

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

CONSTANT E (1), HÉDO P (2)

RÉSUMÉ : Le suicide est un problème de santé publique qui touche les personnes tout au long de leur vie : de l'enfance à l'adolescence, et de l'âge adulte aux personnes âgées. De nombreux facteurs de risque de suicide ont été identifiés non seulement au niveau de l'individu, mais également au niveau de la famille, de la communauté et de la société. Parmi ceux-ci, citons l'existence d'une pathologie mentale, en particulier la dépression et les abus de substances. Au niveau clinique, il importe d'essayer de repérer les signes de suicide imminent et de mettre en place une stratégie adéquate. Mais il existe également des facteurs de protection contre le suicide au niveau individuel, sociétal, ou culturel. Nombreuses sont les stratégies de prévention du suicide. Cela va de la sensibilisation de la population générale à la problématique du suicide et la désigmatisation des pathologies mentales, à des mesures plus ciblées pour le public à risque de suicide : traiter activement la dépression, former les professionnels de la santé à identifier les individus à risque, développer des lignes téléphoniques d'urgence, mettre en place des programmes de «pair-aidance» et développer des programmes de suivi post-hospitalisation.

MOTS-CLÉS : *Suicide - Dépression - Prévention - Facteurs de risque - Facteurs de protection*

SUICIDE PREVENTION

SUMMARY : Suicide is a public health problem that affects people throughout their lives: from childhood to adolescence, and from adulthood to old age. Numerous risk factors for suicide have been identified, not only at the level of the individual, but also at the level of the family, the community and society as a whole. These factors include the existence of a mental health problem, in particular depression and substance abuse. At the clinical level, it is important to try to spot the signs of impending suicide and organize an appropriate care strategy. But there are also protective factors against suicide at individual, societal and cultural levels. There are many strategies for preventing suicide. These approaches range from raising awareness of the problem of suicide among the general population and destigmatizing mental illnesses, to more targeted measures for people at risk of suicide: actively treating depression, training healthcare professionals to identify individuals at risk, developing telephone helplines, setting up peer-help programs and developing post-hospitalisation follow-up programs.

KEYWORDS : *Suicide - Depression - Prevention - Risk factors - Protective factors*

INTRODUCTION

Le suicide représente un défi majeur pour la santé publique du monde entier. Aux États-Unis, le suicide figure parmi les 12 principales causes de décès depuis 1975. En 2009, le nombre de décès par suicide a franchi une étape malheureuse et a dépassé le nombre de décès dus aux accidents de la route (1). Des estimations non officielles suggèrent que pour chaque suicide, il y a 4 tentatives chez les personnes âgées, 25 tentatives chez les adultes et de 100 à 200 tentatives chez les jeunes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est la 15^{ème} cause de décès dans le monde, tous âges confondus. Les suicides, les tentatives et les idées de suicide ont un impact émotionnel, physique et économique considérable sur les individus, les familles et les communautés, y compris notre système de soins de santé, les écoles et les hôpitaux.

Les hommes représentent généralement 80 % de tous les suicides. Cependant, les femmes sont plus nombreuses que les hommes

à tenter de se suicider, dans une proportion d'environ 3:2. Les armes à feu sont à l'origine de la moitié des suicides aux États-Unis. Les hommes utilisent des armes à feu dans plus de la moitié des cas (56 %), suivis par la suffocation (26 %) et l'empoisonnement (y compris avec médicaments) (11 %). Les femmes sont plus susceptibles de mourir d'empoisonnement (37 %), suivies par les armes à feu (31 %) et la suffocation (23 %).

LES FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE

Le suicide et le comportement suicidaire sont des problèmes complexes qui ne sont pas causés par un seul facteur mais plutôt influencés par de multiples facteurs agissant à de nombreux niveaux - individu, famille, communauté et société - au fil du temps (**Tableau I**).

