

Le suicide au Québec, 1951-1986 : comparaison avec le Canada
THE EVOLUTION OF SUICIDE IN QUEBEC AND CANADA
BETWEEN 1951 AND 1986
EL SUICIDIO EN QUÉBEC, 1951-1986 : COMPARACIÓN CON EL
CANADA

Louise Fortier, Kathryn Wilkins, Yang Mao and Donald T. Wigle

Volume 18, Number 2, Fall 1989

Sous-dénombrement et estimation de population

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010023ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010023ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

This paper analyses the evolution of suicide in Quebec and in Canada between 1951 and 1986. In recent years, the comparative rate of suicide of Quebec has exceeded the Canadian rate. Quebec's rate has particularly increased among young adults. A correlation analysis between suicide rate and some social indicators (unemployment, divorce rate, fertility rate, mortality due to cirrhosis) has also been performed.

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Fortier, L., Wilkins, K., Mao, Y. & Wigle, D. T. (1989). Le suicide au Québec, 1951-1986 : comparaison avec le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 18(2), 393–404. <https://doi.org/10.7202/010023ar>

Le suicide au Québec, 1951-1986 : comparaison avec le Canada

Louise FORTIER, Kathryn WILKINS,
Yang MAO et Donald T. WIGLE*

Le Québec s'est récemment hissé au premier rang des provinces canadiennes pour la mortalité due au suicide, tant chez les hommes que chez les femmes. En 1978 il se classait quatrième pour le taux de suicide (Charron, 1983), et en 1980 le taux de mortalité attribuable au suicide dans les comtés du Québec apparaissait comme normal ou faible comparativement à la moyenne nationale (Santé et Bien-être social Canada, 1980). Mais au cours des dernières années l'augmentation des taux de mortalité due au suicide a été de 50 % plus forte au Québec que dans les autres provinces et, petit à petit, le Québec a dépassé la moyenne nationale.

Dans cet article, nous présentons une comparaison Québec-Canada pour la période 1951-1986, en utilisant des taux comparatifs. Nous examinerons également différents facteurs susceptibles d'expliquer l'écart de croissance du taux de suicide.

MÉTHODE

Les statistiques sur la mortalité proviennent de la Banque nationale de données sur la mortalité qu'administre la Division de la santé de Statistique Canada.

Nous avons calculé les taux comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe pour le Canada et le Québec de 1951 à 1986 en utilisant la structure par âge de la population canadienne de

* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

1971 comme norme. Les espérances de vie ont été établies à partir de tables de mortalité abrégées. Quant aux années potentielles de vie perdues, nous les avons calculées pour l'année 1986 en cumulant, pour chaque personne, la différence entre l'âge au décès et l'âge de 75 ans, qui correspond plus ou moins à l'espérance de vie de la population québécoise à la naissance. L'indice de surmortalité masculine a été calculé par groupe d'âge. Nous avons étudié les variations géographiques en comparant chaque division du recensement à l'ensemble de la province à l'aide d'un test « t ».

Des indicateurs de changements sociaux et d'instabilité susceptibles d'être associés au suicide ont été sélectionnés. Les taux annuels de chômage et de divortialité par sexe et les indices synthétiques de fécondité proviennent de Statistique Canada. Le taux de mortalité due à la cirrhose du foie a été utilisé comme indicateur substitut (« proxy ») à la consommation d'alcool. Les coefficients de corrélation de Pearson (R) ont servi à établir le lien entre les indicateurs sociaux et les taux de suicide.

RÉSULTATS

Les taux comparatifs de suicide sont montés en flèche au Québec entre 1951 et 1986, surtout chez les hommes, pour qui la hausse dépasse 260 %; pour les femmes, elle atteint 120 % (voir le tableau 1). L'augmentation la plus alarmante frappe les hommes de 15 à 34 ans (figure 1). En 1986, le suicide se classait au premier rang des causes de décès dans ce groupe, dont le taux de mortalité par suicide croît de façon quasi linéaire depuis le début des années soixante. Il était en effet d'environ 36 pour 100 000 en 1986, soit neuf fois plus élevé qu'en 1951. Chez les hommes de plus de 35 ans, l'augmentation a été moins rapide et il semble y avoir stabilisation depuis 1975.

