

Impact du suicide sur l'entourage sous l'angle de l'épidémiologie sociale

Françoise Facy

Introduction

La question de l'entourage des suicidés pour l'épidémiologiste est abordée à partir des études menées en milieu clinique sur des échantillons importants ou dans une perspective de santé publique, à plusieurs niveaux :

- qualification des sous-groupes de population concernés
- recherche de facteurs de risques associés
- évaluation des interventions sociales et institutionnelles en fonction des programmes de prévention ou postvention.

Dans les études sociologiques consacrées au suicide au XX^{ème} siècle, les données sociodémographiques sont le plus souvent individuelles : âge, sexe, études, résidence, CSP des suicidés. Les méthodologies développées en épidémiologie sociale (Kawachi, Chaix, 2002, Abenham 1999) (1, 7, 19) de façon récente permettent de dégager quelques repères depuis les données sociales retenues par Baecheler (1975) (2), jusqu'aux facteurs contextuels et institutionnels, retenus dans la commission Le Breton (2009) (16) pour préparer le prochain plan national de prévention du suicide.

En même temps qu'évoluent les modes d'observation en épidémiologie, la loi de santé publique (2004) consacre une évolution importante quant à l'attention portée aux comportements individuels et leurs conséquences sur la santé, avec le plan de lutte contre les violences et les conduites addictives : responsabilités individuelles et collectives sont analysées par rapport à la mortalité évitable (ou prématuée) (6).

1 – Nature et Ampleur des entourages concernés

Au niveau des indicateurs épidémiologiques classiques, il existe peu de données. Ainsi le registre des causes médicales de décès retient les codes F43 2 (troubles de l'adaptation) et Z63 4 (décès d'un être cher). En 2007, pour 520535 décès, un seul cas est indiqué en cause principale (F43 2) et 200 en cause associée (décès d'un être cher). Aucune étude épidémiologique en France n'a été menée auprès des familles de suicidés ; leur nombre est aux Etats Unis, de l'ordre de 1% de la population.

1.1 – Approches directes en population

Le sondage réalisé par l'UNPS avec la SOFRES en 2001 (12), permet d'estimer la part de la population concernée par le geste suicidaire d'un proche.

Si le suicide demeure un événement rare, avec 2% des décès en France, les personnes directement touchées sont nombreuses : 35% des Français ont eu à connaître la douloureuse expérience de la mort par suicide d'un proche. Pour 18 %, c'est un membre de leur famille et pour 5%, il s'agit de leur famille directe (père, mère, frère, sœur ou enfant), événement qui les a fortement marqués.

Pour caractériser les entourages et environnements, les statistiques disponibles de décès montrent l'influence des territoires, des zones d'emploi, des ruralités, des catégories socioprofessionnelles, des cultures et traditions, des Zones de soins de Proximité (3, 6).

1.2 – Approches indirectes : Comorbidités et facteurs associés aux suicides

- **Nature et complexité des risques**

Différents auteurs cités dans l'expertise Inserm (14) analysent l'influence des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale. Les antécédents familiaux de suicide ou de TS accentuent le risque de suicide de l'adolescent, il est multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père (Agerbo et al., 2001). McGuffin et al. (2001), dans une méta-analyse prenant en compte les éventuelles pathologies parentales associées, considèrent que le suicide parental multiplie par deux le risque de suicide chez l'adolescent.

Les études d'agrégation familiale rapportent une prévalence de conduite suicidaire chez les apparentés de premier degré de patients présentant des antécédents de comportement suicidaire qui est 4 à 6 fois plus élevée que chez des sujets témoins (Brent et coll., 1996).

D'autres études isolent des antécédents familiaux de psychose ou de personnalité pathologique en particulier d'alcoolisme (Bille-Brahé et al., 1995) (5), des antécédents d'abus sexuels, une pathologie relationnelle familiale (18).

Dans l'étude de M. Choquet sur les hospitalisations après tentative de suicide (9), les parents diffèrent de celle des jeunes de l'acte suicidaire.

Ils ne dénient pas les problèmes familiaux qui sont incriminés de façon identique par eux et par les jeunes (19 %).

Les études de corrélation écologique posent la question de la « circularité » des risques : difficultés familiales à l'origine ou en conséquences des gestes suicidaires ?

