	4,1	4,6	9,4	,0	,0	5,0	6,0	,0	,0
1992	5,9	,0	,0	2,6	8,2	9,1	13,5	9,8	7,8	3,2	7,7	9,2	9,6	18,5	,0	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ALBERTA, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	6,7	5,7	14,1	18,2	24,9	19,4	24,1	20,5	42,7	10,5	19,6	0,0	0,0
1951	9,2	,0	,0	,0	1,4	11,9	3,9	12,5	9,0	12,3	24,0	28,4	18,9	14,4	17,0	35,7	28,0	,0	,0
1952	9,7	,0	,0	,0	1,3	9,1	3,8	8,1	11,7	15,2	29,1	34,2	21,2	23,3	20,1	29,1	8,7	18,9	,0
1953	7,1	,0	,0	2,4	2,6	5,1	4,9	10,4	9,8	9,6	11,2	17,5	15,5	23,3	13,2	23,1	8,1	,0	38,5
1954	10,0	,0	,0	,0	2,6	5,0	4,8	12,4	8,0	21,6	19,7	35,9	25,3	23,3	19,5	21,7	30,8	49,2	35,7
1955	8,8	,0	,0	,0	2,5	4,9	8,1	9,6	6,5	22,4	15,7	12,4	32,3	29,2	22,4	33,3	7,4	15,9	,0
1956	10,2	,0	,0	1,0	1,2	1,2	9,1	9,3	15,2	21,6	16,9	28,2	24,4	29,4	37,7	16,0	34,7	44,8	29,4
1957	9,0	,0	,0	,0	2,4	7,1	10,0	9,1	12,3	13,9	14,7	37,0	16,5	25,9	15,9	7,8	45,8	27,8	,0
1958	9,2	,0	,0	1,8	5,7	4,7	12,1	8,8	10,7	13,5	14,2	24,6	34,2	19,7	15,9	19,2	36,8	26,0	,0
1959	9,4	,0	,0	,0	2,2	8,1	7,6	14,0	19,6	9,2	25,7	27,4	17,5	24,7	28,6	11,3	5,7	24,1	,0
1960	9,2	,0	,0	,0	4,2	15,9	13,8	10,6	13,4	11,4	14,7	8,8	16,9	45,1	22,2	18,4	21,9	,0	23,8
1961	8,9	,0	,0	1,5	4,0	9,0	9,4	13,4	14,2	12,4	18,5	27,5	18,4	18,0	22,1	3,6	26,1	20,9	,0
1962	8,5	,0	,0	1,5	4,8	4,4	8,4	12,3	7,5	14,5	19,4	16,6	23,9	29,9	15,4	18,0	35,3	9,7	,0
1963	7,6	,0	,0	,7	3,6	5,3	11,6	10,2	4,2	20,0	10,8	11,3	13,6	33,7	21,2	14,5	19,6	26,9	18,0
1964	11,0	,0	,0	,7	5,1	10,5	13,9	16,4	17,8	17,3	17,2	17,2	45,5	20,9	32,7	14,5	19,2	16,9	16,7
1965	11,0	,0	,0	1,3	4,9	9,2	10,8	16,6	13,6	19,3	23,4	22,8	22,2	27,0	40,8	29,0	18,9	24,3	15,6
1966	10,0	,0	,0	1,9	4,7	17,6	6,5	13,8	15,7	15,7	16,7	25,2	29,0	19,7	8,5	17,9	18,8	15,7	28,9
1967	9,2	,0	,0	1,2	6,6	12,0	11,7	11,7	13,6	24,3	16,4	15,9	22,9	19,2	11,1	14,2	,0	,0	13,4
1968	10,2	,0	,0	1,8	7,7	17,9	11,1	13,7	24,0	20,7	16,0	9,9	25,5	18,7	5,3	3,5	13,9	29,1	,0
1969	12,6	,0	,0	2,9	12,7	19,8	22,0	14,6	14,5	22,5	23,9	27,8	27,8	12,2	7,7	14,0	14,0	14,0	,0
1970	13,4	,0	,0	1,7	14,8	23,1	13,5	20,5	13,3	13,8	26,7	24,6	28,4	23,7	27,1	27,3	14,0	6,9	10,7
1971	10,9	,0	,0	1,1	13,8	15,2	15,2	12,5	12,9	28,7	17,8	18,4	9,0	17,0	9,4	13,0	13,7	19,9	19,1
1972	12,6	,0	,0	,0	16,7	20,2	11,2	20,5	17,9	26,4	24,5	18,9	22,3	12,9	9,1	9,5	4,6	6,5	45,7
1973	12,5	,0	,0	1,0	16,0	18,9	9,8	19,6	19,0	16,1	23,1	23,1	20,6	19,7	22,1	18,1	9,1	6,5	,0
1974	15,9	,0	,0	1,0	18,3	25,7	22,2	23,8	16,9	23,1	20,7	30,6	29,2	15,5	21,8	20,2	17,7	13,2	16,6
1975	14,6	,0	,0	1,6	16,7	21,6	16,3	12,8	25,2	24,9	21,1	27,7	17,0	21,5	31,9	19,4	16,9	13,2	8,1
1976	16,5	,0	,0	2,1	19,3	28,7	20,5	23,3	19,6	20,6	23,7	22,6	23,0	32,1	18,4	16,0	16,1	19,5	7,9
1977	17,6	,0	,0	3,2	24,4	28,4	17,1	14,9	20,2	22,1	32,2	38,1	27,0	15,7	21,7	20,6	19,3	31,9	15,3
1978	16,3	,0	,6	3,9	15,6	20,4	20,7	20,0	22,9	28,4	24,5	25,2	24,7	20,0	15,2	22,3	18,4	37,3	22,5
1979	14,9	,0	,0	1,1	18,5	22,8	18,3	16,9	16,1	31,2	27,0	20,4	22,7	10,6	16,5	17,0	7,0	6,0	14,7
1980	17,7	,0	,0	2,8	19,7	22,2	25,9	27,3	19,4	12,3	28,6	25,9	17,6	32,4	23,0	30,8	26,6	17,3	14,3
1981	14,9	,0	,0	2,8	18,0	18,1	10,8	19,8	22,7	21,8	25,2	20,2	28,7	17,0	27,5	13,8	22,5	38,6	7,0
1982	15,1	,0	,0	2,7	14,7	18,9	17,9	19,9	16,5	22,4	27,6	28,5	21,5	18,8	20,2	22,4	15,5	15,9	6,8
1983	16,4	,0	,0	1,7	19,4	17,1	21,4	22,6	20,2	25,4	28,4	26,2	25,5	15,5	19,9	32,5	12,0	5,0	13,4
1984	16,9	,0	,0	3,4	15,4	21,3	17,6	22,1	17,9	28,4	22,7	34,9	28,3	28,8	19,6	27,0	14,7	23,7	6,5
1985	12,3	,0	,0	1,1	14,4	18,5	13,0	14,8	17,3	18,0	15,3	14,6	21,3	13,6	12,6	17,9	14,2	27,1	18,8
1986	17,4	,0	,0	4,6	20,2	24,4	20,1	26,8	20,3	19,4	22,0	26,1	26,0	21,9	16,7	25,0	27,6	17,4	,0
1987	15,7	,0	,0	1,7	17,9	17,8	20,5	21,0	16,0	19,4	30,0	23,2	27,8	18,0	30,4	9,4	24,0	16,7	5,7
1988	16,2	,0	,0	2,9	18,1	22,2	17,3	19,0	21,6	27,1	22,1	28,0	24,4	23,6	11,1	18,4	28,3	12,0	16,3
1989	14,5	,0	,0	1,7	17,1	18,3	17,4	22,1	17,7	18,1	22,6	18,0	15,2	20,8	13,4	29,0	12,2	15,5	25,6
1990	15,8	,0	,0	4,9	18,2	27,4	20,1	18,2	22,3	22,1	20,1	22,3	18,1	16,8	15,7	6,9	18,7	22,5	19,3
1991	17,8	,0	,0	2,1	25,3	27,0	23,7	19,0	28,2	23,1	19,9	24,3	27,0	17,6	14,1	14,9	26,9	18,0	23,1
1992	18,0	,0	,0	4,1	20,0	25,4	25,2	28,9	21,7	23,7	25,0	24,4	16,9	19,5	24,1	14,1	15,2	13,8	17,6

