

ETHNICITÉ ET SUICIDE À MONTRÉAL
ENQUÊTE EXPLORATOIRE

Rapport de recherche présenté au
Bureau du Coroner du Québec

Par
Sophie Bouffard
Judith Rousseau

Sous la supervision de
Marie Gagné, coordonnatrice
Jean-Jacques Simard, professeur titulaire



Laboratoire de recherche
Département de sociologie
Avril 2005

Points Saillants

- Le Bureau du Coroner du Québec souhaiterait mieux comprendre pourquoi le taux de suicide est relativement plus bas dans la région de Montréal qu'ailleurs au Québec
- Des études ont illustré que les taux de suicide sont moins élevés dans les centres urbains comme Toronto, Vancouver et Montréal, là où les populations immigrantes sont les plus nombreuses.
- Au Québec français, le déclin de l'influence de l'Église et la transformation plus soudaine des rôles sexuels traditionnels aurait créé un déficit d'intégration et de régulation sociale difficile à vivre particulièrement chez les jeunes hommes. Ce qui se reflète dans les taux de suicide.
- Les Québécois de souche canadienne-anglaise sont relativement moins bouleversés par le changement, ils seraient en conséquence moins portés au suicide.
- Les populations de récente immigration, quant à elles, reproduisent à peu près les taux de suicide de leur contrée d'origine, surtout celles qui proviennent des pays en développement, souvent marqués par une tradition d'intégration sociale beaucoup plus forte que dans les sociétés post-industrielles comme le Québec. Le suicide y serait en conséquence moins fréquent.
- Notre première hypothèse : **Le taux de suicide se stabilise à Montréal après 1970, tandis qu'il augmente dans le reste de Québec.**
- Notre seconde hypothèse : **la présence d'une importante population non canadienne française contribuerait à faire chuter les taux de suicide observés à Montréal.**
- La méthodologie que nous avons utilisée: Des analyses bivariées mettent en relation le taux de suicide et différentes variables sociodémographiques afin de vérifier quel type de population semble davantage se suicider.
- Les tests statistiques réalisés illustrent que les territoires de CLSC de l'île de Montréal où habite une forte majorité de francophones sont les mêmes que ceux affichant des taux de suicide

élevés; de façon inverse, les districts de CLSC où demeure une importante proportion d'anglophones ou d'immigrants correspondent à ceux où les taux de suicide sont faibles.

- Les limites que comporte l'analyse écologique ne permettent pas d'établir un lien causal direct, c'est-à-dire d'inférer une relation statistique entre le taux de suicide et les individus.
- Bref, les faibles taux de suicide enregistrés à Montréal seraient vraisemblablement attribuables à la présence importante d'anglophones et d'immigrants.

Résumé Court

Le Bureau du Coroner de Québec nous a confié le mandat de comprendre pourquoi les taux de suicide sont plus faibles dans la région métropolitaine de Montréal que dans les autres régions du Québec. Nous avons supposé que cette situation s'expliquerait par la présence d'anglophones et d'immigrants plus importante à Montréal que dans les régions. Nous savons en effet que la population canadienne française a vécu des transformations sociales rapides lors de la Révolution tranquille, ce qui rendrait les francophones plus susceptibles de se suicider que les canadiens anglais ou les immigrants. Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons comparé les taux de suicide de 1994-1998 dans les divers territoires de CLSC de l'Île de Montréal. Les données illustrent qu'effectivement, les districts où habite une forte proportion de francophones correspondent à ceux où les taux de suicide sont élevés. Inversement, les territoires de l'Île de Montréal majoritairement peuplés d'anglophones et d'immigrants affichent de faibles taux de suicide. L'écart des taux de suicide entre la région de Montréal et le reste du Québec est attribuable à la présence de non-francophones dans celle-ci.

Remerciements

Nous tenons à remercier tout ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à cette recherche :

Tout d'abord, merci à Marie Gagné, notre coordonnatrice, pour sa patience, ses indications claires, ses corrections assidues, sa disponibilité indéfectible.

À Ghislain Brisson, ensuite, qui a si bien su nous aider à poser les bases de la démarche et orienter la suite du projet.

Les commentaires et la complicité du professeur Jean-Jaques Simard et de sa collaboratrice, Mme Marie Wright, ont aussi été indispensables pour transformer ce qui nous paraissait une montagne, au début, en une expérience fascinante.

Merci enfin à tous les experts qui nous ont généreusement fourni de l'information, des références, des conseils méthodologiques ou des pistes d'analyse:

Éric Caron Malenfant, chercheur à Statistique Canada

David Dupont, étudiant au département de Sociologie de l'Université Laval

Gaston Quirion, spécialiste en ressources documentaires à l'Université Laval

Luc Landry-Ouellet, étudiant en éducation spécialisée au Collège de Sherbrooke

Michel De Sève, professeur au département de Sociologie de l'Université Laval

Marco Gaudreault, chargé de cours au département de Sociologie de l'Université Laval

Paul-André Perron, coronner en chef au bureau du Corner de Québec

La direction de la Santé publique de Montréal

Le Service de Consultation Statistique de l'Université Laval

Table des matières

Points saillants.....	II
Résumé court.....	IV
Remerciement.....	V
Table des matières.....	VI
Liste des tableaux.....	VIII
Liste des graphiques.....	X
Liste des cartes.....	XI
Introduction	1
Chapitre 1. Le suicide au Québec contemporain	3
1.1. La population québécoise en général.....	3
1.2. Les immigrants, ici et ailleurs	8
Chapitre 2. L'héritage d'Émile Durkheim	10
2.1. Le suicide et l'intégration.....	10
2.1.1. <i>Le suicide égoïste</i>	13
2.1.2. <i>Le suicide altruiste</i>	13
2.2. Le suicide et la régulation	14
2.2.1. <i>Le suicide fataliste</i>	14
2.2.2. <i>Le suicide anémique</i>	14
2.3. La confirmation d'Halbwachs	15
Chapitre 3. La Révolution tranquille du Québec et ses conséquences dans les mœurs.....	17
3.1. Les traits de la société canadienne-française traditionnelle	17
3.1.1. <i>L'importance de l'Église</i>	17
3.1.2. <i>Les figures paternelle et maternelle</i>	18
3.2. Le passage de la société québécoise à la modernité.....	20
3.2.1. <i>De l'Église à l'État</i>	20
3.2.2. <i>L'émancipation des valeurs</i>	20
3.2.3. <i>La fragilisation du rôle de père</i>	22
3.3. Le Québec et les sociétés industrialisées : intégration et anomie	23
Chapitre 4. Les tendances suicidaires parmi les immigrants et les anglophones ...	25
Chapitre 5. Question de recherche et hypothèses	28

Chapitre 6. Méthodologie	31
6.1. L'opérationnalisation	31
6.2. La provenance des données et les analyses effectuées	32
6.2.1. <i>Les données et la méthode utilisées pour vérifier la première hypothèse</i>	33
6.2.2. <i>Les données et la méthode utilisées pour vérifier la seconde hypothèse</i>	33
6.3. Les limites de la recherche	35
Chapitre 7. Résultats pour l'hypothèse 1.....	37
7.1 Confirmation de l'hypothèse historique.....	37
Chapitre 8. La fréquences du suicide sur l'Île de Montréal : langue, ethnicité, religion	40
8.1. À première vue : des liens étroit entre le suicide et le fait d'appartenir ou non à la population québécoise	40
8.2. Les corrélation mathématiques : une preuve supplémentaire entre le suicide et les populations	43
8.2.1. <i>Quelques variables sociodémographiques pesant sur la suicide sur l'Île de Montréal</i>	43
8.2.2. <i>Comparaison de l'Île de Montréal avec la province</i>	53
Chapitre 9. Les différences culturelles : un facteur incontournable	58
Conclusion.....	63
ANNEXE A.....	66
ANNEXE B.....	67
ANNEXE C.....	68
ANNEXE D.....	73
Bibliographie.....	74

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> :	Typologie du suicide de Durkheim.....	10
<u>Tableau 2</u> :	Schéma d'opérationnalisation.....	31
<u>Tableau 3</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	44
<u>Tableau 4</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	45
<u>Tableau 5</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents immigrants (1981) et le taux de suicide (1984-1988).....	46
<u>Tableau 6</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	47
<u>Tableau 7</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents catholique romain (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	49
<u>Tableau 8</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents vivants seuls (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	50
<u>Tableau 9</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001) et le taux de suicide (1994-1998).....	51
<u>Tableau 10</u> :	Régions administrative de la province de Québec selon la proportion de résidents vivants seuls (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1996)	54
<u>Tableau 11</u> :	Régions administrative de la province de Québec selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1996).....	55
<u>Tableau 12</u> :	Régions administrative de la province de Québec selon la proportion de résidents immigrants (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1996)	56
<u>Tableau 13</u> :	Schéma de la corrélation de rang.....	66
<u>Tableau 14</u> :	Coefficient de Spearman.....	67
<u>Tableau 15</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents de catholique romain (2001).....	68

<u>Tableau 16</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents de catholique romain (2001).....	68
<u>Tableau 17</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents de catholique romain (2001).....	69
<u>Tableau 18</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001).....	69
<u>Tableau 19</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001).....	70
<u>Tableau 20</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001).....	70
<u>Tableau 21</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001).....	71
<u>Tableau 22</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001).....	71
<u>Tableau 23</u> :	District de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001).....	72
<u>Tableau 24</u> :	Régression pour l'île de Montréal mettant en relation le taux de suicide par rapport à la proportion d'immigrants, de catholiques romains, de personnes vivant seules et de personnes vivant sous le seuil du faible revenu.....	73
<u>Tableau 25</u> :	Régression pour la province de Québec mettant en relation le taux de suicide par rapport à la proportion d'immigrants, de personnes vivant seules, de personnes vivants sous le seuil du faible revenu et le fait de vivre à Montréal.....	73

Liste des graphiques

- Graphique 1** : Taux ajusté de mortalité par suicide selon les régions, sexes réunis, 1999-2001..... 4
- Graphique 2** : Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 et 1999-2001..... 5
- Graphique 3** : Taux de suicide selon les provinces et territoires du Canada en 1996 et 1997..... 6
- Graphique 4** : Taux ajusté de mortalité par suicide chez les hommes (à gauche) Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001..... 7
- Graphique 5** : Taux ajusté de mortalité par suicide chez les femmes (à droite), Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001..... 7
- Graphique 6** : Taux ajusté de mortalité de suicide, comparaison internationale, selon le sexe, 1981-1983 et 1996-1998..... 8
- Graphique 7** : Répartition en pourcentage de la population d'immigrants, selon le continent de naissance, Canada, 1991 1996..... 9

Liste des cartes

- Carte 1 : Taux ajusté de suicide, pour la province, séparés en régions administratives, pour 1973-1977..... 37**
- Carte 2 : Taux ajusté de suicide, pour la province, séparés en régions administratives, pour 1999-2001..... 38**
- Carte 3 : Taux ajusté de mortalité par suicide selon les territoires de CLSC de l'Île de Montréal en 1994-1998..... 41**
- Carte 4 : Proportion de la population immigrante selon les territoires de CLSC de l'Île de Montréal en 2001..... 41**
- Carte 5 : Proportion de la population ayant comme langue maternelle l'anglais selon les territoires de CLSC de l'Île de Montréal en 1996..... 42**

Introduction

Le bureau du coroner du Québec est chargé de faire la lumière chaque fois que survient un décès dans des circonstances violentes ou obscures, afin d'en établir les causes. Il doit « investiguer et enquêter les décès, de façon indépendante et impartiale, afin de prévenir ceux qui sont évitables, acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits. » (SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2001-2002). À l'origine, son mandat était de trancher sur les circonstances des décès afin de référer à la justice les cas passibles de poursuites criminelles. Cependant, après 1986, sa fonction a été recentrée sur l'identification des risques de mortalité traumatique ainsi que sur leur prévention à long terme. Depuis cette date, le bureau du coroner collecte des données statistiques et des rapports d'enquêtes liés aux décès par mort traumatique sans toutefois avoir le temps et les moyens d'en faire une analyse approfondie.

Dans cette optique, le bureau du coroner de Québec fait appel au laboratoire de recherche de sociologie de l'Université Laval depuis quelques années afin d'analyser certains aspects du phénomène du suicide au Québec. Cette année, le coroner renouvelle l'expérience en nous proposant d'expliquer pourquoi le taux de suicide est plus bas à Montréal qu'ailleurs au Québec. Dans le but de dégager les causes à l'origine de cet écart, nous allons tout d'abord effectuer un historique de la proportion des suicides selon la région administrative, afin d'examiner comment se répartit géographiquement le suicide dans le temps. Nous allons vérifier si les taux de suicide à Montréal ont toujours été plus élevés que ceux enregistrés en région et, si non, à quel moment a débuté la transition. Par la suite, nous allons réaliser des tests statistiques afin d'établir si la forte présence d'immigrants et d'anglophones à Montréal ne contribuerait pas à y abaisser les taux de suicide.

Afin de bien cerner la problématique du suicide, nous dresserons le portrait statistique de la situation du suicide au Québec. La théorie du suicide par Durkheim sera expliquée dans le chapitre deux afin d'illustrer que l'intégration et la régulation des groupes

sociaux contribuent à prévenir le suicide. Le troisième chapitre portera sur les changements engendrés par la révolution

tranquille, ce qui nous permettra de constater comment la hausse des taux de suicide peut être attribuable aux transformations rapides qui ont marqué le Québec dès le milieu du 20^e siècle. Nous présenterons par la suite les facteurs qui aident à comprendre pourquoi les immigrants ont des taux de suicide plus faibles que les Canadiens et les Québécois. La question de recherche et les hypothèses seront exposées dans le chapitre cinq. Nous enchaînerons avec la méthodologie, pour terminer avec la présentation des résultats obtenus, c'est-à-dire l'historique du suicide et les analyses statistiques.

1. Le suicide au Québec contemporain

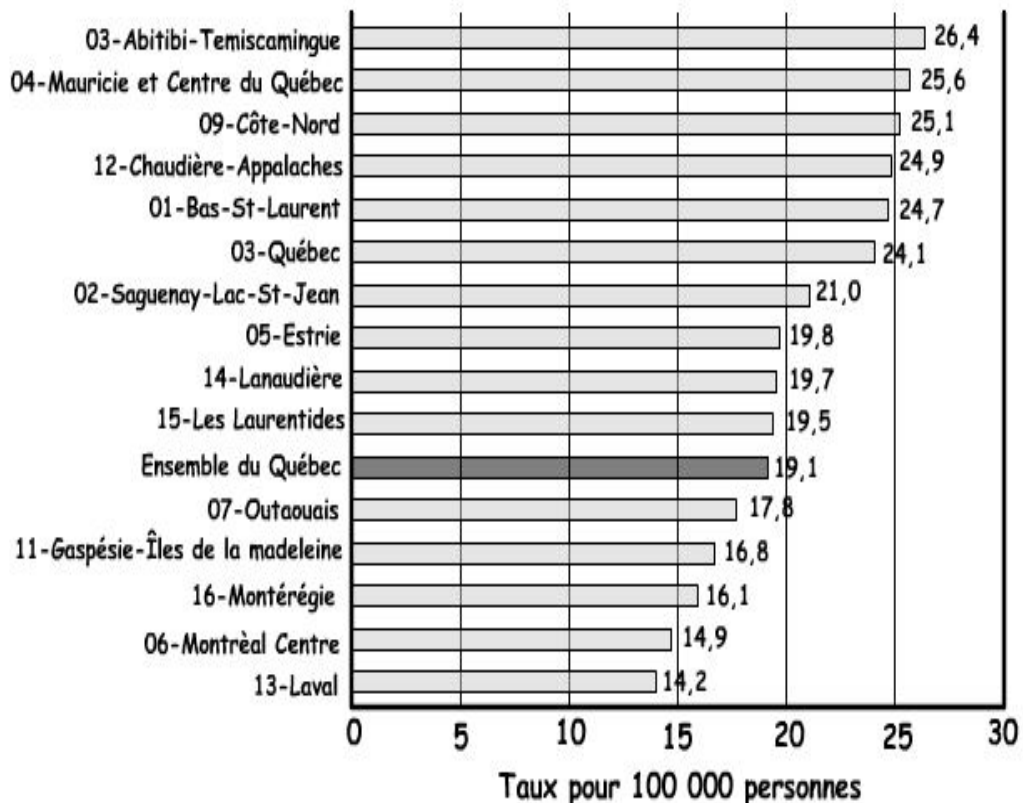
Dans cette section, nous dresserons un bref portrait de la situation du suicide au Québec. Nous illustrerons tout d'abord qu'au Québec, les taux de suicide varient sensiblement d'une région à l'autre. Par la suite, nous serons en mesure de constater que les taux de suicide du Québec sont particulièrement élevés par rapport aux taux de suicide enregistrés ailleurs au Canada et dans le monde. Nous verrons finalement qu'au Canada, les taux de suicide sont nettement plus faibles chez les populations immigrantes que chez la population canadienne d'origine.

1.1. La population québécoise en général

Au Québec, le suicide est un sujet de préoccupations majeures. Cela s'explique par l'ampleur qu'a pris le phénomène depuis les cinquante dernières années. En 1950, au Québec, on comptait 3,65 suicides pour 100 000 habitants (STATISTIQUE CANADA, 2004) alors qu'en 1999-2000, on en comptait 19,1 pour 100 000 habitants (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 18).

Un récent rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) faisant le point sur la situation actuelle du suicide au Québec comporte plusieurs observations sur la répartition régionale des taux de suicide à l'intérieur de la province. Il illustre que cinq régions (Outaouais, Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, Montérégie, Montréal-centre, Laval) ont un taux de suicide en-dessous de la moyenne du Québec (19,1 pour 100 000 habitants), dont la région de Montréal (14,9 pour 100 000 habitants). On peut en effet observer au graphique 1 que Montréal, la région la plus urbanisée de la province québécoise, est parmi celles où les taux de suicide sont les plus faibles.

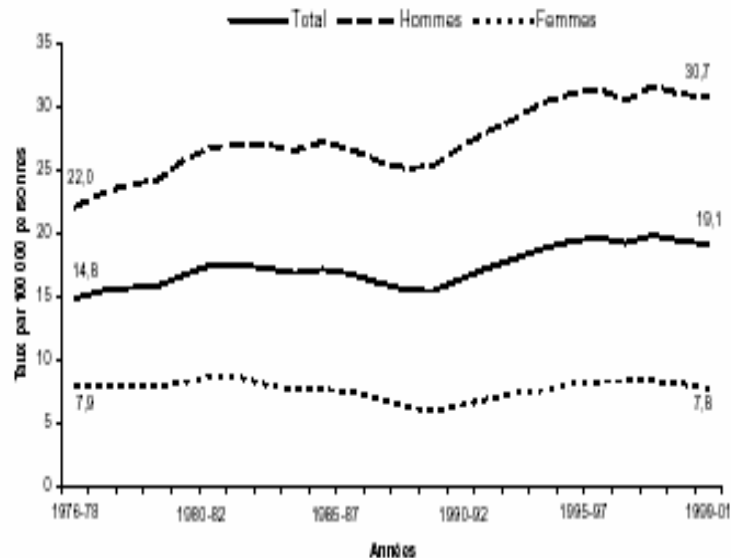
Graphique 1
Taux ajusté de mortalité par suicide selon les régions, sexes réunis
1999-2001



Source: MSSS, Fichier des décès du Québec, calcul effectuée à l'INSPQ, mars 2004

Un autre constat intéressant de ce rapport est le taux de suicide particulièrement élevé chez les jeunes hommes (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 :6), constat auquel sont arrivées plusieurs études antérieures sur le phénomène du suicide au Québec (CLAIN, 2001). Parmi celles-ci, le rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada atteste que: « Depuis 1978, près de trois mille cinq cent Canadiens, environ quatre fois plus d'hommes que de femmes, se sont donnés la mort chaque année » (SANTÉ CANADA, 1994 : 4). Pour le Québec en 1990, il y avait 27,2 suicides d'hommes pour 100 000 habitants. Chez les femmes, ce taux était de 5,9 suicides pour 100 000 habitants (SANTÉ CANADA, 1994 : 33-34).