Les facteurs associés au suicide sont :

- la dépression
- l'isolement
- la précarité
- les violences
- les addictions.

Certaines études montrent une relation entre la variation de la consommation d'alcool dans la population générale et la variation du taux de suicide (Lester et al. 2000). La récente enquête Anadep permet d'évaluer l'importance de la population concernée par un EDM (événement dépressif majeur), en fonction de l'âge, du sexe, de la situation familiale ou professionnelle.

- **Evaluation des conséquences du suicide dans l'entourage**

Les travaux rapportés dans la Commission Le Breton (16) notent les conséquences pour les proches, défavorables et sous-estimées. En particulier, les petits-enfants pourraient subir de façon très douloureuse le décès par suicide de leurs grands-parents ; le suicide passé d'un grand-parent est susceptible de créer un modèle pour un adolescent à risque suicidaire et de favoriser un passage à l'acte.

A partir de l'expertise de l'Inserm (2008) (14), une revue de la littérature permet de constater l'évolution de l'attention portée au rôle de l'entourage dans la connaissance des suicides. Le recours aux autopsies psychologiques est développé par les coroners, à partir d'entretiens avec les conjoints et les parents au premier degré. À ces derniers, viennent s'ajouter les amis proches, le(s) médecin(s) généraliste(s), voire même quelquefois des tenanciers de bar ; pour les adolescents, les parents, les frères et sœurs, les amis très proches et les enseignants sont sollicités.

En milieu collectif, quelques rares études analysent les effets des suicides qui surviennent dans les Transports Publics (exemple de la RATP) sur les agents, ou sur la route, à l'occasion « d'accidents mortels », sous-estimés en France (11).

D'autres études recensées dans le cadre de la Commission Le Breton montrent les impacts du suicide sur les milieux professionnels, les entreprises, publiques ou privées, PME et TPE.

Des enquêtes étiologiques relient l'apparition des suicides sur le lieu du travail à l'évolution des formes d'organisation du travail, des méthodes de gestion et management.

En 2006, le colloque de Médecine du Travail avait attiré l'attention sur les risques psychosociaux dans les milieux de soins concernés : 1/5 des suicidés avaient été en contact avec un service psychiatrique dans le mois précédent leur suicide et avec un service de médecine primaire dans près d'un cas sur deux (Luoma et coll., 2002 cité dans l'expertise INSERM – 14).

2 – Approche de la morbidité

2.1 - Plaintes et besoins exprimés des entourages

A partir des associations, notamment celles regroupées à l'UNPS, des informations sont rassemblées et permettent de cerner les difficultés rencontrées par l'entourage des personnes suicidées. L'étude Catalys faite en 2001 montre une typologie des services d'accueil et d'accompagnement en fonction des demandes perçues à partir de la téléphonie sociale essentiellement. Pour les lieux de consultations, aucun recueil standardisé n'existe par rapport à l'entourage strictement.

Quelques exemples illustrent la diversité des demandes de l'entourage :

- Pour SOS Suicide, le public se caractérise par les problématiques de personnes suicidaires et de personnes dont un proche s'est suicidé.
- L'association Loire Prévention Suicide organise des interventions auprès des parents et enseignants.
- Pour SOS Amitiés : les catégories suicidaires et suicidants représentent un pourcentage minime sur le nombre d'appels mais cela correspond à plus d'une centaine d'appels par an pour chaque site.
- L'association Vivre son Deuil accueille des personnes dont 12% sont endeuillées suite à un suicide : des enfants, des femmes qui ont perdu leur conjoint. 71 % des appelants sont intéressés par une suite avec l'association (appel, entretien ou participation à un groupe).

2.2 - La téléphonie sociale

L'enquête réalisée par l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France auprès des appelants de Fil Santé Jeunes, service téléphonique anonyme et gratuit destiné aux jeunes, montre l'importance de ce recours chez des jeunes en difficultés : des filles dans 73% des cas. L'âge moyen pour les filles est de 18 ans et de 19 pour les garçons ; 70 % d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide et 62 % répètent leur geste. Les facteurs déclenchants évoqués par les appelants sont : un conflit familial grave (29 %), une rupture sentimentale (27 %), un échec scolaire ou professionnel (23 %), une agression sexuelle (17 %), une situation de séparation (14 %) ou le deuil d'un proche (11 %) (16).