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ALBERTA, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	10,7	11,4	21,2	27,0	37,6	21,6	37,9	34,8	47,9	18,2	34,5	0,0	0,0
1951	13,6	,0	,0	,0	2,6	10,4	7,9	13,9	11,7	16,5	32,3	46,4	28,7	24,5	28,6	53,1	49,2	,0	,0
1952	14,9	,0	,0	,0	2,6	15,2	7,6	10,9	17,1	15,9	45,5	48,8	37,7	35,0	33,9	42,0	,0	,0	,0
1953	11,3	,0	,0	4,6	5,2	9,9	4,9	15,7	13,7	9,2	16,9	27,5	23,1	40,6	22,5	40,0	14,3	,0	76,9
1954	14,9	,0	,0	,0	2,5	7,3	9,3	15,0	7,8	35,4	36,2	49,2	22,7	36,1	22,2	30,1	54,1	90,9	71,4
1955	13,5	,0	,0	,0	2,5	9,6	13,5	12,0	7,6	37,4	22,7	22,2	49,1	31,4	38,7	50,7	13,0	,0	,0
1956	14,8	,0	,0	2,0	,0	,0	10,9	14,0	19,9	36,2	19,0	39,7	26,4	47,9	54,6	27,8	61,7	55,6	62,5
1957	14,0	,0	,0	,0	4,7	13,9	12,8	13,4	16,9	21,6	24,7	52,8	21,2	41,9	27,9	6,8	69,8	51,3	,0
1958	15,1	,0	,0	3,5	11,2	4,6	23,3	17,2	14,1	23,7	23,9	34,6	49,4	30,8	22,6	34,0	65,9	23,8	,0
1959	16,0	,0	,0	,0	4,3	13,7	14,5	27,2	36,4	15,3	46,2	37,2	27,7	40,2	40,0	13,4	10,3	44,4	,0
1960	15,5	,0	,0	,0	8,3	27,2	18,4	18,3	22,1	19,9	25,4	16,4	30,7	77,7	28,9	26,3	39,6	,0	45,5
1961	14,9	,0	,0	3,0	6,0	15,8	16,1	25,6	21,6	24,2	22,0	45,4	29,8	23,6	40,8	6,5	47,0	38,7	,0
1962	13,8	,0	,0	1,4	9,4	6,6	14,3	23,5	14,8	19,0	29,6	31,8	33,0	46,0	23,0	26,4	55,0	,0	,0
1963	12,8	,0	,0	1,4	5,4	10,7	18,7	15,7	8,3	30,5	18,5	21,7	25,3	58,0	28,4	20,1	27,0	50,2	35,5
1964	17,2	,0	,0	1,3	10,2	14,8	19,0	27,7	26,6	25,4	28,7	24,2	64,5	34,5	56,2	20,4	35,5	31,8	32,9
1965	17,4	,0	,0	1,3	9,7	16,5	15,1	28,1	24,3	31,7	28,2	35,4	35,3	46,2	61,0	27,6	35,4	46,1	31,1
1966	15,1	,0	,0	3,7	9,3	30,0	6,6	20,5	24,3	15,7	22,8	43,5	45,3	20,5	10,9	34,6	35,6	30,2	58,4
1967	14,5	,0	,0	2,4	11,7	22,4	17,1	20,6	20,2	32,9	25,0	22,7	40,9	32,2	15,9	13,9	,0	,0	27,3
1968	15,3	,0	,0	3,5	13,8	32,7	12,2	20,6	24,0	30,0	26,9	16,7	43,1	23,7	10,2	7,0	27,2	42,5	,0
1969	18,5	,0	,0	3,4	23,7	24,0	38,3	18,4	19,8	27,2	40,6	46,8	35,3	19,6	14,7	13,9	27,8	13,8	,0
1970	20,1	,0	,0	2,2	24,0	37,4	16,1	28,2	15,7	18,4	37,1	37,9	46,7	46,2	42,4	47,7	18,9	13,6	22,5
1971	17,2	,0	,0	2,1	23,6	26,4	28,2	18,7	16,9	35,1	28,6	31,3	14,8	26,0	18,0	19,6	18,9	40,4	20,4
1972	19,2	,0	,0	,0	22,5	33,6	19,1	25,3	24,8	34,7	41,5	30,0	38,3	21,7	17,7	12,6	9,6	13,5	98,1
1973	18,1	,0	,0	2,0	22,7	31,0	13,9	27,6	32,7	22,9	25,6	26,6	35,1	28,5	39,3	24,0	9,6	,0	,0
1974	21,4	,0	,0	2,0	27,3	36,1	29,1	34,5	15,5	28,6	29,5	44,7	29,2	24,3	26,1	28,7	18,9	28,7	36,7
1975	21,5	,0	,0	3,1	27,6	35,5	22,1	15,5	35,8	36,0	24,5	34,7	25,5	40,2	55,4	22,2	18,4	29,0	18,3
1976	24,3	,0	,0	3,1	28,8	42,1	35,2	29,2	29,0	29,9	35,7	27,3	27,2	52,2	24,8	26,9	35,0	44,1	18,2
1977	26,8	,0	,0	5,3	40,2	46,8	25,5	21,0	28,9	29,4	48,0	62,5	33,8	22,4	36,2	21,0	33,3	44,1	35,9
1978	24,7	,0	1,2	6,5	27,0	30,8	34,8	30,2	36,1	34,4	39,1	32,3	32,6	25,2	27,5	36,0	31,4	58,1	36,3
1979	22,7	,0	,0	1,1	28,3	37,6	34,9	25,8	24,9	37,0	36,6	20,8	36,3	21,7	26,8	15,3	7,4	,0	36,0
1980	25,9	,0	,0	3,3	29,9	35,3	41,7	39,1	23,2	16,8	41,6	37,9	28,5	45,4	18,7	40,3	42,9	27,8	35,9
1981	22,4	,0	,0	4,3	31,7	32,0	15,9	32,2	31,8	23,9	35,6	29,0	37,2	20,4	29,3	19,8	41,9	79,3	18,0
1982	23,9	,0	,0	5,4	25,1	31,1	27,6	30,8	22,2	35,1	42,3	39,6	31,8	30,6	39,6	34,0	34,3	38,2	18,1
1983	24,7	,0	,0	2,2	33,1	28,4	34,7	32,7	25,6	35,4	37,0	31,7	39,7	21,5	31,9	66,5	13,5	11,9	18,4
1984	25,2	,0	,0	5,5	26,2	35,0	26,7	29,4	26,0	36,0	29,8	50,3	40,9	44,2	31,5	50,6	20,0	44,8	18,2
1985	19,9	,0	,0	2,2	22,9	33,3	20,8	23,5	24,1	25,2	22,6	26,2	35,6	25,7	16,9	26,6	26,0	64,4	53,4
1986	27,7	,0	,0	4,5	33,4	39,1	34,7	38,8	30,4	28,4	39,4	39,4	42,9	35,4	26,1	51,7	44,9	41,8	,0
1987	26,1	,0	,0	3,4	29,8	33,3	33,4	35,8	21,1	30,4	45,1	37,6	46,3	34,6	52,9	21,0	37,3	40,7	16,2
1988	24,7	,0	,0	4,5	33,3	33,6	26,4	28,1	29,2	38,6	30,3	41,3	41,7	38,3	12,0	32,9	36,2	29,6	46,3
1989	21,8	,0	,0	1,1	29,2	31,4	23,6	32,2	26,9	24,0	30,4	29,6	15,7	34,8	25,8	44,4	28,9	29,0	72,5
1990	24,7	,0	,0	8,4	27,0	44,5	32,7	25,5	31,8	31,2	35,0	32,6	29,4	29,1	25,1	11,6	38,7	46,9	55,0
1991	27,7	,0	,0	2,1	39,9	46,7	37,1	29,7	43,8	30,7	30,6	31,7	42,9	32,7	19,0	22,1	47,9	36,4	65,8
1992	26,8	,0	,0	6,0	28,6	38,4	44,6	44,1	30,8	34,1	33,5	27,3	27,4	30,0	34,6	24,4	20,5	26,4	38,2