Graphique 2
Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



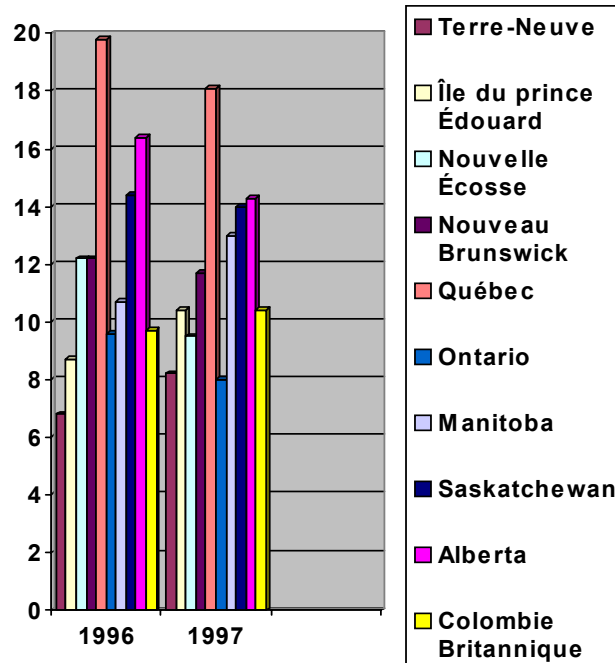
Source : MBSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

En effet, la situation au Québec se caractérise par une surmortalité masculine qui tend à augmenter avec le temps. On remarque au graphique précédent que le taux de suicide chez les hommes, qui s'élevait à 22,0 pour 100 000 habitants en 1976-1978, a augmenté à 30,7 pour 100 000 habitants en 1999-2001. Pendant la même période, le taux de suicide chez les femmes est passé de 7,9 pour 100 000 habitants à 7,8 pour 100 000 habitants (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 5).

Si on compare les taux de suicide du Québec à ceux des autres provinces, on constate qu'en 1996 et 1997, le taux de suicide du Québec est nettement supérieur à ceux des autres provinces canadiennes. Le taux de suicide Québécois en 1996 est de 19,8 suicides pour 100 000 habitants, alors que la moyenne pour le Canada avec le Québec est de 13,1 suicides pour 100 000 habitants. Cette situation est relativement récente, car en 1976-1978, le taux de suicide du Québec (19 pour 100 000 habitants) était plus bas que celui ailleurs au pays (22,8 pour 100 000 habitants). (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 19).

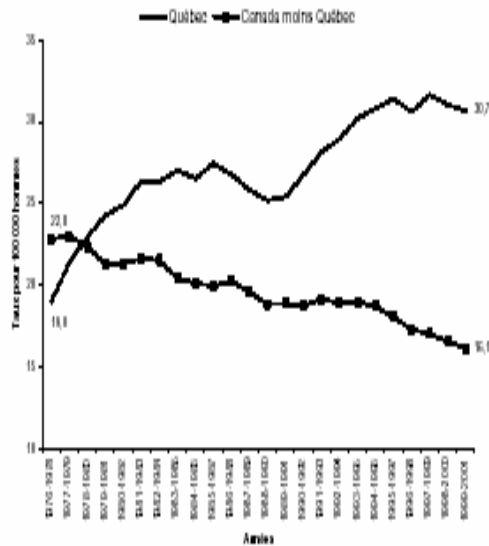
Graphique 3

Taux de suicide selon les provinces et territoires du Canada en 1996 et 1997



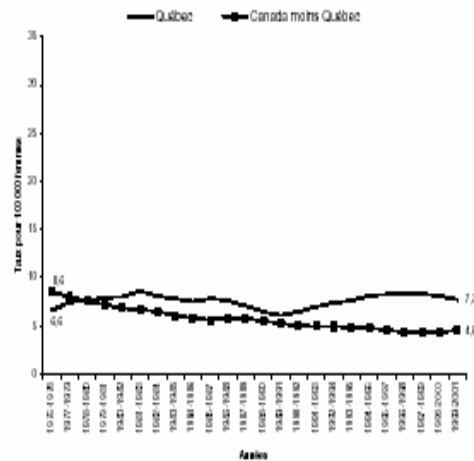
La comparaison selon le sexe permet d'observer une différence considérable entre les taux de suicide québécois et canadiens (sans le Québec) si on les place dans le temps. On remarque que chacun des taux de suicide (homme et femme) augmente au Québec alors qu'il descend au Canada (sans le Québec). Pour les années 1976-1978, les taux de suicide pour les hommes sont de 19,0 pour 100 000 habitants au Québec et de 22,8 pour 100 000 habitants au Canada (sans le Québec). En 1999-2001, le taux de suicide chez les hommes au Québec grimpe à 30,7 pour 100 000 habitants tandis que celui du Canada (sans le Québec) se situe à 16,1 suicides pour 100 000 habitants. Chez les femmes, l'écart du taux de suicide entre le Québec et le reste du Canada est moins prononcé. Il y a 30 ans, le taux de suicide chez les femmes au Québec (6,6 pour 100 000 habitants) était moins élevé que celui des autres provinces (8,6 pour 100 000 habitants) (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 19). Le taux de mortalité par suicide des Québécoises en 1999-2001 est de 7,7 pour 100 000 habitants, tandis qu'au Canada (sans le Québec), il est de 4,6 pour 100 000 habitants (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 19).

Graphique 4
Taux ajusté de mortalité par suicide chez les hommes du Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

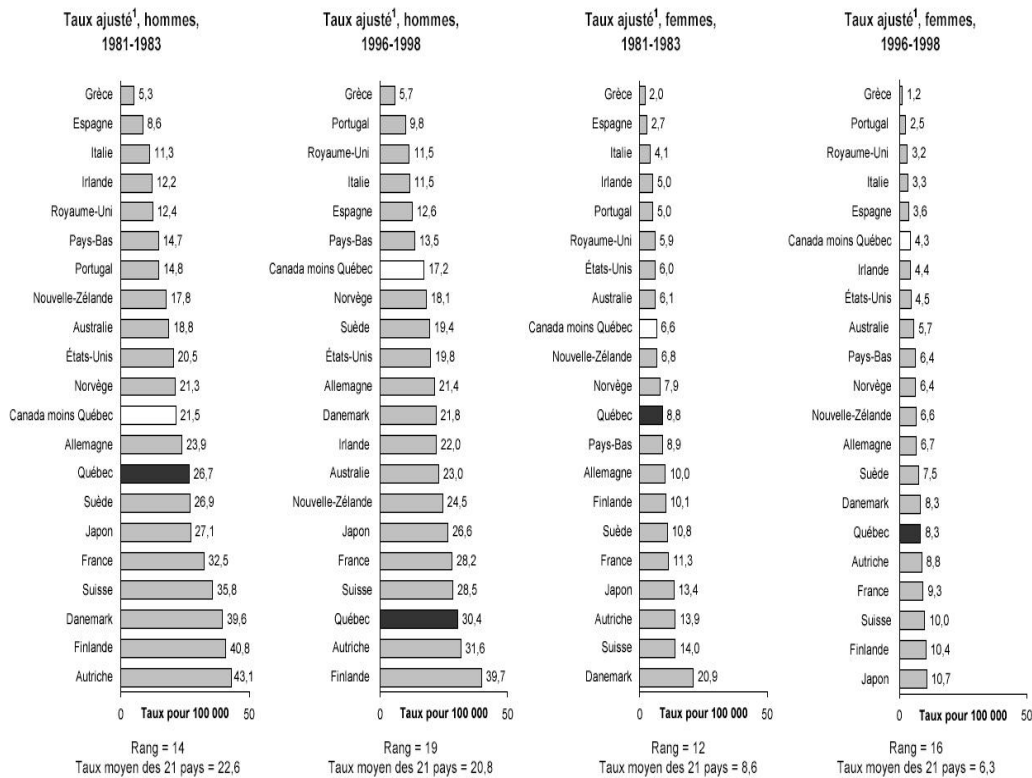
Graphique 5
Taux ajusté de mortalité par suicide chez les femmes du Québec et le reste du Canada, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec et données de Statistique Canada, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004.

Sur le plan mondial, la province québécoise fait partie des dix pays industrialisés où il y a le plus de suicides par habitants (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 23). On remarque au graphique 5, qu'au cours de la période 1981-1983, le Québec affiche le huitième plus haut taux de suicide chez les hommes (26,7 suicides pour 100 000 habitants). En 1996-1998, le Québec glisse au troisième rang mondial avec 30,4 suicides pour 100 000 habitants. Pendant cette période, le taux de suicide chez les hommes augmente de 14%, alors que les taux de suicide moyens des pays industrialisés connaissent une baisse de 8%. Chez les femmes le taux de suicide est resté relativement stable au Québec, tandis qu'il a diminué dans les autres pays. En 1981-1983, le Québec occupait le dixième rang avec 8,8 suicides pour 100 000 habitants, pour passer au sixième rang en 1996-1998 avec 8,3 suicides pour 100 000 habitants (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 24).

Graphique 6
Taux ajusté de mortalité par suicide, comparaison internationale, selon le sexe,
1981-1983 et 1996-1998

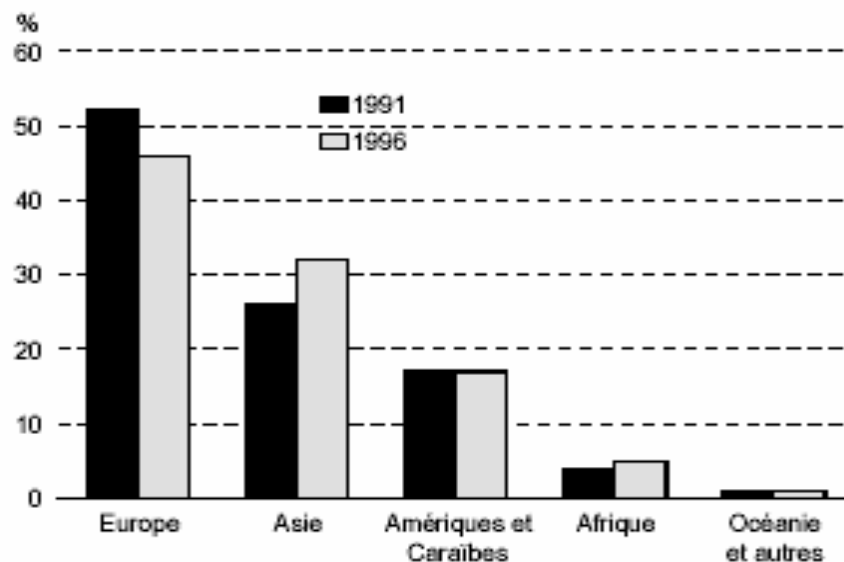


1.2. Les immigrants, ici et ailleurs

Une enquête menée récemment par Statistiques Canada sur les taux de suicide selon l'origine ethnique dans les villes de Montréal, Vancouver et Toronto illustre que dans ces villes, « le taux de suicide est environ deux fois plus faible chez les immigrants qu'il ne l'est chez les personnes nées au Canada » (CARON-MALENFANT, 2004 : 9). En 1995-1997, le taux de suicide des immigrants installés au Canada s'élève à 7,3 pour 100 000 habitants, comparativement à 13,9 pour les personnes nées au Canada. Pour la même période, le taux de suicide est évalué à 5,6 pour 100 000 habitants chez les immigrants nés en Asie, à 6,1 pour 100 000 habitants chez ceux nés en Afrique et à 14,3 pour 100 000 habitants pour ceux nés en Europe (CARON-MALENFANT, 2004 : 17).

Malenfant a remarqué depuis les dernières décennies une augmentation d'immigrants provenant des pays en développement, principalement du continent asiatique. Si on examine le graphique suivant, on voit qu'une proportion importante d'immigrants installés au Canada provient de l'Europe. Toutefois, entre 1991 et 1996, le nombre d'Européens qui ont immigré au Canada a diminué, alors que le nombre de personnes originaires de l'Asie venant s'établir au Canada a augmenté (CARON-MALENFANT, 2004 : 11).

Graphique 7
Répartition en pourcentage de la population d'immigrants, selon le continent de naissance, Canada, 1991-1996



Source des données : Recensements de la population de 1991 et 1996

Pour conclure ce chapitre, retenons en premier lieu que les taux de mortalité par suicide sont significativement plus bas dans la région métropolitaine de recensement de Montréal qu'ailleurs au Québec. En outre, les taux de suicide au Québec sont relativement élevés par rapport à ceux observés ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés et la surmortalité masculine observée partout au pays est plus prononcée au Québec. Nous avons finalement illustré que les taux de suicide chez les immigrants sont plus faibles que ceux enregistrés chez les personnes nées au Canada.

2. L'héritage d'Émile Durkheim

Bien qu'elle date du XIX^{ème} siècle, la typologie élaborée par Durkheim demeure une référence pertinente lorsqu'il s'agit de saisir les causes sociales du suicide. La méthode que ce dernier met en œuvre « repose toute entière sur ce principe fondamental que les faits sociaux doivent être étudiés comme des choses, c'est-à-dire comme des réalités extérieures à l'individu » (DURKHEIM, 1897 : IX). Autrement dit, Durkheim fait intervenir des facteurs d'ordre social plutôt que psychologique afin d'effectuer sa classification des suicides.

Durkheim explique le suicide selon deux principes généraux : tout d'abord, l'excès ou le défaut d'intégration des groupes sociaux, auquel correspondent les suicides altruiste et égoïste; ensuite l'excès ou le défaut de régulation des attentes de satisfaction de l'individu qui renvoient aux suicides anémique et fataliste.

Tableau 1
La typologie du suicide de Durkheim

	INTÉGRATION SOCIALE	RÉGULATION SOCIALE
<i>EXCÈS</i>	ALTRUISME	FATALISME
<i>DÉFAUT</i>	ÉGOÏSME	ANOMIE

Source : MALENFANT, 2001 : p.18

Dans le cadre de cette recherche, nous allons adopter la perspective de Durkheim et envisager le suicide comme un phénomène variant selon le contexte social, plutôt que comme un acte individuel. Le cadre théorique général qu'il a conçu et que nous présentons ici sera utilisé afin d'analyser et d'expliquer les taux de suicide observés actuellement au Québec.

2.1. Le suicide et l'intégration

Dans la pensée de Durkheim, l'intégration concerne l'unité de la société, c'est-à-dire l'intensité à laquelle l'homme se sent lié à sa collectivité et le degré auquel il adhère aux normes, aux

croiances et aux buts fournis par le groupe social auquel il appartient. Autrement dit, l'intégration est déterminée par le sentiment d'appartenance d'un individu à un groupe et par la densité des interactions qu'il entretient avec les membres de ce même groupe.

La signification de la vie des individus intégrés dans un groupe ne repose pas uniquement sur eux-mêmes, mais s'inscrit dans un cadre social plus large : «le lien qui les attache à la cause commune les rattache à la vie et, d'ailleurs, le but élevé sur lequel ils ont les yeux fixé les empêche de sentir aussi vivement les contrariétés privées » (DURKHEIM, 1897 : 224). La cohésion au sein du groupe est favorisée par la poursuite d'un but commun, vers lequel tous les membres convergent.

L'intégration s'effectue par l'intermédiaire des groupes religieux, politiques ou familiaux. (CARON-MALENFANT, 2001 :18). Ainsi, le partage de croyances communes au sein du groupe religieux, la poursuite de buts au sein de la société politique et l'interaction des individus au sein de la cellule familiale confère un sens à la vie des individus (BESNARD tiré de CARON-MALENFANT, 2001 :20).

L'intégration et la famille

En observant les données du suicide de son époque, Durkheim a remarqué que le nombre de mariages a peu changé depuis le commencement du XIX^e siècle alors que le nombre de suicides a triplé (DURKHEIM, 1897 : 192). Les personnes mariées ne diminuent donc pas leur chance de se suicider, quoique les hommes seraient davantage protégés du suicide par le mariage que les femmes (DURKHEIM, 1897: 185). C'est le fait d'avoir des enfants pour un couple qui les protégerait le plus efficacement du suicide. En effet, « (...) quand le mariage est fécond, le coefficient de préservation est presque doublé » (DURKHEIM, 1897 :193)). La grosseur de la fratrie contribue à augmenter le degré de cohésion à l'intérieur de l'unité familiale. Ainsi, les couples sans enfants sont davantage exposés au suicide que ceux qui en ont et, malgré le veuvage qui survient parfois, le conjoint vivant est plus protégé que les personnes seules, car plus souvent, il a eu des enfants de son union.

L'intégration et la religion

Durkheim a remarqué que les groupes religieux possèdent aussi cet effet protecteur selon le groupe religieux auquel appartient l'individu. Il a constaté que, dans les pays protestants, les taux de suicide sont plus élevés que dans les pays catholiques (DURKHEIM, 1897:149).

Cette situation s'explique par le degré auquel le croyant est encadré dans sa pratique religieuse. Le prêtre de l'Église catholique propose aux fidèles une lecture uniforme de la Bible : « Le catholique reçoit sa foi toute faite, sans examen. [...] Tout un système hiérarchique d'autorités est organisé, et avec un art merveilleux, pour rendre la tradition invariable » (DURKHEIM, 1897 : 157). Les catholiques sont donc liés à un même ensemble de croyances, contrairement aux protestants qui peuvent interpréter librement la Bible : « Le protestant est davantage l'auteur de sa croyance. La Bible est mise entre ses mains et nulle interprétation ne lui est imposée » (DURKHEIM, 1897 : 157). Les protestants ne partagent donc pas un ensemble de croyances et de buts aussi cohérents que les catholiques. L'individualisme religieux qui en résulte diminue la cohésion à l'intérieur du groupe et augmente les possibilités de suicide : « la supériorité du protestantisme au point de vue du suicide vient de ce qu'il est une Église moins fortement intégrée que l'Église catholique » (DURKHEIM, 1897 : 159).