Parmi les facteurs de risque, notons : la présence d'un trouble mental tel que des troubles de l'humeur, abus de substances, troubles de la personnalité, antécédents de tentatives de suicide; les troubles physiques (par exemple, générant de la douleur chronique ou de l'incapacité fonctionnelle) et socio-économiques (par exemple, le niveau de pauvreté et le chômage) (2); les problèmes familiaux tels que la maltraitance des enfants; les problèmes relationnels tels que l'intimidation, les problèmes entre partenaires intimes et l'isolement social; et les

(1) Service de Psychiatrie Adulte, Clinique Notre-Dame des Anges, Liège, Belgique.

(2) Service de Psychiatrie Adulte, CHL, Grand-Duché de Luxembourg.

Tableau I. Facteurs généraux de risque de suicide

Troubles de la santé mentale : dépression, abus de substances
Événements indésirables graves survenus pendant l'enfance
Antécédents familiaux de suicide
Préjugés ou discrimination liés au fait d'être lesbienne, gay, bisexuel ou transsexuel
Accès à des moyens létaux
Antécédents d'intimidation
Troubles du sommeil
Conditions médicales chroniques
Chez les hommes, évaluer les facteurs socio-économiques, tels que les faibles revenus, la profession et le chômage.
Chez les personnes âgées, les facteurs de risque supplémentaires comprennent l'isolement social, le deuil du conjoint, les troubles dépressifs, la maladie physique et l'atteinte fonctionnelle.

problèmes sociétaux tels que l'accès facile aux moyens létaux et la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la recherche d'aide.

La population suivante a été identifiée comme présentant un risque particulier de suicide :

- personne présentant une fatigue constante;
- personnes âgées vivant seules;
- un environnement familial appauvri;
- personnes dont les parents biologiques du premier degré ont des antécédents de dépression;
- personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus;
- personnes souffrant de douleurs chroniques (comme les douleurs musculo-squelettiques ou les migraines).
- perte d'intérêt sexuel;
- dépression du post-partum;
- troubles du sommeil;
- isolement social et solitude;
- abus de substances (alcool, médicaments ou drogues illicites);
- changements soudains dans la vie (perte d'emploi, décès du conjoint ou divorce);
- graves difficultés financières.

CHEZ LES ENFANTS

Le suicide chez les enfants, en particulier avant la puberté, est un événement rare. Deux des facteurs de risque les plus courants, la dépression et l'exposition aux drogues et à l'alcool, n'apparaissent généralement pas avant l'adolescence. Les enfants suicidaires ont une plus grande tolérance à la douleur et ont un comportement plus agressif. Ils souffrent éga-

lement souvent de dépression et sont plus susceptibles d'être maltraités ou négligés que leurs pairs non suicidaires (3).

CHEZ LES ADOLESCENTS/JEUNES ADULTES

L'adolescence est une période de croissance caractérisée par des changements biologiques, psychologiques et sociaux. Elle s'accompagne souvent d'une prise de risque, d'une mise à l'épreuve et d'une recherche d'une plus grande indépendance. Les facteurs de risque de suicide pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte sont les suivants : l'existence d'une maladie mentale, tentatives de suicide antérieures, désespoir, antécédents familiaux de comportement suicidaire, divorce des parents, maltraitance dans l'enfance et l'adolescence, problèmes scolaires, faible capacité à résoudre les problèmes, accès facile à des moyens létaux, troubles du comportement chez les jeunes hommes, relations difficiles avec les parents, et la victimisation par les pairs (4).

CHEZ LES ADULTES

Les défis du milieu de l'âge adulte peuvent inclure des changements dans le mariage, des changements professionnels, le départ des enfants, la prise en charge d'un parent vieillissant et l'évolution de l'état de santé, comme l'apparition d'une maladie chronique (5, 6). Parmi les facteurs de risque, on peut citer les problèmes relationnels, les problèmes financiers et/ou professionnels, l'alcoolisme, la dépression, le manque de liens et les difficultés juridiques (7). Les taux de suicide chez les adultes en âge de travailler, âgés de 25 à 64 ans, ont eu ten-

dance à augmenter pendant les récessions et à diminuer pendant les périodes d'expansion économique. Les hommes sont moins susceptibles que les femmes de chercher de l'aide pour leur santé mentale, préférant plutôt régler les problèmes par eux-mêmes (8, 9). Cela peut inclure l'automédication par les drogues et l'alcool.