Chez les femmes québécoises, la situation, quoique sérieuse, prend des proportions moins dramatiques. Pour elles comme pour les hommes, on observe l'augmentation la plus marquée dans le groupe des 15-34 ans, dont le taux de mortalité par suicide est 3,6 fois plus élevé en 1986 qu'en 1951 (figure 2). Cependant, on remarque une stabilisation du taux depuis dix ans. Malgré ce changement important chez les 15-34 ans, les femmes âgées de 35 à 64 ans continuent de connaître, et ce depuis plus de 30 ans, le taux de suicide le plus élevé. En 1986, elles étaient 1,7 fois plus susceptibles de recourir au suicide que leurs cadettes.

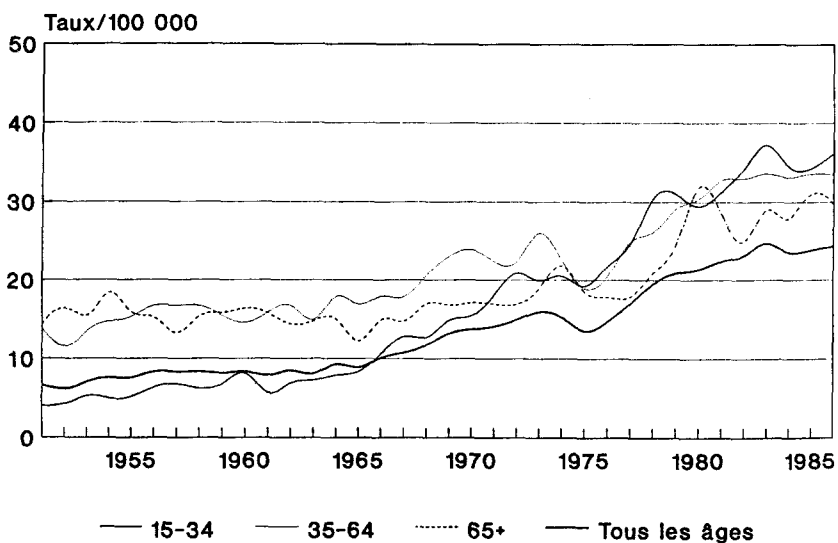
TABLEAU 1
*Taux comparatifs de mortalité par suicide (pour 100 000)
selon le sexe, Québec et Canada, 1951-1986 ^a*

	Québec			Canada		
	Taux hommes	Taux femmes	Indice de surmortalité masculine	Taux hommes	Taux femmes	Indice de surmortalité masculine
1951	6,6	3,1	2,2	11,1	3,6	3,1
1952	5,6	1,8	3,2	11,1	3,4	3,4
1953	7,2	2,5	2,9	10,9	3,2	3,4
1954	7,7	2,8	2,8	10,9	3,5	3,1
1955	7,3	2,3	3,2	10,6	3,4	3,1
1956	8,6	2,8	3,1	11,7	3,5	3,3
1957	8,2	3,5	2,3	11,6	3,2	3,6
1958	8,5	2,5	3,4	11,8	3,0	3,9
1959	8,0	1,3	6,1	11,2	2,9	3,9
1960	8,6	2,4	3,7	12,0	3,0	4,0
1961	7,4	2,7	2,7	11,9	3,0	4,0
1962	8,9	2,1	4,4	11,2	3,1	3,6
1963	7,4	3,0	2,4	11,3	3,8	3,0
1964	10,0	2,7	3,6	12,3	4,1	3,0
1965	8,2	3,9	2,1	12,9	4,5	2,9
1966	10,4	3,3	3,1	12,7	4,3	3,0
1967	10,6	3,5	3,0	13,2	4,8	2,8
1968	11,5	3,9	3,0	14,2	5,2	2,7
1969	13,4	5,2	2,6	15,6	6,2	2,5
1970	13,7	4,6	3,0	16,2	6,4	2,5
1971	14,0	4,6	3,0	17,3	6,4	2,7
1972	14,8	4,9	3,1	17,4	6,9	2,5
1973	16,2	6,2	2,6	18,0	7,1	2,5
1974	15,6	4,7	3,3	18,8	7,1	2,6
1975	12,7	5,1	2,5	17,9	6,8	2,6
1976	14,6	4,9	3,0	18,3	7,2	2,5
1977	16,9	5,9	2,9	21,2	7,3	2,9
1978	19,7	6,1	3,2	22,3	7,3	3,1
1979	21,1	7,2	2,9	21,4	7,0	3,1
1980	21,1	6,1	3,5	21,2	6,8	3,1
1981	22,7	6,9	3,3	21,3	6,8	3,1
1982	22,6	6,9	3,3	22,3	6,4	3,5
1983	25,8	7,5	3,4	23,4	6,9	3,4
1984	22,6	5,5	4,1	21,4	6,1	3,5
1985	24,0	6,4	3,8	20,5	5,4	3,8
1986	24,3	6,8	3,6	20,4	5,6	3,6