L'intégration et la politique

Selon Durkheim, la mobilisation autour d'un projet politique contribue à diminuer les taux de suicide au sein d'une société donnée. Il explique cela par la théorie du but commun : « (...) les grandes commotions sociales comme les grandes guerres populaires avivent les sentiments collectifs, stimulent l'esprit de parti comme le patriotisme, la foi politique comme la foi nationale et, concentrant les activités vers un même but, déterminent, au moins pour un temps, une intégration plus forte de la société » (DURKHEIM, 1897 : 222). De cette manière, « elles obligent les hommes à se rapprocher pour faire face au danger commun, l'individu pense moins à soi et davantage à la chose commune » (DURKHEIM, 1897 : 222). Autrement dit, l'individu qui participe à un projet collectif ou se sent engagé dans une cause politique est moins susceptible de se suicider.

2.1.1. Le suicide égoïste

Le suicide égoïste s'explique principalement par le manque d'intégration, qui est le résultat d'une individualisation excessive. Ce type de suicide survient lorsque la cohésion d'un groupe s'affaiblit. Selon Durkheim, « le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu. » (DURKHEIM cité dans CARON-MALENFANT, 2001 :19). La personne qui commet un suicide égoïste n'est pas suffisamment intégrée à son groupe social.

La société fournit des repères moraux, des croyances et des représentations à la conscience de l'individu. Lorsque les liens sociaux se désagrègent, ce dernier est renvoyé à lui-même et ses fins personnelles deviennent à ses yeux plus importantes que celles de sa société : « (...) la société ne peut se désintégrer sans que, dans la même mesure, l'individu ne soit dégagé de la vie sociale, sans que ses fins propres ne deviennent prépondérantes sur les fins communes, sans que sa personnalité, en un mot, ne tende à se mettre au-dessus de la personnalité collective » (DURKHEIM, 1897 : 223).

2.1.2. Le suicide altruiste

Le suicide altruiste est l'inverse du suicide égoïste : il découle d'une trop forte intégration, c'est-à-dire que le groupe exerce un contrôle considérable sur ses membres et que les intentions individuelles de ces derniers ne possèdent pas beaucoup d'importance. L'individu consent à s'enlever la vie afin de respecter les prescriptions formulées par le groupe auquel il appartient, sous peine de désapprobation ou de déshonneur (DURKHEIM, 1897 : 236).

Le suicide altruiste est surtout présent dans les sociétés traditionnelles ou dans l'armée, au sein desquelles les normes sociales encadrent fortement les personnes. « Quand la société est fortement intégrée, elle tient les individus sous dépendance, considère qu'ils sont à son service et, par conséquent, ne leur permet pas de disposer d'eux-mêmes à leur fantaisie » (DURKHEIM, 1897 : 223). Les personnes qui commettent un suicide altruiste sacrifient leur vie au profit d'un dessein commun. « Dans leurs souffrances mêmes, ils ne voient que des moyens de servir à la glorification du groupe auquel ils appartiennent et ils lui en font hommage » (DURKHEIM, 1897 : 227). Pour eux, c'est une façon de mourir dignement.

2.2. Le suicide et la régulation

Durkheim illustre que, à la différence des animaux qui ont seulement des besoins physiques à combler pour survivre, l'homme est un être social, plongé dans un univers de désirs suscités par la société dans laquelle il évolue. Comme les désirs humains ne connaissent pas de fins, la société doit encadrer et limiter les espoirs exprimés par ses membres (CARON-MALENFANT, 2001 :22-23). Il y a régulation effective lorsque l'individu intériorise les buts que sa société lui assigne et que ses aspirations sont en correspondance avec les moyens dont il dispose. Durkheim affirme que: « Un vivant quelconque ne peut être heureux et même ne peut vivre que si ses besoins sont suffisamment en rapport avec ses moyens. Autrement, s'ils exigent plus qu'ils ne puissent leur être accordé ou simplement autre chose, ils seront froissés sans cesse et ne pourront fonctionner sans douleur. » (DURKHEIM, 1897 : 272).

2.2.1. Le suicide fataliste

Le suicide fataliste résulte d'un excès de réglementation, d'une limitation trop sévère des désirs éprouvés par l'individu. Les individus qui commettent un suicide fataliste sont ceux « dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive (DURKHEIM, 1897: 311). Les contraintes extérieures, jugées insupportables par l'individu, peuvent donc l'entraîner à poser ce geste d'autodestruction. Ce type de suicide survient lorsque la personne considère subir une autorité illégitime ou une situation injuste.

2.2.2. Le suicide anémique

L'anomie est « l'absence de limitation de l'attente de satisfaction des désirs » (CARON-MALENFANT, 2001 :24). Le suicide anémique a pour fondement l'absence de contrainte collective (CLAIN, 2001 : 7). Puisque l'individu est incapable d'imposer des limites à ses désirs, il faut donc que cette force provienne de l'extérieur. La société est la mieux placée pour exercer cette fonction, car elle détient un « pouvoir moral supérieur à l'individu » (DURKHEIM, 1897 : 275). Ainsi, en fonction de la position qu'il occupe dans la hiérarchie sociale, l'individu entretient certaines attentes en fonction des moyens auxquels il a accès.

L'ordre établi doit être accepté par ceux qui y sont soumis pour fonctionner (DURKHEIM, 1897 : 279). Il arrive cependant que la société ne soit plus capable de réguler correctement les attentes de ses membres, ce qui entraîne inquiétude et mécontentement. « Quand la société est troublée, [...], elle est provisoirement incapable d'exercer cette action ; et voilà d'où viennent ces brusques ascensions de la courbe des suicides [...]» (DURKHEIM, 1897 : 280). Lorsqu'il y a anomie, « l'échelle des attentes » qui indique à chacun ce qu'il peut légitimement espérer en fonction de sa condition sociale est bouleversé, par exemple lors d'une période de prospérité économique. « On ne sait plus ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, ce qui est juste et ce qui est injuste » (DURKHEIM, cité dans CARON-MALENFANT, p. 24). Dans un tel contexte, l'individu se suicide parce qu'il est insatisfait, découragé ou confronté à un obstacle qui l'empêche d'atteindre son but.

2.3. La confirmation d'Halbwachs

Dans une étude qu'il a menée en 1930, Maurice Halbwachs corrobore plusieurs des thèses avancées par Durkheim.

Il a obtenu les mêmes résultats que ceux de Durkheim concernant l'influence de l'intégration familiale, pour d'autres pays comme l'Allemagne, la Hongrie et la Russie soviétique. La présence d'enfants dans un couple abaisse le taux de suicide chez les deux sexes, mais cela semble avoir un plus grand impact chez les femmes mariées que chez les hommes mariés (HALBWACHS, 1930 : 221). Il confirme aussi que plus le nombre d'enfants est élevé, plus la tendance à se suicider diminue (HALBWACHS, 1930 : 236).

Halbwachs a également corroboré l'hypothèse d'un taux de suicide plus bas chez les catholiques que chez les protestants. Il l'explique cependant autrement : « les influences religieuses varient, suivant le milieu où il s'exerce, il faut prendre garde de ne pas attribuer à la religion ce qui résulte du milieu » (HALBWACHS, 1930 : 293). À l'époque, les catholiques vivaient davantage dans les campagnes et les protestants dans les villes ; les catholiques avaient donc de plus grandes familles et, par conséquent, se trouvaient davantage protégés contre le suicide, d'où la nuance à apporter aux propos de Durkheim.

Enfin, Halbwachs confirme l'influence de la politique sur les taux de suicide et note « qu'en période de crise politique, aussi bien que pendant les guerres, les suicides diminuent. » (HALBWACHS, 1930 : 354). Ce genre de situation permet l'établissement d'un but commun qui augmente la cohésion à l'intérieur du groupe.

Pour conclure ce chapitre, notons que l'explication du suicide par Durkheim repose sur deux principaux facteurs: l'intégration et la régulation. Une trop forte intégration sociale peut entraîner l'individu vers le suicide altruiste. Inversement, une intégration insuffisante peut conduire la personne vers un suicide égoïste. Une personne dont les désirs sont trop fortement réprimés peut en venir à commettre un suicide de type égoïste, alors qu'au contraire, une personne dont les désirs ne sont pas limités par sa société peut commettre un suicide fataliste.

3. La Révolution tranquille du Québec et ses conséquences dans les mœurs

Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord les caractéristiques de la société canadienne française traditionnelle, dont le fonctionnement était largement influencé par les institutions religieuses. Par la suite, nous verrons comment les transformations rapides qui sont survenues au Québec depuis les années 1960, notamment la diminution de l'ascendant du clergé sur les Québécois ainsi que la modification des rôles sexuels, expliquent l'augmentation des taux de suicide observés chez les jeunes hommes depuis les années soixante-dix.

3.1. Les traits de la société canadienne-française traditionnelle

Pour débiter, nous examinerons les traits propres à la société canadienne française traditionnelle qui était orientée vers la religion et la famille, ce qui favorisait l'intégration au sens où l'entend Durkheim. En effet, l'incapacité des Canadiens français à maîtriser leur destin politique et économique à la suite de la Conquête anglaise de 1760 et de l'échec des Rébellions de 1837-1838, favorisait une influence accrue du clergé ainsi que le repli sur la cellule familiale.

3.1.1. L'importance de l'Église

L'histoire du Québec est marquée par « une longue histoire de domination nationale et une pénétration profonde de l'Église catholique au cœur de la société civile et de la société familiale » (CLAIN, 2001, p.197). Le Clergé exerçait une forte influence sur la société canadienne française, laquelle était subordonnée politiquement et économiquement aux Canadiens anglais. Gilles Gagné écrit que « le clergé a constitué l'administration de cette société civile, une sorte d'État-Providence sans le titre (...) » (GAGNÉ, 1996 : 72). En effet, les institutions religieuses remplissaient plusieurs fonctions au sein de la société québécoise. Ces dernières dispensaient notamment l'enseignement primaire, s'occupaient d'œuvres de charité et assuraient les soins de santé dans les hôpitaux. L'influence du clergé et son « rôle d'administrateur de la société civile supposent [...] qu'en raison de la dynamique de reproduction familiale, le moment de liberté immanent à la construction de la société civile est absent, d'où le vacuum politique sur lequel le rôle de l'Église est possible » (DAGENAIS, 2000 : 186). C'est-à-dire que les Canadiens français ont abandonné l'édification officielle de cette société pour faire place au rôle institutionnel joué par l'Église.

L'Église contribuait également à fournir une identité au peuple canadien français, identité qu'elle s'assurait de préserver contre la menace de l'assimilation en encadrant solidement les mœurs et les pratiques : « Devant une domination étrangère, l'Église a encadré la société civile du groupe humilié, et sa poigne réactionnaire a moulé une authentique résistance à l'assimilation » (SIMARD, 1999 : 47). Les conséquences de cette emprise se faisaient sentir jusque dans les modes de vie et les structures familiales. L'Église catholique proposait à ses membres une véritable éthique de comportement, qui considérait « l'individu comme devant vivre dans une armature sociale, encerclé dans une série de rites qui ponctuent la suite des jours et des années, sous la direction effective d'une hiérarchie spirituelle exaltant chez les fidèles la beauté du sacrifice, la valeur de la restriction et les vertus de la famille » (SIEGFRIED, cité dans SIMARD, 1999 : 46). L'Église fournissait des prescriptions claires aux Canadiens français et régulait sévèrement les aspirations personnelles : elle encourageait les larges familles, décriait la participation à la vie économique et prônait le retour à la terre, dans le but, notamment, de sauvegarder la nation canadienne française. Les canadiens français partageaient un ensemble de valeurs et de normes en bonne partie promues par le clergé. Le respect fidèle de ce code moral et la participation à un but collectif – la survivance, en tant que peuple – se traduisait par un degré d'intégration élevé au sein de la population canadienne française.

Bref, le clergé possédait une influence déterminante auprès des Canadiens français, à la fois parce qu'il contrôlait les institutions sociales et qu'il exerçait un pouvoir moral capable de structurer les comportements.

3.1.2. Les figures paternelle et maternelle

La famille au sein de la société canadienne-française constituait un puissant facteur d'intégration. Le mode de vie agricole, conjugué aux exhortations du clergé, incitait les parents à avoir plusieurs enfants. Ces derniers participaient aux travaux sur la ferme et s'occupaient de leurs parents, une fois ceux-ci parvenus à la vieillesse. Comme Jean-Jacques Simard l'indique, la famille rurale « rassemble couramment trois générations, englobe mentalement sinon pratiquement la "parenté" élargie, se charge de façon largement autonome de nourrir, distraire et

former ses membres » (SIMARD, 1999 : 31). Ce dernier ajoute encore : « La personne était socialement définie par les cercles d'appartenance fatale [...] dans lesquels elle s'insérait : sexe / famille / occupation / voisinage / région / langue / église » (SIMARD, 1999 : 32). La famille était ainsi un lieu de socialisation qui contribuait à définir l'identité de ses membres.

Dans les sociétés traditionnelles, le statut et les fonctions associés aux rôles sexuels étaient établis clairement. Les sociétés traditionnelles révélaient une figure patriarcale sévère : père absent, pourvoyeur, s'acquittant des tâches dites publiques et représentant la loi et l'ordre. Au penchant masculin correspondait l'image d'une femme qui ne se reconnaissait que dans son rôle de mère et de femme au foyer (DAGENAIS, 2000 : 189).

Le père était traditionnellement considéré comme le chef de la famille. Lorsqu'il mourrait, il laissait son héritage à l'aîné de la famille qui était appelé à poursuivre le lignage familial. Le fils se retrouvait donc à remplacer le père pour maintenir la loi et la tradition. Dagenais explique qu'« après que la conquête eût enlevé aux Canadiens la gouverne dans l'édification de la société civile, l'écrasement des Rébellions les convainquit, (...), que la société globale n'était pas faite pour eux : d'où le rabattement sur la sociabilité familiale » (DAGENAIS, 2000 : 178). Le père canadien français, par la conquête, était contraint de servir le colonisateur anglais, ce qui l'incitait à se porter au service de sa famille. Les hommes, exclus de la sphère économique dominée principalement par les Canadiens anglais, entretenaient presque exclusivement un rôle de pourvoyeur en gérant la ferme familiale et parfois en travaillant à l'extérieur. Durant la deuxième moitié du XIX^e siècle, le père devait donc s'assurer que sa famille comblait ses besoins de bases en travaillant de multiples manières. Lorsque celui-ci rentrait à la maison, il se retrouvait inutile face à l'éducation de ses enfants, maintenant assurée par la mère.

Les femmes des sociétés traditionnelles, quant à elles, étaient orientées dès leur plus jeune âge, par l'éducation, vers leur rôle de mère. Elles prenaient mari uniquement dans cette perspective, car l'union entre l'homme et la femme à l'époque était liée aux rôles sociaux plutôt qu'aux qualités personnelles. Les femmes n'étaient pas aimées en tant que femmes, elles l'étaient avant tout en tant que mères. Les femmes procréaient donc dans le but principal de se réaliser en tant que mère, sans tenir compte de leur réalisation en tant que femmes dans leurs rapports sexuels.

3.2. Le passage de la société québécoise à la modernité

Plusieurs changements sociaux sont survenus avec la révolution tranquille. L'Église catholique, qui détenait une forte autorité auprès de la population canadienne française, a vu son influence décliner, les formes traditionnelles de la famille et des rôles parentaux se sont démantelées, les valeurs individualistes ont remplacés les valeurs centrées sur la communauté. Tous ces changements dans la nature des valeurs et des rôles sociaux ont provoqué une crise identitaire chez les hommes, qui se manifeste notamment par des taux de suicide élevés.

3.2.1. De l'Église à l'État

« C'est le temps que ça change ! » criait haut et fort Jean Lesage en 1960 alors qu'il succède à Maurice Duplessis (BILAN DU SIÈCLE, 2004). C'est son gouvernement qui amorce la modernisation par une succession de changements considérables, notamment dans le domaine de l'économie : nationalisation de l'électricité, fondation d'une caisse de dépôt et de placement, par exemple (FRENETTE, 1998, 165).

Sur le plan social, l'État entreprend également de laïciser plusieurs institutions auparavant prises en charge par l'Église : l'éducation, les soins de santé et l'assistance sociale. L'État instaure l'assurance hospitalisation, fonde le Ministère de l'Éducation où il vote la gratuité scolaire. En procédant ainsi, l'État québécois reprenne contrôle détenu par l'Église dans la société civile depuis plusieurs décennies. Comme l'explique Durkheim, la diminution des contraintes morales imposées aux individus au sein d'un groupe entraîne une diminution de l'intégration. Les Québécois reprenne le contrôle de leur économie et investissaient la fonction publique, ce qui constituent pour eux un moyen de se hisser dans la hiérarchie sociale.

3.2.2. L'émancipation des valeurs

La période de la révolution tranquille est marquée par un assouplissement des valeurs autrefois véhiculées par le clergé et un abandon progressif des modes de vie traditionnels. Le Québec entre dans la modernité. Plusieurs changements s'ajoutent à ceux déjà survenus, comme le décroissement significatif des taux de natalité entamés dès 1921 (LANGLOIS cité dans SIMARD, 1999 :30).

Le déclin de l'influence religieuse est permis par l'accélération de l'urbanisation et l'essor de la consommation marchande. La possibilité d'acheter les biens et les services nécessaires à la survie, conjuguée à la mise en place de l'État providence permet un mode de vie individualisé. « La modernisation érode plusieurs formes d'intégration et de régulation et favorise ainsi le développement d'un nouvel ethos centré sur la primauté de l'individu » (KRULL et TROVATO, traduit par COUTURE-POULIN, LABBÉ et VOYER, 2004 : 24). Les individus échappent ainsi « aux limites que les communautés particularistes imposent au libre déploiement du désir » (SIMARD, 1999: 32). Les aspirations des femmes vont grandissantes dans un contexte où chacun peut s'affranchir des rôles sociaux contraignants et des normes morales, imposés et surveillés par le clergé (SIMARD, 1999 :58).

Les femmes réclament la reconnaissance de leurs droits et veulent s'émanciper de leur dépendance financière par rapport à l'homme, ce qu'elles réussissent à obtenir. Ces dernières, qui avaient acquis le droit de vote en 1940 au provincial, accèdent plus facilement à l'éducation supérieure et au marché du travail. Bref, elles peuvent désormais exercer leurs responsabilités civiles et financières au même titre que les hommes. Les femmes ne dépendent plus de l'homme afin de subvenir à leurs besoins, ce qui constitue pour elles un important facteur d'affranchissement. Cette situation conduit à un réaménagement des rôles attribués aux hommes et aux femmes. En effet, le rôle de la femme ne se résume plus uniquement à celui de mère et le rôle de l'homme n'est plus aussi clairement défini qu'auparavant, alors que les responsabilités financières peuvent dorénavant être assumées par les deux sexes. Par ailleurs, la séparation des tâches dites privées et publiques ne relève plus principalement du genre. Dans le monde moderne, le père représente toujours la loi symbolique au sein de la famille, mais son rôle se trouve transformé : il ne se définit plus en tant que chef de la famille mais en tant que citoyen, qu'individu libre oeuvrant dans la société auquel il appartient.