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : ALBERTA, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	6,5	7,9	9,3	16,5	6,2	0,0	35,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	4,2	,0	,0	,0	,0	13,4	,0	11,1	6,2	7,5	13,5	5,4	6,2	,0	,0	12,0	,0	,0	,0
1952	3,9	,0	,0	,0	,0	2,7	,0	5,4	6,0	14,3	8,7	15,5	,0	6,9	,0	11,5	20,4	41,7	,0
1953	2,5	,0	,0	,0	,0	,0	4,9	5,2	5,7	10,2	4,1	4,9	5,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1954	4,8	,0	,0	,0	2,6	2,6	,0	9,9	8,2	6,5	,0	19,0	28,4	6,7	15,6	10,3	,0	,0	,0
1955	3,6	,0	,0	,0	2,6	,0	2,4	7,2	5,3	6,2	7,5	,0	11,2	26,5	,0	9,8	,0	34,5	,0
1956	5,2	,0	,0	,0	2,5	2,5	7,1	4,7	10,3	6,0	14,5	13,6	21,9	6,6	14,8	,0	,0	32,3	,0
1957	3,6	,0	,0	,0	,0	,0	7,0	4,6	7,5	5,8	3,5	17,4	10,6	6,4	,0	9,1	14,9	,0	,0
1958	2,8	,0	,0	,0	,0	4,8	,0	,0	7,3	2,8	3,3	12,5	15,3	6,2	7,2	,0	,0	28,6	,0
1959	2,2	,0	,0	,0	,0	2,3	,0	,0	2,3	2,7	3,2	15,9	4,9	6,0	14,3	8,5	,0	,0	,0
1960	2,4	,0	,0	,0	,0	4,6	8,8	2,2	4,5	2,6	3,1	,0	,0	5,8	14,0	8,3	,0	,0	,0
1961	2,5	,0	,0	,0	2,1	2,2	2,2	,0	6,6	,0	14,7	7,3	4,6	11,3	,0	,0	,0	,0	,0
1962	2,9	,0	,0	1,5	,0	2,2	2,2	,0	,0	9,8	8,5	,0	13,1	10,9	6,7	7,9	11,2	20,9	,0
1963	2,2	,0	,0	,0	1,8	,0	4,3	4,3	,0	9,5	2,8	,0	,0	5,2	13,0	7,8	10,7	,0	,0
1964	4,4	,0	,0	,0	,0	6,2	8,6	4,3	8,6	9,2	5,4	9,7	24,2	5,0	6,3	7,8	,0	,0	,0
1965	4,4	,0	,0	1,3	,0	2,0	6,5	4,3	2,2	6,8	18,5	9,4	7,8	4,9	18,4	30,5	,0	,0	,0
1966	4,6	,0	,0	,0	,0	5,8	6,5	6,6	6,5	15,8	10,4	6,1	11,3	18,7	5,9	,0	,0	,0	,0
1967	3,7	,0	,0	,0	1,5	1,8	6,3	2,2	6,5	15,6	7,6	8,9	3,6	4,5	5,8	14,6	,0	,0	,0
1968	4,8	,0	,0	,0	1,4	3,4	10,1	6,5	23,9	11,1	4,9	2,9	7,0	13,1	,0	,0	,0	14,9	,0
1969	6,4	,0	,0	2,4	1,4	15,8	5,7	10,6	8,7	17,6	7,2	8,5	20,0	4,2	,0	14,1	,0	14,3	,0
1970	6,4	,0	,0	1,1	5,2	8,9	10,8	12,5	10,7	8,8	16,3	11,0	9,6	,0	10,3	6,8	9,2	,0	,0
1971	4,3	,0	,0	,0	3,7	4,0	1,6	6,0	8,4	21,7	6,8	5,3	3,1	7,7	,0	6,5	8,9	,0	18,0
1972	5,6	,0	,0	,0	10,6	6,6	3,0	15,4	10,4	17,2	6,8	7,6	6,0	3,7	,0	6,3	,0	,0	,0
1973	6,6	,0	,0	,0	9,0	6,4	5,7	11,0	4,2	8,5	20,3	19,5	5,9	10,8	4,5	12,1	8,6	12,4	,0
1974	10,1	,0	,0	,0	8,8	14,7	15,0	12,3	18,5	17,0	11,2	16,5	29,3	6,9	17,5	11,6	16,6	,0	,0
1975	7,4	,0	,0	,0	5,3	6,8	10,3	9,9	13,9	12,6	17,6	20,8	8,5	3,3	8,5	16,6	15,6	,0	,0
1976	8,4	,0	,0	1,1	9,4	14,7	4,8	17,0	9,6	10,3	10,8	18,1	18,8	12,7	12,1	5,3	,0	,0	,0
1977	8,0	,0	,0	1,1	7,8	8,8	8,0	8,4	10,9	14,1	14,8	13,5	20,4	9,2	7,7	20,2	7,2	22,5	,0
1978	7,5	,0	,0	1,1	3,7	9,2	5,4	9,1	8,5	21,7	8,3	17,9	17,1	15,0	3,7	9,6	6,9	21,7	12,8
1979	6,8	,0	,0	1,2	8,3	6,9	,0	7,3	6,4	24,9	16,3	19,9	9,4	,0	7,0	18,5	6,6	10,4	,0
1980	9,0	,0	,0	2,3	9,2	8,0	8,4	14,5	15,1	7,4	14,1	12,9	7,0	20,1	26,9	22,3	12,5	9,8	,0
1981	7,0	,0	,0	1,1	3,7	3,0	5,1	6,2	12,7	19,4	13,8	10,5	20,5	13,8	26,0	8,6	6,0	9,4	,0
1982	5,9	,0	,0	,0	3,8	5,8	7,1	8,0	10,2	8,4	11,6	16,4	11,3	7,8	3,2	12,4	,0	,0	,0
1983	7,7	,0	,0	1,1	5,0	5,2	6,9	11,6	14,4	14,5	19,1	20,3	11,1	9,9	9,3	4,0	10,8	,0	10,6
1984	8,3	,0	,0	1,2	4,2	7,0	7,6	14,1	9,3	20,2	15,1	18,2	15,4	14,5	9,2	7,6	10,5	8,3	,0
1985	4,5	,0	,0	,0	5,4	3,2	4,6	5,4	10,0	10,4	7,4	2,0	6,5	2,4	8,9	10,8	5,1	,0	,0
1986	6,8	,0	,0	4,7	6,5	9,1	4,6	13,9	9,6	9,9	3,6	11,9	8,5	9,4	8,5	3,5	14,5	,0	,0
1987	5,1	,0	,0	,0	5,5	1,8	7,0	5,1	10,6	8,0	14,1	8,0	8,4	2,3	10,8	,0	14,0	,0	,0
1988	7,6	,0	,0	1,2	2,2	10,3	7,8	9,2	13,4	15,1	13,4	13,9	6,3	9,3	10,4	6,6	22,5	,0	,0
1989	6,9	,0	,0	2,3	4,5	4,9	11,0	11,4	7,9	12,0	14,4	5,8	14,5	6,9	2,5	16,4	,0	6,5	,0
1990	6,7	,0	,0	1,1	9,0	9,9	7,2	10,3	12,2	12,4	4,6	11,4	6,2	4,5	7,4	3,1	4,0	6,2	,0
1991	7,7	,0	,0	2,2	10,1	6,9	9,9	7,8	11,6	15,1	8,7	16,6	10,3	2,2	9,7	9,0	11,6	6,0	,0
1992	9,0	,0	,0	2,1	11,1	12,1	5,2	13,2	12,0	12,7	16,2	21,4	6,1	8,7	14,5	5,7	11,3	5,7	6,7

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	18,1	0,0	0,0	0,0	9,8	15,6	13,0	16,6	19,8	27,0	30,1	20,4	32,7	60,8	32,3	31,5	34,7	20,4	65,2
1951	14,2	,0	,0	,0	4,3	11,3	9,8	16,5	8,8	21,9	21,3	42,4	24,4	34,2	22,7	26,3	29,0	50,5	21,7
1952	15,1	,0	,0	1,2	5,5	10,0	7,5	13,9	17,1	25,8	23,4	24,9	29,6	47,6	39,6	22,4	26,8	28,6	,0
1953	15,9	,0	,0	1,1	2,7	13,6	11,7	10,4	15,7	33,8	23,8	37,2	45,5	24,2	24,5	28,5	36,9	35,7	37,0
1954	13,7	,0	,0	,0	5,1	6,1	8,3	17,0	14,3	15,5	24,1	39,2	26,7	35,8	22,5	29,5	35,0	33,3	17,9
1955	11,6	,0	,0	,0	6,1	8,4	11,2	13,6	12,9	9,6	17,9	28,9	17,5	19,1	33,6	30,5	22,2	39,4	16,1
1956	12,4	,0	,0	,0	3,5	12,7	12,9	13,2	5,8	16,2	17,0	31,0	34,4	36,7	24,0	31,3	21,0	,0	30,8
1957	11,0	,0	,0	,8	5,3	6,4	7,5	10,8	13,8	15,6	15,9	16,8	36,4	24,6	26,1	18,4	28,9	34,2	14,3
1958	11,2	,0	,0	,8	1,0	10,2	15,7	7,0	11,6	23,1	29,4	29,4	17,6	18,5	13,2	22,5	18,3	25,3	,0
1959	11,5	,0	,0	,7	1,9	6,2	10,4	8,8	18,5	18,1	17,9	21,9	32,9	23,7	28,7	16,4	35,1	41,4	,0
1960	10,1	,0	,0	,0	3,7	5,2	8,6	8,8	11,3	20,7	19,3	22,3	24,4	19,8	17,5	24,5	36,4	5,5	,0
1961	11,8	,0	,0	,7	2,7	9,5	7,8	13,4	14,6	14,9	22,7	24,0	28,2	23,1	23,6	28,7	46,1	25,7	10,3
1962	10,3	,0	,0	1,3	3,3	9,2	10,0	13,6	9,5	12,8	18,3	25,3	27,2	26,0	23,6	18,7	10,7	14,5	28,7
1963	13,0	,0	,0	1,2	7,7	12,6	9,0	20,1	16,3	19,8	21,9	29,7	33,2	27,0	25,4	14,9	26,3	4,5	26,4
1964	13,6	,0	,0	,6	7,9	14,5	15,7	11,9	11,9	25,3	24,5	33,6	17,3	29,5	38,6	13,0	31,4	25,8	32,5
1965	14,9	,0	,0	,0	5,4	11,0	16,0	19,9	23,6	18,7	25,1	29,2	33,0	20,5	35,9	36,8	31,5	29,2	54,2
1966	12,8	,0	,0	1,1	5,1	11,6	12,3	11,4	18,9	20,7	26,3	31,1	26,6	25,5	18,2	21,1	26,3	32,6	14,4
1967	13,3	,0	,0	,0	8,3	13,4	22,8	18,6	16,2	20,8	18,5	17,9	32,1	20,1	30,1	18,9	28,7	27,7	27,0
1968	15,2	,0	,0	1,5	9,7	17,0	22,2	25,6	20,9	27,6	20,4	26,8	30,4	24,7	24,0	12,5	28,7	15,5	25,3
1969	16,3	,0	,0	1,0	6,0	23,3	14,3	12,1	24,1	27,4	33,7	27,3	21,6	40,6	22,9	37,3	44,4	26,5	29,4
1970	16,0	,0	,0	,0	6,2	18,3	20,0	21,8	26,2	29,5	34,9	31,3	29,2	21,1	15,5	14,2	26,1	44,5	16,2
1971	16,9	,0	,0	,4	6,7	21,1	16,0	20,2	26,7	26,4	31,9	39,6	28,6	24,4	24,5	23,2	33,3	32,5	39,6
1972	15,4	,0	,0	1,3	8,2	22,0	22,8	17,7	23,4	21,6	25,8	27,0	28,1	20,9	19,3	24,1	22,9	10,8	28,7
1973	18,0	,0	,0	1,3	13,2	23,5	22,4	23,6	20,0	21,3	36,7	28,1	32,3	30,4	32,9	17,7	32,8	17,9	22,8
1974	16,6	,0	,0	1,3	11,0	27,0	23,9	16,6	25,8	20,3	28,9	28,4	23,1	21,6	21,4	37,1	12,3	3,6	22,0
1975	16,4	,0	,0	,8	11,6	26,3	20,3	18,5	20,1	23,1	27,9	31,0	28,7	19,6	32,6	9,7	16,8	25,1	,0
1976	15,9	,0	,0	1,3	14,7	23,6	19,1	16,7	11,4	26,7	35,7	27,3	24,4	20,0	12,8	25,0	25,3	14,3	,0
1977	17,0	,0	,0	2,2	12,5	24,3	21,9	21,0	24,4	21,6	27,6	31,2	26,5	17,9	26,6	21,1	11,1	21,1	,0
1978	17,6	,0	,5	1,9	18,2	20,1	27,5	20,4	20,0	23,5	23,7	20,7	24,7	24,1	28,7	24,5	27,7	27,9	11,8
1979	15,7	,0	,5	1,0	15,4	24,8	19,4	15,8	16,0	22,8	23,0	27,3	19,3	25,8	20,2	12,4	24,4	13,5	7,7
1980	14,4	,0	,0	1,4	11,1	19,2	18,3	19,1	15,7	19,8	16,4	26,8	19,0	23,3	17,2	15,8	15,6	16,4	29,9
1981	14,0	,0	,0	1,9	13,2	18,8	19,5	20,5	18,5	19,4	13,4	15,6	16,6	13,1	18,3	21,4	16,7	28,3	18,3
1982	14,5	,0	,5	,9	12,4	13,7	25,9	19,9	12,8	9,7	15,3	25,9	29,6	20,4	16,2	21,6	17,8	18,1	21,6
1983	14,3	,0	,0	1,0	11,7	18,6	16,1	19,7	15,3	17,9	18,5	19,4	15,7	24,0	18,0	16,0	28,8	31,7	24,8
1984	13,0	,0	,0	1,0	12,5	14,6	14,5	18,5	16,9	14,8	15,4	18,7	19,8	13,0	17,9	15,2	21,2	27,3	27,6
1985	10,0	,0	,0	1,0	11,8	12,0	11,2	11,0	11,6	14,3	15,8	16,0	9,1	10,8	13,0	13,4	18,7	13,0	16,8
1986	14,1	,0	,0	2,5	9,1	18,2	17,8	14,5	16,1	18,3	19,7	18,7	17,2	17,2	19,0	26,9	31,3	17,4	13,0
1987	13,5	,0	,0	,0	8,7	13,3	15,8	16,5	12,3	20,8	22,6	19,3	24,6	19,2	19,7	15,6	12,7	30,8	18,8
1988	12,1	,0	,0	1,0	11,5	16,2	18,4	12,2	16,3	12,5	16,1	17,7	20,3	15,5	10,6	16,4	9,4	18,1	12,1
1989	13,1	,0	,0	3,9	11,1	23,2	21,2	15,3	14,2	12,6	21,1	12,6	14,9	11,9	17,4	11,5	12,7	17,3	20,3
1990	12,1	,0	,0	,5	10,6	12,1	13,8	17,8	17,6	16,1	13,9	17,9	12,8	12,4	15,8	14,9	14,4	26,8	22,2
1991	13,7	,0	,0	1,4	12,4	19,0	17,9	17,3	16,7	21,6	16,6	14,1	16,0	11,5	18,5	19,5	12,8	21,7	26,5
1992	13,2	,0	,0	,9	15,4	16,0	18,6	15,5	17,5	17,2	15,8	16,9	20,4	15,9	12,8	11,0	9,1	26,2	22,7