Source : données du Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé et Bien-être social Canada.

a On effectue la standardisation en appliquant les taux par groupe d'âge à une population de référence, en l'occurrence la population du Canada en 1971.

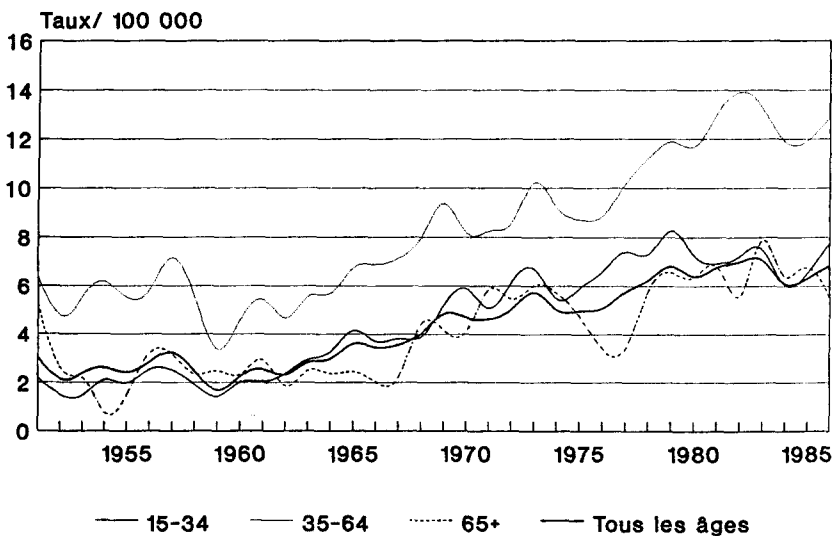
Depuis le milieu des années 1970, contrairement à ce qui se passe chez les femmes, la probabilité qu'un homme se suicide diminue avec l'âge. Ce comportement diffère de celui des années 1950; les hommes âgés de 65 ans et plus mouraient alors par suicide à une fréquence quatre fois plus élevée que les plus jeunes (âgés de 15 à 34 ans).



Normalisés selon l'âge

Figure 1

TAUX DE SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, HOMMES, QUÉBEC, 1951-1986



Normalisés selon l'âge

Figure 2

TAUX DE SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, FEMMES, QUÉBEC, 1951-1986

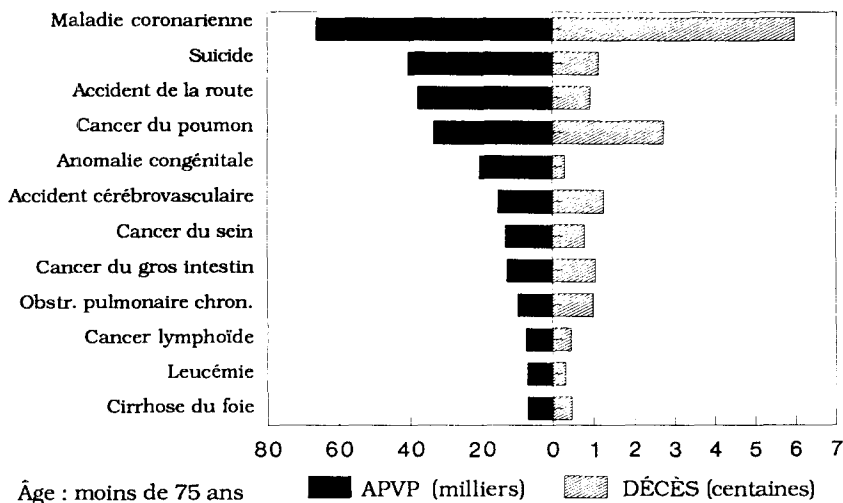


Figure 3

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES (APVP), QUÉBEC, 1986

L'indice de surmortalité masculine ne cesse d'augmenter au Québec. Les hommes, qui avaient un taux de suicide deux fois plus élevé que les femmes en 1951, se suicidaient quatre fois plus qu'elles en 1984 (tableau 1).