CHEZ LES ADULTES ÂGÉS

Les rôles sociaux et les réseaux changent, chez les personnes âgées, tout comme le fonctionnement physique (10). Chez les personnes âgées, la maladie physique, le deuil et la maladie mentale sont des facteurs de risque courants du suicide. Selon une analyse de la recherche, entre 71 % et 95 % des suicides de personnes âgées sont liés à un problème de santé mentale, plus particulièrement à la dépression (11).

Un autre facteur de risque important pour les personnes âgées est le manque de liens sociaux avec la famille, les amis et la communauté (12). En pratique, le fait qu'il y ait moins de personnes dans le réseau social d'une personne peut indiquer une plus faible probabilité d'intervention ou de sauvetage en cas de tentative (11). Les personnes âgées décédées par suicide sont plus susceptibles de vivre seules par rapport à leurs pairs dans la communauté (13).

STYLE DE VIE ET RISQUE DE SUICIDE

Les patients souffrant de troubles mentaux graves présentent des taux de mortalité plus élevés, des états de santé médiocres et un risque de suicide plus important que la population générale. Les comportements liés au mode de vie peuvent être modifiés par l'adoption d'interventions psychosociales spécifiques, et plusieurs approches ont été promues. Les facteurs associés à un bien-être optimal et à la satisfaction de la vie comprennent des comportements de vie prudents tels qu'une alimentation saine, un sommeil adéquat, une activité physique régulière, l'absence de tabac et la limitation de la consommation d'alcool (14). Plusieurs études ont révélé que les idées de suicide sont liées à la symptomatologie psychiatrique, au mode de vie et à une moindre satisfaction de la vie (15, 16).

L'abus d'alcool et de substances peut détériorer le bien-être psychologique et contribuer au risque de suicide (17). La consommation d'alcool juste avant le suicide est fréquente (18, 19), et on estime que 37 % des décès par suicide présentent des concentrations d'alcool dans le sang positives lors du dépistage toxicologique,

ce qui indique une consommation aiguë d'alcool avant le décès (20).

VARIATION SAISONNIÈRE DU SUICIDE

Les suicides ont tendance à varier selon les saisons, la majorité d'entre eux se produisant au printemps. Le mois de mai est particulièrement connu pour avoir le plus grand nombre de suicides. La croyance générale veut que le long hiver tempère l'humeur et qu'avec l'arrivée du printemps, certaines personnes déprimées qui le restent mettent fin à leurs jours. Malgré la croyance selon laquelle les fêtes de fin d'année sont une période fréquente de suicide, les données ne confirment pas cette idée. Les études montrent que les fêtes de fin d'année sont généralement associées au taux de suicide le plus bas.

QUELS SONT LES SIGNES D'UN SUICIDE IMMINENT ?

Dans une stratégie de prévention, il apparaît essentiel de dépister les signes d'un risque suicidaire. Au fil des ans, les experts ont dressé une liste de signes qui peuvent indiquer un suicide imminent :