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	26,5	0,0	0,0	0,0	11,0	17,2	15,7	25,3	23,8	33,9	44,0	25,6	54,2	97,7	49,1	45,0	54,1	38,5	130,4
1951	21,4	,0	,0	,0	5,6	15,2	13,7	25,6	11,1	32,2	27,9	64,5	40,0	46,4	33,4	42,5	44,2	94,3	43,5
1952	22,3	,0	,0	,0	10,8	12,4	13,3	17,9	17,4	40,4	35,0	37,6	32,1	71,4	64,0	35,7	40,7	53,6	,0
1953	24,1	,0	,0	2,2	2,6	16,9	19,2	19,3	21,2	47,9	36,5	54,4	63,2	38,6	37,3	47,2	59,7	50,8	76,9
1954	21,1	,0	,0	,0	9,9	9,3	16,3	30,7	18,6	21,8	35,2	61,2	30,8	58,0	27,3	41,5	63,8	47,6	37,0
1955	17,8	,0	,0	,0	9,5	13,6	17,8	13,8	16,2	16,7	24,0	44,9	30,2	29,7	58,2	43,7	33,8	75,8	,0
1956	18,6	,0	,0	,0	6,8	21,9	19,0	15,2	9,9	20,0	16,1	40,7	59,0	57,3	44,7	45,8	38,7	,0	64,5
1957	18,0	,0	,0	1,6	6,2	10,1	12,4	16,3	24,6	27,5	24,1	25,9	50,5	41,5	45,8	34,1	53,6	52,6	29,4
1958	18,1	,0	,0	1,5	1,9	17,5	24,4	12,3	14,6	35,0	44,2	37,6	33,3	36,8	25,5	42,3	34,3	48,8	,0
1959	15,8	,0	,0	1,4	3,8	10,0	16,0	12,0	25,2	19,3	28,7	29,1	44,2	29,0	44,9	19,4	43,7	57,5	,0
1960	15,4	,0	,0	,0	5,4	10,2	10,8	13,7	19,5	28,8	26,0	42,5	42,9	28,6	27,0	31,3	47,4	,0	,0
1961	18,9	,0	,0	1,3	5,2	14,7	13,2	20,7	22,8	26,7	27,5	37,0	39,0	45,5	39,9	43,7	87,1	40,0	21,5
1962	16,8	,0	,0	1,3	6,5	16,3	19,4	20,9	15,7	18,9	32,9	33,5	43,0	43,7	35,6	37,0	20,6	28,1	40,2
1963	18,1	,0	,0	1,2	10,5	17,3	13,8	28,2	27,6	29,7	36,5	38,7	34,0	32,4	31,3	17,0	41,2	8,8	55,3
1964	20,6	,0	,0	1,2	13,9	28,7	17,5	19,4	17,0	39,7	34,6	37,2	30,5	46,8	54,1	26,3	57,4	42,4	68,0
1965	22,2	,0	,0	,0	9,2	18,3	30,0	28,0	31,6	28,0	34,4	45,8	46,7	27,1	53,0	57,6	42,7	58,7	98,1
1966	17,7	,0	,0	2,1	7,4	19,7	20,8	16,8	27,0	28,4	26,1	38,7	26,0	40,8	29,7	31,3	48,7	49,5	31,0
1967	18,0	,0	,0	,0	14,0	16,6	33,7	30,8	17,0	24,1	21,7	20,9	38,4	30,9	36,1	35,9	44,0	57,3	43,7
1968	21,5	,0	,0	2,9	15,6	23,2	34,6	30,2	30,7	32,8	26,2	37,5	51,7	37,8	27,8	18,0	45,0	24,5	41,5
1969	21,8	,0	,0	,9	11,7	37,7	14,1	10,9	33,6	41,3	37,0	27,9	30,9	54,5	26,4	71,6	63,3	40,9	51,9
1970	22,4	,0	,0	,0	9,1	29,6	24,8	36,3	36,1	43,6	35,6	40,5	47,4	32,4	15,5	22,0	35,1	90,0	12,2
1971	22,0	,0	,0	,9	4,7	32,7	19,4	22,2	34,4	35,9	36,5	51,3	33,6	32,7	34,5	37,5	52,5	48,7	90,8
1972	20,5	,0	,0	1,7	9,9	32,7	36,1	24,8	28,6	25,4	31,7	35,2	33,3	26,8	19,4	35,3	29,4	24,6	55,5
1973	24,8	,0	,0	1,7	20,8	36,9	32,7	30,7	26,7	27,8	56,2	43,3	29,6	38,5	37,3	22,2	47,1	41,8	32,3
1974	23,3	,0	,0	2,5	17,6	41,0	33,6	22,8	34,2	31,4	30,5	36,7	25,9	32,4	35,9	56,2	23,2	,0	42,5
1975	23,3	,0	,0	1,6	18,8	44,5	31,6	24,9	22,6	28,6	35,6	44,0	36,4	31,0	44,6	10,1	22,4	43,6	,0
1976	21,9	,0	,0	2,5	23,3	32,9	29,6	16,7	11,7	35,6	49,2	43,8	26,5	28,4	24,1	32,3	37,1	8,8	,0
1977	24,5	,0	,0	3,5	20,6	38,5	30,4	27,2	33,4	34,4	33,3	39,2	40,5	26,4	32,6	43,9	25,1	35,6	,0
1978	25,5	,0	,0	2,7	28,0	33,8	44,2	31,3	29,2	25,8	30,2	26,7	34,1	24,7	42,6	36,3	57,1	54,0	10,5
1979	22,6	,0	,0	,0	23,2	40,0	30,3	25,6	22,0	31,8	32,7	32,3	29,6	36,3	27,8	17,6	22,6	26,5	10,6
1980	22,2	,0	,0	2,8	19,3	29,3	29,2	29,0	28,1	32,9	23,1	32,8	29,1	33,4	32,5	16,9	17,2	42,5	63,8
1981	20,6	,0	,0	2,8	21,9	30,3	29,6	28,4	23,7	30,1	13,4	20,8	27,1	24,8	23,6	35,7	28,8	48,4	10,7
1982	22,5	,0	1,0	,9	21,8	22,2	43,7	31,3	19,3	15,1	21,4	38,0	41,7	32,1	29,2	37,0	16,0	22,8	43,5
1983	21,5	,0	,0	1,9	18,6	31,6	25,6	30,4	23,6	27,8	23,8	26,8	23,3	32,4	21,6	22,7	49,9	57,1	44,0
1984	20,2	,0	,0	1,9	17,4	24,5	22,4	29,1	26,2	23,4	24,6	28,1	33,0	17,1	25,6	24,1	40,9	47,3	65,0
1985	16,0	,0	,0	1,0	15,9	22,8	18,8	17,4	15,4	20,5	24,1	25,5	14,0	18,4	24,9	22,9	28,6	25,7	53,0
1986	22,4	,0	,0	4,0	15,9	28,2	28,2	25,4	25,2	31,6	30,9	31,0	28,6	21,2	21,9	37,8	69,4	30,7	41,1
1987	20,8	,0	,0	,0	15,2	22,1	27,8	27,3	19,6	25,8	36,8	24,2	39,1	26,9	29,5	26,2	23,2	52,7	29,2
1988	19,0	,0	,0	1,0	19,8	27,0	28,8	20,1	23,0	19,9	21,3	25,1	33,3	29,1	18,2	28,3	12,6	27,9	18,7
1989	20,1	,0	,0	5,7	19,9	36,5	35,2	25,7	20,7	18,1	29,6	18,0	22,4	22,8	23,6	15,2	14,9	16,1	44,2
1990	18,3	,0	,0	,0	16,3	19,8	23,2	29,5	25,8	23,1	20,1	26,2	18,3	16,7	21,7	25,2	22,5	41,2	50,2
1991	21,8	,0	,0	1,8	20,7	33,6	28,4	29,3	23,6	34,5	27,8	20,4	18,2	14,9	26,0	32,0	27,3	54,9	71,3
1992	20,7	,0	,0	1,7	24,8	24,4	29,8	25,7	28,5	25,3	21,2	26,4	33,5	25,0	16,6	18,9	21,4	47,5	37,7