En 1986, le suicide constituait la deuxième cause de décès prématuré au Québec. Il était en effet responsable de plus de 40 000 années de vie perdues chez les personnes de moins de 75 ans (figure 3).

Au plan géographique, les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de Québec et de la Mauricie ont connu des taux comparatifs de mortalité par suicide significativement plus élevés que l'ensemble de la province.

FACTEURS EXPLICATIFS

Nous avons examiné divers facteurs sociaux reconnus pour leur association possible avec le taux de suicide, notamment le taux de chômage, le taux de divortialité, l'indice synthétique de fécondité et le taux de mortalité due à la cirrhose du foie (tableau 2).

Le taux de chômage du Québec a dépassé celui du Canada de 30 % au cours de la période 1960 à 1980. Récemment, l'écart

TABLEAU 2
Évolution de certains indicateurs sociaux au Québec, 1951-1986

	Chômage (%)	Indice de fécondité	Taux de divortialité (pour 100 000)	Taux de mortalité due à la cirrhose du foie (pour 100 000)	
				Hommes	Femmes
1951	2,9	3,8	7,1	7,5	4,7
1952	3,7	3,9	7,4	8,0	4,1
1953	3,8	3,9	6,4	7,8	4,4
1954	5,9	3,9	8,4	7,8	3,9
1955	6,2	3,9	8,8	9,3	3,8
1956	5,0	3,9	7,6	10,1	4,0
1957	6,0	4,0	10,9	11,6	5,0
1958	8,8	3,9	6,3	11,0	4,0
1959	7,8	3,9	7,0	11,2	5,0
1960	9,1	3,8	9,4	11,8	5,2
1961	9,2	3,7	6,6	11,1	4,4
1962	7,5	3,6	n.a.	10,4	4,7
1963	7,5	3,5	9,0	9,5	5,4
1964	6,4	3,3	14,9	11,6	5,0
1965	5,4	3,0	4,0	10,6	4,2
1966	4,7	2,7	17,1	12,3	5,6
1967	5,3	2,4	12,4	12,6	6,3
1968	6,5	2,2	10,2	13,4	5,0
1969	6,9	2,1	49,2 ^a	11,9	6,0
1970	7,9	2,0	80,9	13,5	5,1
1971	8,2	1,9	86,3	14,3	6,0
1972	8,3	1,7	106,2	15,9	5,7
1973	7,4	1,7	133,0	18,7	6,9
1974	7,3	1,7	200,1	18,3	6,4
1975	8,8	1,8	227,8	18,9	7,2
1976	8,7	1,8	243,6	19,6	6,2
1977	10,3	1,8	230,8	19,4	5,8
1978	10,9	1,7	236,6	18,6	6,4
1979	9,6	1,8	228,8	15,1	5,6
1980	9,8	1,7	220,2	14,8	5,5
1981	10,3	1,6	298,1	16,1	5,1
1982	13,8	1,5	286,6	11,6	5,1
1983	13,9	1,5	266,3	12,5	4,4
1984	12,8	1,5	257,1	11,7	4,5
1985	11,8	1,4	240,3	12,3	4,3
1986	11,0	—	—	11,2	3,7

Sources : 1951-1975 : *Statistiques historiques du Canada*, deuxième édition, 1983, p. D484-497. 1976-1978 : *Annuaire du Canada, 1980-1981*, p. 295. 1979-1980 : *Annuaire du Canada, 1985*, p. 181. 1981-1986 : *Annuaire du Canada, 1988*, p. 5-24.

a. La loi sur le divorce est entrée en vigueur le 2 juillet 1968.

s'est réduit à 10 %, suite à l'augmentation plus rapide (50 %) des taux au Canada qu'au Québec.

Le taux de divortialité a augmenté de façon saisissante (15 fois) au Québec de 1965 à 1985. En raison de cette croissance trois fois plus rapide que celle du taux canadien, il a rejoint ce dernier au début des années 1980.