- Parler constamment du suicide ou de la mort : les personnes qui prévoient de se suicider ont souvent un plan en tête et peuvent avoir pris des dispositions pour se suicider.
- Les personnes qui indiquent qu'elles risquent de ne plus être là très longtemps. Il peut s'agir de dire au revoir à la famille ou aux amis, d'organiser des funérailles, de rédiger un testament ou d'écrire une lettre de suicide. La lettre de suicide est souvent laissée dans un endroit ouvert et rarement cachée.
- Certaines personnes ont des antécédents familiaux de suicide. Le risque de suicide est le plus élevé à l'approche de l'anniversaire d'un tel décès ou parfois à l'âge auquel le membre de la famille s'est suicidé.
- Si la personne est connue pour posséder une arme, en particulier une arme à feu.
- La personne est-elle sous l'influence de l'alcool, de médicaments délivrés sur ordonnance ou d'autres drogues illicites qui modifient l'état d'esprit ?
- La personne abuse-t-elle de médicaments tels que des analgésiques ?
- La personne a-t-elle subi un événement négatif soudain dans sa vie, comme la perte d'un

emploi, un divorce ou le décès d'un membre de la famille ou d'un conjoint ?

- La personne vit-elle seule, isolée et sans soutien ? A-t-elle des amis ou des membres de sa famille ?

- La personne est-elle déprimée ? Est-elle hantée et dominée par le désespoir et l'impuissance ?

- La personne souffre-t-elle de paranoïa, de délires ou d'hallucinations lui demandant de mourir ?

LES FACTEURS DE PROTECTION CONTRE LE SUICIDE

Les facteurs de protection peuvent être caractérisés comme biopsychosociaux, environnementaux ou socioculturels.

FACTEURS BIOPSYCHOSOCIAUX

Les facteurs biopsychosociaux comprennent, par exemple, la génétique, la personnalité et le style d'adaptation, ainsi que les interactions ou les relations avec d'autres personnes telles que la famille et les amis. L'amélioration de la connectivité en tant qu'orientation stratégique pour la prévention du suicide a été documentée. La recherche suggère que le lien avec la famille est efficace pour réduire le risque de suicide chez les jeunes (21).

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs environnementaux peuvent inclure des politiques, des services ou des systèmes, ou se référer à des aspects physiques de l'environnement d'une personne. Par exemple, la réduction de l'accès aux moyens létaux (armes à feu, pesticides et médicaments) pour les populations vulnérables s'est avérée efficace pour réduire le nombre de victimes (22). Un accès facile à des soins cliniques de qualité pour la santé mentale, à la hauteur de la couverture de la santé physique, peut également réduire le nombre de suicides.

FACTEURS SOCIOCULTURELS

Les facteurs socioculturels peuvent inclure les normes sociales, la politique ou l'économie. Les recherches dans ce domaine ont montré que la religion, y compris la participation à des services religieux (23) et les sanctions religieuses contre le suicide sont protectrices.

Les questions suivantes peuvent identifier les facteurs de protection :

- La personne fait-elle partie d'un réseau social composé de membres de sa famille, d'amis ou de collègues ?

- La personne a-t-elle des projets à long terme ? Se réjouit-elle de son travail ?

- La personne a-t-elle des enfants et que pense-t-elle d'eux ?

- La personne a-t-elle un animal de compagnie ? Les animaux de compagnie sont souvent source de réconfort et d'amour inconditionnel.

- Un thérapeute est-il impliqué ?

- Un événement futur est-il prévu, comme la naissance d'un enfant, la remise d'un diplôme, une réception de mariage ou des vacances ?

- La personne est-elle croyante ? Dans de nombreux cas, les personnes qui ont la foi croient au caractère sacré de la vie.

- La personne a-t-elle des enfants qui dépendent d'elle ?

- La personne est-elle engagée dans une relation sentimentale ?

- La personne est-elle contre les armes à feu ou les armes dans la maison ?

- La personne appelle-t-elle les lignes téléphoniques d'urgence ?

- Suit-elle déjà un traitement pour la dépression ?

- A-t-elle quelqu'un à qui parler en cas de problème ?

LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

En 1996, les Nations Unies ont formulé des lignes directrices officielles pour les stratégies nationales de prévention du suicide qui encourageaient les gouvernements à adopter des approches globales en matière de prévention du suicide.