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : COLOMBIE-BRITANNIQUE, FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	9,2	0,0	0,0	0,0	8,5	14,1	10,5	8,5	16,0	19,7	13,7	14,5	7,8	15,9	9,5	13,4	11,0	0,0	0,0
1951	6,7	,0	,0	,0	2,9	7,4	6,3	8,4	6,5	10,8	13,4	17,9	7,8	19,8	8,7	6,0	10,6	,0	,0
1952	7,5	,0	,0	2,4	,0	7,5	2,1	10,2	16,9	10,2	9,6	10,6	26,8	19,8	8,6	5,6	9,9	,0	,0
1953	7,1	,0	,0	,0	2,7	10,1	4,2	2,0	10,3	19,0	9,1	17,4	26,5	7,9	8,5	5,3	9,1	18,9	,0
1954	5,9	,0	,0	,0	,0	2,6	,0	3,9	10,0	9,0	11,5	13,6	22,3	11,8	16,7	15,1	,0	17,5	,0
1955	5,1	,0	,0	,0	2,5	2,5	4,2	13,4	9,8	2,2	10,9	10,0	3,7	7,8	4,1	14,5	8,2	,0	31,3
1956	5,8	,0	,0	,0	,0	2,5	6,3	11,2	1,9	12,3	17,9	19,5	7,2	15,6	,0	13,8	,0	,0	,0
1957	3,6	,0	,0	,0	4,4	2,2	2,0	5,4	3,6	3,9	7,1	6,1	20,8	7,6	4,0	,0	,0	14,3	,0
1958	3,9	,0	,0	,0	,0	2,2	5,9	1,8	8,8	11,4	13,5	20,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1959	6,9	,0	,0	,0	,0	2,1	4,0	5,4	12,1	16,9	6,5	13,8	20,0	18,3	11,8	13,0	25,2	24,4	,0
1960	4,6	,0	,0	,0	1,9	,0	6,1	3,6	3,4	12,9	12,3	,0	3,3	10,9	7,8	17,1	24,0	11,4	,0
1961	4,5	,0	,0	,0	,0	4,2	2,0	5,5	6,8	3,6	17,8	10,0	15,9	,0	7,8	12,7	,0	10,6	,0
1962	3,6	,0	,0	1,3	,0	2,1	,0	5,6	3,4	7,1	3,9	16,6	9,2	7,2	11,7	,0	,0	,0	18,3
1963	7,8	,0	,0	1,3	4,8	7,8	4,1	11,4	5,1	10,4	7,6	20,3	32,3	21,2	19,5	12,7	10,7	,0	,0
1964	6,4	,0	,0	,0	1,5	,0	13,9	3,8	6,9	11,9	14,8	29,9	2,8	10,3	23,1	,0	5,2	8,7	,0
1965	7,3	,0	,0	,0	1,4	3,4	1,9	11,2	15,4	10,0	16,3	12,2	18,4	13,3	18,9	16,9	20,7	,0	14,7
1966	7,8	,0	,0	,0	2,6	3,1	3,6	5,5	10,2	13,1	26,6	23,4	27,3	9,3	7,2	12,0	5,1	16,1	,0
1967	8,5	,0	,0	,0	2,4	10,0	11,6	5,3	15,2	17,6	15,4	15,0	25,6	8,8	24,4	3,9	14,9	,0	12,5
1968	8,9	,0	,0	,0	3,5	10,6	9,3	20,6	10,2	22,3	14,9	16,4	8,7	11,2	20,2	7,8	14,6	7,3	11,7
1969	10,7	,0	,0	1,0	,0	8,7	14,6	13,3	13,5	12,8	30,5	26,6	12,3	26,4	19,4	7,7	28,7	14,1	10,8
1970	9,6	,0	,0	,0	3,2	6,9	15,0	6,4	15,1	14,5	34,2	22,5	11,5	9,9	15,4	7,5	18,8	6,8	19,3
1971	11,8	,0	,0	,0	8,8	9,2	12,3	18,0	18,0	15,9	27,4	28,5	23,7	16,1	14,4	10,8	18,2	19,5	,0
1972	10,2	,0	,0	,9	6,5	11,0	8,9	9,9	17,6	17,4	19,8	19,2	23,0	15,2	19,3	14,0	17,9	,0	8,4
1973	11,0	,0	,0	,9	5,4	9,6	11,5	15,9	12,5	14,0	16,7	13,7	34,8	22,6	28,7	13,6	22,0	,0	15,8
1974	9,8	,0	,0	,0	4,3	12,6	13,7	9,8	16,5	7,7	27,2	20,4	20,6	11,5	7,4	19,5	4,3	6,2	7,5
1975	9,4	,0	,0	,0	4,2	7,7	8,3	11,6	17,4	16,8	19,6	18,7	21,7	9,0	21,2	9,4	12,6	12,2	,0
1976	9,8	,0	,0	,0	5,8	14,2	8,0	16,7	11,2	16,8	21,2	11,5	22,5	12,2	2,2	18,2	16,3	17,9	,0
1977	9,3	,0	,0	,9	4,1	9,9	13,1	14,5	14,7	7,6	21,3	23,4	13,8	10,2	21,2	,0	,0	11,6	,0
1978	9,7	,0	1,0	,9	8,1	6,5	10,3	8,8	10,1	20,9	16,6	14,8	16,2	23,6	16,2	13,7	3,9	11,4	12,5
1979	8,7	,0	1,1	2,0	7,2	9,5	8,3	5,6	9,5	13,0	12,1	22,3	9,9	16,7	13,4	7,8	25,9	5,5	6,1
1980	6,5	,0	,0	,0	2,4	9,1	7,2	8,7	2,2	5,5	9,0	20,7	9,8	14,5	3,6	14,8	14,2	,0	11,5
1981	7,4	,0	,0	1,0	4,1	7,3	9,2	12,2	12,8	7,9	13,3	10,2	7,0	3,1	13,7	9,3	6,8	15,5	22,2
1982	6,5	,0	,0	1,0	2,5	5,1	8,2	8,1	5,9	3,8	8,7	13,0	18,2	10,2	5,0	8,8	19,3	15,1	10,7
1983	7,1	,0	,0	,0	4,4	5,2	6,6	8,8	6,5	7,2	12,9	11,4	8,4	16,8	14,9	10,5	12,2	14,5	15,7
1984	5,8	,0	,0	,0	7,3	4,5	6,5	7,8	7,1	5,7	5,6	8,6	7,0	9,5	11,5	7,9	5,8	13,7	10,1
1985	4,1	,0	,0	1,0	7,5	,8	3,6	4,6	7,6	7,6	6,8	5,7	4,2	4,0	3,2	5,6	11,0	4,4	,0
1986	5,8	,0	,0	1,0	1,9	7,8	7,3	3,7	6,6	4,2	7,9	5,7	5,5	13,5	16,6	18,0	2,6	8,3	,0
1987	6,2	,0	,0	,0	1,9	4,1	3,6	5,8	4,8	15,5	7,5	14,2	9,7	12,3	11,6	7,0	4,9	15,9	13,8
1988	5,2	,0	,0	1,0	2,8	5,1	7,9	4,3	9,4	4,6	10,6	9,8	6,9	2,7	4,2	6,9	7,0	11,4	9,0
1989	6,1	,0	,0	2,0	1,9	9,4	7,0	4,9	7,5	6,9	12,2	6,8	6,9	1,4	12,1	8,6	11,1	18,1	8,6
1990	5,9	,0	,0	1,0	4,7	4,2	4,2	6,0	9,4	8,8	7,4	9,2	6,9	8,1	10,7	6,7	8,4	17,2	8,3
1991	5,7	,0	,0	,9	3,7	4,2	7,1	5,3	9,7	8,3	5,0	7,5	13,7	8,1	12,0	9,6	2,0	,0	4,0
1992	5,8	,0	,0	,0	5,5	7,5	7,2	5,2	6,7	8,9	10,1	7,1	6,7	6,7	9,4	4,6	,0	12,3	15,2