L'indice synthétique de fécondité du Québec a chuté de 61 % entre 1951 et 1986 et celui de l'ensemble du Canada de 54 %.

TABLEAU 3
Coefficients de corrélation entre quelques indicateurs sociaux de suicide, 1960-1985

	Suicide		Fécon- dité	Divor- tialité	Chô- mage	Décès cirrhose	
	H	F				H	F
Suicide : hommes	1,00						
Suicide : femmes	0,92	1,00					
Fécondité	-0,83	-0,88	1,00				
Divortialité	-0,89	0,87	-0,82	1,00			
Chômage	0,80	0,67	-0,50	0,78	1,00		
Décès dus à la cirrhose du foie : hommes	0,31	0,46	-0,66	0,56	0,09	1,00	
Décès dus à la cirrhose du foie : femmes	-0,07	0,13	-0,31	0,15	-0,27	0,73	1,00

L'indice de fécondité du Québec demeure inférieur à celui du Canada depuis près de 30 ans.

La mortalité due à la cirrhose du foie a augmenté plus rapidement au Canada qu'au Québec au cours des 30 dernières années, soit deux fois plus chez les hommes et cinq fois plus chez les femmes. Les taux demeurent cependant légèrement plus élevés au Québec qu'au Canada.

Le tableau 3 présente les coefficients de corrélation « Pearson » calculés entre chacun des facteurs considérés et le taux de suicide. Il importe de souligner qu'à cause de la nature écologique des données et de la façon dont elles sont groupées au niveau provincial, la relation statistique entre les variables en termes de coefficients de corrélation doit être interprétée avec circonspection. Il faut user de prudence lorsqu'il s'agit de fonder sur des risques collectifs des conclusions concernant les risques individuels. En effet, certains facteurs qui influencent le risque individuel peuvent ne pas avoir été considérés. Néanmoins, nous avons pu constater une relation très forte entre les taux de suicide d'une part et les taux de fécondité, de divortialité et de chômage d'autre part. Toutefois, la relation entre le suicide et la mortalité due à la cirrhose du foie était très faible.

ANALYSE

L'indice de surmortalité masculine par suicide a atteint son niveau le plus élevé vers 1960. Ce maximum s'expliquait en

grande partie par la diminution sensible des taux de suicide chez les femmes à cette époque, alors que ceux des hommes demeuraient stables. Le pourquoi de cette diminution chez les femmes demeure sans réponse (McIntosh et Jewell, 1986). Depuis le milieu des années 1960, l'indice augmente de façon plutôt lente, cette fois à cause de la hausse plus rapide des taux de suicide masculins. Ce résultat contredit la théorie qui veut que l'augmentation de la participation au marché du travail et le changement de rôle qui s'ensuit aient donné lieu à une intensification du stress et du taux de suicide chez les femmes.

Selon Trovato (1986), les hommes âgés de 15 à 34 ans sont très sensibles aux changements associés à leur situation financière et à la mobilité résidentielle, et ils ont par conséquent des taux de suicide supérieurs à ceux des femmes du même groupe d'âge. Nous observons effectivement un indice de surmortalité masculine beaucoup plus élevé pour ce groupe d'âge (15-34) que pour les autres.

Les circonstances qui entourent les variations du taux de suicide ont été étudiées avec beaucoup d'attention (Monk, 1987). Cormier et Klerman (1985), face à la hausse de 76 % qu'ils observent au Québec de 1970 à 1980, expriment l'avis que les changements sociaux liés à la Révolution tranquille ont pu perturber l'intégration sociale et contribuer ainsi à la croissance du taux de suicide.

Eu égard à la relation entre le taux de suicide et le taux de chômage, les résultats de recherche sont souvent contradictoires. Des travaux récents tendent cependant à montrer que le taux de chômage est plus élevé chez les suicidés que dans le reste de la population (Platt, 1984). En 1981, Brenner et Mooney ont calculé qu'à chaque augmentation de 1 % du taux de chômage correspondait une augmentation de 4 % à 5 % des taux d'homicide et de suicide. Pour notre part, nous estimons qu'au cours des années 1951 à 1986 le Québec a subi une hausse de 30 % de son taux de chômage et de 250 % de son taux de suicide, soit un rapport de 1 à 8 des pourcentages d'accroissement des deux taux. Le taux de chômage est donc beaucoup plus élevé au Québec qu'au Canada, et ce dès le début de la période étudiée; cela pourrait expliquer que le taux de suicide soit plus élevé au Québec que dans l'ensemble du Canada. S'il existe réellement une association entre les taux de suicide et les taux de chômage, on devrait observer sous peu une croissance plus lente du taux de suicide au Québec que dans l'ensemble du Canada.