LES STRATÉGIES UNIVERSELLES

Les initiatives d'éducation du public sont un moyen populaire d'y parvenir. Elles cherchent généralement à sensibiliser la population au suicide et à ses facteurs de risque et de protection, à dissiper les mythes liés au suicide, à changer les attitudes et les normes sociales d'aide, à améliorer les connaissances en matière de santé mentale et à réduire la stigmatisation des maladies mentales. Cela peut se faire via des panneaux dans les transports publics, les annonces de service public à la télévision, à la radio ou sur Internet ainsi que les brochures et/ou autres supports traditionnels. La population cible peut être très générale ou plus ciblée -

par exemple, vers les prestataires de soins de santé. Ces campagnes ont permis d'améliorer les connaissances et les attitudes.

Les comptes rendus médiatiques sur le suicide peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le comportement. La contagion du suicide, c'est-à-dire le processus par lequel un suicide facilite la survenue d'un autre suicide, est un danger lié aux reportages des médias. Ce danger doit être évité en veillant à ne pas normaliser ou glorifier le suicide, à ne pas présenter le suicide comme une réaction courante au stress et à ne pas donner d'informations détaillées sur les moyens de se suicider.

Les programmes de sensibilisation en milieu scolaire constituent une stratégie de prévention courante. Ils cherchent généralement à accroître la connaissance des facteurs de risque de suicide et des signes avant-coureurs, de changer les attitudes sur la maladie mentale et d'enseigner des façons de répondre à un pair à risque.

Des études révèlent des taux de suicide réduits associés à un accès restreint aux armes à feu parmi les groupes à haut risque, à d'autres médicaments, à des gaz toxiques, à des pesticides et à des lieux élevés tels que les ponts.

LES STRATÉGIES SÉLECTIVES

Les interventions de dépistage visent à identifier les personnes présentant un risque de suicide, généralement par un processus en deux étapes : remplir un bref instrument d'évaluation des facteurs de risque, généralement la dépression, suivi d'un entretien clinique approfondi en face-à-face. Les programmes de dépistage se déroulent généralement dans les écoles, les cabinets médicaux ou les hôpitaux.

La formation «gardes-barrières» apprend aux individus à identifier et à réagir face aux personnes susceptibles de présenter un risque de suicide (24). Elle est fondée sur l'hypothèse que les personnes à risque montrent des signes, qu'elles ne chercheront pas à obtenir de l'aide et que le traitement sera recherché et efficace.

La formation des prestataires de soins de santé primaires est un sous-ensemble de la formation des «gardes-barrières» et est liée au dépistage. Elle enseigne aux médecins comment identifier et traiter les personnes à risque. Plus de 75 % des personnes qui se sont suicidées ont cherché à contacter un médecin de premier recours ou un prestataire de soins non psychiatriques dans le mois précédant leur décès. Des études internationales ont également révélé une augmentation des antidépres-

seurs après les programmes de formation des médecins et une réduction des suicides (25).

La prévalence annuelle des troubles dépressifs majeurs en Amérique du Nord est de 4,5 %. Cependant, ce chiffre est largement sous-estimé car de nombreuses personnes ne cherchent pas d'aide médicale. La dépression est un trouble médical grave associé à un risque élevé de suicide. Les données révèlent que plus de 90 % des personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur consultent un prestataire de soins de santé dans les 12 premiers mois de l'épisode, et qu'au moins 45 % des victimes de suicide ont eu un contact avec un prestataire de soins de santé primaires dans les 4 semaines précédant le suicide (26). La pierre angulaire du traitement de la suicidalité reste le traitement de la maladie psychiatrique sous-jacente, souvent des épisodes dépressifs majeurs.