3.2.3. La fragilisation du père

La famille ne transmet plus comme auparavant les valeurs et les modèles traditionnels qui guident les comportements et circonscrivent les aspirations. « Désormais, les garçons et les filles ne suivent plus nécessairement les pistes respectives de leurs pères et mères ; l’instruction et la mobilité professionnelle leur permettront de tracer leur propre chemin dans la vie » (SIMARD, : 31).

L’individualisation croissante des sociétés modernes implique pour l’acteur la possibilité de prendre ses décisions de vie et de créer sa propre biographie indépendamment du scénario déjà prévu qui lui était autrefois imposé. Cette situation se traduit par la modification du rôle historique de la femme (mère et ménagère), transformant les fondements traditionnels des fonctions assumées par l’homme au sein de la famille, ainsi que les formes que prend celle-ci (BECK, 2001 :276). Cette individualisation n’a pas les mêmes conséquences pour les deux sexes : « Le terme égalité a pour eux [les hommes] un sens différent. Il ne signifie pas –comme pour les femmes- plus de formation, de meilleures perspectives professionnelles, moins de travail domestique, mais, fort logiquement : plus de concurrence, renoncement à la carrière, plus de travail domestique » (BECK, 2001 : 233).

Ainsi, les changements culturels rapides des dernières décennies remettent en question la vision de la famille et du rôle paternel traditionnels (CLAIN, 2001 : 18). En effet, le bouleversement des conditions sociales associées à la Révolution tranquille freine la reproduction du mode familiarisé de construction de l’identité, entraînant du même coup une fragilisation de l’identité masculine, autrefois associée au rôle du père pourvoyeur et chef de famille.

« On peut supposer que la redéfinition institutionnelle des rôles parentaux et de l’identité de genre accentue les traits matrifocalisés déjà présents dans certaines sociétés familiales [...] Les jeunes hommes ont alors plus de difficulté à supporter les transformations contemporaines des conditions globales de l’existence que les jeunes filles parce qu’ils sont privés tant d’une référence traditionnelle légitime que d’une identité moderne de genre consistante » (CLAIN, 2001 : 17).

La révision du mode de construction de l'identité de genre des Canadiens français, lié à un mode d'existence longtemps associé à la terre et centré sur la famille, peut être la cause de la hausse des taux de suicide. Comme l'indique Clain :

La poussée des suicides des jeunes hommes apparaît ainsi doublement induite; d'une part, comme partout ailleurs dans le monde industrialisé, par les changements extrêmement rapides des quatre dernières décennies qui affectent la définition sociale des conditions existentielles de la jeunesse; d'autre part par la culture canadienne française elle-même, son mode familialiste de construction de l'identité de genre en dépit de son caractère originellement "moderne" (CLAIN, 2001; 17-18).

Krull et Trovato considèrent que l'écart entre le ratio du taux de suicide chez les hommes et les femmes est attribuable à une différence entre les pathologies qui affectent les deux sexes. Avec la modernité, les hommes québécois ont perdu leur principale source d'intégration, soit la famille et la religion. Le travail ne leur procure pas une intégration suffisante, car les relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues professionnels sont davantage superficielles que celles des femmes. Les hommes sont moins enclins à créer des liens significatifs avec leurs collègues de travail, puisqu'ils se considèrent en compétition avec ceux-ci. Pour leur part, les femmes parviennent à s'intégrer autant dans le domaine public que le domaine privé. Le travail constitue pour celles-ci une source supplémentaire d'intégration et de régulation, ce qui les rend moins vulnérables au suicide. (TROVATO ET KRULL, 1994). « L'érosion des formes traditionnelles de collectivité telles que la famille et l'église ont eu des effets moins sérieux sur le suicide des femmes puisque les sources alternatives des raccordements intégrateurs pour des femmes ont émergé dans des décennies récentes » (TROVATO ET KRULL, 1994:1128, traduit de l'anglais par BOUFFARD et ROUSSEAU).

3.3. Le Québec et les sociétés industrialisées: intégration et anomie

Partout dans le monde, les pays industrialisés affichent des taux de suicide plus élevés que les pays en développement, résultat d'un manque d'intégration (parce que les valeurs et les normes collectives traditionnelles sont en bonne partie dissoutes) et d'un état d'anomie (parce que les aspirations des individus ne sont plus limitées dans une société de consommation et de mobilité).

Cette situation est particulièrement patente au Québec, où le nombre de suicides par habitants est élevé. En effet, le Québec, qui était fortement enserré par les prescriptions du clergé, est entré tardivement dans la modernité. Maintenus dans l'isolement par l'Église qui voyait dans ce moyen la meilleure façon de préserver l'identité canadienne-française et catholique de ses ouailles, exclus du pouvoir politique et économique, les Canadiens français sont demeurés longtemps attachés aux valeurs traditionnelles, alors que le processus de modernisation étaient déjà largement entamés ailleurs (SIMARD, 1999 :47). La transition entre les valeurs traditionnelles et celles de la modernité s'est donc effectuée très rapidement. En cinquante ans, le Québec est passé d'une société essentiellement fondée sur l'agriculture et la famille à une société moderne. Le mode de subsistance basé sur l'autosuffisance agricole s'est transformé en un mode de subsistance basé sur la consommation. Plusieurs transformations familiales s'en sont suivies: le mariage n'est plus envisagé comme une institution à vie, la taille de la famille devient plus petite, le rapport autoritaire de père décline, l'éducation des enfants est faite par l'État. « Fondés identitairement dans l'être du sujet moderne, les rôles familiaux, conjugaux comme parentaux, une fois déstructurés, destitués, déconstruits, ouvrent la porte à l'imprévisible. La violence familiale, conjugale et parentale, est une manifestation de l'anomie liée à l'institution familiale » (DAGENAIS, 2000 : 200). C'est le « syndrome de l'élastique », comme le nomme Jean-Jean Simard, afin de décrire comment les Canadiens français, qui ont été arrachés à leurs traditions à la suite de la révolution tranquille, se retrouvent désarmés devant les changements induits par la modernité :

Quelque part dans ces environs temporels, la bande élastique a cédé, et les Québécois-français ont été brusquement projetés vers l'avant, dans le vide, pour retomber sur terre en boucles molles par la suite en essayant, autant que faire se peut, de reprendre leurs esprits déboussolés (SIMARD, 1999 : 64).

La disqualification des modèles identitaires masculins, à la suite des mutations sociales précipitées qu'a connu le Québec se traduirait donc par une hausse du suicide chez les jeunes hommes qui est plus accentuée que dans les autres pays occidentaux. Les jeunes hommes québécois, désarçonnés, voient leur rôle remis en question sans qu'il soit remplacé par un autre modèle. L'absence de références identitaires pourrait dans certains cas les pousser à se suicider.

4. Les tendances suicidaires parmi les immigrants et les Anglophones

Quelques hypothèses ont été émises par différents chercheurs afin d'expliquer la disparité des taux de suicide entre Montréal et le reste du Québec. Selon l'INSPQ, cette situation serait provoquée par la plus grande présence et la meilleure accessibilité des services de santé et des services sociaux dans la région de Montréal et par la présence d'une importante population immigrante dans cette même région (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 15-16). En effet, selon Statistique Canada, à Montréal, la proportion d'immigrants se situe à 18,4%, tandis que dans les autres villes de la province de Québec, elle est d'environ 1% (STATISTIQUE CANADA, 2004), ce qui porte à croire que l'hypothèse de l'immigration dans l'explication du suicide à Montréal mérite une attention particulière. Examinons plus attentivement cette hypothèse.

Plusieurs études menées au Canada et ailleurs semblent confirmer l'importance de tenir compte des particularités des populations immigrantes dans la compréhension de la variation des taux de suicide entre régions. Comme nous avons précédemment vu au chapitre 1, les immigrants installés dans les villes de Montréal, Vancouver et Toronto présentent des taux de suicide beaucoup moins élevés que ceux observés chez les personnes nées au Canada. Deux hypothèses sont avancées pour expliquer les faibles taux de suicide chez les immigrants : la présence de communautés ethniques fortes dans les grandes villes et l'influence culturelle du pays d'origine (THE DAILY, 2004).

La cohésion sociale qui règne au sein des communautés culturelles installées dans les villes facilite l'intégration des nouveaux arrivants. Ceux-ci développent rapidement un réseau social et trouvent un support qui leur permet notamment de mieux gérer le stress dû au déplacement (TROVATO, 1998 :88). Dans ces communautés, les gens sont très soudés l'un à l'autre, ce qui limite l'isolement social. Comme nous l'avons illustré au chapitre 2, les personnes insérées dans un milieu fortement intégré sont moins susceptibles de se retirer pour commettre un acte désespéré. C'est probablement autant le contrôle social que le soutien mutuel que s'offrent les immigrants des différents groupes culturels qui agissent comme facteur de protection contre le suicide (TOUSIGNANT, 1994 : 770).

On constate également que la fréquence des comportements suicidaires chez les immigrants est souvent similaire à celle enregistrée dans leur pays d'origine (CARON-MALENFANT, 2004 : 13). Les traits inculqués par leur culture d'origine dans la jeunesse procurerait à ces derniers une intégration et une régulation adéquate qui continuerait de les protéger contre le suicide une fois immigrés. « Le comportement suicidaire pourrait ne pas être étranger à certains traits culturels acquis durant le processus de socialisation qui débute tôt dans la vie » (CARON-MALENFANT, 2004 : 13).

Si nous considérons que la population immigrante est importante dans l'explication de la disparité des taux de suicide entre Montréal et le reste du Québec, nous croyons aussi qu'il faut s'attarder à la population anglophone. En effet, l'INSPQ relève dans son rapport une différence dans les taux de suicide attribuable à la langue parlée. Une étude réalisée en 2004 sur le territoire du Nouveau-Brunswick montre que le taux de suicide est plus élevé dans les régions francophones que dans les régions anglophones (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 20-21), d'où l'importance d'accorder une attention particulière au facteur linguistique, qui est révélateur de traits culturels non négligeables. Non seulement les taux de suicide varient entre la population anglophone et francophone d'une même province, mais également entre les provinces elles-mêmes. Pour expliquer la différence des taux de suicide entre les provinces anglophones et le Québec, l'INSPQ avance l'hypothèse suivante :

(...) il n'est pas simple d'expliquer pourquoi les Québécois se suicident davantage que les autres Canadiens. Tout d'abord, on peut établir que la valeur des taux de suicide au Québec et dans le reste du Canada ne sont pas les seuls éléments sur lesquels on observe des différences. L'écart entre la suicidalité des hommes et des femmes est beaucoup plus important au Québec qu'ailleurs au Canada. Par ailleurs, sur les moyens utilisés dans les cas de suicide, on sait que les Québécois utilisent nettement moins les armes à feu que les autres Canadiens. Ces éléments mettent en lumière l'importance de la dimension sociale et culturelle dans les hypothèses explicatives potentielles pour comprendre les différences entre le Québec et le reste du Canada (ST-LAURENT et BOUCHARD, 2004 : 20).

Les données du suicide selon la langue parlée ne sont pas disponibles pour le Québec. Cependant, selon l'INSPQ, les tendances que nous observons entre les taux de suicide au Canada et au Québec se reflètent probablement chez les anglophones et les francophones québécois. C'est ce que nous allons nous employer à vérifier !

5. Question de recherche et hypothèses

Nous avons vu que les données rapportées dans le rapport de l'INSPQ concernant la dispersion géographique du suicide au Québec illustrent clairement que la région de Montréal obtient un des plus bas taux de suicide au Québec. Nous avons également évoqué les causes susceptibles pour expliquer le faible taux de suicide dans cette région, causes essentiellement attribuables à des facteurs d'ordre culturel. Il est maintenant temps de réunir les morceaux afin de poser une question précise et de soumettre des hypothèses.

La question qui se pose est la suivante : **Comment expliquer la disparité des taux de suicide à Montréal et ailleurs au Québec?**

Nous aborderons l'analyse des disparités régionales actuelles du taux de suicide à partir des deux hypothèses suivantes :

- 1 Avant la révolution tranquille, les taux de suicide chez les Canadiens français étaient plus élevés à Montréal qu'ailleurs au Québec. Avec la modernisation du Québec, les taux de suicide des régions auraient rejoint, sinon dépassé celui de Montréal.
- 2 C'est actuellement la présence d'une forte population non canadienne française à Montréal qui expliquerait en grande partie la différence entre le taux de suicide à Montréal et ailleurs au Québec.

En lien avec notre première hypothèse, les données disponibles sur le suicide au Québec montrent qu'il y a 30 ans, le taux de suicide de la région de Montréal n'était pas si différent de celui du Québec dans son ensemble. Pour la période allant de 1970 à 1979, il était de 15,4 à Montréal, comparativement à 13,8 pour la province tout entière (CHARRON, 1983 : 94). Le suicide était probablement plus élevé parce qu'en ville, le rôle intégrateur et régulateur de la famille et de la communauté religieuse y était moins fort que dans les campagnes. La situation a cependant changé avec la révolution tranquille qui a impliqué des transformations généralisées à l'ensemble du Québec. Le déclin de l'influence religieuse, la transformation des modes de vie associés à la

terre ainsi que la mutation des rôles sexuels ont bouleversé les campagnes qui étaient fortement attachées aux valeurs traditionnelles. À partir de ce moment, nous croyons que les taux de suicide des régions auraient commencé à augmenter pour finalement rattraper ceux de Montréal.

En ce qui a trait à notre deuxième hypothèse, nous avons vu que les populations immigrantes ont tendance à reproduire les mêmes comportements en matière de suicide que ceux prévalant dans leur pays d'origine (CARON-MALENFANT, 2004 : 13). Or, on observe au Québec et dans les pays industrialisés des taux de suicide plus élevés que dans les pays en développement. Au Québec (Amérique du Nord; en 1999-2001), ce taux est de 19,1 / 100 000 habitants, en Allemagne (Europe; en 1997) il est de 11,7 / 100 000 habitants, en Argentine (Amérique du Sud; en 1996) il est de 6,5 / 100 000 habitants, en Arménie (Asie; en 1997) il est de 2 / 100 000 habitants (ANNUAIRE DE STATISTIQUES SANITAIRES MONDIALES 1997-1999, 2004). Cette situation peut être attribuable au fait que les pays en voie de développement sont beaucoup plus intégrés socialement que les pays industrialisés en général, et le Québec en particulier. Nous pensons que les traditions y sont plus vivaces, les normes plus encadrantes et les valeurs plus déterminantes pour les individus. Au Canada, la proportion d'immigrants en provenance de continents autres que l'Europe est en augmentation depuis quelques années. Par exemple, entre 1991 et 1996, la proportion d'immigrants en provenance d'Asie a augmenté de 5%, tandis que la proportion d'immigrants venant d'Europe a diminué d'environ 5% (CARON-MALENFANT, 2004 :11). Les minorités visibles se concentrent plus à l'ouest du pays, notamment à Vancouver : entre 1996 et 2001, il y a eu une augmentation de 28,5% à Vancouver de cette population, tandis qu'à Montréal cette augmentation est de 14,2%. Nous pouvons tout de même croire que la hausse de la proportion d'immigrants à Montréal est suffisamment importante pour faire pression à la baisse sur les taux de suicide. Ainsi, la plus grande présence d'immigrants provenant de pays où les taux de suicide sont plus faibles que ceux du Québec et l'insertion de ceux-ci dans un milieu social composé de personnes appartenant à la même origine ethnique contribueraient à l'explication des faibles taux de suicide enregistré à Montréal.

La présence de Canadiens anglais dans la région montréalaise y ferait également diminuer le taux de suicide. En effet, en 2001, la proportion de personnes dont la langue maternelle est l'anglais s'élevait à 17,4% à Montréal, alors que le taux moyen d'anglophones se situait à 7,9% ailleurs dans la province (INSTITUT DE LA STATISTIQUE DE QUEBEC). Les données disponibles indiquent que les Canadiens présentent des taux de suicide sensiblement inférieurs à ceux des Québécois et que cet écart s'est accru avec le temps. Cette différence est révélatrice des changements sociaux qui se sont déroulés au Québec à partir des années 1960, changements que nous supposons moins intenses au sein de la population canadienne anglaise, qu'elle provienne du Québec ou d'ailleurs au Canada. La modernisation a été plus brutale au Québec, où le « rattrapage » s'est effectué rapidement. Nous croyons que les Canadiens anglais installés au Québec ont subi de façon moins prononcée les effets induits de la révolution tranquille. D'obédience protestante et bien intégrés à l'économie de marché, les Canadiens anglais n'ont pas vécu de façon déstabilisante le recul de la religion catholique et la disparition du mode de vie fondé sur l'exploitation de la terre. Cette situation ferait en sorte que les Canadiens anglais ont moins tendance à se suicider que leurs homologues francophones.

Pour résumer cette partie, nous supposons que les Québécois d'origine connaissent des taux de suicide plus élevés que les immigrants (qu'ils proviennent des pays en voie de développement ou même de l'Europe) ainsi que des anglophones installés à Montréal. Cette situation est due aux transformations sociales et historiques particulières du Québec, qui rendent les Québécois, et tout spécialement les jeunes hommes, plus sujets à s'enlever la vie. Nous pensons que les taux de suicide sont plus faibles à Montréal et dans ses environs parce que la région métropolitaine compte plus d'immigrants et d'anglophones que les régions éloignées. Notre analyse des disparités régionales du taux de suicide au Québec s'appuie donc sur une approche culturelle du phénomène du suicide, en ce sens qu'elle repose sur la distinction du rapport au suicide entre trois catégories culturelles présentes sur le territoire québécois selon une logique de répartition géographique différente. Ces trois catégories sont les Canadiens français, répartis sur l'ensemble du territoire québécois, les Canadiens anglais et les nouveaux immigrants, principalement concentrés à Montréal et ses régions environnantes.

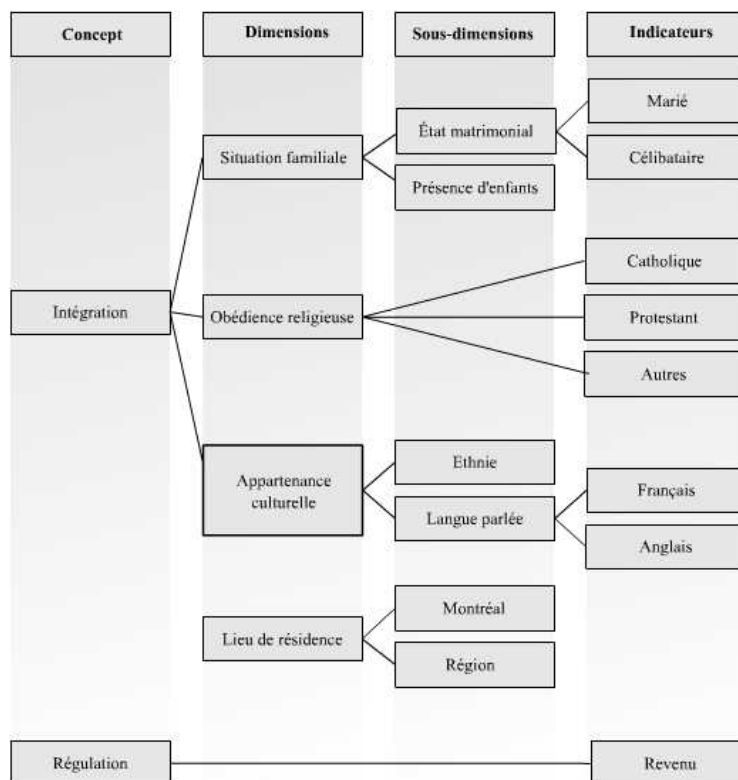
6. Méthodologie

Dans cette partie, nous illustrerons en premier lieu comment nous avons transformé les concepts théoriques d'intégration et de régulation en indicateurs mesurables dans la réalité. En second lieu, nous exposerons comment nous avons procédé afin de tester nos hypothèses. Finalement, nous allons présenter les limites que comporte notre recherche.