De nombreuses études faites au Canada et aux États-Unis ont montré que le taux de suicide varie en raison directe du taux de divortialité (Stack, 1982; Wasserman, 1984; Trovato, 1986). Nous avons nous-mêmes observé que l'évolution du taux de suicide au Canada (et au Québec) suivait celle du taux de divortialité. Il est donc plausible, voire probable, que l'augmentation du taux de divortialité, du fait qu'elle a été trois fois plus rapide au Québec que dans l'ensemble du Canada, ait contribué de façon significative à la hausse marquée du taux de suicide au Québec au cours des dernières décennies.

La taille (le nombre de personnes) de la famille est également associée, inversement, au suicide (Brown, 1980; Sakinofsky et Roberts, 1985). Or, le Québec et le Canada ont connu à la fois, au cours des trente dernières années, une baisse de fécondité et un accroissement des taux de suicide.

L'alcoolisme, enfin, est associé à un risque élevé de suicide (Pokorny et Kaplan, 1976; Evenson et al., 1982). Jusqu'à 20 % des suicidés sont alcooliques et jusqu'à 18 % des alcooliques se suicident. Maris (1981) fait état d'un taux d'alcoolisme variant entre 8 % et 12 % chez les suicidés; c'est le double du taux enregistré dans la population totale (6 %). Dans notre étude, le taux de mortalité par cirrhose du foie a été utilisé comme indicateur substitut (« proxy ») au taux d'alcoolisme. Comme les taux de mortalité sont légèrement supérieurs au Québec et les taux de mortalité par cirrhose du foie en hausse beaucoup plus rapide au Canada, ils ne nous permettent pas d'expliquer pourquoi le taux de suicide s'élève plus vite au Québec que dans le reste du Canada.

Cormier et Klerman (1985) ont émis l'idée que le changement d'attitude des Québécois face au suicide depuis 1950 pourrait avoir abaissé le degré de sous-déclaration du suicide. Cette évolution expliquerait une partie de l'augmentation du taux de suicide. Des modifications de la classification des décès dus au suicide au cours des dernières années pourraient avoir le même effet. Labovitz signale aussi qu'il n'est pas toujours facile de distinguer entre homicides et suicides. Selon Seager et Flood (1965), jusqu'à 50 % des décès par accident peuvent être considérés comme des suicides.

En ce qui a trait à la variation du taux de suicide à l'intérieur même de la province de Québec, deux faits importants sont à souligner. Premièrement, les deux prisons pour femmes du Québec se trouvent dans deux des cinq régions québécoises où les taux de suicide féminins sont significativement élevés.

L'isolement, le stress et autres facteurs associés à la vie derrière les barreaux contribuent sûrement à cette situation.

Deuxièmement, à l'exception du Nouveau-Québec et d'une partie de la Gaspésie, toutes les régions du Québec qui comprennent des réserves indiennes sont reconnues pour avoir un taux de suicide significativement élevé. Les Indiens se suicident trois fois plus que le reste de la population; cela hausserait le taux de suicide des régions concernées. Cependant, ce phénomène ne suffit pas à expliquer que le taux de suicide soit plus élevé au Québec que dans les autres provinces. La proportion d'Indiens est même moins forte au Québec que dans les autres provinces.