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : TERRITOIRES DU NORD-OUEST, HOMMES ET FEMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	31,3	0,0	0,0	0,0	0,0	62,5	0,0	0,0	100,0	0,0	142,9	0,0	250,0	333,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	12,5	,0	,0	,0	71,4	,0	,0	,0	100,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1952	6,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	142,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1953	6,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	125,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1954	5,9	,0	,0	,0	,0	,0	62,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1955	16,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	90,9	,0	,0	,0	,0	,0	250,0	,0	,0	,0	,0
1956	25,9	,0	,0	,0	,0	47,6	52,6	,0	83,3	100,0	111,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1957	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	19,0	,0	,0	,0	,0	,0	50,0	,0	,0	90,9	111,1	,0	,0	,0	166,7	,0	,0	,0	,0
1960	9,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	71,4	,0	,0	125,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1961	13,0	,0	,0	,0	,0	44,7	,0	,0	67,4	,0	107,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1962	28,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	125,7	,0	304,3	,0	,0	250,0	,0	558,7	,0	,0	,0
1963	3,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	346,0	,0	,0	,0	,0	,0
1964	18,6	,0	,0	,0	,0	,0	128,3	48,5	,0	,0	,0	,0	152,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1965	3,6	,0	,0	,0	,0	43,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1966	10,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	47,1	57,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	432,9	,0	,0	,0
1967	6,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	47,4	,0	,0	91,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1968	13,3	,0	,0	,0	,0	,0	41,2	,0	,0	,0	,0	,0	426,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1969	12,9	,0	,0	,0	,0	35,5	,0	,0	,0	,0	,0	223,2	142,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1970	9,1	,0	,0	,0	34,5	64,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1971	13,6	,0	,0	,0	,0	53,1	28,7	,0	47,0	,0	,0	,0	130,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1972	23,0	,0	,0	,0	87,2	100,7	,0	,0	44,7	,0	,0	,0	,0	,0	409,8	,0	,0	,0	,0
1973	19,5	,0	,0	,0	53,3	47,4	,0	31,6	,0	,0	,0	84,2	118,1	,0	,0	377,4	,0	,0	,0
1974	14,5	,0	,0	19,7	50,6	24,0	24,4	31,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1975	16,2	,0	,0	,0	47,8	44,7	44,9	,0	40,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1976	15,7	,0	,0	,0	44,6	42,6	,0	58,6	39,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1977	26,7	,0	,0	,0	21,4	105,1	63,8	27,7	,0	46,1	57,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1978	52,6	,0	,0	18,7	144,2	166,6	63,0	,0	37,7	46,5	56,1	,0	200,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1979	17,4	,0	,0	,0	,0	41,1	41,8	25,5	,0	46,2	109,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1980	19,3	,0	,0	,0	38,6	40,9	20,3	24,4	,0	,0	53,5	72,6	92,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1981	20,9	,0	,0	18,5	95,3	58,5	19,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1982	16,0	,0	,0	,0	37,1	18,3	,0	87,5	30,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1983	40,8	,0	,0	,0	146,7	70,1	53,7	41,6	28,6	79,2	,0	,0	85,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1984	32,0	,0	,0	,0	55,9	84,4	52,0	19,7	26,2	37,5	,0	125,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	990,1
1985	23,6	,0	17,3	,0	56,2	32,4	66,8	37,1	,0	,0	,0	,0	,0	110,9	,0	,0	,0	,0	,0
1986	27,1	,0	,0	,0	56,3	83,4	16,3	,0	23,1	34,0	92,9	57,8	,0	111,7	,0	,0	,0	,0	,0
1987	26,9	,0	,0	39,9	110,6	103,6	16,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1988	37,3	,0	,0	40,1	148,1	51,5	64,8	54,9	,0	30,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1989	53,9	,0	,0	19,4	133,8	155,0	62,9	71,1	,0	55,9	82,6	55,8	72,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1990	30,3	,0	,0	18,6	39,0	33,7	90,9	52,0	43,0	26,3	,0	53,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1991	35,9	,0	,0	,0	59,7	149,5	74,4	49,9	41,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1992	25,7	,0	,0	,0	39,8	99,5	60,6	32,5	,0	,0	,0	52,0	66,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0

Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe : TERRITOIRES DU NORD-OUEST, HOMMES

ANNÉE	TOTAL	Groupes d'âge																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
1950	44,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	166,7	0,0	250,0	0,0	0,0	500,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	11,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	166,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1952	11,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	250,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1953	11,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	200,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1954	10,3	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1955	9,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	500,0	,0	,0	,0	,0
1956	35,7	,0	,0	,0	,0	76,9	76,9	,0	,0	166,7	166,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1957	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	33,3	,0	,0	,0	,0	,0	76,9	,0	,0	142,9	166,7	,0	,0	,0	333,3	,0	,0	,0	,0
1960	16,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	111,1	,0	,0	200,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1961	23,4	,0	,0	,0	,0	76,3	,0	,0	114,3	,0	183,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1962	43,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	106,4	,0	525,4	,0	,0	436,7	,0	900,9	,0	,0	,0
1963	7,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	617,3	,0	,0	,0	,0
1964	34,2	,0	,0	,0	,0	,0	226,1	82,1	,0	,0	,0	,0	246,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1965	6,7	,0	,0	,0	,0	75,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1966	12,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	80,4	99,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1967	12,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	82,0	,0	,0	158,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1968	18,7	,0	,0	,0	,0	,0	75,4	,0	,0	,0	,0	,0	475,1	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1969	24,4	,0	,0	,0	,0	67,8	,0	,0	,0	,0	,0	399,2	244,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1970	17,2	,0	,0	,0	68,2	123,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1971	20,6	,0	,0	,0	,0	51,4	52,8	,0	,0	84,4	,0	,0	,0	228,8	,0	,0	,0	,0	,0
1972	38,7	,0	,0	,0	172,4	192,7	,0	,0	80,8	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1973	36,8	,0	,0	,0	104,0	92,0	,0	57,1	,0	,0	,0	158,7	203,7	,0	,0	781,3	,0	,0	,0
1974	22,8	,0	,0	38,4	48,6	47,1	46,1	55,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1975	21,9	,0	,0	,0	92,2	43,4	84,2	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1976	29,6	,0	,0	,0	86,5	81,8	,0	104,4	72,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1977	50,4	,0	,0	,0	41,1	205,0	117,9	50,3	,0	83,8	99,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1978	78,8	,0	,0	36,4	158,4	286,3	118,4	,0	69,9	83,7	,0	,0	370,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1979	28,8	,0	,0	,0	,0	40,1	80,6	46,0	,0	84,4	191,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1980	36,6	,0	,0	,0	75,1	79,7	39,2	43,8	,0	,0	96,3	123,6	165,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1981	27,7	,0	,0	35,5	148,5	37,4	37,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1982	19,0	,0	,0	,0	36,0	,0	,0	118,8	55,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1983	66,2	,0	,0	,0	250,5	134,2	103,9	76,8	50,7	73,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1984	53,5	,0	,0	,0	109,1	162,1	66,0	36,5	46,5	68,1	,0	110,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	2,564,1
1985	41,3	,0	34,2	,0	72,8	63,2	126,7	68,2	,0	,0	,0	,0	,0	196,9	,0	,0	,0	,0	,0
1986	44,4	,0	,0	,0	109,1	131,4	30,8	,0	41,5	60,3	172,1	,0	,0	200,4	,0	,0	,0	,0	,0
1987	34,1	,0	,0	38,2	143,4	168,6	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1988	54,0	,0	,0	38,6	287,9	66,9	92,8	68,7	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1989	86,1	,0	,0	,0	223,0	235,1	120,6	133,5	,0	99,2	75,9	100,4	129,4	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1990	51,5	,0	,0	36,8	76,4	66,4	177,2	65,4	39,6	47,3	,0	97,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1991	59,4	,0	,0	,0	117,3	261,4	116,4	93,7	38,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
1992	43,0	,0	,0	,0	78,2	163,0	89,2	60,4	,0	,0	,0	95,1	118,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0

ANNEXE 6

Partie 3

**Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge;
Canada, les provinces et les territoires,
années 1950 à 1992
(Population-type : Canada 1991)**

Remarque:

- Les taux ont été calculés à partir des populations suivantes:
1950-1970: les populations recensées aux 1^{er} juin
1971-1992: les populations ajustées aux 1^{er} juillet (pour inclure les résidents non-permanents et pour compenser pour l'effet de sous-dénombrement net dû au recensement).

Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge (hommes et femmes)
CANADA, LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES
(Population-type : Canada 1991)

<u>ANNÉE</u>	<u>Canada</u>	<u>T.-N.</u>	<u>Î.-P.-É.</u>	<u>N.-É.</u>	<u>N.-B.</u>	<u>Qué.</u>	<u>Ont.</u>	<u>Man.</u>	<u>Sask.</u>	<u>Alb.</u>	<u>C.-B.</u>	<u>Yukon</u>	<u>T.-N.-O.</u>
1950	8,7	2,7	3,3	8,5	7,2	4,5	9,3	10,7	8,1	0,0	17,8	40,0	39,6
1951	8,5	4,3	5,4	5,2	4,7	5,7	8,9	12,6	8,2	9,9	14,2	10,0	12,5
1952	8,4	3,0	6,5	7,6	4,2	4,3	10,0	8,5	7,8	10,8	14,9	39,8	7,5
1953	8,1	3,1	4,7	6,0	4,4	5,6	8,9	9,7	6,6	7,8	16,1	24,0	7,7
1954	8,3	2,7	9,3	4,9	3,5	6,0	8,7	7,8	11,1	11,6	14,0	7,8	4,6
1955	8,2	2,1	6,8	6,2	5,3	5,6	8,6	10,3	11,8	10,3	11,9	-	34,4
1956	8,9	2,9	4,8	4,5	5,5	6,7	9,6	10,5	9,8	12,2	12,8	31,7	26,1
1957	8,8	4,2	7,9	8,6	4,0	6,8	9,8	9,2	9,8	10,5	11,5	-	-
1958	8,8	3,5	7,9	5,6	6,9	6,2	9,6	11,0	10,9	10,7	11,8	21,4	-
1959	8,5	4,3	3,9	5,0	7,2	5,4	9,9	8,3	8,4	11,1	12,5	7,7	30,0
1960	9,0	3,8	9,8	9,4	6,3	6,4	9,9	12,5	9,3	11,1	10,9	13,9	9,4
1961	9,0	5,1	8,0	6,2	6,3	5,9	10,2	8,9	11,1	10,5	12,7	39,2	13,2
1962	8,5	2,8	4,7	7,5	7,9	6,3	9,4	9,6	9,1	10,3	11,4	-	47,3
1963	9,1	4,9	6,7	7,2	6,1	6,0	10,2	10,0	11,2	9,5	14,5	12,7	10,9
1964	9,9	4,7	12,6	6,5	8,0	7,4	10,0	10,9	10,7	13,4	15,0	28,7	19,6
1965	10,5	6,7	5,4	10,2	7,7	6,9	10,9	12,2	12,1	13,6	16,8	13,9	2,9
1966	10,2	4,3	10,3	11,2	5,3	7,7	11,0	12,2	9,3	11,8	14,1	35,4	27,3
1967	10,8	2,9	11,3	9,0	5,8	8,1	12,3	12,4	9,2	10,9	15,2	14,0	8,6
1968	11,6	1,9	7,6	8,3	5,5	8,9	13,1	13,3	11,4	12,0	17,3	46,6	21,7
1969	12,7	1,6	15,5	12,0	10,5	10,5	13,3	12,5	11,2	14,4	18,1	45,2	17,5
1970	13,1	6,6	14,2	10,5	7,8	10,4	13,9	14,3	13,5	15,2	18,0	93,9	7,1
1971	13,2	4,9	14,6	10,4	8,5	10,4	15,1	15,3	8,8	12,3	18,6	49,4	14,9
1972	13,3	3,9	5,7	13,1	8,7	10,7	14,6	13,7	17,4	13,9	16,8	35,6	29,7
1973	13,7	5,7	13,2	12,2	10,4	12,3	13,5	14,2	14,3	13,8	19,3	40,6	28,2
1974	13,9	3,2	14,3	12,0	9,6	11,0	15,1	14,9	14,2	17,2	17,5	14,0	11,3
1975	13,0	4,0	13,3	11,5	8,6	9,7	14,2	13,9	15,5	15,9	17,2	20,4	14,2
1976	13,3	4,7	21,7	11,4	12,4	10,7	13,7	14,8	14,6	17,3	16,4	19,8	14,0
1977	14,6	4,5	9,7	11,8	11,8	12,5	15,0	17,7	15,3	18,1	17,5	24,3	23,1
1978	15,2	3,0	16,1	13,1	14,3	14,2	14,8	16,0	17,1	17,3	18,1	27,0	47,1
1979	14,3	5,0	15,9	13,0	12,7	15,4	13,3	15,2	14,9	15,3	15,8	23,4	17,9
1980	14,1	3,5	11,8	12,0	12,5	14,9	13,3	11,8	16,0	18,2	14,5	40,2	19,0
1981	14,0	4,4	7,7	11,3	11,7	16,4	12,5	13,7	17,8	15,9	14,2	17,2	13,9
1982	14,2	6,6	9,6	12,4	12,9	16,3	12,7	13,5	16,9	15,7	14,4	29,5	14,0
1983	15,1	6,7	12,2	12,4	14,8	18,4	12,8	16,1	15,1	17,1	14,3	38,0	36,2
1984	13,5	6,7	12,8	10,0	12,6	15,4	12,1	12,6	13,8	17,7	13,0	16,5	34,9
1985	12,7	4,6	4,2	11,8	12,3	16,8	11,2	11,6	13,5	12,6	10,0	28,2	20,5
1986	14,1	4,8	11,7	10,5	13,7	16,9	12,0	13,8	14,0	17,6	13,9	33,0	27,9
1987	13,6	5,3	8,7	12,3	10,3	17,2	11,1	15,8	12,8	16,2	13,4	23,3	19,5
1988	13,1	8,0	10,1	11,8	14,8	15,7	10,5	13,9	14,5	16,8	11,9	30,1	30,0
1989	12,8	5,2	8,6	10,5	11,6	14,8	11,3	13,4	12,6	14,8	12,9	17,6	47,7
1990	12,2	10,1	11,1	12,6	11,4	15,6	8,6	12,9	15,5	16,0	11,9	16,9	27,1
1991	12,8	6,9	17,4	12,2	12,6	15,6	9,5	12,4	13,1	18,1	13,5	10,3	29,8
1992	13,0	8,5	13,0	10,7	11,3	17,4	9,3	12,2	14,7	18,3	13,1	9,0	23,3

Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge (hommes)
CANADA, LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES
(Population-type : Canada 1991)