Les personnes qui font une tentative de suicide courent un risque accru de récurrence, en particulier dans la période qui suit l'hospitalisation. Pour éviter cela, les programmes de suivi cherchent à aider les personnes à maintenir l'observance des médicaments, à respecter les rendez-vous de suivi et à apporter un soutien. Les interventions ont consisté en des communications écrites, des contacts téléphoniques ou des visites à domicile avec les patients après une hospitalisation. Les cartes postales envoyées aux patients pour leur faire part de l'inquiétude des soignants et leur demander des informations sur le suivi du traitement, ont permis de réduire la suicidalité. Le groupe qui a reçu des appels de suivi après un mois avait des taux de récurrence plus faibles de tentatives de suicide que le groupe contrôle qui n'a pas été contacté (27).

Les groupes de développement des compétences aident généralement à promouvoir la régulation des émotions, la capacité d'adaptation et la résolution des conflits. Ils utilisent souvent la thérapie cognitivo-comportementale et sont dirigés par des cliniciens qualifiés. Ces programmes peuvent se dérouler en ambulatoire, en hospitalisation ou en milieu scolaire.

Les lignes téléphoniques d'urgence sont l'une des plus anciennes interventions de prévention du suicide. Une diminution significative de la suicidalité au cours de l'entretien téléphonique, avec une diminution continue du désespoir et de la douleur psychologique au cours des semaines suivantes, a été rapportée.

Le fait qu'un ami ou une connaissance ait tenté de se suicider est associé, de manière significative, aux idées et au comportement suicidaires d'un pair. La «postvention» est le terme

utilisé pour décrire les interventions qui ont lieu en réponse à un suicide, généralement dans le but de prévenir d'autres suicides ou de contenir une série de suicides potentiels. La «postvention» peut se dérouler avec les membres d'une famille ou d'une communauté, comme une ville, une école ou un lieu de travail.

Des groupes de soutien se sont également formés sur Internet, sur Facebook et d'autres sites de médias sociaux. Le succès de ces nouvelles méthodes est encore inconnu.

MESURES À PRENDRE EN CAS DE RISQUE ACCRU DE SUICIDE (28)

- La personne ne doit pas être laissée seule.
- Toutes les armes ou instruments pouvant être utilisés pour blesser doivent être retirés. Si les armes ne sont pas retirées, elles doivent être enfermées dans une armoire.
- La personne suicidaire doit être traitée dans un endroit sûr et sécurisé. Ce lieu doit également être surveillé.
- L'hospitalisation est l'endroit idéal pour les patients qui ont l'intention de se suicider, mais elle n'est possible que pour les cas à très haut risque. Il n'est ni réaliste, ni pratique, d'hospitaliser tous les patients présentant un risque de suicide. Le suicide peut toutefois également avoir lieu à l'hôpital.

Si le patient est renvoyé chez lui, les mesures de sécurité supplémentaires suivantes doivent être mises en place :

- Aider à développer des stratégies d'adaptation internes (par exemple, le développement d'un hobby).
- Promouvoir le soutien social. Faire appeler un membre de la famille, un travailleur social ou un ami pour prendre des nouvelles de la personne.
- Faire appel à des professionnels de la santé, comme des équipes mobiles de crise, pour assurer le suivi.
- En dernier recours, dire aux membres de la famille d'amener la personne aux urgences s'il y a décompensation à la maison.

LES CHALLENGES POUR LE FUTUR

D'autres améliorations sont nécessaires, notamment des données plus accessibles et plus détaillées sur les tentatives de suicide. Actuellement, les données officielles incluent les incidents d'automutilation vus aux urgences, mais les données sont classées sans tenir compte de l'intention suicidaire. Nous pourrions bénéficier d'une meilleure collecte de données.

En outre, bien que le taux de suicide des personnes atteintes de dépression soit 50 fois supérieur à celui de la population générale, nous n'avons toujours aucun moyen de prédire qui va mourir. Pour aggraver le problème, le traitement n'atteint pas tous ceux qui en ont besoin, et pour ceux qu'il atteint, il n'est pas toujours adéquat.