6.1 L'opérationnalisation

Afin de vérifier empiriquement les hypothèses émises, il est nécessaire de décomposer les concepts utilisés en éléments directement observables dans la réalité. L'opérationnalisation consiste ainsi à repérer les divers aspects du phénomène étudié puis de trouver les manifestations concrètes de ces dimensions (ANGER, 2000, p. 49). Nous présentons ci-dessous la représentation schématique de ce processus.

Tableau 2
Schéma d'opérationnalisation



Comme nous avons vu au chapitre 2, le suicide varie selon deux facteurs sociaux: l'intégration et la régulation. Le concept d'intégration peut être défini comme étant la façon dont une personne se sent liée à son milieu social. Nous avons décidé de mesurer le niveau d'intégration par les dimensions suivantes: la situation familiale, la religion, le lieu de résidence et l'appartenance culturelle. La dimension « situation familiale » est mesurée à l'aide des indicateurs « état matrimonial » et « nombre d'enfants ». La dimension « obédience religieuse » renvoie au fait d'être catholique, protestant ou d'une autre religion. L'appartenance culturelle se rapporte aux indicateurs « ethnie » et « langue parlée ». Ainsi, le fait d'être marié ou non, d'avoir des enfants ou non, d'appartenir à une communauté de croyants catholique, protestante ou autre, d'être immigrant ou anglophone et de vivre en région ou à Montréal sont tous des facteurs qui influencent l'intégration.

La régulation étant l'action de maintenir l'équilibre entre les désirs et les moyens des individus, il est plus difficile de vérifier concrètement le niveau de régulation qu'une société exerce sur ses membres. Pour y parvenir, nous avons retenu le revenu comme indicateur. En effet, Durkheim explique que la régulation par les classes économiques contribue à régler la grandeur des désirs. Ainsi, un individu parfaitement régulé par sa classe économique se satisfait plus facilement des conditions de vie liées à celle-ci, ce qui lui évitera l'état d'anomie (DURKHEIM, 1897 : 283). La pauvreté protège du suicide du fait qu'elle force l'individu à exercer un contrôle sur ses désirs, tandis que l'individu riche, dont les moyens financiers sont plus ou moins étendus est plus enclin à éprouver le sentiment qu'il peut tout faire et tout obtenir. Ce dernier se montre plus réticent aux normes ou aux contraintes qui peuvent entraver la réalisation de ses désirs et lui paraissent insupportables, ce qui peut l'entraîner vers l'anomie (DURKHEIM, 1897 : 282).

6.2. La provenance des données et les analyses effectuées

Pour vérifier nos hypothèses, nous allons procéder en deux étapes: nous allons tout d'abord comparer l'évolution du suicide dans la province selon les régions puis examiner la relation entre le suicide et différentes variables, plus particulièrement l'appartenance culturelle.

6.2.1. Les données et la méthode utilisées pour vérifier la première hypothèse

À l'aide de cartes, nous retracerons l'évolution du suicide dans l'ensemble de la province depuis 1970 afin de voir si Montréal a toujours obtenu un taux de suicide plus faible que les régions. Nous utiliserons des cartes illustrant les taux de suicide au Québec pour les années 1973-1977 et 1999-2001. Ainsi, nous pourrions voir s'il y a eu un inversement dans les taux de suicide des régions. Les données utilisées pour retracer l'évolution du suicide au Québec seront tirées du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, ceux-ci les ayant tiré du recensement, dans lequel elle fait état de la situation du suicide au Québec. Pour les années qui suivent, nous utiliserons les données de l'Institut de la statistique du Québec. Ces données seront présentées sous la forme de cartes géographiques.

6.2.2. Les données et la méthode utilisées pour vérifier la seconde hypothèse

Puisque les données relatives aux décès (dont le suicide) de l'État Civil et du Coroner sont comptabilisées sans tenir compte de variables telles que le lieu d'origine ou la langue parlée à la maison, nous ne pourrions pas faire une comparaison des taux de suicide entre régions en isolant les populations immigrantes et Canadiennes anglaises. Nous devons donc effectuer des regroupements à l'intérieur de Montréal afin de vérifier si les secteurs à forte proportion d'anglophones et d'immigrants présentent un taux de suicide moins élevé que les autres secteurs de l'Île de Montréal et du reste du Québec. Cela nous permettra de constater si le phénomène que nous observons entre les régions se reproduit au niveau local lorsqu'on tient compte de la répartition des populations non canadiennes françaises. Pour ce faire, nous utiliserons les taux ajustés de mortalité par suicide à Montréal par secteur de CLSC pour les périodes 1984-1988 à 1994-1998, provenant du *Fichier des décès* du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. La population de ces districts varie entre 13 000 et 126 000, mais la majorité oscille entre 45 000 et 70 000. Nous comparerons ensuite ces taux en fonction de la proportion de personnes dont la langue première est l'anglais et d'immigrants présents dans chacun de ces secteurs afin de voir si les taux de suicide varient selon la présence de ces deux populations non canadiennes françaises. Toutes ces données proviennent de la Direction de la santé publique de Montréal.

Nous effectuerons des analyses bivariées afin de vérifier s'il y a corrélation entre le taux de suicide (variable dépendante) et la proportion d'immigrants, d'anglophones et de francophones sur le territoire (variables indépendantes), en fonction de chaque secteur de CLSC de la région de Montréal. L'analyse comprendra les données des années 1984-1988 et 1994-1998 pour le taux de suicide ainsi que 2001 pour les données sociodémographiques, ce qui servira à observer l'évolution des taux de suicide par rapport à l'immigration.

Nous compléterons les données obtenues à l'aide d'autres analyses bivariées que nous intégrerons à ces premières analyses, soit la proportion de personnes catholiques, la proportion de personnes vivant seules et la proportion de personnes vivant sous le seuil du faible revenu. Nous croiserons donc chaque type de population ainsi que le taux de suicide avec ces variables pour identifier lesquelles sont le plus fortement corrélées avec le taux de suicide et vérifier si une population en particulier est plus sujette à se suicider.

Par la suite, nous effectuerons une analyse à l'échelle provinciale. Pour ces croisements, nous disposons des taux de suicide, de la proportion de personnes vivant seules, de la proportion de personnes vivant sous le seuil du faible revenu et la proportion d'immigrants. Cette analyse nous permettra de repérer quelles variables corréle le plus avec le taux de suicide à travers les régions administratives de la province de Québec.

Étant donné le faible nombre d'unités d'analyse par régions, que ce soit à Montréal ou à l'échelle de la province (29 districts de CLSC à Montréal et 18 régions administratives pour la province de Québec), nous avons dû trouver un coefficient de corrélation approprié pour cette situation. Un coefficient de corrélation permet de calculer la nature de la relation entre deux variables, c'est-à-dire son intensité, sa direction et son niveau de signification. Nous ferons donc une *corrélation de rangs*. Celle-ci nous permettra d'obtenir le coefficient de Spearman pour toutes les analyses bivariées. Le coefficient de Spearman permet d'évaluer à quel point le classement des éléments d'une variable X est lié au classement des éléments d'une variable Y ou, autrement dit, de déterminer s'il existe une relation entre le rang des observations pour les deux variables.

Finalement, deux régressions multiples du suicide seront produites. La première sera effectuée avec les données de l'Île de Montréal et la seconde avec celles concernant la province. Ainsi nous pourrions constater laquelle des variables nommées plus haut à le plus d'influence sur le taux de suicide et dans quelle mesure ce lien est important.

6.3. Les limites de la recherche

Les taux de suicide par régions administratives de la province de Québec avant 1970 sont introuvables. Nous ne pourrions pas remonter avant 1970 car les données par régions avant cette date sont très difficiles à obtenir, voire inexistantes. En effet, il n'y avait pas beaucoup de suicides dans l'ensemble de la province à cette époque. Par exemple, seulement 256 suicides ont été recensés en 1960 pour la province, ce qui en fait très peu par région. La non disponibilité des données nous empêche d'observer l'évolution des taux de suicide en fonction des régions avant la période de la révolution tranquille.

De plus, les années pour les taux de suicide ne correspondent pas aux années pour les données provenant du recensement. Les divisions des territoires sur l'Île de Montréal ne sont pas identiques non plus; les divisions pour le suicide, l'immigration, les personnes dont la langue première est l'anglais et l'état matrimonial sont faites par régions de CLSC et les divisions des autres variables sont faites par arrondissements.

Les données disponibles sur les suicides (données par districts seulement) nous contraignent à effectuer une analyse écologique. Celle-ci implique par définition « l'impossibilité générale d'inférer de la corrélation collective à la corrélation individuelle (...) » (BOUDON ET LAZARFELD, 1996 :192). Cela signifie que nous ne pouvons pas généraliser nos résultats à l'ensemble de la population, car les données se réfèrent à un territoire qui englobe un groupe d'individus et non aux individus eux-mêmes.

Étant donné le nombre trop faible de territoires sur l'Île de Montréal (29 districts de CLSC) et pour la province (18 régions), et aussi parce que nous travaillons sur une population entière, nous ne pouvons pas s'assurer de la parfaite validité de nos résultats. Un nombre de cas plus élevé aurait favorisé le fondement de nos résultats.

L'âge et le sexe ne sont pas distribués selon les données concernant le suicide, c'est-à-dire que les données disponibles ne nous permettent pas de savoir dans quelle proportion les hommes ou les femmes, ainsi que les différents groupes d'âge, se suicident. Il est impossible de mettre en relation ces variables, car l'âge et le sexe sont répartis à peu près également sur tous les territoires. La relation entre le suicide et ces deux variables est donc inobservable.

Comme l'analyse est écologique, les données sur les immigrants et les anglophones dans les tableaux peuvent se recouper, c'est-à-dire qu'un immigrant peut avoir comme langue première l'anglais et une personne ayant comme langue première l'anglais peut être immigrante.

La présence d'une corrélation entre les deux variables ne permet pas d'affirmer qu'il y a une relation causale entre les deux phénomènes observés sur un même territoire. Autrement dit, dans le cas de notre étude, il est impossible de déterminer si la présence d'un type de population sur un district de CLSC soit la cause du taux de suicide enregistré.

Malgré ces limites, nous croyons toutefois que les résultats dégagés lors de l'analyse sont suffisamment représentatifs et crédibles pour tirer des conclusions satisfaisantes sur l'influence de la présence d'immigrants et d'anglophones sur les taux de suicide des régions.

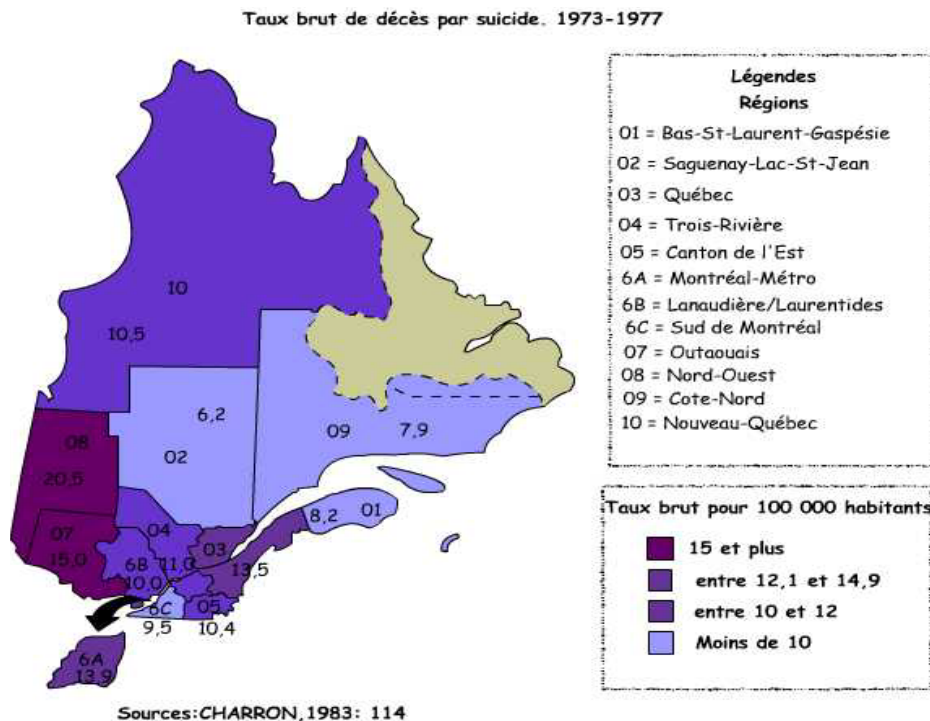
7. Résultats pour l'hypothèse 1

Dans ce chapitre, nous ferons état de quelques analyses et résultats obtenus concernant l'influence de la présence d'immigrants et d'anglophones sur les taux de suicide.

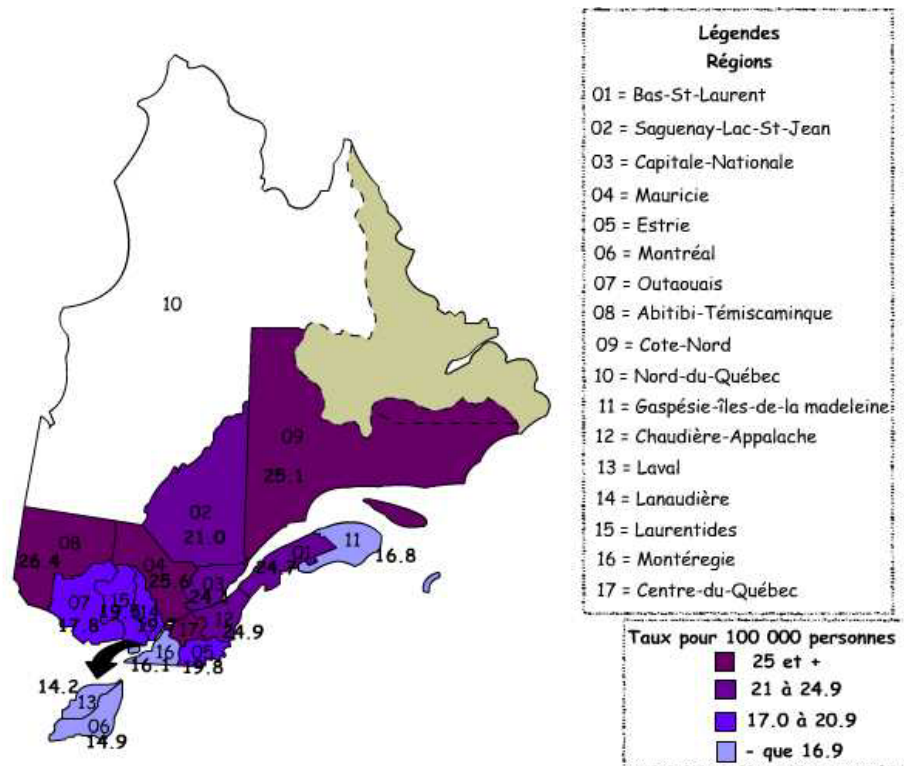
7.1. Confirmation de l'hypothèse historique

Les cartes qui suivent montrent l'évolution des taux de suicide depuis 1973. La première représente les taux de suicide de la province en 1973-1977, alors que la deuxième englobe les taux de mortalité par suicide pour 1999-2001. Les deux cartes n'ont pas tout à fait les mêmes divisions car les limites géographiques des régions ont un peu changé avec le temps. Elles sont toutefois suffisamment semblables pour nous permettre d'établir la comparaison. Par ailleurs, nous n'avons pas réussi à obtenir les données pour la région du Nord-du-Québec pour la période 1999-2001.

Carte 1
Taux ajusté de suicide, pour la province, séparés en régions administratives, pour 1973-1977



Carte 2
Taux ajusté de suicide, pour la province, séparés en régions administratives, pour 1999-2001



Source: MSSS, Fichier des décès du Québec, calcul effectuée à l'INSPQ, mars 2004

Au premier coup d'œil, nous pouvons voir clairement que les régions éloignées des centres ont subi une augmentation de leur taux de suicide depuis les trente dernières années. Prenons la Côte Nord par exemple, une région dont les frontières territoriales sont demeurées inchangées : en 1973-77, le taux de suicide était de 7,9 suicides pour 100 000 habitants alors qu'en 1999-2001, il s'élevait à 25,1 suicides pour 100 000 habitants ce qui constitue une augmentation d'environ 150% en trente ans. Les taux de suicide des régions du Québec n'ont pas tous augmenté de façon aussi fulgurante que celui de la Côte Nord. Cependant, chacune d'entre elles a connu une hausse du taux de suicide.

Pour l'Île de Montréal, cet accroissement est cependant moins élevé (environ 1 suicide pour 100 000 habitants) entre 1973-77 et 1999-2001. Le taux de suicide était de 13,9 suicides pour 100 000 habitants en 1973-77. Seules deux régions, soit l'Outaouais et le Nord-Ouest affichaient à l'époque un taux supérieur à celui de Montréal. En 1999-2001, les deux régions situées sur l'Île de Montréal ont conservées un taux de suicide relativement stable. Pour Montréal, en 1999-2001, le taux de suicide était de 14,9 suicides pour 100 000 habitants, tandis que celui de Laval, la partie Nord de l'Île de Montréal, était de 14,2 suicides pour 100 000 habitants. Montréal n'a pas vraiment connu une augmentation importante comparativement au reste de la province. Cela correspond a ce que Halbwachs a observé pour la France: dans les régions en dépeuplement le suicide augmente et dans celles qui se peuplent, il ralentit (HALBWACHS, 1930 : 145).