D'autres moyens de communication, Blogs et sites offrent par contre de nouvelles possibilités de rencontres et d'échanges. Selon une recherche menée aux États-Unis (citée par Le Breton) (16), les adolescents suicidaires qui utilisent l'Internet divulgueraient d'abord leurs intentions, alimenteraient leur réflexion à partir de la réaction des Internautes et des informations disponibles sur le Net, pour ensuite prendre une décision. Les pactes de suicide sont des échanges entre internautes qui mènent à la décision de se suicider à deux ou à plusieurs (20).

Il existe des sites dont l'objet principal est le suicide avec des regroupements d'informations sur le suicide : manières de se suicider, raisons qui motivent le suicide, revendication du droit au suicide, forums d'échanges.

3 – Ressources pour la postvention et évaluations

L'entourage peut être demandeur d'aide mais aussi co-acteur de prévention. L'Inpes a rassemblé les éléments récents d'évaluations pour guider les stratégies à partir des expériences réalisées.

Sont à retenir plusieurs observations :

- la rareté des études sur des groupes particuliers, tenant compte d'âges, de cultures spécifiques et des cercles proches : l'arrière-plan familial et aussi les soignants.
- les recommandations de recherches portant sur la famille entière y compris les amis empathiques.
- les centres de crise spécialisés comme lieu d'évaluation des réseaux d'aide informels, famille comprise.
- les nouveaux modèles théoriques sur les transactions multiples entre la personne et son environnement : modèles biopsychosocial, écologique et transactionnel.
- le concept de prévention

L'utilisation du terme prévention (primaire, secondaire et tertiaire) est délicat en suicidologie où la prévention porte sur les décès, les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Le terme prévention est retenu pour la population générale ou des sous-populations à risque. Les programmes de promotion en santé mentale sont différenciés. Le terme intervention est retenu après des dépistages de risques de conduites suicidaires et comprend la postvention.

Les interventions menées auprès de la population générale (De Leo et al 1995) (10) ont montré des effets positifs sur les taux de suicide chez des personnes âgées. Une intervention consistait à équiper des personnes isolées d'un service téléphonique une option d'appel et une option de suivi. Une autre intervention visait à l'information des personnes âgées sur la dépression, à son repérage et à sa prise en charge médicale (MG & psychiatres). Des sessions collectives d'information étaient organisées avec le concours des mairies et les personnes présentes étaient amenées à remplir une échelle diagnostique de dépression. Les personnes dépressives étaient orientées vers une prise en charge médicale (MG & psychiatres). L'évaluation montre une réduction de 60 % de suicides chez les femmes, mais aucun effet chez les hommes.

Pour les actions de sensibilisation à la prévention du suicide en milieu scolaire, l'INSPQ (Institut National de Santé Publique du Québec) est chargé d'évaluer ces programmes. L'utilisation des pairs en termes d'écoute active ou d'aide à la résolution des problèmes est analysée avec des effets indésirables. Des taux de suicide plus élevés ont été observés dans des écoles où les aidants n'étaient pas supervisés par des adultes. De manière générale, les chercheurs se demandent si ces programmes n'ont pas à leur insu encouragé des suicides (15).

Les programmes de prévention du suicide sont disparates. La revue de la littérature écossaise synthétisée par l'INPES (16) indique les lieux principaux d'où sont issues les analyses publiées : communauté, école, service de consultation externe, interne, service d'urgence. Les populations sont sélectionnées, par rapport à des critères multiples : psychopathologiques ou sociaux. Dans les études, les indicateurs d'efficacité englobent une symptomatologie élargie : suicide, tentative de suicide, pensées suicidaires, acte autodestructeur.

Aucune de ces études n'est française et les conclusions de l'INPES par type d'intervention sont résumées ainsi :

Intervention	Conclusion (PS, TS, S confondus)
Moyens létaux	Efficace
Maintien du contact	Efficace surtout s'il est proactif et « humain »
Lignes d'appel	Efficace (réfléchir aux méthodes d'écoute et à la possibilité

	d'avoir des appels « sortants »)
Formation des MG	Si elle est répétée et généralisée
Programmes scolaires	À manier avec précaution (risques d'effets négatifs)
Organisation de la prise en charge	Si elle s'assure de la continuité de la prise en charge du patient après sa sortie
Information du public	Si elle est associée à une offre de prise en charge
Programme militaire	Efficace (effet sans doute positif du groupe)

Il ressort des évaluations menées à l'étranger que seuls des programmes interministériels peuvent soutenir des actions dans une coordination d'espace et de temps. L'exemple du Canada donne l'infrastructure de santé publique comme base d'organisation pour une stratégie d'action face au suicide (2002).