Parmi ceux qui ont reçu un traitement, il existe des preuves qui suggèrent un sous-traitement (29). La formation des médecins de première ligne à la reconnaissance et au traitement de la dépression s'est avérée efficace. La création de barrières sur les ponts, l'adoption de convertisseurs catalytiques, la détoxification du gaz domestique, la reformulation et l'enfermement des pesticides ont tous permis de réduire les taux de suicide au niveau national et international.

Nous pouvons largement promouvoir le message selon lequel le suicide peut être évité et travailler à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale et à l'aide à la recherche d'un emploi. En réalité, l'envie de mourir est souvent impulsive et de courte durée. Nous pouvons tendre la main aux survivants et aux personnes ayant une expérience vécue et veiller à ce qu'ils soient inclus dans tous les efforts de prévention du suicide («pair-aidance»). Selon De Leo (30), l'augmentation des facteurs de protection peut faire plus pour prévenir le suicide que diminuer les facteurs de risque. Réduire la stigmatisation et promouvoir la recherche d'aide sont également importants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rockett IR, Regier MD, Kapusta ND, et al. Leading causes of unintentional and intentional injury mortality: United States, 2000–2009. *Am J Public Health* 2012;**102**:e84-e92.
2. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med* 2006;**36**:145-57.
3. Rosenthal PA, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 1984;**141**:520-25.
4. Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;**42**:386-405.
5. Lachman ME. Development in midlife. *Annu Rev Psychol* 2004;**55**:305-31.
6. Phillips JA, Robin AV, Nugent CN, et al. Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: period or cohort effects? *Public Health Rep* 2010;**125**:680-88.
7. Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, et al. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928–2007. *Am J Public Health* 2011;**101**:1139-46.
8. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005;**49**:616-23.
9. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002;**71**:1-9.

10. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Annu Rev Psychol* 2010;**61**:383-409.
11. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002;**52**:193-204.
12. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011;**34**:451-68.
13. Barraclough BM. Suicide in the elderly: recent developments in psychogeriatrics. *Br J Psychiatry* 1971;(Suppl 6):87-97.
14. Prendergast KB, Schofield GM, Mackay LM. Associations between lifestyle behaviours and optimal wellbeing in a diverse sample of New Zealand adults. *BMC Public Health* 2016;**16**:62.
15. Chiu HF, Dai J, Xiang YT, et al. Suicidal thoughts and behaviours in older adults in rural China: a preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry*;2012;**27**:1124-30.
16. Voracek M. National intelligence, suicide rate, and subjective well-being. *Percept Mot Skills* 2009;**109**:718-20.
17. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, et al. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2015;**10**:e0126870.
18. Bedford D, O'Farrell A, Howell F. Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Ir Med J* 2006;**99**: 80-3.
19. Kaplan MS, Hugué N, McFarland BH, et al. Use of alcohol before suicide in the United States. *Ann Epidemiol* 2014;**24**: 588-92.
20. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behaviour: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;**28**:18S-28S.
21. Resnick MD, Harris LJ, Blum RW. The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *J Paediatr Child Health* 1993;**29**:S3-S9.
22. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med* 2010;**70**:1626-32.
23. Kleiman EM, Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry* 2014;**204**:262-66.
24. Isaac M, Elias B, Katz LY, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2009;**54**:260-68.
25. Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 2001;**103**:238-39.
26. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary definitions of suicidal behavior: A systematic literature review. *Suicide Life Threat Behav* 2019;**49**:488-504.
27. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006;**332**:1241-45.
28. Shin H, Kim HJ, Kim S, et al. Should let them go? Study on the Emergency Department discharge of patients who attempted suicide. *Psychiatry Investig* 2018;**15**:638-48.
29. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;**3**:137-58.
30. De Leo D. Struggling against suicide: the need for an integrative approach. *Crisis* 2002;**23**:23-31.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Constant E, Service de Psychiatrie Adulte, Clinique Notre-Dame des Anges, Liège, Belgique.
Email : Eric.constant@cnda.be