8. La fréquence du suicide sur l'Île de Montréal : langue, ethnicité, religion

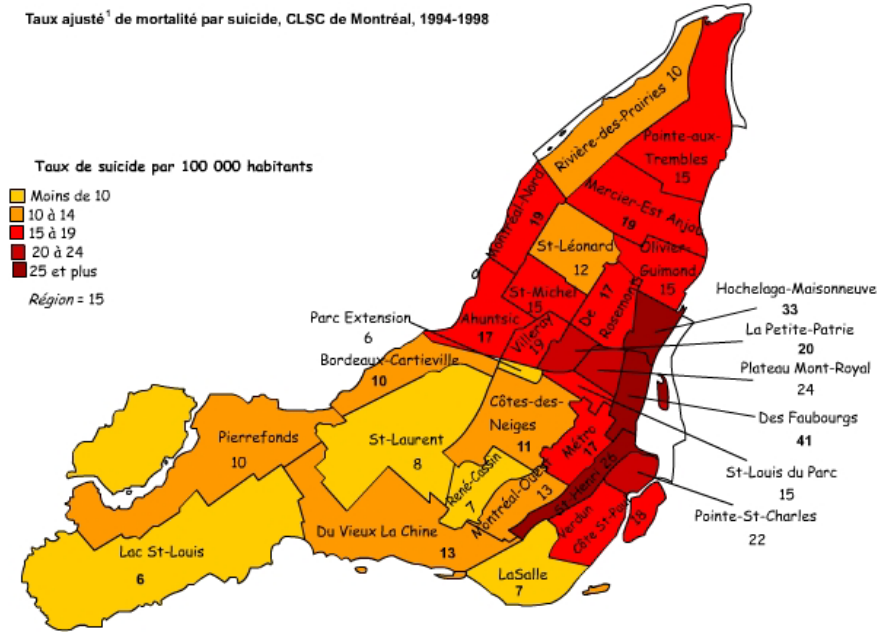
Dans ce chapitre, nous analyserons les données chiffrées que nous avons traitées afin de répondre à la seconde hypothèse, selon laquelle la présence des immigrants et des anglophones à Montréal contribuerait à y abaisser le taux de suicide comparativement à celui du reste de la province. Nous examinerons premièrement le lien entre les variables « suicide », « immigrants » et « anglophones » à l'aide de cartes géographiques. Deuxièmement, nous mettrons en relation la fréquence du suicide et diverses variables sociodémographiques pour l'Île de Montréal et toute la province de Québec.

8.1. À première vue : des liens étroits entre les taux de suicide et le fait d'appartenir ou non à la population québécoise

En considérant que les taux de suicide n'ont pas beaucoup variés entre 1994-1998 et 2001, nous pouvons superposer la carte de l'immigration à Montréal (2001) à celle des taux de suicide (1994-1998) de cette même région afin de visualiser la relation entre les deux. Évidemment, à cette étape, il est impossible de confirmer de façon statistiquement significative le lien entre la présence d'immigrants et les taux de suicide. Nous verrons plus loin à l'aide d'une analyse statistique plus approfondie que ces résultats seront corroborés. Nous pouvons tout de même déjà entrevoir l'étroite relation unissant le suicide et les différents types de population. D'ailleurs, lorsque nous comparons la carte des taux de suicide et celles qui représentent la proportion d'immigrants et d'anglophones pour chaque district de CLSC de l'Île de Montréal, nous pouvons constater que, là où il a plus d'immigrants ou d'anglophones, les taux de suicide sont généralement plus bas. Inversement, lorsque la proportion d'immigrants ou d'anglophones est faible dans une région, les taux de suicide y sont souvent très élevés, parfois même plus que le taux moyen de l'ensemble du Québec, évalué à 19,1 suicides pour 100 000 habitants.

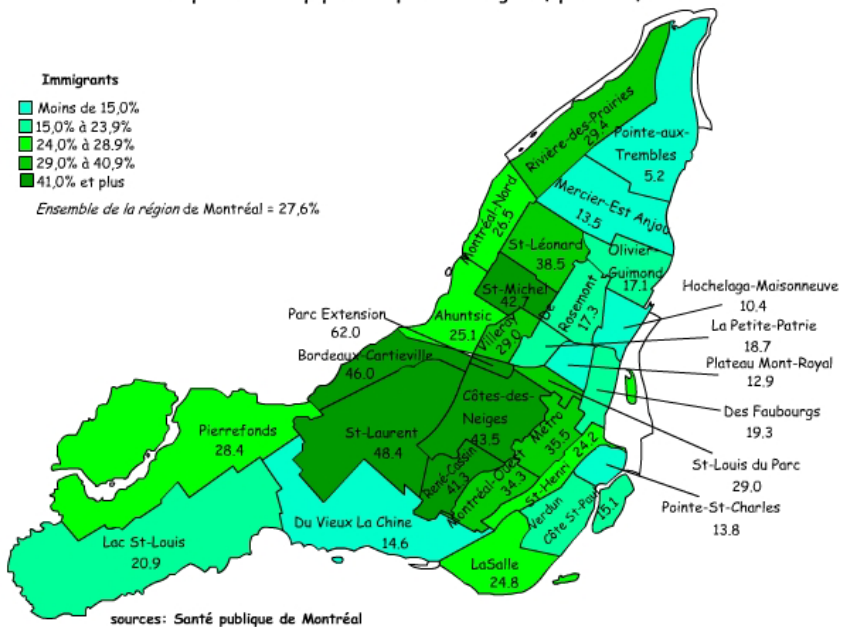
Carte 3
Taux ajusté de mortalité par suicide selon les territoires de CLSC de l'île de Montréal en 1994-1998

Taux ajusté¹ de mortalité par suicide, CLSC de Montréal, 1994-1998

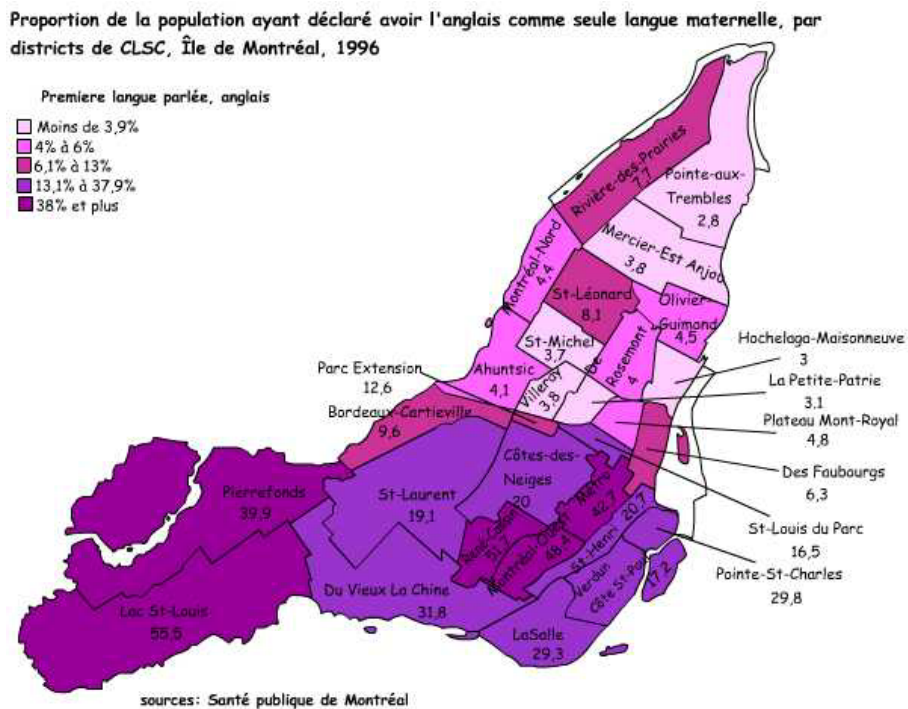


Carte 4
Proportion de la population immigrante selon les territoires de CLSC de l'île de Montréal en 2001

Proportion de la population qui est immigrante, par CLSC, 2001



Carte 5
Proportion de la population ayant comme langue maternelle l'anglais selon les territoires de CLSC de l'Île de Montréal en 1996



Par exemple, nous remarquons que dans Saint-Laurent, la proportion d'immigrants s'élève à 48,4%, alors que le taux de suicide se chiffre à 8 suicides pour 100 000 habitants. La présence d'anglophones y est également importante (19,1%). Dans Parc-Extension, où la proportion d'immigrants est la plus concentrée (62%), le taux de suicide est le plus faible de l'Île de Montréal, soit 6 pour 100 000 habitants. Dans Lac-Saint-Louis, le secteur de Montréal qui compte le plus d'anglophones (55,5%), le taux de suicide se chiffre également à 6 pour 100 000 habitants. Inversement, dans Hochelaga-Maisonneuve, où le taux de suicide est particulièrement élevé (33 suicides pour 100 000 habitants), la présence d'immigrants et d'anglophones est très faible (10,4% et 3% respectivement). Ces observations s'appliquent à l'ensemble des secteurs de CLSC de Montréal.

Le taux de suicide de chaque district semble assez nettement varier en fonction de la population qui y est installée. Reste à vérifier mathématiquement cette corrélation.

8.2. Les corrélation mathématiques : une preuve supplémentaire entre le suicide et les populations

Dans cette section, nous allons examiner les taux de suicide en fonction des caractéristiques des différentes populations à l'étude, soit les francophones, les anglophones et les immigrants. La première partie porte sur les données de l'Île de Montréal, alors que la deuxième concerne les données relatives au reste de la province.

8.2.1. Quelques variables sociodémographiques pesants sur le suicide sur l'Île de Montréal

Nous analysons ici le lien entre les taux de suicide de chaque districts de CLSC de l'Île de Montréal et les variables sociodémographiques retenues dans l'opérationnalisation, c'est-à-dire la langue maternelle, le statut d'immigrant, la religion catholique romaine, le fait de vivre seul ou sous le seuil du faible revenu. Nous allons également croiser ces variables avec les différentes populations choisies, soit les immigrants, les anglophones et les francophones afin d'identifier laquelle des populations à l'étude possède ces caractéristiques.

Les religions autres que catholiques ne pourront pas être incluses dans l'analyse dû au fait que les données disponibles pour ces variables représentent un nombre trop faible de cas dans chaque district de CLSC pour être étudiées. Nous ne pourrons pas non plus tester la variable « nombre d'enfants » parce que cette variable n'est pas compilée de façon appropriée à la présente analyse, c'est-à-dire que les données fournies par Statistique Canada ne permettent pas d'identifier les familles sans enfants de celles avec enfants. Il est à noter que, vu le nombre peu élevé de régions sur l'Île de Montréal (29 districts de CLSC au total), nous sommes contraintes de diviser chaque variable en trois catégories, de manière telle à assurer que chacune d'entre elles contienne un nombre minimal de cas. C'est pourquoi les différentes variables ne sont pas toutes divisées en fonction des mêmes intervalles.

Suicide et ethnicité

Parmi les francophones

Nous observons au Tableau 3 que plus de la moitié des territoires de CLSC où une majorité de francophones est installée correspondent également à ceux où il y a beaucoup de suicides (soit un taux supérieur à plus de 19 pour 100 000 habitants). Le contraire est aussi vrai : environ les 2/3 des territoires de CLSC où la population francophone est peu nombreuse sont également ceux où les taux de suicide sont faibles. Le coefficient de Spearman¹ de cette relation se situe à 0,74, ce qui est assez élevé et positif. Autrement dit, plus il y a de francophones sur un territoire, plus le taux de suicide risque d'être élevé.

Tableau 3
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle française (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle française							
		Faible (46% et moins)		Moyenne (46,1% à 69,8%)		Élevée (69,9% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	7	63,6%	2	28,6%	0	0%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	4	36,4%	2	28,6%	5	45,5%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	0	0%	3	42,9%	6	54,5%	9	31,0%
Total		11	100,0%	7	100,0%	11	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.74

¹ Consulter l'annexe A afin d'obtenir des précisions supplémentaires sur la façon d'interpréter le coefficient de Spearman.

Parmi les Anglophones

Dans la majorité des régions qui comptent une faible proportion d'anglophones, le taux de suicide est élevé. Nous remarquons en effet que 63,6% des régions qui comptent peu de personnes dont la langue maternelle est l'anglais enregistrent un taux de suicide élevé. Inversement, dans la plupart des régions où la proportion d'anglophones est supérieure à 20,1%, le taux de suicide qui y est observé est considéré faible, c'est-à-dire inférieur à 11 par 100 000 habitants. Fait notable : parmi les 9 régions où la proportion d'anglophones est importante, aucune d'entre elles n'affiche un taux de suicide élevé. Le coefficient de Spearman de cette relation n'est pas aussi fort que celui de la relation suicide/francophones, mais il est tout de même significatif. Il est aussi négatif, ce qui implique que plus il y a d'anglophones qui habitent un district, moins il y a de suicides.

Tableau 4
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents de langue maternelle l'anglais (1996) et le
taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle anglais						Total N %	
		Faible (6% et moins)		Moyenne (entre 6,1% et 20%)		Élevée (20,1% et plus)			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	0	0%	3	33,3%	6	66,7%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	4	36,4%	4	44,4%	3	33,3%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	7	63,6%	2	22,2%	0	0%	9	31,0%
Total		11	100,0%	9	100,0%	9	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.50

Parmi les immigrants

Étant donné l'augmentation récente du nombre d'immigrants sur l'Île de Montréal, nous vérifierons s'il y a eu un changement chez les immigrants en réalisant deux analyses, l'une pour l'année 1981 et l'autre pour l'année 2001.

Immigrants de 1981

Dans la moitié des districts de CLSC de l'Île de Montréal où la proportion d'immigrants est faible en 1981, le taux de suicide observé en 1984-1988 dépasse 19 pour 100 000 habitants. Inversement, nous constatons que la moitié des territoires de CLSC où la proportion d'immigrants est élevée – c'est-à-dire supérieure à 29,6% – affichent un taux de suicide faible. Le coefficient de corrélation de rang de cette relation est plus élevé (-0,63) que celui des anglophones, mais moins que pour les francophones. La relation est négative et significative, c'est-à-dire que plus la présence d'immigrants sur un territoire est importante, moins il y a de suicides.

Tableau 5
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents d'immigrants (1981) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1984-1988)

		Districts selon la proportion de résidents immigrants						Total N %	
		Faible (17,3% et moins)		Moyenne (entre 17,4% et 29,5%)		Élevée (29,6% et plus)			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	1	7,7%	3	37,5%	4	50,0%	8	27,6%
	Moyen (12 à 18)	5	38,5%	5	62,5%	2	25,0%	12	41,4%
	Élevé (19 et plus)	7	53,8%	0	0%	2	25,0%	9	31,0%
Total		13	100,0%	8	100,0%	8	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.63

Immigrants de 2001

La variation du taux de suicide en fonction de la population immigrante comptabilisée en 1994-1998 est similaire, c'est-à-dire que plus de la moitié des districts de CLSC où habite une forte proportion d'immigrants affichent un faible taux de suicide. Effectivement, 60% des régions qui comptent beaucoup d'immigrants affichent un taux de suicide inférieur à 11 suicides pour 100 000 habitants, alors que 57,1% des régions qui comptent peu d'immigrants affichent un taux de suicide élevé. Aucune région où la proportion d'immigrants au sein de la population est supérieure à plus de 29,6% ne présente un taux de suicide élevé. La relation identifiée entre le suicide et la population immigrante est donc relativement constante dans le temps depuis les deux dernières décennies. Les résultats du coefficient de Spearman le démontrent aussi (Il est passé de -0,63 à -0,62.)

Tableau 6
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents d'immigrants (2001) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents immigrants						Total N %	
		Faible (17,3% et moins) N %		Moyenne (entre 17,4% et 29,5%) N %		Élevée (29,6% et plus) N %			
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	0	0%	3	25,0%	6	60,0%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	3	42,9%	4	33,3%	4	40,0%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	4	57,1%	5	41,7%	0	0%	9	31,0%
Total		7	100,0%	12	100,0%	10	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.62

Bref, il semble évident que les taux de suicide de chaque district de CLSC de l'Île de Montréal varient selon le type de population qui y est installée. Tel que l'indiquent les résultats que nous avons obtenus, les territoires fortement peuplés de francophones affichent davantage des taux de suicide élevés que les districts où résident les anglophones et les immigrants. Vérifions tout de même cette première conclusion à l'aide d'autres indicateurs, soit le fait d'être catholique romain, de vivre seul et de vivre sous le seuil du faible revenu.

Suicide et religion

Nous remarquons au tableau 7 que la forte majorité des territoires de CLSC où la proportion de catholiques romains varient entre 60,1% et 74,9% présentent un taux de suicide élevé et le 2/3 des territoires où la proportion de catholiques romains est élevée affichent un taux de suicide moyen. La majorité des territoires où la proportion de catholiques romains est peu élevée affichent également un faible taux de suicide. L'analyse du coefficient de Spearman nous indique que cette relation est presque parfaite (0.98). Cela signifie que les territoires où il y a le plus il y a de catholiques occupant un territoire, plus le taux de suicide est élevé. Le coefficient de Spearman de cette variable est le plus élevé pour l'ensemble de celles testées. Ces résultats portent à croire – sans que nous puissions en tirer de conclusions incontestables – que la population suicidaire de Montréal est majoritairement catholique romaine.

Tableau 7
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents catholique romain (2001) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents catholique romain						Total N %	
		Faible (60% et moins) N %		Moyenne (entre 60,1% et 74,9%) N %		Élevée (75% et plus) N %			
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	7	63,6%	1	12,5%	1	10,0%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	3	27,3%	2	25,0%	6	60,0%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	1	9,1%	5	62,5%	3	30,0%	9	31,0%
Total		11	100,0%	8	100,0%	10	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.98

Les résultats de la corrélation de rangs nous révèlent que les territoires où sont situés les catholiques sont aussi majoritairement habités par les francophones. En effet, 80% des territoires qui comptent une forte majorité de catholiques correspondent également à ceux où une forte proportion de francophones est installée. Au contraire, plus de la moitié des districts au sein desquels la proportion de catholiques est faible compte une population anglophone considérable, alors que ce nombre s'élève à plus du 2/3 dans le cas des immigrants. (Voir annexe C) Nous pouvons en conséquence supposer que la population francophone est majoritairement catholique romaine. En d'autres termes, les Québécois de souche canadienne-française-catholique – qui composent la majorité de la population catholique romaine – seraient plus à risque de se suicider que les anglophones et les immigrants.

Suicide et solitude

Comme nous pouvons l'observer au tableau 8, la majorité des régions de CLSC où la proportion

de personnes vivant seules est élevée correspondent également à ceux où le taux de suicide dépasse 19 pour 100 000 habitants. Le coefficient de corrélation nous informe que l'intensité de cette relation est modérée (0,59). Elle est toutefois significative, ce qui nous porte à croire que la population suicidaire de Montréal vit souvent seule.

Tableau 8
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents vivants seuls (2001) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents vivants seuls							
		Faible (33% et moins)		Moyen (entre 33,1% et 42,9%)		Élevé (43% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	4	44,4%	4	36,4%	1	11,1%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	4	44,4%	5	45,5%	2	22,2%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	1	11,1%	2	18,2%	6	66,7%	9	31,0%
Total		9	100,0%	11	100,0%	9	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.59

Selon le coefficient de Spearman effectué sur la variable « vivre seule » et les trois populations, la population vivant seule serait vraisemblablement composée en majorité de francophones. En effet, la plupart des régions où le taux de personnes vivant seules est élevé sont aussi fortement peuplées de francophones. Les résultats nous indiquent par ailleurs que très peu de territoires de CLSC où il y a beaucoup de personnes vivant seules correspondent à des régions où la population anglophone ou immigrante est nombreuse. (Voir annexe C)

La population francophone sont donc plus susceptibles de vivre seules que les anglophones ou les immigrants. Dû au fait que les coefficients de corrélation de ces relations ne sont pas statistiquement significatifs, il est impossible d'affirmer hors de tout doute que les Québécois francophones vivant seuls sont plus à risque de se suicider que les anglophones ou les immigrants. Nous pouvons tout au plus supposer qu'ils ne vivent pas seuls..