4 – L’entourage représenté par : LES INSTITUTIONS

A partir des travaux menés dans la commission Le Breton, une approche en terme de santé publique concerne directement les institutions, considérées comme des milieux de vie collective, en distinguant :

- celles dont la mission est de protéger du suicide mais en premier lieu de souffrances des populations à haut risque (hôpital) ;
- celles dont la mission est autre mais le risque de suicide est intégré (mission locale, prison,) ;
- celles qui veulent protéger leurs professionnels (entreprises, armées) ;
- certaines institutions tentent de conduire ces politiques de façon concomitante (éducation nationale, enseignement supérieur).

4.1 - La majorité des professionnels impliqués dans la prévention du suicide considèrent que la problématique suicidaire relève du champ de la santé publique de par :

- l'importance des situations de traumatismes et violences,
- l'importance des entourages socio-familiaux concernés,
- la nature des conséquences sanitaires et sociales (décès, handicaps, dommages psychologiques),
- la multiplicité des causes médico-psycho-sociales et des facteurs de risques associés.

La santé Publique justifie des interventions au niveau :

- des territoires,
- des moyens utilisés pendant, armes à feux, médicaments,
- de la prise en charge pour la santé mentale,
- de la protection de l'activité socioprofessionnelle. Les secteurs d'activité présentent des différences importantes de taux de mortalité pour certaines causes en particulier les suicides. L'attention est portée aux risques professionnels approfondies, sur un plan psychosocial,
- de la vulnérabilité des personnes en fonction des facteurs démographiques, comme l'âge, le sexe, l'état matrimonial.

Les statistiques sont disparates :

En 2002, 194 suicides sont connus en établissement psychiatrique et 122, dans les maisons de retraite. L'enquête de la DHOS réalisée en juillet 2003 sur les décès survenus en 2002 dans les établissements de psychiatrie publics et privés relève 194 décès identifiés, avec 5 départements qui n'ont pas répondu et 29 qui n'ont déclaré aucun suicide intra-établissement.

Le milieu carcéral est également exposé aux risques suicidaires, avec des enregistrements systématiques des situations par établissement.

Depuis peu de temps, le milieu des entreprises est aussi analysé comme révélateur de difficultés psychosociales, où les souffrances liées au stress et à l'anxiété peuvent entraîner des suicides (C. Dejours, 2006). L'enquête Samotrace (Invs) montre que 16 % des salariés sont victimes de violence ou discrimination au cours des 12 derniers mois à partir d'un réseau de 300 médecins du travail. Les expositions les plus fréquentes sont les milieux de : la finance, l'administration, la santé, l'action sociale.

Les transports publics se sont par ailleurs saisis, au nom de la sécurité, de la problématique de la prévention du suicide, vis-à-vis des publics, mais aussi des agents. C'est l'exemple de la Ratp à Paris (UNPS, 2006) (11).

4.2 - Différents Programmes Inter-Ministériels

C'est entre la Santé et l'Education que des démarches coordonnées ont le plus avancé :

- Projet de contrat-cadre de partenariat en santé publique entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé avec les objectifs de :
«... repérer précocement les problèmes de santé et les facteurs de risque et assurer le suivi des élèves »
«... construire des outils harmonisés d'aide au repérage des difficultés médico-psycho-sociales »
«... développer la formation des médecins de l'Education nationale au repérage précoce des troubles du développement et des souffrances psychiques des élève... »
«... inciter les personnels de l'Education nationale à participer aux formations pluridisciplinaires sur le repérage de la crise suicidaire »

- La politique contractuelle avec les universités

L'Université accueille une population socialement moins homogène qu'autrefois, avec l'émergence de difficultés sociales financières, matérielles, psychologiques et de santé : un tiers des étudiants déclarent notamment s'être sentis déprimés pendant plus de deux semaines au cours de l'année (enquête USEM 2007).