<u>ANNÉE</u>	<u>Canada</u>	<u>T.-N.</u>	<u>Î.-P.-É.</u>	<u>N.-É.</u>	<u>N.-B.</u>	<u>Qué.</u>	<u>Ont.</u>	<u>Man.</u>	<u>Sask.</u>	<u>Alb.</u>	<u>C.-B.</u>	<u>Yukon</u>	<u>T.-N.-O.</u>
1950	13,9	5,6	6,6	12,9	12,5	6,6	14,7	19,1	13,4	15,8	27,0	79,9	57,4
1951	13,1	6,8	11,1	8,3	7,0	8,0	13,7	21,1	14,3	15,4	22,2	19,8	13,9
1952	13,2	5,8	10,6	12,0	7,1	6,8	15,6	14,7	12,0	16,4	22,5	85,4	14,9
1953	13,0	5,8	9,7	9,9	7,3	8,5	14,0	16,9	10,5	13,4	25,3	57,1	15,2
1954	12,9	4,0	18,7	6,5	5,6	9,1	13,6	12,3	16,2	18,2	22,4	15,4	9,0
1955	12,8	3,8	9,1	10,1	9,0	8,8	12,9	15,8	19,5	15,9	18,7	-	57,1
1956	14,3	4,7	10,0	7,5	9,3	10,3	15,7	15,9	16,2	18,7	20,1	67,6	35,3
1957	14,2	7,6	13,5	15,1	8,4	9,7	15,9	15,6	14,6	17,0	19,7	-	-
1958	14,3	7,4	14,5	9,1	10,5	9,8	15,7	17,6	17,4	18,2	19,9	42,4	-
1959	13,8	8,1	5,1	9,2	12,1	9,4	15,8	14,0	12,8	19,6	17,5	15,2	65,8
1960	14,7	7,2	19,9	14,1	10,6	10,2	15,9	21,4	16,8	19,5	16,9	27,8	18,8
1961	14,8	8,0	17,4	10,5	9,1	8,9	16,9	13,9	19,4	18,4	21,1	78,7	26,2
1962	13,6	5,9	7,1	12,7	13,1	10,3	14,1	14,9	14,7	16,9	19,2	-	85,4
1963	14,0	6,8	11,4	12,3	11,0	8,6	15,7	16,4	18,2	16,5	20,7	25,3	23,8
1964	15,2	9,0	20,6	10,7	13,0	11,9	14,3	16,3	17,3	21,8	23,6	57,1	38,8
1965	15,9	12,5	10,2	17,0	12,7	9,3	16,3	19,2	18,1	22,2	26,0	27,4	5,7
1966	15,6	8,8	17,8	19,6	8,2	11,9	16,3	18,7	16,8	18,4	20,4	53,0	15,7
1967	16,0	4,7	11,8	16,0	9,7	12,2	17,7	20,4	14,0	17,3	21,3	27,9	17,0
1968	17,2	3,8	15,4	13,0	8,3	13,4	19,0	21,1	17,3	18,0	24,6	96,5	27,7
1969	18,4	2,8	20,4	21,3	15,2	15,2	19,2	18,3	18,2	21,3	24,7	92,3	34,9
1970	19,1	12,7	28,4	18,6	11,0	15,7	18,8	23,1	21,6	23,3	25,6	109,5	13,9
1971	19,4	7,6	27,4	18,7	13,9	15,5	21,5	22,2	14,8	19,5	24,9	71,0	25,7
1972	19,1	5,6	11,4	19,9	13,8	16,0	19,6	21,8	27,4	21,8	22,6	73,7	33,0
1973	19,6	9,9	24,4	19,9	17,2	17,6	18,9	20,0	22,9	20,3	26,8	70,5	59,0
1974	20,2	5,7	25,3	20,1	17,6	16,9	21,2	21,5	21,5	23,2	24,9	20,5	18,7
1975	18,8	7,7	23,3	19,7	12,4	13,8	20,3	21,2	22,5	23,6	24,2	16,4	17,1
1976	19,1	8,0	38,9	19,1	20,9	15,9	18,9	19,6	21,2	26,0	22,3	26,2	27,8
1977	21,8	8,2	17,9	18,6	18,6	18,7	21,7	27,8	24,3	27,5	25,5	43,9	45,7
1978	22,9	4,2	26,3	20,8	24,2	21,5	22,1	25,1	26,1	26,6	26,3	40,1	74,0
1979	21,6	9,6	25,6	22,3	22,2	22,9	19,6	23,7	24,4	23,0	22,8	46,3	32,3
1980	21,6	6,5	22,2	21,6	22,3	23,5	19,4	16,1	25,4	26,6	22,9	66,6	37,6
1981	21,4	7,3	15,4	19,1	20,9	25,0	18,6	23,6	26,8	23,6	20,9	34,0	18,8
1982	22,2	12,8	18,2	20,0	22,9	24,7	19,3	21,6	29,2	25,4	22,5	44,2	18,0
1983	23,5	11,7	17,7	21,8	26,0	28,2	19,5	26,6	25,4	25,7	21,9	79,4	53,5
1984	21,2	12,2	21,5	17,9	23,2	24,8	17,9	19,8	23,4	26,6	20,7	11,9	69,5
1985	20,3	9,3	4,8	20,4	21,5	26,8	17,4	18,7	21,3	20,9	16,2	49,3	38,1
1986	22,3	7,4	17,2	17,4	22,8	26,5	18,7	22,3	21,5	28,6	22,7	52,5	46,9
1987	21,5	9,4	15,4	21,7	16,8	27,3	16,9	22,8	20,6	27,3	21,0	45,9	25,1
1988	20,7	14,9	17,3	19,5	24,5	25,1	16,2	22,5	24,2	25,8	18,9	62,7	42,1
1989	20,1	9,4	15,5	18,2	19,5	23,5	17,2	21,6	20,8	23,1	20,1	19,1	78,6
1990	19,6	16,1	22,2	21,2	19,3	25,8	13,4	20,7	25,6	25,6	18,4	34,1	46,3
1991	20,8	12,8	29,9	21,3	21,3	25,7	15,0	21,3	21,2	28,7	22,0	20,8	50,0
1992	20,9	15,4	24,4	17,7	21,0	27,6	15,0	20,0	23,1	27,5	20,8	17,8	41,0

Taux de décès par suicide normalisés selon l'âge (femmes)
CANADA, LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES
(Population-type : Canada 1991)

<u>ANNÉE</u>	<u>Canada</u>	<u>T.-N.</u>	<u>Î.-P.-É.</u>	<u>N.-É.</u>	<u>N.-B.</u>	<u>Qué.</u>	<u>Ont.</u>	<u>Man.</u>	<u>Sask.</u>	<u>Alb.</u>	<u>C.-B.</u>	<u>Yukon</u>	<u>T.-N.-O.</u>
1950	4,0	-	-	4,4	2,5	2,5	4,4	3,0	3,1	4,3	9,7	-	22,0
1951	4,2	1,7	-	2,4	2,5	3,6	4,6	4,5	2,3	4,8	7,0	-	11,4
1952	4,0	,7	2,1	3,8	1,6	2,1	4,8	3,0	3,9	5,2	7,9	-	-
1953	3,7	,5	-	2,2	1,5	2,8	4,3	3,0	2,8	2,9	7,6	-	-
1954	4,1	1,5	-	3,4	1,5	3,2	4,1	3,4	6,3	5,8	6,2	-	-
1955	4,0	,7	4,6	2,5	1,9	2,7	4,7	4,9	4,7	4,8	5,7	-	20,8
1956	4,1	1,4	-	1,6	2,3	3,3	4,0	5,5	4,3	6,5	6,3	-	16,7
1957	3,9	,8	2,3	2,4	-	4,2	4,1	2,8	5,3	4,5	4,0	-	-
1958	3,5	-	1,6	2,2	3,4	3,0	3,9	4,7	4,5	3,6	4,2	-	-
1959	3,5	,7	3,0	1,1	2,4	1,6	4,4	2,9	4,6	2,8	7,7	-	-
1960	3,6	,7	-	4,9	2,2	2,7	4,3	3,9	2,0	3,1	5,1	-	-
1961	3,6	2,2	-	2,2	3,6	3,2	3,9	4,2	3,5	3,0	4,9	-	-
1962	3,7	-	2,3	2,3	2,8	2,4	5,0	4,7	3,6	3,8	4,0	-	12,8
1963	4,5	3,1	2,0	2,7	1,6	3,6	5,1	4,0	4,7	3,0	8,7	-	-
1964	4,9	,3	5,0	2,7	3,0	3,2	6,1	5,7	4,3	5,6	7,2	-	-
1965	5,5	1,2	1,3	3,4	2,6	4,6	5,8	5,9	6,0	5,6	8,4	-	-
1966	5,2	-	2,8	2,8	2,5	3,8	6,2	5,9	2,1	5,8	8,4	18,3	34,5
1967	5,8	1,1	10,3	2,3	2,0	4,2	7,1	5,1	5,1	4,6	9,7	-	-
1968	6,2	-	-	3,6	2,8	4,5	7,5	6,0	5,6	6,2	10,4	-	15,6
1969	7,2	,5	10,4	3,0	5,9	6,0	7,9	6,9	4,3	7,5	12,0	-	-
1970	7,4	,5	-	2,9	4,7	5,3	9,4	5,9	5,7	7,5	10,6	77,1	-
1971	7,3	2,3	3,2	2,2	3,3	5,4	8,9	8,8	3,0	5,3	13,0	28,2	4,1
1972	7,8	2,2	-	6,2	3,6	5,5	9,9	6,0	7,7	6,5	11,2	-	23,0
1973	7,9	1,7	2,0	4,4	3,5	7,0	8,4	8,5	5,9	7,4	12,0	15,0	-
1974	7,8	1,1	3,3	4,0	1,6	5,4	9,4	8,5	7,2	11,4	10,4	7,3	3,6
1975	7,4	,2	3,8	3,3	4,7	5,7	8,4	6,8	8,9	8,5	10,4	24,6	10,9
1976	7,7	1,4	4,3	4,0	4,3	5,7	8,7	10,3	8,3	8,9	10,5	13,3	-
1977	7,7	,7	1,6	5,0	5,1	6,6	8,6	7,7	6,7	8,9	9,8	6,2	-
1978	7,7	1,8	5,8	6,1	4,8	7,0	7,9	7,0	8,6	8,4	10,1	13,7	19,9
1979	7,2	,5	6,2	4,0	3,2	8,1	7,1	6,6	5,7	7,7	8,8	-	3,2
1980	7,0	,5	1,5	2,6	3,1	6,8	7,5	7,8	7,0	10,0	6,5	13,1	-
1981	7,0	1,8	-	3,7	2,9	7,9	6,8	4,1	9,1	8,4	7,6	-	8,8
1982	6,5	,7	1,4	5,1	3,5	8,0	6,4	5,7	5,1	6,3	6,4	14,3	10,0
1983	7,1	2,0	7,2	3,3	4,6	8,8	6,4	6,2	5,8	8,6	7,1	6,4	18,2
1984	6,2	1,3	3,9	2,4	3,1	6,4	6,5	5,8	4,4	9,2	5,7	21,2	10,1
1985	5,4	-	3,6	3,7	3,8	7,3	5,3	4,7	5,9	4,9	4,2	6,6	2,6
1986	6,3	2,5	6,3	3,9	5,0	7,7	5,7	6,1	6,6	7,0	5,6	13,1	8,7
1987	6,0	1,7	3,1	3,4	4,1	7,4	5,5	8,8	5,5	5,5	6,1	-	13,8
1988	5,8	1,2	3,4	4,3	5,4	6,7	5,2	5,7	5,1	8,1	5,2	-	17,5
1989	5,8	1,2	1,6	3,1	3,8	6,2	5,8	5,8	4,7	7,2	5,9	15,9	16,1
1990	5,0	4,5	-	4,4	3,7	5,6	4,0	5,4	6,1	6,8	5,7	-	7,3
1991	5,0	1,3	5,0	3,8	4,0	5,7	4,2	3,7	5,2	7,9	5,6	-	9,0
1992	5,5	1,7	1,5	3,7	1,8	7,3	3,8	4,7	6,5	9,2	5,6	-	5,3