Les recherches à venir devraient non seulement porter sur les phénomènes sociaux liés à l'augmentation du risque de suicide dans notre société, mais aussi permettre de cerner l'effet des facteurs psychologiques et sociaux sur le risque individuel. Le nombre élevé de décès prématurés dus au suicide au Québec démontre l'importance de ce problème chez les plus jeunes et la nécessité d'un programme de prévention du suicide qui viserait surtout les jeunes hommes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRENNER, M. et A. MOONEY, 1981. « Unemployment and Health in the Context of Economic Change ». *Social Science and Medicine*, 17, 16, 1125-1138.
- BROWN, J.H., 1980. *Aetiology. Working Paper for the National Task Force on Suicide in Canada.*
- CHARRON, M.-F., 1983. *Le Suicide au Québec.* Ministère des Affaires sociales, Service des études épidémiologiques.
- CORMIER, H.J. et G.L. KLERMAN, 1985. « Unemployment and Male-Female Labor Force Participation as Determinants of Changing Suicide Rates of Males and Females in Quebec ». *Social Psychiatry*, 20, 109-114.
- EVENSON, R. et alii, 1982. « Suicide Rates Among Public Mental Health Patients ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 254-264.
- LABOVITZ, S. et M.B. BRINKERHOFF, 1977. « Structural Change and Suicide in Canada ». *International Journal of Comparative Sociology*, 18, 254-267.
- MARIS, R., 1981. *Pathways to Suicide: A Survey of Self-Destructive Behaviours.* Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- McINTOSH, J.L. et B.L. JEWELL, 1986. « Sex Difference Trends in Completed Suicide ». *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 16, 1, 16-27.

- MONK, M., 1987. « Epidemiology of Suicide ». *Epidemiological Reviews*, 9, 51-69.
- PLATT, S., 1984. « Unemployment and Suicidal Behaviour: A Review of the Literature ». *Social Science and Medicine*, 19, 93-115.
- POKORNY, A. et H. KAPLAN, 1976. « Suicide Following Psychiatric Hospitalization ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 119-125.
- SAKINOFSKY, I. et R. ROBERTS, 1985. *The Correlates of Suicide in Canada, 1979-1981*. Communication présentée au Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Dallas.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et STATISTIQUE CANADA, 1980. *Répartition géographique de la mortalité au Canada*. Vol. II. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- SEAGER, C.P. et R.A. FLOOD, 1965. « Suicide in Bristol ». *British Journal of Psychiatry*, 111, 912-932.
- STACK, S., 1982. « Suicide: A Decade Review of the Sociological Literature ». *Deviant Behavior*, 4, 41-932.
- TROVATO, F., 1986. « The Relationship Between Marital Dissolution and Suicide: The Canadian Case ». *Journal of Marriage and the Family*, 48, 341-348.
- WASSERMAN, I.M., 1984. « A Longitudinal Analysis of the Linkage Between Suicide, Unemployment, and Marital Dissolution ». *Journal of Marriage and the Family*, 46, 853-859.

RÉSUMÉ - SUMMARY - RESUMEN

**FORTIER Louise, Kathryn WILKINS, Yang MAO et Donald T. WIGLE —
LE SUICIDE AU QUÉBEC, 1951-1986 : COMPARAISON AVEC LE
CANADA**

Ce texte porte sur l'évolution du suicide au Québec et dans l'ensemble du Canada de 1951 à 1986. Au cours des dernières années, les taux comparatifs de suicide du Québec ont surpassé ceux du Canada. L'augmentation la plus marquante a été observée chez les jeunes adultes. Certains indicateurs sociaux, notamment le pourcentage de chômeurs et les taux de divorcialité, de fécondité et de mortalité due à la cirrhose du foie, sont mis en relation avec le taux comparatif de suicide.

**FORTIER Louise, Kathryn WILKINS, Yang MAO and Donald T. WIGLE
— THE EVOLUTION OF SUICIDE IN QUEBEC AND CANADA
BETWEEN 1951 AND 1986**

This paper analyses the evolution of suicide in Quebec and in Canada between 1951 and 1986. In recent years, the comparative rate of suicide of Quebec has exceeded the Canadian rate. Quebec's rate has particularly increased among young adults. A correlation analysis between suicide rate and some social indicators (unemployment, divorce rate, fertility rate, mortality due to cirrhosis) has also been performed.

**FORTIER Louise, WILKINS Kathryn, MAO Yang y WIGLE Donald T. —
EL SUICIDIO EN QUÉBEC, 1951-1986: COMPARACIÓN CON EL
CANADÁ.**

Este texto trata de la evolución del suicidio en Québec y en todo el Canadá de 1951 a 1986. En el curso de los últimos años las tasas comparativas del suicidio en Québec han superado las de Canadá. La aumentación la más notable ha sido observada entre los jóvenes adultos. Algunos indicadores sociales, particularmente el porcentaje de los desocupados y las tasas de divorcio, de fecundidad y de mortalidad debido a la cirrosis del hígado, están relacionados con la tasa comparativa del suicidio.