Le rôle des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS, décret du 7 octobre 2008) et des différents acteurs impliqués dans la prévention est très important pour cette tranche de population de jeunes de 18 à 25 ans.

Dans le contrat quadriennal Etat /université, la santé étudiante fait partie intégrante du volet « vie étudiante ». Elle est présentée par certains établissements comme un axe fort de la politique de prévention et de réussite des étudiants.

Dans les autres institutions, les observations enregistrées sur les phénomènes suicidaires en institutions, au titre des activités sociales ou professionnelles, entraînent plus d'attention et de plaintes, individuelles ou collectives, et impliquent les responsabilités civile et juridique.

Des commissions de travail sont simultanément mises en place, au ministère de la Santé, au ministère du Travail, au ministère de la Justice. **La question de l'interministérialité est à envisager pour des programmes coordonnés de prévention.**

4.3 - Vers une agence régionale de santé

La construction des ARS est une période favorable à l'application de programmes de prévention qui mutualisent sur un territoire les ressources existantes pour la préservation des liens sociaux et la prise en charge médico-psychologique (Société Française de Santé Publique, 2008).

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, le projet d'établissement actuel est une obligation, la formation des personnels au repérage de la crise suicidaire pourrait y être intégrée.

Des éléments sont communs aux hôpitaux et établissements médico-sociaux pour analyser les besoins des populations, et pour le personnel, les CHSCT sont invités à intervenir, mais aucune information chiffrée n'est disponible.

En ce qui concerne les établissements psychiatriques, le suicide fait partie intégrante des préoccupations de repérage et de suivi des patients, et pourtant l'indicateur "suicide" semble peu utilisé dans la mesure d'efficience des pratiques cliniques.

L'exemple d'une Institution engagée dans le programme prioritaire en prévention du suicide, la Drass Rhône-Alpes, illustre certaines prises en compte et engagements :

a) en direction du public.

- politique de coordination du repérage des crises suicidaires confiée au Centre régional de prévention des conduites suicidaires,
- réflexion autour de la problématique de la dépression et du suicide des personnes âgées ;
- mise en place de groupes de soutien aux endeuillés

b) en direction des personnels.

- dynamique impliquant notamment l'Éducation nationale, les conseils généraux et les médecins libéraux ;
- introduction du thème souffrance mentale au travail dans le Plan régional de santé au travail (PRST).

La coordination semble ainsi possible dans la nouvelle organisation de prise en charge de santé avec l'intégration du secteur mutualiste dans certains partenariats.

Dès 1974, la Macif a été la première société d'assurances à indemniser, dans le cadre de son contact de prévoyance de base détenu par la grande majorité de ses sociétaires, les conséquences financières du suicide. Cette disposition couvre aujourd'hui les sociétaires et leur famille soit près de 8 millions de personnes.

Cette mutuelle d'assurance met en œuvre une politique de prévention du suicide :

- en direction du **grand public** en co-construisant des actions comme « un message pour la vie » ou la diffusion du livret « Envie de la vie permettant de faciliter l'intervention d'un proche.
- à l'attention des 700 **sociétaires** qu'elle indemnise chaque année suite au suicide d'un membre de la famille.

Conclusions

1. Observer et connaître

Les informations disponibles sur l'impact des gestes suicidaires sur l'entourage, montrent des connaissances limitées. Les statistiques de suicide indiquent des améliorations enregistrées, mais une stagnation actuelle. Des disparités de population (âge-sexe-activité professionnelle), des inégalités sociales et géographiques, des disparités d'accès aux soins et d'aide en santé mentale sont autant d'éléments qui interviennent en facteurs associés.

Améliorer le niveau de connaissance quantitative et qualitative relatif aux risques suicidaires est une recommandation minimale.

Les indicateurs de santé publique sont des éléments nécessaires (et non suffisants) avec les indicateurs de mortalité ou morbidité, même si plusieurs études relativisent la portée des indicateurs généralement utilisés en santé (17).

Quelques recommandations sont établies pour aborder un ensemble de conduites (auto-agressives ou à risques de violence ou dépendance), spécifiques à des groupes d'âge, et en cohérence avec les missions des institutions ayant en charge des groupes de personnes, dans un fonctionnement social ordinaire (exemple des transports publics) ou dans un contexte d'aide et de soins (établissements hospitaliers et structures médico-sociales).