Suicide et pauvreté

Enfin, la forte majorité des territoires de CLSC où le nombre de personnes vivant sous le seuil du faible revenu est le plus élevé coïncident avec ceux où il y a le plus de suicides. Le coefficient de corrélation égale 0,54, ce qui signifie que la relation est faible, quoique que significative. Ainsi, plus il y a de personnes dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté qui demeurent sur un territoire, plus le taux de suicide risque d'être élevé.

Tableau 9
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001)
et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1994-1998)

		Districts selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu							
		Faible (25% et moins)		Moyenne (entre 25,1% et 35%)		Élevée (35,1% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (11 et moins)	5	55,6%	3	25,0%	1	12,5%	9	31,0%
	Moyen (12 à 18)	3	33,3%	7	58,3%	1	12,5%	11	37,9%
	Élevé (19 et plus)	1	11,1%	2	16,7%	6	75,0%	9	31,0%
Total		9	100,0%	12	100,0%	8	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.54

Les résultats de l'analyse bivariée portant sur la variable « vivre sous le seuil du faible revenu » en relation avec les trois populations illustre que la moitié des territoires où le taux de personnes vivant sous le seuil du faible revenu est supérieur à 35,1% correspond aux territoires où la population francophone est la plus élevée. Toutefois, le taux de personnes vivant sous le seuil du faible revenu dans chaque territoire ne varie pas beaucoup en fonction de la proportion d'immigrants qui y est installée. La majorité des territoires de CLSC où le pourcentage de personnes vivant sous le seuil du faible revenu est faible comptent une importante population d'anglophones. (Voir annexe C) Cependant, le coefficient de corrélation démontre que cette relation est non significative. De ce fait, il est impossible de tirer une conclusion sur le lien entre cette variable et les populations étudiées. Nous verrons dans la partie intitulée « Discussion » que ces résultats n'abondent pas dans le même sens que les propos de Durkheim.

Quelle variable sociodémographique présente la plus forte corrélation avec le suicide ?

La régression effectuée en intégrant les données de l'Île de Montréal nous permet de constater que la proportion d'immigrants constitue la seconde variable la plus influente sur le taux de suicide d'un territoire de CLSC. La présence d'immigrants influence négativement la fréquence des suicides, de sorte que le nombre de suicide sur un territoire diminuerait à mesure que la présence d'immigrants sur ce dernier augmenterait. La variable la plus déterminante sur le taux de suicide est le fait de vivre seul. Le coefficient de cette variable est positif, ce qui implique que plus il y a de personnes vivant seules sur un territoire donné, plus le taux de suicide risque d'être élevé. (Voir Annexe D)

Le calcul de la régression met en relation plusieurs variables indépendantes avec la variable dépendante « suicide » alors que la seconde intègre une seule variable indépendante à la fois. La régression doit donc considérer l'influence que peuvent exercer l'une sur l'autre chacune des variables indépendantes alors que l'analyse bivariée ne prend compte que de l'influence de la variable indépendante sur la dépendante. De plus, la régression calcul l'ordre d'influence des variables indépendantes sur la variable dépendante. C'est ce qui explique que les résultats de la régression ne concordent pas avec ceux de l'analyse bivariée.

Pour résumer, les francophones de Montréal semblent davantage à risque de se suicider que les immigrants et les anglophones qui y sont installés. En effet, la majorité des districts de CLSC où le taux de suicide est faible correspond à ceux où la population est fortement composée d'anglophones ou d'immigrants, alors que ceux où le taux de suicide est élevé coïncident avec ceux peuplés de francophones. Aussi, les catholiques romains constitueraient une population dont le risque de se suicider est relativement élevé et que les territoires à forte proportion de catholiques romains correspondent à ceux fortement peuplés de francophones. En second lieu, nous pouvons voir que les territoires où la proportion d'individus vivant seuls est élevée sont aussi ceux où il y a beaucoup de suicides. Le fait de vivre seul est d'ailleurs la variable qui semble le plus corrélée avec le suicide selon la régression effectuée. Il semble bien que la population de personnes vivant seules soit composée de francophones, mais nous n'avons pas réussi à le démontrer statistiquement de façon indubitable. Finalement, le suicide est positivement corrélé avec le faible revenu mais qu'aucune population n'a pu être identifiée comme pauvre. Bref, les résultats statistiques obtenus nous permettent d'affirmer que la population francophone, directement ou indirectement, est davantage susceptible de se suicider que les anglophones et les immigrants. Nous allons tenter de fournir des explications à ce phénomène dans la partie « Discussion des résultats ». Pour l'instant, comparons ces variables avec le reste de la province.

8.2.2. Comparaison de l'Île de Montréal avec la province de Québec

Cette section nous aurait normalement permis de faire le pont entre les résultats de l'analyse précédente, qui concernait uniquement les données pour la région de Montréal, et les caractéristiques du reste de la province de Québec. En raison d'un manque de données, nous avons dû nous en tenir à seulement trois indicateurs communs; nous avons croisé les variables «vivre seul» et «vivre sous le seuil du faible revenu» avec le suicide. Nous n'avons pu procéder à une analyse par populations sauf pour les immigrants de 1996, ni croiser ces populations avec les suicides, car nous n'avons pas pu trouver des données similaires à celles de l'Île de Montréal. Finalement, le faible nombre de régions dans la province nous a obligé à créer seulement deux catégories plutôt que trois au moment de la confection de nos tableaux. Voici les résultats que ces analyses nous ont permis de voir :

Suicide et solitude

La majorité des régions administratives² de la province de Québec où la proportion de personnes vivant seules est élevée sont aussi des régions où le taux de suicide est élevé. L'intensité de cette relation est très forte et significative lorsque nous analysons le coefficient de corrélation (0.98), ce qui nous porte à croire que la population suicidaire de la province de Québec vit généralement seule.

Tableau 10
Régions administratives de la province de Québec selon la proportion de résidents vivants seuls (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1996)

		Régions selon la proportion de résidents vivants seuls				Total N %	
		Faible (11% et moins)		Élevée (11,1% et plus)			
		N	%	N	%		
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (20,9 et moins)	6	60,0%	3	37,5%	9	50,0%
	Élevé (21 et plus)	4	40,0%	5	62,5%	9	50,0%
Total		10	100,0%	8	100,0%	18	100,0%

Spearman R : 0,98

Suicide et revenu

Nous remarquons que plus de la moitié des régions administratives de la province de Québec où la proportion de personnes vivant sous le seuil du faible revenu, ont un taux de suicide inférieur à 20,9. Cette relation est cependant non significative lorsqu'on regarde le coefficient de corrélation (-0.35). On ne peut donc pas conclure avec certitude que la population suicidaire de la province de Québec vit sous le seuil du faible revenu.

² Ces régions sont les mêmes que celles des cartes de la section 7.1. aux pages 48-49.

Tableau 11
Régions administratives de la province de Québec selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (1996) et le taux de suicide pour 100 000 habitants (1996)

		Régions selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu				Total	
		Faible (20% et moins)		Élevée (20,1% et plus)			
		N	%	N	%	N	%
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (20,9 et moins)	4	40,0%	4	57,1%	8	47,1%
	Élevé (21 et plus)	6	60,0%	3	42,9%	9	52,9%
Total		10	100,0%	7	100,0%	17	100,0%

Spearman R : -0,35 n.s.s (non significatif)

Suicide et immigrants

Nous constatons au tableau 12 que les régions administratives de la région de Québec où il y a le plus de suicides correspondent à celles où il y a le moins d'immigrants (63,6%). Le coefficient de corrélation (-0,37) nous indique toutefois que la relation n'est pas statistiquement significative. De plus, cette relation n'est pas représentative étant donné que la proportion d'immigrants est souvent trop faible pour avoir une relation visible (à peine 2%).

Tableau 12
Régions administratives de la province de Québec selon la proportion de résidents immigrants (1996) et le
taux de suicide pour 100 000 habitants (1996)

		Régions selon la proportion de résidents immigrants				Total N %	
		Faible (2% et moins)		Élevée (2,1% et plus)			
		N	%	N	%		
Taux de suicide (cas par 100 000 h.)	Faible (20,9 et moins)	4	36,4%	5	71,4%	9	50,0%
	Élevé (21 et plus)	7	63,6%	2	28,6%	9	50,0%
Total		11	100,0%	7	100,0%	18	100,0%

Spearman R : -0,37 n.s.s (non significatif)

Quelle variable sociodémographique est la plus corrélée avec le suicide ?

Selon les résultats du test de régression effectué pour identifier quelle variable influence le plus le suicide, le fait de demeurer sur l'Île de Montréal constitue la variable la plus influente sur le suicide pour la province en entier entre les différentes variables testées. La deuxième qui influe le plus étant le fait de vivre seul. (Voir annexe D)

On dirait bien que les territoires ayant une population suicidaire sont les mêmes que ceux où la population vit seule, mais il demeure impossible de déterminer si ces mêmes territoires hébergent aussi la population vivant sous le seuil du faible revenu. De plus, nous n'avons pas réussi à confirmer statistiquement que cette population n'est pas immigrante. Nous ne pouvons donc pas tirer de véritables conclusions quant au portrait de la population suicidaire de la province de Québec du fait que deux des trois analyses effectuées ne sont pas statistiquement significatives. La comparaison n'a donc rien révélé sur le portrait de la population québécoise relativement au suicide. Il est impossible de cerner une différence quand au suicide sur le territoire de l'Île de Montréal et celui du Québec entier. Il aurait été nécessaire de disposer des données sur les

variables « catholiques romains », « anglophones » et « francophones » afin de mieux soutenir nos résultats. Par contre, un fait est établi : celui que les canadiens français catholiques sont fortement à risque de se suicider. Or, les régions de la province de Québec sont majoritairement peuplées par cette population. Nous pouvons donc supposer que la population de la province de Québec se trouve fragilisée face au suicide.

9. Les différences culturelles : un facteur incontournable

Afin d'expliquer pourquoi les taux de suicide sont plus faibles à Montréal que dans le reste de la province, nous avons supposé qu'avant la Révolution tranquille, les taux de suicide étaient davantage élevés à Montréal qu'ailleurs au Québec. En effet, Durkheim a illustré que les suicides sont plus élevés dans les villes qu'en campagne. Nous pensons que le tissu social en ville offrait une intégration et une régulation moindre que dans les régions éloignées du Québec. Avec la Révolution tranquille, l'ensemble de la société québécoise aurait adopté les valeurs de la modernité. Conséquemment, les taux de suicide des régions auraient rejoint puis dépassé ceux observés à Montréal. Cette hypothèse s'est vue confirmée. Nous ne disposons pas des données avant la période de la Révolution tranquille, ce qui ne nous permet pas de voir si les taux de suicide étaient auparavant inférieurs en région qu'à Montréal. Toutefois, nous avons constaté à l'aide de cartes géographiques que le suicide sur l'île de Montréal est demeuré relativement stable depuis 30 ans, contrairement au reste de la province où il a subi une forte augmentation. Ce n'est donc pas les taux de Montréal qui se sont affaiblis avec le temps, mais ceux des régions qui les rattrapent. Alors qu'en 1973-1977, seulement trois régions présentaient un taux de suicide inférieur à celui de Montréal, toutes les régions ont aujourd'hui un taux de suicide plus élevé que celui de la région montréalaise.

Nous avons émis une seconde hypothèse selon laquelle la présence d'une forte population non canadienne française à Montréal expliquerait en grande partie la différence entre le taux de suicide actuel à Montréal et ailleurs au Québec. Nous avons constaté que la plupart des districts de CLSC de l'Île de Montréal où habite une forte proportion de canadiens français affichent des taux de suicide élevés, comparativement à ceux où habitent les anglophones et les immigrants. Globalement, nous croyons que cette situation serait explicable par l'intégration et la régulation sociales insuffisantes des canadiens français, particulièrement des jeunes hommes.

Il semble bien que le passé religieux des Québécois influence le taux de suicide observé actuellement. En effet, les catholiques romains semblent être une population relativement susceptible de se suicider. À l'époque où la religion catholique romaine servait encore de ciment

à la société canadienne française, les taux de suicide enregistrés étaient beaucoup plus faibles qu'aujourd'hui. Nous savons que la religion qui encadrait fortement les valeurs, les croyances et les pratiques des canadiens français a beaucoup perdu de son influence auprès de ceux-ci. Le déclin de la religion aurait pour conséquence d'ébranler les fondements normatifs de la société et de faire augmenter les taux de suicide.

De plus, l'analyse des taux de suicide en fonction des territoires de CLSC nous permet de croire que les personnes vivant seules ont davantage tendance à se suicider que les personnes vivant en couple. Or, il semble bien que les personnes vivant seules soient majoritairement d'origine canadienne française. Entre le fait de vivre sous le seuil du faible revenu, d'être immigrant et de demeurer à Montréal, le fait de vivre seul est d'ailleurs la variable la plus influente sur le taux de suicide de la province si nous nous référons à la régression effectuée. La baisse de l'influence religieuse sur les pratiques maritales pourrait expliquer la diminution de la taille de la famille ainsi que la hausse des taux de divorce et la diminution des taux de nuptialité. En effet, l'Église encourageait fortement ses fidèles à fonder des familles nombreuses. Or, comme Durkheim l'a expliqué, le fait d'avoir des enfants protège du suicide. La famille fournit en effet à l'individu des obligations et des responsabilités qui confèrent un sens à sa vie. Les gens vivant seuls ne bénéficieraient pas de ce repère qui les préserverait du suicide et se retrouveraient enclin à une forte individualisation. Aussi, l'accession des femmes sur le marché du travail a profondément transformé les rôles féminins et masculins. Les femmes se sont distancées de leur rôle traditionnel, ce qui a remis en question l'identité des hommes, fortement axée sur leur rôle de pourvoyeur au sein de la famille.

Par ailleurs, tel que nous l'avons évoqué dans la recension des écrits, nous pensons que les communautés immigrantes installées sur l'Île de Montréal présentent un fort attachement à leurs traditions culturelles, ce qui favoriserait un haut niveau d'intégration sociale. La religion et la famille seraient encore très présentes dans leurs vies, ainsi que l'appartenance à leur communauté culturelle implantée au Québec, particulièrement les immigrants des pays en développement.

Évidemment, certains immigrants souffrent d'isolement social et de pauvreté ou peuvent éprouver des difficultés à s'intégrer à la société québécoise. Nous croyons toutefois que ces immigrants n'ont pas recours au suicide parce qu'ils s'accrochent tout de même aux valeurs de leur culture. Nous savons par ailleurs que la plupart des religions prohibent le suicide. L'adhésion à la religion ainsi que le respect des prescriptions morales que celle-ci implique pourraient jouer un rôle protecteur auprès des immigrants. Les liens familiaux seraient aussi plus développés, c'est-à-dire qu'ils ne se limiteraient pas à la famille nucléaire (père, mère et enfants) mais incluraient la parenté élargie. Par conséquent, qu'ils arrivent seuls ou non au Québec, les immigrants bénéficieraient d'un système d'assistance mutuel plus grand, permettant une meilleure intégration et une meilleure régulation (TROVATO, 1998). Les résultats statistiques que nous avons obtenus semblent confirmer ces suppositions.

Les analyses effectuées nous ont permis de voir que plus il y a de personnes pauvres sur un territoire, plus il y a de suicides. Ces résultats contredisent ce que Durkheim avait écrit à ce sujet. Ce dernier affirmait que la pauvreté protège du suicide du fait que les individus nécessiteux doivent exercer un plus grand contrôle sur leurs désirs que les individus riches, qui peuvent davantage se procurer les biens qu'ils désirent. Nous pouvons expliquer les résultats obtenus en invoquant le fait que la pauvreté n'est plus vécue de la même façon qu'autrefois. Auparavant, la pauvreté était davantage acceptée socialement du fait que la majorité des gens vivaient dans cette situation et que l'intégration fournie par les valeurs du clergé et les valeurs familiales incitaient davantage les gens à l'entraide. D'ailleurs, lors de la crise économique des années 1930, les Québécois ont démontré qu'ils savaient s'entraider car, étant donné l'absence de programmes gouvernementaux, la responsabilité de s'occuper des personnes dans le besoin revenait à la population (famille, clergé, organisme de charité). En valorisant la vie après la mort, la religion incitait également les individus à accepter leur sort sur terre, lequel exprimait la volonté de Dieu. Le fait d'appartenir à une société traditionnelle pouvait ainsi protéger les gens pauvres du suicide. Aujourd'hui, nous vivons dans une société où la richesse est valorisée et où la mobilité sociale est facilitée. Dans les sociétés modernes, où le sort des individus repose davantage entre

leurs mains et où ceux-ci sont considérés responsables de leur destin, la pauvreté peut être vécue comme un échec personnel. Quoique de façon moindre que les Canadiens français, une proportion relativement importante d'immigrants semble également souffrir de la pauvreté, alors que leur taux de suicide est sensiblement plus faible. Nous pouvons supposer que la pauvreté les incite moins à se suicider que les Québécois.

En conclusion, il semble clair que le suicide est un phénomène essentiellement culturel, dépendant des caractéristiques et de l'histoire d'une collectivité. Durkheim a démontré comment l'intégration et la régulation sociales, en fournissant des buts communs aux individus et en bornant leurs aspirations personnelles, permettent de prévenir le suicide. Or, la régulation et l'intégration fonctionnent de façon et d'intensité différentes au sein de chaque société. En effet, chaque groupe social possède ses caractéristiques propres qui infléchissent sur les taux de suicide enregistrés. Dans la société québécoise actuelle, il semble bien que les mécanismes d'intégration et de régulation n'agissent plus aussi efficacement qu'auparavant. Les transformations rapides qui se sont déroulées lors de la Révolution tranquille ont bouleversé la cohésion sociale assurée par la religion et la famille.

Nous croyons que la présence considérable d'immigrants et d'anglophones sur l'Île de Montréal, comparativement à celle que connaissent les régions éloignées, contribuerait à y stabiliser les taux de suicide. En effet, nous savons que les régions de l'Île de Montréal qui affichent des hauts taux de suicide sont celles habitées par les Canadiens français. Or, la majorité de la population québécoise est composée de Canadiens français hormis à Montréal. Comme nous l'avons mentionné, le pourcentage d'immigrants à Montréal est de 27,6% en 2001, tandis que celui d'anglophones s'élève à 19% en 1996 (INSPQ, 2004).

Les résultats obtenus nous permettent de croire que, entre autres facteurs, la diminution de l'influence de la religion et la transformation de la famille au Québec a entraîné la hausse des taux de suicide. Ces résultats confortent l'hypothèse selon laquelle le passé des Canadiens

français, marqué par une rupture prononcée avec les fondements de la société traditionnelle, les inciteraient davantage à commettre l'acte irréparable du suicide que les anglophones et les immigrants dont l'histoire collective est différente.