La CIM reste la classification la plus usuelle, à compléter par le DSM et la CIF suivant les milieux de vie et les objectifs des bases de données.

Installer un observatoire intersectoriel dédié au suivi des programmes de prévention permettrait un programme de recherches pluridisciplinaires dans une perspective coordonnée :

- d'amélioration des connaissances et de transfert entre professionnels des secteurs de santé, justice, travail, éducation et les représentants, associatifs, de la population
- des évaluations des actions de prévention et intervention en milieu collectif.

2. Articuler l'inter-ministérialité à partir de la santé publique

La promotion de la santé intègre aujourd'hui les notions de capital humain et environnement et élargit les préoccupations de santé depuis la charte d'Ottawa.

Intégrer la thématique « prévention du suicide » dans la politique globale de l'institution est une recommandation en cohérence avec les orientations de l'OMS :

- Favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collectives au niveau des institutions, éducatives, sociales ou sanitaires.
- Impliquer les assurances et les mutuelles dans la prévention et la promotion de la santé

3. Au niveau régional, développer l'intersectorialité

L'articulation entre institutions sanitaires, médico-sociales, associatives...est proposée :

- au niveau interne, entre professionnels et intervenants
- en fonction des logiques pour les territoires de santé (régions...)
- au niveau d'un territoire de santé : conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi
- au sein des Agences Régionales de Santé, le suicide serait un axe obligatoire à aborder en termes de santé publique (Article L 1432-1 projet de loi hôpitaux patients santé territoires) dans le cadre des commissions de coordination des politiques associant services de l'état, collectivités territoriales et organismes de Sécurité Sociale
- fixer un objectif de réduction au sein du futur Plan Régional de Santé, à décliner dans le schéma régional de prévention par territoire de santé (Article L1434-5)

L'attention générale portée à l'environnement et la protection de la santé offre un contexte favorable pour la prévention du suicide et la postvention en direction des entourages, personnels comme collectifs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Abenham, L. (1999). *Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque*. Revue française des affaires sociales, 53, 31-44
- 2 - Baecheler J., *Les suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.
- 3 - Baudelot C., Establet R., *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Seuil, 2006.
- 4 - Biddle, L. et al. (2008), Suicide and the Internet, *BMJ*, avril 2008, vol.336, pp.800-802
- 5 - Bille-Brahe U, Schmidtke A. Conduites suicidaires des adolescents : la situation en Europe. In : *Adolescence et suicide*. F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak, Masson, coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995.
- 6 - CepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).
www.cepidc.vesinet.inserm.fr
- 7 - Chaix, B.&Chauvin, P. (2002). L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, 50, 489-499
- 8 - Chavagnat J-J. (coord.), *Prévention du suicide*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2005.
- 9 - Choquet M., Pommereau X., Lagadic C., Cottin K., *Les élèves à l'infirmierie scolaire*.
- 10 - De Leo. D., Carollo, G., and Dello, B. M. (1995) *Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home*. Am.J.Psychiatry, 152, 632-634.
- 11 - Facy F., Debout M., *Acteurs et chercheurs en suicidologie*, Paris, EDK, 2006.
- 12 - Fahri R., Le suicide : *Opinions et réalités*, L'Harmattan, 2002.
- 13 - Harris et Barraclough BM. *Suicides in the elderly*. British Journal of psychiatry, Special suppl 6, 87-97
- 14 - Inserm, *Expertise opérationnelle, Autopsie psychologique et prévention du suicide*, 2008
- 15 - Julien M., Laverdure J., *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut National de la Santé de Québec, 2004.
- 16 - Le Breton D., *Commission Nationale pour la prévention du suicide*, mars 2009.
- 17 - Mishara B. L., Toussignant M., *Comprendre le suicide*, Québec, Les Presses Universitaires de Montréal, 2004.
- 18 - Pilet J.L., Guihard C., Obringer A., Brice D. *Drames en milieu scolaire*, Masson, 2009.
- 19 - "Social Epidemiology" edited by Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi (ISBN 0-19-508331-8) aux éditions Oxford university press.
- 20 - Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., et al., effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study, *BMJ*, n°332, 2006.