Conclusion

Le bureau du coroner de Québec a observé que les taux de suicide sur l'Île de Montréal en 2001 étaient inférieurs à ceux observés dans les régions éloignées. À la suite de ce constat, ce dernier nous a demandé de répondre à la question suivante : comment expliquer la disparité des taux de suicide entre la région de Montréal et ailleurs au Québec? Pour ce faire, nous avons émis deux hypothèses. La première hypothèse, selon laquelle les taux de suicide de la métropole seraient demeurés stables depuis la Révolution tranquille, alors que ceux des régions auraient augmenté, a été confirmée. L'analyse de cartes géographiques de la province québécoise illustre qu'effectivement, entre 1973-1977 et 1999-2001, le taux de suicide de l'île de Montréal augmente d'à peine 1 suicide par 100 000 habitants, alors que celui des autres régions subit une hausse notable. La seconde hypothèse a également pu être démontrée. Nous avons suggéré que les faibles taux de suicide enregistrés à Montréal résultent de la présence d'une population non canadienne française. Les tests statistiques que nous avons effectués nous ont permis de constater que les territoires de l'île de Montréal majoritairement habités par les francophones correspondent également à ceux où les taux de suicide sont les plus élevés. Inversement, les districts de CLSC où est concentrée une population importante d'anglophones ou d'immigrants affichent de faibles taux de suicide. Nous pouvons en conclure que les francophones montréalais sont davantage à risque de se suicider que les anglophones et les immigrants, sans toutefois être en mesure d'établir un lien causal direct, puisque les données dont nous disposons nous ont obligé à effectuer une analyse écologique.

Nous considérons toutefois que les résultats dégagés peuvent s'appliquer à l'ensemble du Québec. Nous savons en effet que l'Île de Montréal accueille beaucoup plus d'immigrants que le reste de la province. En conséquence, la relation statistique observée entre la présence des anglophones ou d'immigrants sur les territoires montréalais et le suicide peut être généralisée à la province entière, quoique de façon non statistiquement significative. Autrement dit, nous pensons que la population non-francophone contribue à abaisser les taux de suicide à Montréal. Sans la présence des anglophones ou des immigrants dans la région métropolitaine, nous croyons que les taux de suicide y seraient similaires ou davantage élevés que ceux observés en région.

Cette situation serait essentiellement attribuable au passé historique des francophones et aux transformations sociales importantes qu'ils ont vécues pendant un laps de temps relativement court. Le relâchement rapide des valeurs traditionnelles qui constituaient un facteur important d'intégration et de régulation dans la société québécoise traditionnelle a fragilisé la population canadienne française. Le déclin de l'Église, qui proposait des valeurs clairement définies à ses ouailles, ainsi que la redéfinition des rôles sexuels qui s'est amorcée avec la Révolution tranquille et l'accession des femmes au marché du travail rendraient les francophones davantage susceptibles de se suicider, particulièrement les jeunes hommes âgés entre 20 et 40 ans. À l'inverse, les Canadiens anglais et les immigrants n'ont pas vécu de changements sociaux et culturels majeurs, ce qui les préserverait du suicide. Les immigrants, particulièrement ceux provenant de sociétés traditionnelles, demeureraient également attachés aux valeurs de leur culture d'origine et s'intégreraient dans un milieu social composé de personnes de leur pays, ce qui les imperméabiliserait contre le suicide.

Pour terminer cette recherche, proposons quelques pistes d'analyse supplémentaires. Nous jugeons qu'il serait pertinent d'approfondir les recherches un peu plus loin du côté de la population immigrante, c'est-à-dire d'analyser la fréquence du suicide chez cette population en fonction des générations. De cette façon il serait possible de vérifier s'il y a une différence entre les taux de suicide des immigrants de première et de deuxième génération. Ces données nous permettraient d'évaluer si les enfants d'immigrants continuent eux aussi à reproduire les schèmes suicidaires de leur pays d'origine, tel que leurs parents ont tendance à le faire. Ainsi, si les taux de suicide des immigrants de deuxième génération restent stables, l'idée que les immigrants reproduisent les schèmes suicidaires de leur pays d'origine serait confirmée et permettrait de croire que la transmission des valeurs se maintient de la première à la seconde génération. Une différence entre les taux de suicide par génération pourrait signifier que les immigrants de deuxième génération sont écartelés entre les valeurs suggérées par leur famille et celles qui gouvernent la société dans laquelle ils sont nés.

Enfin, nous nous permettons de recommander au bureau du coronier de Québec de colliger davantage de données individuelles lors de la constatation des décès, notamment le nombre d'enfants des personnes décédées, le niveau d'éducation, l'origine, la langue maternelle, la langue parlée, la religion ainsi que la date d'immigration de celles-ci. Ces informations permettraient d'établir des liens entre un type de population en particulier et les taux de mortalité par suicide.

ANNEXE A

Voici comment fonctionne une corrélation de rang:

1. La corrélation de rang met en relation deux variables à l'aide des rangs de chaque donnée entre elles. Il s'agit d'identifier les rangs de chacune des données et cela pour chaque variable. Ensuite, il suffit de faire la différence (D) entre les valeurs des deux variables qu'on veut tester, et mettre ce chiffre au carré (D²). En additionnant tous les carrés, un résultat apparaîtra à la toute fin du calcul (dans cet exemple, le chiffre 8 représente le résultat du tableau).

Tableau 13
Schéma de la corrélation de rang

Variables à testés			Différence entre les valeurs	
	X:	Y:	D:	D ² :
Rangs pour chacune des données	1	1	0	0
	2	2	0	0
	3	3	0	0
	4	5	-1	1
	5	4	1	1
	6	6	0	0
	7	9	-2	4
	8	7	1	1
	9	8	1	1
			ΣD²:	8

← Différence entre les valeurs élevée au carré

← Résultat

Source : <http://www-micro.msb.le.ac.uk/1010/DH3.html>

2. Après avoir trouvé ce résultat, il devient possible de l'introduire dans la formule du coefficient de spearman.

Formule du coefficient de Spearman :

$$1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

← Chiffre trouvé au tableau précédent

Le chiffre obtenu à l'aide de ce calcul nous renseigne sur la nature de la relation. Plus le chiffre s'approche de 1 ou -1, plus la relation est forte. Pour que ce chiffre soit significatif au degré 0,001, il doit être supérieur à 0,47 (cela à cause du nombre de données dont nous disposons).

ANNEXE B

Tableau 14
Coefficient de Spearman

Relation		Coefficient de Spearman*
Pour l'Île de Montréal		
Suicide (1984-1988)	Immigrants (1981)	-0,63
Suicide (1994-1998)	Immigrants (2001)	-0,62
	Anglais langue maternelle	-0,50
	Français langue maternelle	0,74
	Catholiques romains (2001)	0,98
	Personnes vivant seules (2001)	0,59
	Personnes vivant sous le seuil du faible revenu (2001)	0,54
Immigrants (2001)	Catholiques romains (2001)	-0,67
	Personnes vivant seules (2001)	-0,29 N.S.S
	Personnes vivant sous le seuil du faible revenu (2001)	0,11 N.S.S
Anglophones	Catholiques romains (2001)	-0,70
	Personnes vivant seules (2001)	-0,22 N.S.S
	Personnes vivant sous le seuil du faible revenu (2001)	-0,24 N.S.S
Francophones	Catholiques romains (2001)	0,80
	Personnes vivant seules (2001)	0,38 N.S.S
	Personnes vivant sous le seuil du faible revenu (2001)	0,13 N.S.S
Immigrants (2001)	Anglais langue maternelle	0,34 N.S.S
Pour la province		
Suicide (1994-1998)	Personnes vivant seules (2001)	0,98
	Personnes vivant sous le seuil du faible revenu (2001)	-0,35 N.S.S
	Immigrants (2001)	-0,37 N.S.S

* Pour être significatif à 0,01 ça prend 0.471

** N.S.S = non statistiquement significatif

ANNEXE C

Tableau 15
Districts de CLSC montréalais selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents catholique romain (2001)

		Districts selon la proportion de résidents catholique romain							
		Faible (60% et moins)		Moyenne (entre 60,1% et 74,9%)		Élevée (75% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents immigrants	Faible (17,3% et moins)	0	0%	3	37,5%	4	40,0%	7	24,1%
	Moyenne (entre 17,4% et 29,5%)	4	36,4%	4	50,0%	4	40,0%	12	41,4%
	Élevée (29,6% et plus)	7	63,6%	1	12,5%	2	20,0%	10	34,5%
Total		11	100,0%	8	100,0%	10	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.67

Tableau 16
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents catholique romain (2001)

		Districts selon la proportion de résidents catholique romain							
		Faible (60% et moins)		Moyenne (entre 60,1% et 74,9%)		Élevée (75% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise	Faible (6% et moins)	0	0%	4	50,0%	7	70,0%	11	37,9%
	Moyenne (entre 6,1% et 20%)	5	45,5%	1	12,5%	3	30,0%	9	31,0%
	Élevée (20,1% et plus)	6	54,5%	3	37,5%	0	0%	9	31,0%
Total		11	100,0%	8	100,0%	10	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.70

Tableau 17
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents catholique romain (2001)

		Districts selon la proportion de résidents catholique romain						Total N %	
		Faible (60% et moins) N %		Moyenne (entre 60,1% et 74,9%) N %		Élevée (75% et plus) N %			
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle française	Faible (46% et moins)	9	81,8%	1	12,5%	1	10,0%	11	37,9%
	Moyenne (entre 46,1% et 69,8%)	2	18,2%	4	50,0%	1	10,0%	7	24,1%
	Élevée (69,9% et plus)	0	0%	3	37,5%	8	80,0%	11	37,9%
Total		11	100,0%	8	100,0%	10	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.80

Tableau 18
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants seuls						Total N %	
		Faible (33% et moins) N %		Moyenne (entre 33,1% et 42,9%) N %		Élevée (43% et plus) N %			
Districts selon la proportion de résidents immigrants	Faible (17,3% et moins)	1	11,1%	2	18,2%	4	44,4%	7	24,1%
	Moyenne (entre 17,4% et 29,5%)	4	44,4%	4	36,4%	4	44,4%	12	41,4%
	Élevée (29,6% et plus)	4	44,4%	5	45,5%	1	11,1%	10	34,5%
Total		9	100,0%	11	100,0%	9	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.29 n.s.s (non significatif)

Tableau 19
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants seuls							
		Faible (33% et moins)		Moyenne (entre 33,1% et 42,9%)		Élevée (43% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise	Faible (6% et moins)	4	44,4%	3	27,3%	4	44,4%	11	37,9%
	Moyenne (entre 6,1% et 20%)	3	33,3%	3	27,3%	3	33,3%	9	31,0%
	Élevée (20,1% et plus)	2	22,2%	5	45,5%	2	22,2%	9	31,0%
Total		9	100,0%	11	100,0%	9	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0.22 n.s.s (non significatif)

Tableau 20
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents vivants seuls (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants seuls							
		Faible (33% et moins)		Moyenne (entre 33,1% et 42,9%)		Élevée (43% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle française	Faible (46% et moins)	5	55,6%	5	45,5%	1	11,1%	11	37,9%
	Moyenne (entre 46,1% et 69,8%)	1	11,1%	3	27,3%	3	33,3%	7	24,1%
	Élevée (69,9% et plus)	3	33,3%	3	27,3%	5	55,6%	11	37,9%
Total		9	100,0%	11	100,0%	9	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.38 n.s.s (non significatif)

Tableau 21
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents immigrants (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu							
		Faible (25% et moins)		Moyenne (entre 25,1% et 35%)		Élevée (35,1% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents immigrants	Faible (17,3% et moins)	3	33,3%	2	16,7%	2	25,0%	7	24,1%
	Moyenne (entre 17,4% et 29,5%)	4	44,4%	4	33,3%	4	50,0%	12	41,4%
	Élevée (29,6% et plus)	2	22,2%	6	50,0%	2	25,0%	10	34,5%
Total		9	100,0%	12	100,0%	8	100,0%	29	100,0%

Spearman R : 0.11 n.s.s (non significatif)

Tableau 22
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu							
		Faible (25% et moins)		Moyenne (entre 25,1% et 35%)		Élevée (35,1% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle anglaise	Faible (6% et moins)	3	33,3%	4	33,3%	4	50,0%	11	37,9%
	Moyenne (entre 6,1% et 20%)	1	11,1%	6	50,0%	2	25,0%	9	31,0%
	Élevée (20,1% et plus)	5	55,6%	2	16,7%	2	25,0%	9	31,0%
Total		9	100,0%	12	100,0%	8	100,0%	29	100,0%

Spearman R : -0,24 n.s.s.

Tableau 23
Districts de CLSC montréalais Québec selon la proportion de résidents de langue maternelle française (2001) et la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu (2001)

		Districts selon la proportion de résidents vivants sous le seuil du faible revenu							
		Faible (25% et moins)		Moyenne (entre 25,1% et 35%)		Élevée (35,1% et plus)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Districts selon la proportion de résidents de langue maternelle française	Faible (46% et moins)	3	33,3%	6	50,0%	2	25,0%	11	37,9%
	Moyenne (entre 46,1% et 69,8%)	3	33,3%	2	16,7%	2	25,0%	7	24,1%
	Élevée (69,9% et plus)	3	33,3%	4	33,3%	4	50,0%	11	37,9%
Total		9	100,0%	12	100,0%	8	100,0%	29	100,0%

Spearman R: 0,13 N.S.S

ANNEXE D

Tableau 24

Régression pour l'île de Montréal mettant en relation le taux de suicide par rapport à la proportion d'immigrants, de catholique romains, de personnes vivant seules et de personnes vivants sous le seuil du faible revenu.

		Coefficient non-standartisé		Coefficient standartisé	Test T	Degré de significatio n
Model		B	Degré d'erreur possible	Beta		
1	(Constant)	,167	,170		,985	,335
	IMM2001	-,210	,152	-,211	-1,377	,181
	SEUL2001	,601	,142	,604	4,239	,000
	FREV2001	,002	,008	,041	,292	,773
	CATH2001	,177	,152	,178	1,167	,255

a Variable dépendante: SUIC03

Tableau 25

Régression pour la province de Québec mettant en relation le taux de suicide par rapport à la proportion d'immigrants, de personnes vivant seules, de personnes vivants sous le seuil du faible revenu et le fait de vivre à Montréal.

		Coefficient non-standartisé		Coefficient standartisé	Test T	Degré de significatio n
Model		B	Degré d'erreur possible	Beta		
1	(Constant)	,813	,109		7,421	,000
	IMMI	-,181	,201	-,181	-,901	,373
	SEUL	,328	,237	,328	1,382	,175
	FREV	,177	,268	,176	,660	,513
	MTL	-,733	,283	-,698	-2,594	,013

a Variable dependante: SUICIDE

Bibliographie

ANGERS, Maurice

1996 *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Anjou, CEC

BECK, Ulrich

2001 *La société du risque : Sur la voie d'une autre modernité*, Aubier, Paris

BILAN DU SIÈCLE

2004 *Élection des Libéraux de Jean Lesage à l'Assemblée législative du Québec*, Version 2,5, Juin 1960, Sherbrooke [<http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/1353.html>]

BOUDON, Raymond et LAZARFELD, Paul

1996 *L'analyse empirique de la causalité*, Paris, Mouton & Co, The Hague and Maison des Sciences de l'Homme

CARDIN, Jean-François, BÉDARD, Raymond et FORTIN, René

1994 *Le Québec : Héritages et projets*, 2^{ème} édition, Canada, HRW

CARON-MALENFANT, Eric

2001 *Causes et sens des suicides : une problématique sociologiques* (mémoire), Québec, Université Laval

CARON-MALENFANT, Eric

2004 « *Le suicide chez les immigrants au Canada* », rapport de la santé. 15, n° 2, mars 2004

CHARRON, Marie-France

1983 *Le suicide au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec

CLAIN, Olivier

2001 « *Suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme* », Dans Les Solutions sociales de l'inconscient, Markos Zafiroopoulos et Paul-Laurent Assoun (dir.), Paris, Anthropos

COUTURE POULIN Jean-François, LABBÉ Christian et VOYER Lyne

2004 *La hausse du taux de suicide et l'effritement des institutions catholiques au Québec*, Laboratoire de recherche de sociologie, Québec, Université Laval

DAGENAIS, Daniel

2000 *Fin de la famille moderne, signification des transformations modernes de la famille*, Québec, Les Presses De L'Université Laval

DURKHEIM, Émile

1897 *Le suicide : étude de sociologie*, Paris, Félix Alcan Éditeur

ENCYCLOPÉDIE AGORA

2004 [www.agora.qc.ca]

FRENETTE, Yves

1998 *Brève histoire des Canadiens français*, Québec, Boréal

GAGNÉ, Gilles

1996 *Tradition et modernité au Québec : d'un quiproquo à l'autre*», dans ELBAZ, FORTIN et LAFOREST, *Les frontières de l'identité*, Ste-Foy, Les presses de l'Université Laval

HALBWACHS, Maurice

1930 *Les causes du suicide*, Paris, Librairie Félix Alcan

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DE QUÉBEC

2004 [<http://www.stat.gouv.qc.ca/>]

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC

2004 [<http://www.inspq.qc.ca/>]

KISS, Adam

1999 *Suicide et culture*, Paris, l'Harmattan

MICROBIOLOGY LEICESTER,

2004 *Corrélation de Rang* [<http://www-micro.msb.le.ac.uk/1010/DH3.html>]

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2004 *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1997-1999*, version en ligne
[<http://www.who.int/fr/>]

SANTÉ CANADA

1994 *Le suicide au Canada : mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Canada, Santé Canada

SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL

2004 [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Les29/index.html>]

SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC,

2002 [<http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=burecoro>]

SIMARD, Jean-Jaques

1999 *Ce siècle où le Québec est venu au monde*, dans CÔTÉ, Roch (dir.), Québec 2000, Montréal, Fides et Le Devoir, 1999

STATISTIQUE CANADA

2004 [<http://www.statcan.ca/francais>]

ST-LAURENT Danielle et BOUCHARD Clairemont

2004 *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*
[<http://www.inspq.qc.ca/publications/defaultlien.asp?E=p&submit=1&NumPublication=281>]

THE DAILY

2004 *Suicide In Canada's immigrant population.url*, lundi, 29 mars 2004
[<http://www.statcan.ca/daily/english/040329/d040329a.htm>]

TROVATO, Franck

1996 « *Immigrant Suicide in Canada* », dans *Suicide in Canada*, LEENAARS, Antoon A. et al. Toronto, University of Toronto press

TROVATO, Franck et KRULL, Catherine

1994 *The quiet revolution and the sex differential in Quebec's* su Social Forces Chapel Hill: Jun 1994, Vol.72, Iss.4, p.1121, (27pp.)

TROVATO, Franck

1998 *Nativity, marital status and mortality in Canada*, The Canadian Review of sociologie and Antropology, Social Science Module, Alberta

TOUSIGNANT, Michel

1994 « *Le suicide et les comportements suicidaires* », dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois, Yves Martin, Québec : Institut québécois de recherche sur la culture

TURMEL, ANDRÉ

2004 Entrevue réalisée le 12 janvier 2004, Université Laval, Québec